

## **TRANSIÇÃO DO CUIDADO NA ALTA HOSPITALAR DE PACIENTES ADULTOS: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA**

Jociele Gheno<sup>1,2</sup>   
Alísia Helena Weis<sup>2</sup> 

<sup>1</sup>Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

### **RESUMO**

**Objetivo:** sintetizar e analisar a produção científica sobre a transição do cuidado na alta hospitalar de pacientes adultos.

**Método:** revisão integrativa, realizada de maio a julho de 2020, em quatro bases de dados relevantes na área da saúde: *Public Medline* (PubMed); *Scientific Electronic Library Online* (SciELO); Scopus e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). A análise dos resultados ocorreu de forma descritiva e organizada em categorias temáticas que surgiram conforme a similaridade dos conteúdos extraídos dos artigos.

**Resultados:** atenderam aos critérios de inclusão 46 artigos, de periódicos nacionais e internacionais, com predomínio de estudos descritivos/não experimentais ou com abordagem qualitativa. Foram identificadas cinco categorias: Processo de alta e pós-alta hospitalar; Continuidade do cuidado pós-alta; Benefícios da transição de cuidado; Papel do enfermeiro na transição de cuidado e Vivências de pacientes sobre a transição de cuidado. A alta hospitalar e as transições de cuidados são processos interligados, pois as transições qualificam o processo de desospitalização. Diferentes estratégias para a continuidade do cuidado devem ser adotadas, pois oferecem maior segurança ao paciente. Estudos mostraram que o enfermeiro tem papel fundamental nas transições e, no Brasil, essa atividade ainda precisa ganhar mais espaço. A redução das reinternações, mortalidade, custos hospitalares e a satisfação dos pacientes são benefícios das transições.

**Conclusão:** a transição do cuidado ascende como estratégia eficaz para a qualificação do cuidado prestado ao paciente que está sendo desospitalizado. Aponta a necessidade de integração entre a rede assistencial e auxilia os serviços na tomada de decisão sobre a continuidade do cuidado na alta.

**DESCRITORES:** Cuidado de transição. Alta do paciente. Continuidade da assistência ao paciente. Gestão em saúde. Enfermagem.

**COMO CITAR:** Gheno J, Weis AH. Transição do cuidado na alta hospitalar de pacientes adultos: revisão integrativa de literatura. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2021 [acesso MÊS ANO DIA]; 30:e20210030. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0030>

# CARE TRANSITION IN HOSPITAL DISCHARGE FOR ADULT PATIENTS: INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

## ABSTRACT

**Objective:** to summarize and analyze the scientific production on care transition in the hospital discharge of adult patients.

**Method:** integrative review, conducted from May to July 2020, in four relevant databases in the health area: *Public Medline* (PubMed); Scientific Electronic Library Online (SciELO); Scopus and Virtual Health Library (VHL). The analysis of the results occurred descriptively and was organized into thematic categories that emerged according to the similarity of the contents extracted from the articles.

**Results:** 46 articles from national and international journals, with a predominance of descriptive/non-experimental studies or qualitative studies, met the inclusion criteria. Five categories were identified: discharge and post-discharge process; Continuity of post-discharge care; Benefits of care transition; Role of nurses in care transition and Experiences of patients on care transition. Hospital discharge and care transitions are interconnected processes as transitions qualify the dehospitalization process. Different strategies for continuity of care should be adopted, as they offer greater safety to the patient. Studies have shown that nurses play a fundamental role in transitions and, in Brazil, this activity still needs to gain more space. Reduced hospitalizations, mortality, hospital costs and patient satisfaction are benefits of transitions.

**Conclusion:** care transition is an effective strategy for the care provided to the patient being discharged. It points out the need for integration between the care network and assists services in decision-making about the continuity of care on discharge.

**DESCRIPTORS:** Care Transition. Discharge from the patient. Continuity of patient care. Health management. Nursing.

# TRANSICIÓN DE LA ATENCIÓN EN EL ALTA HOSPITALARIA PARA PACIENTES ADULTOS: REVISIÓN INTEGRATIVA DE LA LITERATURA

## RESUMEN

**Objetivo:** sintetizar y analizar la producción científica sobre la transición de la atención al alta hospitalaria del paciente adulto.

**Método:** una revisión integradora, realizada de mayo a julio de 2020, en cuatro bases de datos relevantes en el área de la salud: *Public Medline* (PubMed); Scientific Electronic Library Online (SciELO); Scopus y Biblioteca Virtual en Salud (BVS). El análisis de los resultados fue descriptivo y organizado en categorías temáticas que surgieron de acuerdo a la similitud de los contenidos extraídos de los artículos.

**Resultados:** 46 artículos de revistas nacionales e internacionales cumplieron los criterios de inclusión, con predominio de estudios descriptivos / no experimentales o con abordaje cualitativo. Se identificaron cinco categorías: Proceso de alta hospitalaria y posterior al alta; Continuidad de la atención posterior al alta; Beneficios de la transición de la atención; El papel de la enfermera en la transición de la atención y Experiencias de los pacientes en la transición de la atención. El alta hospitalaria y las transiciones de la atención son procesos interconectados, ya que las transiciones califican el proceso de deshospitalización. Se deben adoptar diferentes estrategias para la continuidad de la atención, ya que ofrecen mayor seguridad al paciente. Los estudios han demostrado que los enfermeros juegan un papel fundamental en las transiciones y, en Brasil, esta actividad aún necesita ganar más espacio. La reducción de los reingresos, la mortalidad, los costos hospitalarios y la satisfacción del paciente son beneficios de las transiciones.

**Conclusión:** la transición de la atención surge como una estrategia efectiva para calificar la atención brindada al paciente que se encuentra en proceso de deshospitalización. Señala la necesidad de integración entre la red de atención y ayuda a los servicios a tomar decisiones sobre la continuidad de la atención al alta.

**DESCRIPTORES:** Atención de transición. Alta del paciente. Continuidad de la atención al paciente. Manejo de la salud. Enfermería.



## INTRODUÇÃO

Atualmente, um dos grandes desafios frente às demandas na área da saúde é a gestão dos leitos hospitalares. A diminuição do tempo de internação e das taxas de reinternações, que são indicadores de desempenho e de qualidade hospitalar<sup>1-2</sup>, é uma estratégia importante para a gestão dos leitos<sup>3</sup>. Para buscar a melhora desses indicadores, há a necessidade de intervenções que auxiliem na organização adequada para a alta, envolvendo equipes multidisciplinares, o paciente, a família e as redes de apoio.

Assim, a transição do cuidado é uma estratégia que pode melhorar a realidade dos serviços de saúde e dos seus indicadores de qualidade. Define-se a transição do cuidado como as intervenções que coordenam o cuidado ao paciente ao longo do seu atendimento nos serviços de saúde<sup>4</sup>. Cada vez que o paciente é transferido de equipe, setor ou ambiente de saúde, considera-se uma transição, ou seja, ela pode acontecer entre as equipes de um mesmo hospital, de hospitais diferentes e entre as equipes do hospital e a Atenção Primária à Saúde (APS) ou atenção domiciliar. A transição do cuidado na alta é caracterizada como um conjunto de ações que coordenam e dão continuidade aos cuidados necessários ao paciente fora do ambiente hospitalar<sup>4</sup>.

A participação de enfermeiros no processo de transição de cuidados para a alta vem crescendo<sup>5-6</sup>. A participação ascendente e ativa nesse processo está relacionada ao perfil dos enfermeiros em atividades de planejamento, organização e prestação de cuidados integrais e seguros, que iniciam desde a internação e devem seguir após a alta hospitalar<sup>7</sup>.

Ainda assim, o processo de alta hospitalar é amplo e complexo. Idealmente, o planejamento da alta deve iniciar a partir do momento da internação para garantir que o paciente deixe o hospital no momento apropriado e com a organização adequada das necessidades pós-alta<sup>6</sup>. Autores consideram componentes essenciais para os cuidados de transição, que, se forem seguidos, evitam resultados ruins, o envolvimento do paciente e da família, a comunicação, a colaboração entre os membros da equipe, a educação adequada ao paciente e à família e a continuidade do atendimento nos serviços de saúde<sup>5</sup>, entre outros. Assim, a falta de um dos componentes implica uma transição ineficiente e com resultados insatisfatórios. Quando a desospitalização ocorre no tempo previsto, sem nenhuma intercorrência, evita-se o aumento do tempo de internação hospitalar. Para isso, é preciso considerar fatores que implicam na alta, como a necessidade de cada paciente, a estruturação e a organização familiar e o suporte das redes de atenção à saúde como elementos fundamentais para diminuir os riscos de reinternação.

No cenário das internações hospitalares, a população com mais de 20 anos ocupa a maior parte dos leitos e tem como principais causas as doenças do aparelho circulatório, do aparelho digestivo, lesões por envenenamento ou por causas externas, neoplasias e doenças respiratórias<sup>8</sup>. O número de internações, no Brasil, entre a população acima de 20 anos, teve um aumento de aproximadamente 8,7% nos últimos cinco anos<sup>8</sup>. Condições crônicas como câncer, doenças cardiovasculares e diabetes podem levar ao aumento do tempo de internação e do risco de reinternação em 30 dias<sup>9-10</sup>. Além disso, o tempo de internação prolongado está relacionado ao aumento das chances de readmissões<sup>9</sup>.

As reinternações hospitalares não planejadas em até 30 dias podem ser vistas como falhas da equipe, possivelmente pelo fato de ter sido uma alta precoce ou pelo seu planejamento ineficiente<sup>6</sup>. Os gastos com readmissões não planejadas, nos Estados Unidos, chegaram a ser de 15 a 20 bilhões de dólares por ano<sup>3</sup>. Nesse país, em 2007, 21,5% dos pacientes reinternaram-se em 30 dias, mas essas taxas caíram ao longo dos anos, chegando a 17,8% em 2015<sup>11</sup>. Pesquisas sobre reinternação em 30 dias, realizadas no Brasil, encontraram taxas de 12,4 e 14,2%<sup>10,12</sup>. Identificou-se, também, em outro estudo, que adultos acima de 20 anos têm maiores taxas de reinternações em comparação com as faixas etárias inferiores<sup>10</sup>.

A redução do tempo de internação e das reinternações corrobora para a redução dos gastos em saúde e pode melhorar a Qualidade de Vida (QV) dos pacientes<sup>3</sup>. Por isso, a transição de cuidados é essencial para qualificar o processo de desospitalização e proporcionar uma alta segura aos pacientes.

Contudo, identificou-se a falta de publicações que compilhassem as diferentes formas de realização da transição de cuidado na alta hospitalar de pacientes adultos. Nessa perspectiva, este estudo vem para preencher essa lacuna de conhecimentos e potencializar o processo de transição do conhecimento sobre a transição do cuidado em serviços de saúde. A partir disso, questiona-se: qual é a produção científica sobre a transição do cuidado na alta hospitalar de pacientes adultos?

O objetivo do estudo é sintetizar e analisar a produção científica sobre a transição do cuidado na alta hospitalar de pacientes adultos.

## MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura realizada de maio a julho de 2020. Para a realização desta investigação, seguiram-se as etapas: elaboração da questão de pesquisa; coleta dos dados a partir da busca na literatura dos estudos; categorização dos estudos; avaliação dos estudos; análise dos dados e apresentação da revisão<sup>13</sup>.

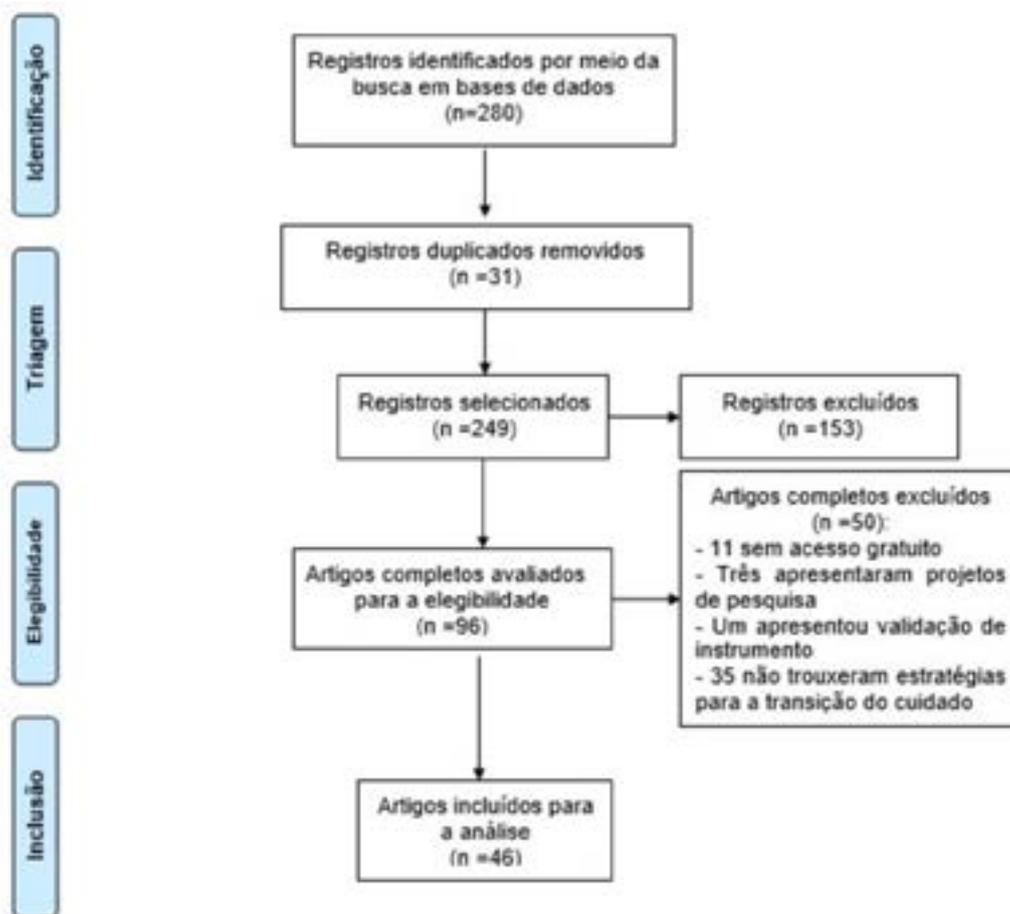
A questão norteadora da pesquisa foi: qual é a produção científica sobre a transição do cuidado na alta hospitalar de pacientes adultos? Para a construção da questão, foi empregada a estratégia PICO<sup>14</sup>, sendo P – pacientes adultos que receberam alta hospitalar, I – transição do cuidado na alta hospitalar e O – produção científica sobre as principais estratégias de transição do cuidado na alta. Ressalta-se que o elemento C, de comparação entre intervenção ou grupo, não foi empregado devido ao tipo de revisão.

Para a busca dos estudos disponíveis na íntegra e com acesso gratuito, publicados nos últimos cinco anos (2015 a 2019), foram selecionadas as bases de dados *Public Medline* (PubMed), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Scopus e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Os descritores utilizados são provenientes dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e do *Medical Subject Headings* (MeSH), nos idiomas inglês, português e espanhol, sendo eles “transitional care”, “patient discharge” e “continuity of patient care”, combinados com o operador *booleano* AND. Foram excluídos os artigos que não abordaram a população adulta na transição do cuidado, os artigos repetidos, as teses, as dissertações, os relatos de experiência e os estudos teóricos. Artigos de revisão foram incluídos na busca. Os critérios de seleção delimitados foram os estudos que abordam a transição do cuidado na alta hospitalar de pacientes adultos e as estratégias de transição do cuidado empregadas nos estudos.

Foi elaborado um instrumento para a extração dos dados dos estudos com os seguintes itens: título do artigo; autor(es); base de dados; periódico; ano de publicação; objetivo(s); intervenção; desfechos/conclusões e nível de evidência.

Para a definição do nível da evidência científica, foi empregado o seguinte sistema de classificação: nível I – evidências provêm de revisão sistemática, metanálise ou de diretrizes clínicas oriundas de revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados e controlados; nível II – evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; nível III -evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização; nível IV – evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; nível V – evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; nível VI – evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; nível VII – evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas<sup>15</sup>.

Identificaram-se 280 artigos e, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados, para a amostra desta revisão, 46 artigos. Para a seleção das publicações, seguiram-se as recomendações do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA), conforme apresentado na Figura 1<sup>16</sup>.



**Figura 1** – Fluxograma de seleção dos estudos elaborado a partir da orientação PRISMA. Porto Alegre, Brasil, 2020.

Os 46 artigos selecionados foram lidos e analisados. A síntese e a análise crítica dos estudos foram realizadas na forma descritiva e organizadas por similaridades de conteúdo em cinco categorias temáticas: Processo de alta e pós-alta hospitalar; Continuidade do cuidado pós-alta; Benefícios da transição de cuidado; Papel do enfermeiro na transição de cuidado e Vivências de pacientes sobre a transição de cuidado.

## RESULTADOS

Entre os 46 estudos selecionados, o ano que obteve o maior número de publicações foi 2018, com 37% dos estudos. Os anos de 2017 e 2016 totalizaram 22%; 2015 totalizou 13% e 2019, 6% das publicações selecionadas. Em relação aos periódicos, foram identificadas 31 revistas que publicaram os artigos. Destacam-se a *BMC Health Services Research*, com nove artigos; o *JAMA*, com quatro artigos; o *Journal of the American Geriatrics Society*, com três artigos e os periódicos *Age Ageing*, *Journal Hospital of Medicine*, *Journal of General Internal Medicine* e o *Geriatric Nursing* publicaram dois artigos. Todos os outros periódicos publicaram um artigo no período selecionado para o estudo.

Quanto à classificação de acordo com o nível de evidência (NE)<sup>15</sup>, a maioria dos artigos foi classificada como nível IV (evidências oriundas de estudo de coorte e de caso-controle bem delineados), 41,3% do total. Entre os demais, 24% foram classificados como nível VI (evidências provenientes de um único estudo descritivo ou qualitativo); 21,7% como nível II (evidências de, pelo menos, um ensaio clínico randomizado controlado); 6,5% como nível V (evidências apresentadas de revisão sistemática, de estudos descritivos e qualitativos); 4,3% como nível I (evidências provêm de revisão sistemática, metanálise ou de diretrizes clínicas oriundas de revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados e controlados); 2,2% como nível VII (evidências derivadas da opinião de autoridades

e/ou parecer de comissão de especialistas) e nenhum artigo foi classificado como nível III (evidências derivadas de ensaios clínicos bem delineados sem aleatorização). Assim, pode-se concluir que a maior parte dos estudos incluídos nesta revisão possui um nível de evidência intermediário.

Identificaram-se, entre os estudos sobre a reinternação hospitalar, algumas características comuns entre os pacientes. Destacam-se, entre as patologias mais comuns, as doenças cardiovasculares<sup>17-21</sup> e a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)<sup>21-22</sup>. Além disso, alguns artigos selecionaram, em suas amostras, pacientes idosos<sup>23-25</sup> e com escore de LACE (escore preditivo de reinternação) maior ou igual a dez<sup>26</sup>.

O Quadro 1 mostra a síntese de informações extraídas dos artigos da amostra.

**Quadro 1** – Síntese de informações extraídas dos artigos. Porto Alegre, Brasil, 2020.

<b>Autores</b>	<b>Ano</b>	<b>NE*</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Desfecho/Conclusão</b>
Soto GE, et al. <sup>17</sup>	2018	4	Avaliar o impacto da implementação de uma via estruturada de cuidados de transição envolvendo pacientes cardíacos de baixo risco em altas do pronto-socorro, revisitas e admissões em 30 dias.	Aumento do número de altas na emergência de pacientes cardíacos, economia nos custos e menor risco de retornar à emergência entre os pacientes que receberam cuidados de transição.
Garnier A, et al. <sup>18</sup>	2018	4	Avaliar a eficácia de um plano de transição multidisciplinar para reduzir a readmissão precoce entre pacientes com insuficiência cardíaca.	O plano de transição de cuidados não mostrou benefícios nas taxas de readmissões.
Cao XY, et al. <sup>19</sup>	2017	2	Avaliar os efeitos de um programa de transição de parceria entre hospital e comunidade entre pacientes com doença cardíaca coronariana.	Programa de transição de cuidado conseguiu resultados significativos na diminuição das taxas de reinternação, na melhora da qualidade da transição e na adesão ao uso dos medicamentos.
Wong FKY, et al. <sup>20</sup>	2016	2	Analisar os efeitos dos cuidados paliativos de transição em pacientes com insuficiência cardíaca (IC) em estágio terminal após a alta hospitalar.	Redução de readmissões e na melhoria da qualidade de vida entre pacientes com IC do programa paliativo pós-alta.
Hamar B, et al. <sup>21</sup>	2016	4	Avaliar a <i>Care Transition Solution</i> (CTS) como um meio de melhorar a qualidade através da redução de readmissões hospitalares evitáveis entre pacientes com condições sensíveis à readmissão sujeitas às penalidades impostas pela Lei de Cuidados Acessíveis.	A implementação de um programa de cuidados de transição conseguiu reduzir significativamente as readmissões de pacientes diagnosticados com DPOC, IC, infarto ou pneumonia.
Aboumatar H, et al. <sup>22</sup>	2018	2	Avaliar um programa que combinou transição e suporte de autogestão a longo prazo para pacientes hospitalizados devido à DPOC e seus cuidadores familiares.	O programa resultou significativamente em menos hospitalizações, visitas à emergência e melhorou a qualidade de saúde.
Pauly MV, et al. <sup>23</sup>	2018	4	Comparar os custos de cuidados pós-agudos de três intervenções de gestão de cuidados.	O modelo de transição de cuidado pode reduzir a quantidade de outros cuidados pós-agudos e o custo total, em comparação com outros modelos de cuidados.

Quadro 1 – Cont.

Autores	Ano	NE*	Objetivo	Desfecho/Conclusão
Reidt SL, et al. <sup>24</sup>	2016	4	Descrever o modelo prática colaborativa interprofissional e comparar os resultados entre indivíduos que receberam cuidados de acordo com esse modelo e aqueles que receberam cuidados usuais.	O modelo prática colaborativa interprofissional é realizado por um geriatra, um enfermeiro e um farmacêutico. As ações desse modelo podem diminuir as hospitalizações e as visitas ao pronto-socorro dentro de 30 dias após a alta.
Buurman BM, et al. <sup>25</sup>	2016	2	Testar se uma intervenção da avaliação geriátrica abrangente (CGA) sistemática seguida pelo programa de transição de cuidados, melhorou as atividades da vida diária (AVDs) em comparação com a CGA sistemática isolada.	A intervenção não demonstrou efeito nas AVDs em comparação com a CGA sistemática isolada. Mas ocorreu uma redução significativa na mortalidade em um mês e seis meses após a admissão.
Low LL, et al. <sup>26</sup>	2017	2	Avaliar se a nova aplicação do conceito de unidade de prática integrada e o modelo de enfermaria virtual podem reduzir as readmissões de pacientes com maior risco de readmissão.	A aplicação do conceito de unidade de prática integrada ao programa da enfermaria virtual resultou em readmissões reduzidas em pacientes com maior risco de readmissão. Pacientes receberam planejamento de alta e acompanhamento pós-alta com ligações ou visitas.
Eggen AC, et al. <sup>27</sup>	2018	4	Fornecer um método adequado para avaliar sistematicamente o procedimento de alta hospitalar de pacientes terminais que pode ser implementado em qualquer hospital para analisar o processo de alta hospitalar.	Para melhorar o cuidado transicional, o procedimento de alta deve incluir a transferência escrita e oral, bem estruturada, com mais ênfase no planejamento prévio do cuidado e no uso real da medicação.
Couturier B, et al. <sup>28</sup>	2016	5	Explorar a associação entre os componentes do processo de alta hospitalar, incluindo a continuidade subsequente dos cuidados e os resultados dos pacientes no período pós-alta.	Independente do processo de alta, esta revisão não encontrou associação entre a alta hospitalar e o resultado de saúde do paciente, mas abordou a importância do planejamento da alta hospitalar.
Kable A, et al. <sup>29</sup>	2015	6	Relatar perspectivas profissionais de saúde da comunidade, residentes e clínicos sobre o processo de alta e os arranjos de transição para pessoas com demência e seus cuidadores.	Descreveram o planejamento da alta e os cuidados transitórios como um processo complexo, com múltiplos colaboradores e componentes. Surgiram dois temas: barreiras ao planejamento eficaz da alta de pessoas com deficiência e seus cuidadores e falhas no processo de transição de atendimento e os resultados associados para alta de pessoas com demência.
Ratray NA, et al. <sup>30</sup>	2017	6	Investigar as barreiras e os facilitadores da comunicação eficaz entre pacientes com acidente vascular cerebral/ ataque isquêmico transitório e prestadores de cuidados primários.	A ambiguidade sobre quem está sendo transferido e as pressões de tempo no cenário agudo podem levar os profissionais de internação a dar menor prioridade à comunicação de alta, deixando os profissionais de saúde ambulatoriais com informações de baixa qualidade. Embora os modelos eletrônicos tenham padronizado os principais componentes da documentação de alta, as oportunidades de melhoria permanecem.

Quadro 1 – Cont.

Autores	Ano	NE*	Objetivo	Desfecho/Conclusão
Lindquist LA, et al. <sup>31</sup>	2017	7	Identificar recomendações de melhores práticas para transições ideais para o domicílio.	Apresenta um conjunto de itens acionáveis que podem ser implementados em um fluxo de trabalho diário nas transições de cuidado pós-alta. O objetivo dessas boas práticas recomendadas por consenso é fornecer uma transição segura e de alta qualidade para os pacientes que se deslocam entre os cuidados hospitalares e os cuidados primários.
Stella SA, et al. <sup>32</sup>	2016	4	Determinar se o tratamento de médicos hospitalares pode identificar e resolver problemas precoces de alta por meio de uma ligação telefônica estruturada.	O tratamento dos médicos identificou problemas em mais da metade dos pacientes contatados por telefone logo após a alta, a maior proporção dos quais eram sintomas novos ou agravantes. Eles foram capazes de resolver a maioria dos problemas identificados por meio de um breve contato telefônico sem utilizar recursos adicionais.
Record JD, et al. <sup>33</sup>	2015	4	Explorar associações entre cuidados centrados no paciente e as perspectivas dos pacientes sobre a qualidade dos cuidados de transição – <i>Care Transitions Measure</i> (CTM-3).	A ligação telefônica pós-alta, um elemento do cuidado centrado no paciente, foi associada a escores mais elevados de CTM-3 que, por sua vez, demonstraram diminuir o risco dos pacientes realizarem visitas de emergência dentro de 30 dias após a alta.
Hewner S, et al. <sup>34</sup>	2018	4	Demonstrar a viabilidade da implementação da Intervenção Coordenadora de Transições em um ambiente de atenção primária para reduzir as hospitalizações, entregando suporte à decisão clínica baseado em evidências para a pessoa certa, no lugar certo, na hora certa usando trocas de informações de saúde.	Resultados positivos com o uso da tecnologia. A tecnologia tem o potencial de apoiar processos de melhoria da qualidade ao longo dos atendimentos, fornecendo informações relevantes e acionáveis baseadas em evidências para a pessoa, local, hora e caminho certos, quando integradas aos fluxos de trabalho existentes.
Yang S. <sup>35</sup>	2017	4	Determinar se uma intervenção de acompanhamento por telefone do farmacêutico com foco no suporte ao gerenciamento de medicações dos pacientes está associada a uma redução nas taxas de readmissão em 30 dias; descrever o número e os tipos de intervenções do farmacêutico nas transições de cuidado.	A orientação farmacêutica pós-alta por telefone não reduziu reinternações, mas foi importante para a segurança do paciente.
Phatak A, et al. <sup>36</sup>	2016	2	Avaliar o impacto do envolvimento do farmacêutico nas transições de cuidados, medido pela diminuição dos erros de medicação e eventos adversos com medicamentos, readmissões em 30 dias e visitas ao departamento de emergência.	Atuação de farmacêuticos teve um impacto positivo na redução ou prevenção de eventos adversos com medicações, internações hospitalares e visitas de emergência.

Quadro 1 – Cont.

Autores	Ano	NE*	Objetivo	Desfecho/Conclusão
Ballard J, et al. <sup>37</sup>	2018	4	Relatar os resultados do maior e mais longo estudo conhecido até o momento que avalia a possível redução na taxa de readmissão em 30 dias usando os requisitos prescritos pelo Medicare para serviços de Gerenciamento de Cuidados de Transição (MTC) em um único local de prática e determinar como o MTC contribui para reduções nas taxas de readmissão de 30 dias.	Este estudo fornece evidências de que a MTC baseada na atenção primária pode reduzir as readmissões em 30 dias.
Wong S, et al. <sup>38</sup>	2018	6	Incorporar as estratégias de cuidados tradicionais em um protocolo desenvolvido para acompanhar pacientes com implante de válvula aórtica transcatheter (TAVI) após a alta.	O envolvimento do enfermeiro de prática avançada pós TAVI foi essencial para garantir a avaliação e o gerenciamento cuidadoso dos principais risco após a alta. Pacientes acompanhados pelo enfermeiro tiveram taxas de reinternações menores do que encontrado na literatura.
Wong FK a. Y, et al. <sup>39</sup>	2015	2	Examinar os benefícios econômicos diferenciais das visitas domiciliares com telefonemas e apenas telefonemas no suporte de descarga transitória.	A intervenção agrupada envolvendo visitas domiciliares e ligações foi mais eficaz do que apenas ligações na redução de readmissões. No entanto, quando o fator de custo é incluído, a intervenção complexa do uso combinado de visitas e ligações domésticas pode não ter necessariamente a vantagem apenas das ligações.
Galbraith AA, et al. <sup>40</sup>	2017	2	Avaliar o impacto de uma intervenção para pacientes de alto risco nos custos do sistema de saúde nos 180 dias após a alta.	Uma intervenção pós-alta com agentes comunitários de saúde fornecendo cuidados de transição para pacientes de alto risco em um ambiente de rede de segurança reduziu os custos em 180 dias para pacientes mais velhos e não aumentou, significativamente, os custos gerais para pacientes mais jovens.
Finlayson K, et al. <sup>41</sup>	2018	2	Avaliar a eficácia comparativa de intervenções de cuidados de transição em readmissões hospitalares não planejadas dentro de 28 dias, 12 semanas e 24 semanas após a alta hospitalar.	Intervenções de cuidados de transição multifacetados em ambientes hospitalares e comunitários são benéficas, com taxas mais baixas de readmissão hospitalar, embora apenas nas primeiras 12 semanas.
Pacho C, et al. <sup>42</sup>	2017	4	Avaliar uma consulta ambulatorial multidisciplinar estruturada para pacientes idosos e frágeis com IC após a alta; analisar o impacto da intervenção da consulta nos dados de readmissão.	Esta intervenção contribuiu para uma redução de 50% na taxa de readmissão por qualquer causa em 30 dias após alta dos pacientes com IC. Os resultados com a consulta ambulatorial multidisciplinar estruturada na população idosa, frágil e com comorbidades foram melhores do que os de outras estratégias.

Quadro 1 – Cont.

Autores	Ano	NE*	Objetivo	Desfecho/Conclusão
Jackson C, et al. <sup>43</sup>	2015	4	Identificar o momento ideal do acompanhamento hospitalar para pacientes com condições de complexidade variada.	<p>O benefício do acompanhamento ambulatorial precoce após a alta hospitalar é variável de acordo com a complexidade clínica do paciente. Embora o acompanhamento em 7 dias tenha sido associado a taxas de readmissão substancialmente mais baixas entre os pacientes com maior complexidade clínica e maior risco de readmissão, a maioria dos pacientes não parece se beneficiar de um acompanhamento muito precoce.</p>
Federman AD, et al. <sup>44</sup>	2018	4	Relatar os resultados do novo modelo de atendimentos hospitalares em casa.	<p>Pacientes que tiveram atendimento em casa nos 30 dias após a alta do serviço, tiveram os menores tempo de internação; as menores taxas readmissão, de visitas à emergência, de institucionalização e as melhores classificações de atendimento.</p>
Low LL, et al. <sup>45</sup>	2015	4	Avaliar se o programa de atendimento domiciliar de transição operado pelo Hospital Geral de Cingapura foi eficaz na redução da utilização aguda do hospital.	<p>Pacientes que participaram do programa de atendimento domiciliar na transição apresentaram taxas mais baixas de utilização hospitalar, com redução de internações e de atendimentos de emergência. É crescente a evidência que apoia a eficácia de programas de atendimento transitório multidisciplinares na redução da utilização dos recursos hospitalares.</p>
Ritchie K, et al. <sup>46</sup>	2017	6	Personalizar o prontuário eletrônico para criar um plano de assistência interprofissional específico para pacientes com demência; usar o prontuário eletrônico para facilitar uma transição oportuna de informações para prestadores de cuidados de saúde comunitários.	<p>Uso da tecnologia, que é um meio importante para facilitar e informar cuidados, ajudará a transição de conhecimento entre o hospital e a comunidade de adultos com demência.</p>
Wang QQ, et al. <sup>47</sup>	2018	2	Explorar os efeitos de um aplicativo móvel de atendimento domiciliar em pacientes com estoma que receberam alta do hospital.	<p>O acompanhamento em casa através de um aplicativo móvel pode melhorar o nível de ajuste psicossocial, a escala de autoeficácia e outros resultados relacionados aos pacientes com estoma. O aplicativo é uma intervenção eficaz para apoiar o ajuste psicossocial e a autoeficácia dos pacientes estomizados após a alta. Garante a continuidade dos cuidados e fornece orientações de enfermagem para os pacientes em tempo hábil.</p>
Barber RD, et al. <sup>48</sup>	2015	6	Fornecer informações sobre como um assistente social pode melhorar a experiência de transição e os resultados de saúde para idosos.	<p>A inclusão de assistentes sociais em intervenções de cuidados de transição pode fornecer melhores conexões com os serviços de saúde e com base na comunidade, além de maior apoio psicossocial que leva a resultados positivos em saúde sustentáveis.</p>

Quadro 1 – Cont.

Autores	Ano	NE*	Objetivo	Desfecho/Conclusão
Toles M, et al. <sup>49</sup>	2016	5	Identificar se as intervenções de cuidados de transição, em comparação com os cuidados habituais, melhoraram os resultados clínicos, como mortalidade, taxas de readmissão, qualidade de vida ou estado funcional e descrever as características das intervenções, recursos necessários para implementação e desafios metodológicos.	Os resultados sugerem evidências promissoras, mas limitadas, de que os cuidados de transição melhoram os resultados clínicos dos pacientes.
Kansagara D, et al. <sup>50</sup>	2016	1	Resumir os efeitos na saúde e na utilização de intervenções de cuidados de transição e identificar temas comuns sobre tipos de intervenções, populações de pacientes ou contextos que modificam esses efeitos.	Houve evidências consistentes de que o planejamento aprimorado da alta e as intervenções hospitalares em casa reduziram as readmissões.
Le Berre M, et al. <sup>51</sup>	2017	1	Determinar a eficácia das intervenções direcionadas às transições do hospital para a atenção primária a pacientes idosos com doenças crônicas.	Os cuidados de transição para pacientes idosos com doenças crônicas que tiveram alta do hospital para casa obtiveram os melhores resultados na diminuição da mortalidade e nas readmissões.
Hwang U, et al. <sup>52</sup>	2018	4	Examinar o efeito de cuidados de transição de uma enfermeira no departamento de emergência.	Pacientes que receberam atendimento de enfermeiras de transição do cuidado, ainda na emergência, tiveram menores taxas de internação e visitas à emergência.
Robertson FC, et al. <sup>53</sup>	2018	4	Estabelecer um programa de cuidados de transição com o objetivo de diminuir o tempo de permanência, melhorar a eficiência da alta e reduzir as readmissões de pacientes neurocirúrgicos, otimizando a educação do paciente e a vigilância pós-alta.	O programa conseguiu reduzir o tempo de internação, de readmissões e melhorou a experiência do paciente e a qualidade do atendimento.
Bindman AB, Cox DF. <sup>54</sup>	2018	4	Investigar se receber cuidados de transição foi associado aos menores custos subsequentes de saúde e à mortalidade dos beneficiários no mês seguinte à prestação do serviço.	Os beneficiários do Medicare que receberam transição de cuidado apresentaram custos e mortalidade totais mais baixos em comparação com os que não receberam esses serviços.
Heim N, et al. <sup>55</sup>	2016	6	Informar sobre o desenvolvimento, implementação e avaliação de um programa regional de cuidados transitórios, com o objetivo de melhorar a taxa de recuperação de pacientes idosos hospitalizados e frágeis.	Ao envolver as partes interessadas na concepção e desenvolvimento do programa de cuidados de transição, o compromisso dos profissionais de saúde foi garantido. Inovações viáveis no atendimento transitório integrado para pacientes idosos frágeis após hospitalização foram implementadas de maneira sustentável dentro das organizações de saúde.

Quadro 1 – Cont.

Autores	Ano	NE*	Objetivo	Desfecho/Conclusão
Acosta AM, et al. <sup>56</sup>	2018	6	Analisar as atividades realizadas pelo enfermeiro na transição do cuidado ao paciente com alta hospitalar.	Foi possível avaliar as atividades de maior frequência do enfermeiro na transição do cuidado, entre elas, a principal foi a de educação e saúde. A principal dificuldade foi o contato com a atenção primária e acompanhamento do desfecho pós-alta.
Weber LAF, et al. <sup>57</sup>	2017	6	Identificar atividades dos enfermeiros na transição do cuidado do hospital para o domicílio a partir de evidências na literatura.	As atividades dos enfermeiros para desenvolver a coordenação dos cuidados na transição do hospital para o domicílio incluem reconciliação medicamentosa, orientação ao paciente e/ou cuidador, seguimento domiciliar do paciente após alta hospitalar, comunicação efetiva entre hospital e demais serviços de saúde, e apoio na comunidade.
Whitehouse CR, et al. <sup>58</sup>	2018	4	Comparar os resultados de idosos com diabetes mellitus tipo 2 e obesidade após a participação em uma intervenção de cuidados de transição que incluiu a educação em autogestão do diabetes e a assistência domiciliar.	Taxas de reinternação e controle glicêmico foram analisados, mas não tiveram grande diminuição, possivelmente devido as outras comorbidades de cada paciente.
Aued GK, et al. <sup>59</sup>	2019	6	Descrever as atividades desenvolvidas pelas enfermeiras de ligação para a continuidade do cuidado após a alta hospitalar.	Evidencia-se a importância de os hospitais designarem um profissional para a coordenação do processo da alta hospitalar, desempenhando a função de articulador entre os profissionais, entre os serviços de diferentes níveis de atenção e advogando em prol do paciente. Sem ações de coordenação, é difícil promover a continuidade do cuidado. Sugere a implementação do cargo de enfermeira de ligação ou de um serviço de ligação no âmbito hospitalar.
Costa MFBNA et al. <sup>60</sup>	2019	6	Conhecer o perfil e as atividades realizadas pela Enfermeira Hospitalar de Enlace para a continuidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde na Espanha.	É necessário ter capacidade como educador, trabalhar em equipe e motivação. Atividades englobam disponibilidade de recursos e experiência no manejo do cuidado de pacientes complexos e sua família.
Hestevik CH, et al. <sup>61</sup>	2019	5	Integrar os achados internacionais atuais, a fim de aprimorar o entendimento das experiências dos idosos de adaptação à vida cotidiana em casa após a alta hospitalar.	Os resultados enfatizam a importância da avaliação e planejamento, informação e educação, preparação do ambiente doméstico, envolvimento do idoso e cuidadores e apoio à autogestão nos processos de alta e acompanhamento em casa.
Backman C, et al. <sup>62</sup>	2018	6	Envolver os idosos com várias condições crônicas e seus familiares na exploração detalhada de suas experiências durante as transições nos ambientes de saúde e identificar áreas potenciais para futuras intervenções.	Importante fortalecer o apoio ao cuidado centrado na pessoa e na família, envolvendo idosos e famílias em suas transições de cuidado, fornecendo melhor suporte e recursos.

## Processo de alta e pós-alta hospitalar

Sobre o processo de alta e pós-alta hospitalar, cinco artigos foram agrupados. Três deles abordaram a importância do planejamento para a alta hospitalar<sup>27-29</sup>; dois artigos trouxeram a dificuldade encontrada nesse processo em relação às notas de altas<sup>27,30</sup> e todos eles citaram estratégias para melhorar o processo de desospitalização<sup>27-31</sup>.

O planejamento da alta deve iniciar-se a partir da internação e da definição do diagnóstico do paciente<sup>29</sup> para evitar que falhas na organização da alta possam afetar os cuidados subsequentes necessários ao paciente<sup>28</sup>. Altas mal organizadas prejudicam a sua qualidade e colocam em risco a segurança do paciente por meio de eventos adversos relacionados a erros com medicações e por falhas de comunicação<sup>27-28,30</sup>.

Uma dificuldade comum encontrada nos estudos selecionados foi com as notas de altas. Normalmente, elas estão incompletas<sup>27,29</sup>, com discrepâncias entre os cuidados necessários e os prestados<sup>27</sup> e também com a falta de clareza sobre as necessidades específicas e particulares de cada paciente no momento de transição<sup>29</sup>. Em uma pesquisa, 13% das notas de altas analisadas foram classificadas como ruins ou moderadas por estarem incompletas<sup>27</sup>.

As estratégias para melhorar a comunicação da alta, destacadas nos estudos, foram a comunicação verbal entre as equipes do hospital com a APS<sup>31</sup> e a criação de sistemas de informação para o intercâmbio entre os níveis de atenção à saúde, facilitando a troca de informações e qualificando o processo de alta hospitalar<sup>28,30</sup>.

O momento da alta hospitalar e as transições de cuidados são processos complexos e que estão inter-relacionados<sup>27-28</sup>. Para melhorar o processo de desospitalização e de pós-alta, os pesquisadores sugeriram a preparação de um plano de cuidados; a garantia da segurança do paciente por meio da realização da reconciliação medicamentosa ajustada às mudanças ocorridas durante a hospitalização; a padronização do processo de alta com a elaboração de notas de alta bem estruturadas e a melhora da comunicação entre os diferentes níveis de atenção à saúde<sup>27-31</sup>.

## Continuidade do cuidado pós-alta

Entre todos os artigos da revisão integrativa, 50% deles trouxeram estratégias para a continuidade do cuidado pós-alta. Os estudos destacaram, como estratégias, as ligações telefônicas pós-alta<sup>21,26,31-38</sup>, as Visitas Domiciliares (VDs)<sup>25-26,37</sup> e também a associação das VDs com as ligações telefônicas<sup>20,26,39-41</sup>. As consultas ambulatoriais<sup>17,31,42-43</sup>, a alta com as equipes de Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)<sup>44-45</sup> e o uso crescente da tecnologia<sup>34,46-47</sup> são outras estratégias que auxiliam na alta e na continuidade do cuidado.

Destacam-se as ligações telefônicas como a principal estratégia de transição do cuidado encontrada nesta revisão, pois 21% dos artigos a trouxeram em seus resultados. Têm como objetivos auxiliar no autogerenciamento do paciente, garantir que o plano de cuidados esteja sendo seguido, tirar dúvidas, identificar e resolver problemas<sup>26,31-32,34,36-38</sup> e também verificar a aderência aos medicamentos<sup>33,35-37</sup>. A maioria das pesquisas selecionadas mostrou resultados positivos com as primeiras ligações em até 72 horas após a alta<sup>26,31-32,34,36-38</sup>, mas podem variar entre sete a dez dias pós-alta<sup>21,35-36,38</sup>. Elas podem ser realizadas pela equipe multidisciplinar, contudo, alguns artigos destacaram as ligações realizadas por farmacêuticos<sup>35-36</sup> e por médicos e/ou residentes<sup>32-33</sup>. As intervenções realizadas por farmacêuticos resultaram na diminuição dos eventos adversos relacionados a erros de medicações<sup>35-36</sup>. Uma pesquisa evidenciou que 56% dos paciente contatados por telefone apresentaram algum sintoma ou agravamento depois da alta e, desses problemas detectados, 68% foram gerenciados pelo médico durante a ligação, sem a necessidade de outros atendimentos ou retorno à emergência<sup>32</sup>.

Em relação às VDs, os estudos apontaram que podem ser realizadas em até sete dias depois da alta, conforme a complexidade do paciente<sup>26,37</sup>, e o tempo de seguimento também é definido de

acordo com a sua necessidade, podendo acontecer durante duas a vinte e quatro semanas após a alta<sup>25</sup>. Durante as visitas, as equipes realizaram a avaliação clínica, social e ambiental do paciente, bem como a reconciliação medicamentosa e as orientações a eles e a seus familiares<sup>25-26,37</sup>.

Estudos associaram as ligações telefônicas e as VDs nas transições de cuidados e todos tiveram resultados positivos com essa associação<sup>20,26,39-41</sup>. Três estudos compararam a estratégia de usar as ligações junto às VDs<sup>39-41</sup> com apenas algum acompanhamento pós-alta<sup>41</sup> ou apenas com ligações telefônicas<sup>39-40</sup>. Os estudos que utilizaram as duas estratégias associadas para a transição tiveram melhores resultados, pois foram mais eficazes na redução das reinternações e dos custos hospitalares<sup>39-41</sup>.

Quanto ao acompanhamento ambulatorial dos pacientes, os artigos trouxeram que ele pode ser feito por médicos ou por enfermeiros capacitados<sup>17,42</sup>. As pesquisas sugeriram que a primeira consulta seja marcada em até sete dias após a alta<sup>17,31,42-43</sup> ou podem ser agendadas até mais cedo, dependendo da gravidade do paciente<sup>31</sup>. O acompanhamento precoce, realizado em sete dias, esteve associado à redução das readmissões entre os pacientes com maior complexidade clínica e maior risco de readmissão, enquanto, entre os pacientes com nenhuma ou apenas uma condição crônica ou aguda, o atendimento precoce não fez diferença nas reinternações<sup>43</sup>.

Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), que realizam atendimentos hospitalares em casa, foram citados em dois artigos<sup>44-45</sup>. Equipes multiprofissionais elaboram planos de cuidados individualizados, centrados no paciente, e realizam cuidados como o monitoramento das doenças, dos sinais vitais, as infusões intravenosas, o tratamento de feridas, a educação e a saúde<sup>44-45</sup>. Normalmente, a primeira avaliação é realizada pelo médico e enfermeiro, sendo eles quem definem a necessidade de atendimento pelos outros profissionais da equipe<sup>45</sup>. Os enfermeiros podem visitar os pacientes uma ou mais vezes ao dia, conforme a necessidade de cuidado<sup>44</sup>. Esses estudos tiveram como resultados a redução das reinternações e visitas a emergências<sup>44-45</sup>. Ainda, o estudo realizado em um hospital de Singapura encontrou uma economia geral de custos de U\$\$ 4,7 milhões<sup>45</sup>.

A participação de assistentes sociais nas atividades de transição do cuidado como integrante da equipe multiprofissional melhora as conexões com os serviços de saúde e com a comunidade, além de proporcionar maior apoio psicossocial, levando a resultados positivos na saúde dos pacientes<sup>48</sup>.

O uso da tecnologia para o auxílio da continuidade do cuidado no pós-alta foi apontado em três estudos<sup>34,46-47</sup>. Um deles utilizou a inovação tecnológica de big data, em que alertas sobre a alta do paciente foram automaticamente enviados por *e-mail* ao serviço de referência do paciente<sup>34</sup>. A equipe de referência tinha até 48 horas depois da alta para realizar as ligações telefônicas de acompanhamento, com as avaliações sociais e de saúde<sup>34</sup>. Em outro estudo, foi elaborado um plano de assistência interprofissional no prontuário eletrônico, específico para pacientes com demência. A equipe envolvida no cuidado, tanto do hospital quanto da comunidade, deveria acessá-lo e alimentá-lo<sup>46</sup>. Esses dois estudos, com o auxílio da tecnologia, aumentaram o acompanhamento comunitário e melhoraram a comunicação entre os serviços de saúde, reduzindo as lacunas nas transições<sup>34,46</sup>.

Aplicativos móveis também podem ser usados para o acompanhamento pós-alta, como na pesquisa realizada com pacientes estomizados<sup>47</sup>. Divididos em dois grupos, os pacientes do grupo-controle receberam cuidados pós-alta de rotina com consultas ambulatoriais, enquanto o grupo intervenção, além das consultas, teve o acompanhamento domiciliar por meio de um aplicativo de celular. Esses pacientes puderam marcar consultas, tirar dúvidas e mandar fotos pelo aplicativo. Os resultados obtidos foram melhores no grupo intervenção, pois a incidência de complicações foi menor e diminuiu ainda mais ao longo de seis meses de acompanhamento no mesmo grupo<sup>47</sup>.

## **Benefícios da transição de cuidado**

Em 21 estudos, foram identificados benefícios da transição de cuidado. O principal resultado foi a redução das reinternações e das visitas à emergência<sup>18-22,24,26,36-37,49-53</sup>. Seis artigos mostraram a diminuição da mortalidade e dos custos hospitalares<sup>17,23,25,49,51,54</sup> e três apontaram a diminuição

dos eventos adversos<sup>30,36,55</sup>. Outros trouxeram, como resultados positivos, a melhora da QV<sup>20,22</sup> e a satisfação dos pacientes<sup>53</sup>. Um dos artigos abordou os benefícios, em geral, da transição<sup>55</sup> e apenas um artigo, de revisão sistemática, não encontrou associação entre a continuidade de cuidados e as implicações na saúde dos pacientes no período pós-alta. Isso foi associado à heterogeneidade dos resultados da pesquisa e à limitação da evidência científica dos estudos<sup>28</sup>.

Em relação às reinternações, os artigos compararam os grupos de pacientes que receberam algum cuidado de transição na alta (grupo intervenção) com os pacientes que não receberam cuidados de transição (controle) e encontraram diferenças significativas, confirmando os benefícios da transição de cuidado. No estudo com pacientes com doenças crônicas, o risco de readmissão, em 30 dias, foi 25% menor no grupo de intervenção<sup>21</sup>; pacientes com doença cardíaca coronariana tiveram uma taxa de reinternação, em 30 dias, de 5,1% no grupo intervenção *versus* 16,1% do grupo-controle e, em 90 dias, de 8,5% *versus* 20,3% do grupo-controle<sup>19</sup>. Uma pesquisa com pacientes submetidos à neurocirurgia encontrou taxas de reinternação de 2,5% no grupo intervenção, enquanto o outro grupo reinternou 5,8% em 30 dias<sup>53</sup>. Em outro estudo com a população idosa, o grupo intervenção teve 12,6% de visitas à emergência enquanto o grupo-controle teve 24,9% visitas à emergência<sup>24</sup>. Apenas nesse estudo, a diferença não foi significativa para as reinternações<sup>24</sup>.

Uma pesquisa encontrou uma taxa de mortalidade significativamente menor, sendo de 1,1% entre 31 a 60 dias após a alta no grupo de pacientes que recebeu os cuidados de transição, enquanto, no grupo-controle, essa taxa foi de 1,6%<sup>54</sup>. Em idosos, essa redução também foi encontrada, com taxas de mortalidade de 25,2% no grupo que recebeu os cuidados de transição *versus* 30,9% no grupo-controle<sup>25</sup>.

Quanto aos custos, os pacientes que receberam os cuidados de transição tiveram os custos totais médios significativamente menores em 31 a 60 dias após a alta em relação aos outros pacientes<sup>24</sup>. Uma pesquisa realizada em um hospital geral de Missouri encontrou declínio nos custos institucionais de U\$\$ 300 por paciente com doença cardíaca que esteve vinculado a um programa de cuidados de transição<sup>17</sup>.

A melhora da QV foi identificada em dois estudos<sup>20,22</sup>. Entre pacientes com DPOC, a QV foi verificada em seis meses<sup>22</sup> e, no estudo com pacientes paliativos com Insuficiência Cardíaca (IC), ainda houve uma melhora dos sintomas de depressão e dispneia em 90 dias de acompanhamento<sup>20</sup>. Um artigo destacou a satisfação dos pacientes por estarem participando de um programa com orientações pré e pós-hospitalização, ligações e consultas pós-alta<sup>53</sup>.

A diminuição de eventos adversos também foi encontrada como benefício das transições de cuidados<sup>30,36,55</sup>. Um grupo de pacientes que recebeu a reconciliação medicamentosa por farmacêutico antes da alta e telefonemas pós-alta obteve 8% de eventos relacionados a medicamentos ou erros de medicações, em relação a 12,8% de eventos encontrados no grupo de pacientes que não recebeu a reconciliação medicamentosa<sup>36</sup>. Falhas de comunicação também são relacionadas a eventos adversos e é por isso que diferentes formas de comunicação devem ser utilizadas entre os níveis de atenção à saúde para reduzir o risco de eventos adversos<sup>30</sup>.

## **Papel do enfermeiro na transição de cuidado**

Sete artigos abordaram o papel do enfermeiro na transição do cuidado. As principais atividades foram relacionadas à educação e saúde<sup>38,56-58</sup> e o seguimento domiciliar após a alta<sup>38,52,57-58</sup>. Dois estudos apontaram o enfermeiro como principal articulador entre os profissionais e os diferentes níveis de atenção<sup>57,59</sup> e um estudo enfatizou a experiência e a competência do enfermeiro no cuidado de pacientes complexos e suas famílias<sup>60</sup>.

As atividades de educação em saúde destacaram-se, sendo possível identificar que cerca de 60% dos enfermeiros as realizam sempre ou frequentemente<sup>56</sup>, com orientações sobre os dispositivos

médicos (sondas, drenos, curativos), administração de medicamentos, alimentação, autocuidado e informações sobre a doença<sup>38,56-58</sup>. A reconciliação medicamentosa também pode ser realizada por enfermeiros e deve ser feita na admissão e na alta do paciente<sup>57</sup>.

O acompanhamento domiciliar após a alta, também, é uma das atividades de enfermeiros de transição do cuidado, realizadas por meio de VDs ou telefonemas, que permitem avaliações e intervenções conforme a necessidade do paciente, resultam em transições mais qualificadas e reduzem os riscos de reinternações<sup>38,52,57-58</sup>.

Autores afirmam que os enfermeiros de continuidade do cuidado são os principais articuladores entre os diferentes profissionais das equipes e também entre os níveis de atenção à saúde<sup>59-60</sup>. Normalmente, são eles que transferem as informações da alta para os serviços de saúde e isso ocorre por meio de contato telefônico e/ou por correio eletrônico<sup>57,59</sup>, podendo ocorrer no dia na alta ou 24 a 48 horas antes<sup>59</sup>. Um estudo encontrou que cerca de 52% dos enfermeiros de unidades de internações hospitalares orientam os pacientes a seguir o acompanhamento com a APS, porém, mais da metade deles não comunica à equipe de referência sobre a alta<sup>56</sup>. Quando não existem fluxos ou mecanismos definidos para a transferência de informações, muitas podem ser perdidas ao longo do atendimento, ocasionando uma deficiência nas transições com danos ao paciente por falhas de comunicação, aumento dos custos e atrasos na resolução dos problemas<sup>60</sup>.

Entre as competências e habilidades dos enfermeiros que realizam atividades de transição do cuidado estão o trabalho em equipe, a experiência no tratamento de situações difíceis, o manejo do cuidado de pacientes complexos e sua família e o conhecimento da rede de atenção à saúde para a continuidade do cuidado<sup>60</sup>.

Em alguns países, existem enfermeiros que são responsáveis pela coordenação da alta hospitalar, acompanhando a equipe multiprofissional no cuidado prestado, estabelecendo o plano de cuidados individualizado junto ao paciente e família e transferindo essas informações do hospital para a APS. Esses enfermeiros são chamados de enfermeiros de transição, enfermeiros hospitalares de enlace, gestores de casos ou enfermeiros de continuidade de cuidados<sup>59-60</sup>.

Uma revisão integrativa identificou que mais da metade dos artigos selecionados mostrou que o planejamento da alta foi realizado por enfermeiros em conjunto com a equipe multidisciplinar, o paciente e a família<sup>57</sup>. No entanto, uma pesquisa realizada no Brasil com enfermeiros de unidades de internação, em relação às suas atividades, mostrou que o planejamento da alta em equipe e a elaboração de um plano de alta são atividades pouco realizadas pelos enfermeiros<sup>56</sup>.

## **Vivências de pacientes sobre a transição de cuidado**

Dois estudos trouxeram as vivências de pacientes na transição de cuidado na alta, descrevendo as queixas e experiências deles e de seus familiares.

Muitos relataram que a alta foi comunicada no mesmo dia, sem aviso ou planejamento prévio, e as orientações também foram passadas no dia da alta<sup>61-62</sup>. Altas mal planejadas e falhas de comunicação provocam ansiedade e insegurança no paciente e na família, pois muitos terão que enfrentar uma readaptação após a saída do hospital, bem como colocam o paciente em risco para eventos adversos<sup>61,62</sup>. Relatos sobre a falta de coordenação dos cuidados após a alta foram apontados, pois muitos pacientes tiveram dificuldades para agendar consultas e sentiram a falta de um acompanhamento domiciliar<sup>61-62</sup>.

Em relação às experiências positivas durante as transições do hospital para a casa, pode-se destacar a satisfação com o atendimento domiciliar, que foi responsivo e personalizado<sup>62</sup>. Os enfermeiros também foram mencionados, por desempenharem um papel significativo na facilitação das transições de cuidado, a partir da coordenação entre os diferentes níveis de atenção<sup>62</sup>.

## DISCUSSÃO

Os pacientes que reinternam com frequência possuem perfis semelhantes no que se refere aos problemas de saúde, como encontrado nesta revisão integrativa e na pesquisa de Dias<sup>10</sup>, em que se destacaram as doenças do aparelho circulatório, com taxa de reinternação de 13,7%, estando atrás apenas das neoplasias, que têm taxa de 19,9%; pacientes idosos, com 38,4% do total das readmissões, e entre todos os pacientes readmitidos, 47,6% tinham, pelo menos, uma comorbidade associada e 13,9% chegaram a ter cinco diagnósticos<sup>10</sup>. As equipes de saúde devem ficar atentas aos pacientes com esses perfis, pois a realização da transição de cuidado pode evitar que eles retornem ao hospital.

Algumas pesquisas<sup>63-64</sup> reafirmaram a necessidade do planejamento precoce da alta, que deve ser iniciado a partir da admissão do paciente. É nesse momento que todos os profissionais envolvidos no cuidado devem avaliar as necessidades sociais e de saúde do paciente<sup>63,64</sup>, contribuindo para que a alta ocorra no tempo planejado.

A transição do hospital para o domicílio é um momento delicado, pois é nesse período que o paciente está mais propenso a eventos adversos<sup>4,6</sup>, os quais podem ocorrer por erros envolvendo medicamentos e por falhas de comunicação. A revisão dos medicamentos é essencial nesse processo de desospitalização e deve ser realizada no momento da admissão e da alta<sup>65</sup>. Além disso, as orientações ao paciente sobre o uso das medicações também são importantes para evitar o risco de eventos adversos, devendo acontecer ao longo da internação e não apenas no dia da alta.

Em relação ao risco de eventos adversos relacionados à comunicação, os autores afirmaram que a padronização das notas de alta é importante para que as transições sejam seguras, servindo para a qualificação da continuidade do atendimento<sup>6</sup>. A comunicação completa dessas informações garante que os profissionais que atenderão o paciente, ao acessar o resumo de alta, entenderão qual é a sua condição de saúde e quais os cuidados necessários no pós-alta<sup>63</sup>.

Para auxiliar no processo de alta e pós-alta, os autores sugeriram a utilização de *checklists* para a alta qualificada com o objetivo de garantir a segurança das transições e para que a continuidade do cuidado seja bem-sucedida<sup>66</sup>. Esses instrumentos são ferramentas para sistematizar o trabalho e previnem os lapsos de memória e os erros humanos<sup>6,66</sup>. Devem fazer parte do *checklist* o plano de cuidados, a situação social do paciente, suas condições para o autocuidado, o estado mental, a reconciliação medicamentosa, o direcionamento e a comunicação para outros níveis de atenção<sup>66</sup>.

O processo de alta é desafiador para as equipes, pois exige organização, empenho e trabalho multidisciplinar, assim como o pós-alta é um momento de apreensão para o paciente e seus familiares devido aos riscos de eventos adversos. Por isso, um planejamento da alta adequado é essencial, pois, além de auxiliar no trabalho das equipes, traz benefícios e mais segurança ao paciente.

A utilização de estratégias para a continuidade do cuidado proporciona uma transição de cuidado pós-alta segura e com qualidade. Pesquisadores sugeriram que as ligações telefônicas e as VDs são ferramentas que auxiliam na redução da procura por atendimentos, detectando e tratando os problemas antes que seja necessária a procura do hospital, e a associação dessas estratégias faz com que as transições tenham maior chance de resultados positivos<sup>4,63,65</sup>. Dessa forma, fica claro que nenhum cuidado isolado tem resultados tão satisfatórios quanto a associação de diferentes cuidados. Junto a essas estratégias, as consultas pós-alta, com foco em avaliação e reabilitação, também são cruciais para ocorrerem as transições ideais e reduzir o risco de reinternação<sup>65</sup>.

Ainda em relação às estratégias para a continuidade do cuidado, os benefícios do atendimento dos SADs ficaram evidentes em um estudo controlado randomizado que comparou os pacientes com atendimento hospitalar em casa com os pacientes hospitalizados<sup>67</sup>. Os resultados mostraram que os pacientes com atendimento domiciliar tiveram um custo médio 38% menor, com menos pedidos de exames laboratoriais e de imagens; tiveram uma taxa de reinternação de 7%, enquanto, no grupo de pacientes hospitalizados, a taxa foi de 23%<sup>67</sup>.

O uso da tecnologia nos serviços de saúde vem ganhando espaço e tem grande potencial para contribuir com a qualificação dos atendimentos e da comunicação entre o hospital e a comunidade. Pesquisadores concluíram que o telemonitoramento auxilia as equipes de saúde a supervisionar o autogerenciamento dos pacientes depois da alta, buscando melhores resultados para a sua saúde<sup>68</sup>. Assim, nas transições de cuidados, o uso da tecnologia é visto como um método promissor para melhorar a qualidade da transição do hospital para casa, fornecendo a troca de informações entre os diferentes níveis de atenção à saúde<sup>68</sup>.

Com tudo isso, pode-se perceber que a continuidade do cuidado na alta pode ser realizada de diferentes formas e a definição por qual estratégia de cuidado vai depender das necessidades do paciente depois da alta hospitalar.

A transição do cuidado traz vários benefícios, entre eles, a redução das reinternações e visitas à emergência, bem como a diminuição da mortalidade e dos custos hospitalares. Alguns fatores que influenciam as reinternações podem não estar sob controle do hospital, pois a realidade do paciente após a alta é um determinante importante. Por tudo isso, as intervenções de transição do cuidado, que se iniciam ainda no ambiente hospitalar, são essenciais e precisam ser bem-sucedidas para auxiliar na redução das reinternações<sup>65</sup>.

Um estudo identificou, para cada readmissão evitada, uma redução de U\$\$ 5652,00 nos custos, confirmando que as transições contribuem para a diminuição dos custos hospitalares<sup>69</sup>. Provavelmente, essa diminuição dos gastos em saúde está relacionada ao fato de que esses pacientes visitam menos as emergências e também se reinternam menos por seguirem acompanhados após a alta por equipes preparadas para essa atividade.

A implementação de um programa de transição de cuidados, em que os pacientes receberam orientações e reconciliação medicamentosa durante a internação e na alta, melhorou o atendimento e, conseqüentemente, a satisfação do paciente<sup>69</sup>. Além disso, resultou no aumento do cumprimento dos cuidados básicos pós-alta, diminuindo, assim, as reinternações em 30 dias<sup>69</sup> e reforçando os resultados positivos da transição.

Diante de tudo isso, fica evidente que a transição de cuidado traz vários benefícios, tanto para os serviços de saúde, com a redução dos gastos, quanto para os pacientes, que passam a ter menor necessidade de procurar os atendimentos hospitalares, têm menos risco de eventos adversos e ainda podem melhorar a qualidade de vida.

Autores afirmaram que os enfermeiros são qualificados para executar ações educativas de promoção à saúde<sup>70</sup> e, durante esses momentos, além de educar, é preciso detectar as características do paciente e da família e coletar informações sobre a sua situação prévia e os recursos de que dispõem<sup>64</sup>. Os enfermeiros são vistos como o profissional que faz as orientações de cuidados mais complexos, como as sondagens de alívio, os cuidados com ostomias e os curativos extensos<sup>64</sup>.

As atividades do enfermeiro nas transições de cuidados iniciam-se na internação e devem seguir no pós-alta. O conhecimento do enfermeiro em relação à rede de atenção à saúde é essencial para que o encaminhamento e o vínculo após a alta sejam garantidos, pois o paciente e a família podem seguir com dúvidas, incertezas e medos, e o apoio da rede é fundamental para a continuidade do cuidado<sup>71</sup>.

A criação de uma ferramenta para sistematizar a alta hospitalar, como, por exemplo, um relatório de continuidade do cuidado, enfatizando o preparo que o paciente teve para a alta e que possa ser usado como um guia de cuidados para ser consultado em casa, pode ser uma estratégia eficaz para a implementação de cuidados pós-alta<sup>6,64</sup>. A elaboração desse tipo de ferramenta requer a colaboração e o trabalho interdisciplinar<sup>6,64</sup> e, muitas vezes, o enfermeiro é o coordenador desta atividade<sup>6,64</sup>. Isso já acontece em muitos países e está relacionado às habilidades do enfermeiro, que é reconhecido como um elo articulador entre os pacientes e os demais profissionais da equipe de cuidado, bem como entre os próprios profissionais das equipes<sup>7</sup>.

Sabe-se que, no Brasil, o processo de transição do cuidado para a desospitalização ainda está ganhando força, enquanto, em outros países, já existem enfermeiros coordenando a atividade. Autores afirmaram que a dedicação do enfermeiro em muitas atividades administrativas compromete a execução plena do cuidado de Enfermagem<sup>7</sup>, podendo afetar a sua participação no processo de transição do cuidado para a desospitalização. Assim, as atribuições dos enfermeiros precisam ser reorganizadas e a sua participação no planejamento da alta precisa ser ampliada e, preferencialmente, exclusiva, para a melhoria das transições de cuidado, garantindo a segurança do paciente após a sua saída do hospital.

As queixas em relação ao momento da alta e sobre a transição de cuidados são comuns quando os pacientes e familiares são questionados sobre esse processo. Entretanto, experiências positivas também são relatadas.

Durante o planejamento da alta, o envolvimento do paciente e da família é essencial para o sucesso desse momento. A comunicação completa das informações, com adequadas orientações de educação e saúde ainda durante a hospitalização, contribui para a segurança do paciente, evitando eventos adversos depois da alta<sup>70</sup>.

Entre as experiências positivas, pode-se destacar a satisfação com o atendimento domiciliar e o papel fundamental do enfermeiro em atividades de transição do cuidado. Isso porque o atendimento domiciliar oferece uma atenção especial e individualizada ao paciente<sup>63</sup> e o conhecimento da rede de atenção, pelo enfermeiro, facilita e qualifica a continuidade do cuidado<sup>71</sup>. Percebe-se, ainda, o quanto o processo de transição de cuidados para a alta ainda tem falhas e conhecer as experiências dos pacientes e seus familiares possibilita a identificação e a busca da redução dessas deficiências.

Este estudo possui algumas limitações, entre elas, a escolha pela faixa etária adulta, que limitou a discussão sobre a transição de cuidados de crianças e adolescentes, e a identificação do tipo de metodologia utilizada em alguns artigos selecionados.

## CONCLUSÃO

O estudo permitiu o conhecimento sobre a produção científica relacionada à transição de cuidado na alta hospitalar de pacientes adultos.

A partir da síntese e análise de conhecimentos sobre a temática, verificou-se que a alta hospitalar e as transições de cuidados são processos amplos e complexos que estão interligados. Identificou-se que existem diferentes estratégias para a continuidade do cuidado pós-alta, as quais devem ser adotadas, pois oferecem segurança e muitos benefícios ao paciente e aos serviços de saúde. Além disso, foi possível reconhecer que o enfermeiro tem papel fundamental nas atividades de transição e, no Brasil, entretanto, ela deve ser ampliada, com enfermeiros atuando exclusivamente em equipes destinadas à realização de transição de cuidado.

O estudo fornece subsídios para a tomada de decisão sobre as atividades de transição do cuidado, tanto no âmbito hospitalar quanto na APS, bem como a necessidade de integração entre a rede assistencial.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Grupo Hospitalar Conceição. Relatório Integrado 2018. Porto Alegre, RS(BR): Grupo Hospitalar Conceição; 2018. [acesso 2020 Mai 01]. Disponível em: <https://www.ghc.com.br/files/RelatorioIntegrado2018.pdf>
2. Nascimento AB. Gerenciamento de leitos hospitalares: Análise conjunta do tempo de internação com indicadores demográficos e epidemiológicos. *Rev Enferm Atenção Saúde* [Internet]. 2015 [acesso 2020 Mai 9];4(1):65-78. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/1264/1135>

3. Alper, E; O'malley, TA; Greenwald J. Hospital discharge and readmission. UpToDate, Inc. and/or its affiliates [Internet]. 2020 [acesso 2020 Mar 10]. Disponível em: [www.uptodate.com/contents/hospital-discharge-and-readmission](http://www.uptodate.com/contents/hospital-discharge-and-readmission)
4. Shahsavari H, Zarei M, Mamaghani JA. Transitional care: Concept analysis using Rodgers' evolutionary approach. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2019 [acesso 2021 Mai 02];99:103387. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103387>
5. Naylor M, Berlinger N. Transitional care: a priority for health care organizational ethics. *Hastings Center Report* [Internet]. 2016 [acesso 2021 Mai 02];46(5):S39-S42. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/hast.631>
6. Mennuni M, Gulizia MM, Alunni G, Amico AF, Bovenzi FM, Caporale R, et al. ANMCO Position Paper: hospital discharge planning: recommendations and standards. *Euro Heart J Suppl* [Internet]. 2017 [acesso 2021 Mai 02];19(Suppl D):D244-55. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/sux011>
7. Leal JAL, Melo CMM. Processo de trabalho da enfermeira em diferentes países: uma revisão integrativa. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [acesso 2021 Mai 02];71(2):413-23. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0468>
8. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informática do SUS (DATASUS) [Internet]. Epidemiológicas e Morbidade. Morbidade hospitalar do SUS. Brasília, DF(BR): MS; 2020. [acesso 2020 Mai 15]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nruf.def>
9. Chopra I, Wilkins TL, Sambamoorthi U. Hospital length of stay and all-cause 30-day readmissions among high-risk medicaid beneficiaries. *J Hosp Med* [Internet]. 2016 [acesso 2021 Mai 02];11(4):283-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/jhm.2526>
10. Dias BM. Readmissão hospitalar como indicador de qualidade [Dissertação]. Ribeirão Preto (SP). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2015 [acesso 2021 Mai 02]. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-22122015-101155/en.php>
11. Zuckerman RB, Sheingold SH, Orav EJ, Ruhter J, Epstein AM. Readmissions, observation, and the hospital readmissions reduction program. *N Engl J Med* [Internet]. 2016 [acesso 2020 Jun 01];374:1543-51. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/NEJMsa1513024>
12. Weber LAF, Lima MAD da S, Acosta AM. Quality of care transition and its association with hospital readmission. *Aquichan* [Internet]. 2019 [acesso 2020 Jun 01];19(4):e1945. Disponível em: <https://doi.org/10.5294/aqui.2019.19.4.5>
13. Mendes KDS, Silveira RC de CP, Galvão CM. Use of the bibliographic reference manager in the selection of primary studies in integrative reviews. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2019 [acesso 2021 Mai 01];28:e20170204. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0204>
14. Santos CMDC, Pimenta CADM, Nobre MRC. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2007 [acesso 2021 Mai 02];15(3):508-11. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300023>
15. Fineout-Overholt E, Stillwell SB. Asking compelling, clinical questions. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E, eds. *Evidence-based practice in nursing & healthcare A guide to best practice*. 2a ed. Philadelphia (US): Wolters Kluwer, Lippincot Williams & Wilkins; 2011. p.25-39.
16. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. PRISMA 2009 Flow Diagram. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* [Internet]. 2009 [acesso 2021 Mai 02];339:b2535. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.b2535>
17. Soto GE, Huenefeldt EA, Hengst MN, Reimer AJ, Samuel SK, Samuel SK, et al. Implementation and impact analysis of a transitional care pathway for patients presenting to the emergency department with cardiac-related complaints. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2018 [acesso 2020 Jun 20]; 18:672. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3482-2>

18. Garnier A, Rouiller N, Gachoud D, Nachar C, Voirol P, Griesser AC, et al. Effectiveness of a transition plan at discharge of patients hospitalized with heart failure: A before-and-after study. *ESC Hear Fail* [Internet]. 2018 [acesso 2020 Jun 22];5(4):657-67. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/ehf2.12295>
19. Cao XY, Tian L, Chen L, Jiang XL. Effects of a hospital–community partnership transitional program in patients with coronary heart disease in Chengdu, China: A randomized controlled trial. *Japan J Nurs Sci* [Internet]. 2017 [acesso 2020 Jun 20];14(4):320–31. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jjns.12160>.
20. Wong FKY, Ng AYM, Lee PH, Lam PT, Ng JSC, Ng NHY, et al. Effects of a transitional palliative care model on patients with end-stage heart failure: A randomised controlled trial. *Heart* [Internet]. 2016 [acesso 2020 Mai 24];102(14):1100-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2015-308638>.
21. Hamar B, Rula EY, Wells AR, Coberley C, Pope JE, Varga D. Impact of a scalable care transitions program for readmission avoidance. *Am J Manag Care* [Internet]. 2016 [acesso 2020 Jun 20];22(1):28–34. Disponível em: <https://www.ajmc.com/view/impact-of-a-scalable-care-transitions-program-for-readmission-avoidance>
22. Aboumatar H, Naqibuddin M, Chung S, Chaudhry H, Kim SW, Saunders J, et al. 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. *JAMA* [Internet]. 2018 [acesso 2020 Jun 10];320(22):2335-43. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.2018.17933>.
23. Pauly MV, Hirschman KB, Hanlon AL, Huang L, Bowles KH, Bradway C, et al. Cost impact of the transitional care model for hospitalized cognitively impaired older adults. *J Comp Eff Res* [Internet]. 2018 [acesso 2020 Jun 21];7(9):913-22. Disponível em: <https://doi.org/10.2217/cer-2018-0040>
24. Reidt SL, Holtan HS, Larson TA, Thompson B, Kerzner LJ, Salvatore TM, et al. Interprofessional collaboration to improve discharge from skilled nursing facility to home: preliminary data on postdischarge hospitalizations and emergency department visits. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2016 [acesso 2020 Jun 20];64(9):1895-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jgs.14258>.
25. Buurman BM, Parlevliet JL, Allore HG, Blok W, Van Deelen BAJ, Moll Van Charante EP, et al. Comprehensive geriatric assessment and transitional care in acutely hospitalized patients the transitional care bridge randomized clinical trial. *JAMA* [Internet]. 2016 [acesso 2020 Jul 18];176(3):302-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.8042>.
26. Low LL, Tan SY, Ng MJM, Tay WY, Ng LB, Balasubramaniam K, et al. 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* [Internet]. 2017 [acesso 2020 Jul 15];12(1):e0168757. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0168757>.
27. Eggen AC, Jalving M, Bosma I, Veenhuis DJ, Bosscher LJ, Geerling JI, et al. A methodology to systematically analyze the hospital discharge of terminally ill patients. *Med (United States)* [Internet]. 2018 [acesso 2020 Jul 15];97(46):e12953. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000012953>
28. Couturier B, Carrat F, Hejblum G. A systematic review on the effect of the organisation of hospital discharge on patient health outcomes. *BMJ Open* [Internet]. 2016 [acesso 2020 Jul 15];6(12):e012287. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012287>
29. Kable A, Chenoweth L, Pond D, Hullick C. Health professional perspectives on systems failures in transitional care for patients with dementia and their carers: A qualitative descriptive study. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2015 [acesso 2020 Jul 15];15:567. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1227-z>
30. Rattray NA, Sico JJ, Cox LAM, Russ AL, Matthias MS, Frankel RM. Crossing the communication chasm: Challenges and opportunities in transitions of care from the hospital to the primary care

clinic. *Jt Comm J Qual Patient Saf* [Internet]. 2017 [acesso 2020 Jul 15];43(3):127-37. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2016.11.007>

31. Lindquist LA, Miller RK, Saltsman WS, Carnahan J, Rowe TA, Arbaje AI, et al. SGIM-AMDA-AGS consensus best practice recommendations for transitioning patients' healthcare from skilled nursing facilities to the community. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2017 [acesso 2020 Jul 18];32(2):199-203. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11606-016-3850-8>
32. Stella SA, Keniston A, Frank MG, Heppe D, Mastalerz K, Lones J, et al. Postdischarge telephone calls by hospitalists as a transitional care strategy. *Am J Manag Care* [Internet]. 2016 [acesso 2020 Jul 1];22(10):e338-42. Disponível em: <https://www.ajmc.com/view/postdischarge-telephone-calls-by-hospitalists-as-a-transitional-care-strategy>
33. Record JD, Niranjani-Azadi A, Christmas C, Hanyok LA, Rand CS, Hellmann DB, Ziegelstein RC. Telephone calls to patients after discharge from the hospital: an important part of transitions of care. *Med Educ Online* [Internet]. 2015 [acesso 2020 Jul 1];20:1. Disponível em: <https://doi.org/10.3402/meo.v20.26701>
34. Hewner S, Sullivan SS, Yu G. Reducing emergency room visits and in-hospitalizations by implementing best practice for transitional care using innovative technology and big data. *Worldviews Evid Based Nurs* [Internet]. 2018 [acesso 2020 Mai 24];15(3):170-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/wvn.12286>.
35. Yang S. Impact of pharmacist-led medication management in care transitions. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2017 [acesso 2020 Mai 24];17(1):722. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2684-3>.
36. Phatak A, Prusi R, Ward B, Hansen LO, Williams MV, Vetter E, et al. Impact of pharmacist involvement in the transitional care of high-risk patients through medication reconciliation, medication education, and postdischarge call-backs (IPITCH Study). *J Hosp Med* [Internet]. 2016 [acesso 2020 Jul 18];11(1):39-44. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/jhm.2493>.
37. Ballard J, Rankin W, Roper KL, Weatherford S, Cardarelli R. Effect of ambulatory transitional care management on 30-day readmission rates. *Am J Med Qual* [Internet]. 2018 [acesso 2020 Jun 30];33(6):583-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1062860618775528>
38. Wong S, Montoya L, Quinlan B. Transitional care post TAVI: A pilot initiative focused on bridging gaps and improving outcomes. *Geriatr Nurs (Minneap)* [Internet]. 2018 [acesso 2020 Jul 15];39(5):548-53. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2018.03.003>
39. Wong FKY, So C, Chau J, Law AKP, Tam SKF, McGhee S. Economic evaluation of the differential benefits of home visits with telephone calls and telephone calls only in transitional discharge support. *Age Ageing* [Internet]. 2015 [acesso 2020 Jul 15];44(1):143-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ageing/afu166>.
40. Galbraith AA, Meyers DJ, Ross-Degnan D, Burns ME, Vialle-Valentin CE, Larochelle MR, et al. Long-term impact of a postdischarge community health worker intervention on health care costs in a safety-net system. *Health Serv Res* [Internet]. 2017 [acesso 2020 Mai 24];52(6):2061-78. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12790>.
41. Finlayson K, Chang AM, Courtney MD, Edwards HE, Parker AW, Hamilton K, et al. Transitional care interventions reduce unplanned hospital readmissions in high-risk older adults. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2018 [acesso 2020 Jun 20];18:956. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3771-9>
42. Pacho C, Domingo M, Núñez R, Lupón J, Moliner P, de Antonio M, et al. Una consulta específica al alta (STOP-HF-Clinic) reduce los reingresos a 30 días de los pacientes ancianos y frágiles con insuficiencia cardiaca. *Rev Española Cardiol* [Internet]. 2017 [acesso 2020 Jun 20];70(8):631-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2016.12.026>

43. Jackson C, Shahsahebi M, Wedlake T, Dubard CA. Timeliness of outpatient follow-up: an evidence-based approach for planning after hospital discharge. *Ann Fam Med* [Internet]. 2015 [acesso 2020 Jul 1];13(2):115-22. Disponível em: <https://doi.org/10.1370/afm.1753>.
44. Federman AD, Soones T, DeCherrie L V., Leff B, Siu AL. Association of a bundled hospital-at-home and 30-day postacute transitional care program with clinical outcomes and patient experiences. *JAMA* [Internet]. 2018 [acesso 2020 Jul 9];178(8):1033-41. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.2562>
45. Low LL, Vasanwala FF, Ng LB, Chen C, Lee KH, Tan SY. Effectiveness of a transitional home care program in reducing acute hospital utilization: A quasi-experimental study. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2015 [acesso 2020 Jun 30];15:100. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0750-2>
46. Ritchie K, Duff-Woskosky A, Kipping S. Mending the cracks: a case study in using technology to assist with transitional care for persons with dementia. *Nurs Leadersh (Tor Ont)* [Internet]. 2017 [acesso 2020 Jul 18];30(3):54-62. Disponível em: <https://doi.org/10.12927/cjnl.2018.25385>
47. Wang QQ, Zhao J, Huo XR, Wu L, Yang LF, Li JY, et al. Effects of a home care mobile app on the outcomes of discharged patients with a stoma: A randomised controlled trial. *J Clin Nurs* [Internet]. 2018 [acesso 2020 Jun 20];27(19-20):3592-602. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jocn.14515>
48. Barber RD, Kogan AC, Riffenburgh A, Enguidanos S. A role for social workers in improving care setting transitions: A case study. *Soc Work Heal Care* [Internet]. 2015 [acesso 2020 Jun 20];54(3):177-92. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/00981389.2015.1005273>.
49. Toles M, Colón-Emeric C, Asafu-Adjei J, Moreton E, Hanson LC. Transitional care of older adults in skilled nursing facilities: A systematic review. *Geriatr Nurs (Minneap)* [Internet]. 2016 [acesso 2020 Jun 20];37(4):296-301. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2016.04.012>
50. Kansagara D, Chiovaro JC, Kagen D, Jencks S, Rhyne K, O'Neil M, et al. So many options, where do we start? An overview of the care transitions literature. *J Hosp Med* [Internet]. 2016 [acesso 2020 Jun 30];11(3):221-30. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/jhm.2502>.
51. Le Berre M, Maimon G, Sourial N, Guériton M, Vedel I. Impact of transitional care services for chronically ill older patients: A systematic evidence review. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2017 [acesso 2020 Jul 9];65(7):1597-608. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jgs.14828>.
52. Hwang U, Dresden SM, Rosenberg MS, Garrido MM, Loo G, Sze J, et al. Geriatric emergency department innovations: transitional care nurses and hospital use. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2018 [acesso 2020 Jul 9];66(3):459-66. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jgs.15235>
53. Robertson FC, Logsdon JL, Dasenbrock HH, Yan SC, Raftery SM, Smith TR, et al. Transitional care services: A quality and safety process improvement program in neurosurgery. *J Neurosurg* [Internet]. 2018 [acesso 2020 Jul 18];128(5):1570-7. Disponível em: <https://doi.org/10.3171/2017.2.JNS161770>
54. Bindman AB, Cox DF. Changes in health care costs and mortality associated with transitional care management services after a discharge among medicare beneficiaries. *JAMA* [Internet]. 2018 [acesso 2020 Jul 18];178(9):1283. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.2572>
55. Heim N, Rolden H, Fenema EM, Weverling-Rijnsburger AWE, Tuijl JP, Jue P, et al. The development, implementation and evaluation of a transitional care programme to improve outcomes of frail older patients after hospitalization. *Age Ageing* [Internet]. 2016 [acesso 2020 Jul 18];45(5):642-51. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ageing/afw098>
56. Acosta AM, Câmara CE, Weber LAF, Fontenele RM. Atividades do enfermeiro na transição do cuidado: realidades e desafios. *Rev Enferm UFPE online* [Internet]. 2018 [acesso 2020 Mai 20];12(12):3190-6. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a231432p3190-3197-2018>

57. Weber LAF, Lima MAD da S, Acosta AM, Marques GQ. Transição do cuidado do hospital para o domicílio: revisão integrativa. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2017 [acesso 2020 Mai 10];22(3):e47615. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/ce.v22i3.4761>
58. Whitehouse CR, Sharts-Hopko NC, Smeltzer SC et al. Supporting transitions in care for older adults with type 2 diabetes mellitus and obesity. *Res Gerontol Nurs* [Internet]. 2018 [acesso 2020 Jun 20];11(2):71-81. Disponível em: <https://doi.org/10.3928/19404921-20180223-02>.
59. Aued GK, Bernardino E, Lapierre J, Dallaire C. Atividades das enfermeiras de ligação na alta hospitalar: uma estratégia para a continuidade do cuidado. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2019 [acesso 2020 Jul 12];27:e3162. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3069.3162>
60. Costa MFBNA da, Andrade SR De, Soares CF, Pérez EIB, Bernardino E. A continuidade do cuidado de enfermagem hospitalar para a Atenção Primária à Saúde na Espanha. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2019 [acesso 2020 Jul 12];53:1-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018017803477>
61. Hestevik CH, Molin M, Debesay J, Bergland A, Bye A. Older persons' experiences of adapting to daily life at home after hospital discharge: A qualitative metasummary. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2019 [acesso 2020 Mai 20];19:224. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4035-z>
62. Backman C, Stacey D, Crick M, Cho-Young D, Marck PB. Use of participatory visual narrative methods to explore older adults' experiences of managing multiple chronic conditions during care transitions. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2018 [acesso 2020 Jul 12];18:482. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3292-6>
63. NICE. Transition between inpatient hospital settings and community or care home settings for adults with social care needs | Guidance and guidelines | NICE [Internet]. National Institute for Health and Care Excellence. 2015. [acesso 2020 Mai 20] Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng27/resources/transition-between-inpatient-hospital-settings-and-community-or-care-home-settings-for-adults-with-social-care-needs-pdf-1837336935877>
64. Costa MFBNA, Ciosak SI, Andrade SR, Soares CF, Pérez EIB, Bernardino E. Continuity of hospital discharge care for primary health care: Spanish practice. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2020 [acesso 2021 Fev 25];29:e20180332. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0332>
65. Coffey A, Leahy-Warren P, Savage E, Hegarty J, Cornally N, Day MR et al. Interventions to promote early discharge and avoid inappropriate hospital (re)admission: a systematic review. *Int J Environ Re Public Health* [Internet]. 2019 [acesso 2021 Mai 03];16(14):2457. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph16142457>
66. Kuusisto A, Joensuu A, Nevalainen M, Pakkanen T, Ranne P, Puustinen J. Standardizing Key Issues from Hospital Through an Electronic Multi-Professional. Discharge Checklist to Ensure Continuity of Care. *Stud Health Technol Inform* [Internet]. 2019 [acesso 2021 Mai 03];264:664-8. Disponível em: <https://doi.org/10.3233/SHT1190306>
67. Levine DM, Ouchi K, Blanchfield B, Saenz A, Burke K, Paz M, et al. Hospital-level care at home for acutely ill adults a randomized controlled trial. *Ann Intern Med* [Internet]. 2020 [acesso 2020 Jul 12];172(2):77-85. Disponível em: <https://doi.org/10.7326/M19-0600>
68. Hale TM, Jethwani K, Kandola MS, Saldana F, Kvedar JC. A remote medication monitoring system for chronic heart failure patients to reduce readmissions: A two-arm randomized pilot study. *J Med Internet Res* [Internet]. 2016 [acesso 2021 Fev 25];18(4):e91. Disponível em: <https://doi.org/10.2196/jmir.5256>.
69. Gunadi S, Upfield S, Pham N-D, Yea J, Schmiedeberg MB. Development of a collaborative transitions-of-care program for heart failure patients. *Am J Heal Pharm* [Internet]. 2015 [acesso 2021 Fev 25];72:1147-52. Disponível em: <https://doi.org/10.2146/ajhp140563>

70. Lima MADS, Magalhães AMM, Oelke ND, Marques GQ, Lorenzini E, Weber LAF, et al. Estratégias de transição de cuidados nos países latino-americanos: uma revisão integrativa. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2018 [acesso 2021 Mai 03];39:e20180119. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180119>
71. Guzmán MCG, Andrade SR, Ferreira A. Rol enfermero para continuidad del cuidado en el alta hospitalaria. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2020 [acesso 2021 Fev 25];29(Spe):e20190268. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0268>

## **NOTAS**

### **CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA**

Concepção do estudo: Gheno J, Weis AH.

Coleta de dados: Gheno J.

Análise e interpretação dos dados: Gheno J.

Discussão dos resultados: Gheno J.

Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Gheno J, Weis AH.

Revisão e aprovação final da versão final: Weis AH.

### **CONFLITO DE INTERESSES**

Não há conflito de interesses.

### **EDITORES**

Editores Associados: Mara Ambrosina de Oliveira Vargas, Gisele Cristina Manfrini, Monica Motta Lino.

Editor-chefe: Roberta Costa.

### **HISTÓRICO**

Recebido: 02 de março de 2021.

Aprovado: 25 de maio de 2021.

### **AUTOR CORRESPONDENTE**

Jociele Gheno

pita.gheno@hotmail.com