

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

KARINA SATI YAMANISHI

**ESTRATÉGIAS EFETIVAS PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE NAS
TRANSIÇÕES DE CUIDADO: SCOPING REVIEW**

BRASÍLIA/DF

2023

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

KARINA SATI YAMANISHI

**ESTRATÉGIAS EFETIVAS PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE NAS
TRANSIÇÕES DE CUIDADO: SCOPING REVIEW**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
como pré-requisito para obtenção de título de
Enfermeira, pelo Departamento de Enfermagem
da Faculdade de Ciências da Saúde da
Universidade de Brasília.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Thatianny Tanferri de
Brito Paranagua

BRASÍLIA - DF

2023

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

YY19e Yamanishi, Karina
Estratégias Efetivas para a Segurança do Paciente nas
Transições de Cuidado: Scoping Review / Karina Yamanishi,
Andressa Silva; orientador Thatianny Paranaguá. -- Brasília,
2023.
32 p.

Monografia (Graduação - Enfermagem) -- Universidade de
Brasília, 2023.

1. Cuidado Transicional. 2. Segurança do Paciente. 3.
Gestão da Segurança. 4. Continuidade da Assistência ao
Paciente. I. Silva, Andressa. II. Paranaguá, Thatianny,
orient. III. Título.

KARINA SATI YAMANISHI

**ESTRATÉGIAS EFETIVAS PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE NAS
TRANSIÇÕES DE CUIDADO: SCOPING REVIEW**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
como pré-requisito para obtenção de título de
Enfermeira, pelo Departamento de Enfermagem
da Faculdade de Ciências da Saúde da
Universidade de Brasília.

Brasília, 18 de dezembro de 2023.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dra. Thatianny Tanferri de Brito Paranaguá
Presidente

Prof^ª. Dra. Simone Roque Mazoni
Membro Titular

Prof^ª. Me. Marina Mazzuco de Souza
Membro Titular

Me. Moara Avila de Jesus Moreira
Membro Suplente

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Universidade de Brasília, onde estive por longos oito anos e pude cultivar várias amizades, crescer pessoalmente e, principalmente, me conhecer, desprendendo de estereótipos e ter a liberdade de ser quem eu sou, sem medo do julgamento alheio.

Agradeço à minha família, em especial à minha mãe, por sempre me incentivar a ter um ensino superior e nunca ter deixado de acreditar que eu conseguiria me tornar Enfermeira. Meu pai por nunca deixar faltar nada em casa, e ensinar que podemos ser egoístas e correr atrás do que almejamos. Meus irmãos por serem um exemplo pra mim, Takashi com sua genialidade, Mika com o senso de justiça, e Yoshi por ser tão dedicado. E aos meus gatos, Kina e Sobá, por serem tão lindos e ser a alegria em casa.

Agradeço à minha namorada, Mariana, por sempre se fazer presente, ser a pessoa com quem eu possa desmoronar, me escutar e, principalmente, por me amar desse jeito meio desengonçado de ser.

Agradeço à Enfurecida, principalmente por ter feito a minha graduação mais leve e divertida, que me deu muitas amizades, obrigada amigos enfurecidos, em especial o Bia, Nilton, Paulinha, Saragá e Thay.

Agradeço às minhas amigas Rafa, Satomi, Jessica, Kim, Giovanna, à minha psicóloga, às amizades que fiz no trabalho, às professoras, às mulheres.

Agradeço à Profª Drª Andrea Faustino, por ter sido uma professora tão inspiradora, principalmente por transmitir a paixão pela Enfermagem através da docência.

Agradeço à Unidade de Saúde Básica do Lago Norte, onde pude me reencontrar na Enfermagem e na Atenção Primária, com exemplos de profissionais, em especial as Enfermeiras Viviane, Danielle e Fernanda.

Agradeço à minha orientadora, Profª Drª Thatianny Paranaguá, principalmente pela paciência e por ter aceitado me orientar em um prazo tão curto. À mestrandia Andressa, que correu nessa maratona comigo. E à banca por ter aceitado avaliar o meu TCC.

E, por último, agradeço a mim por não ter desistido.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. METODOLOGIA	13
3. RESULTADO	15
4. DISCUSSÃO	20
5. CONCLUSÃO	28
6. REFERÊNCIAS.....	29

APRESENTAÇÃO

Karina Sati Yamanishi, nascida no dia 17 de setembro de 1996, amarela, nikkei (descendente de japoneses), neta de imigrantes japoneses, filha de Alice, Chef de Cozinha de culinária japonesa, e Osvaldo, Professor Universitário de Fruticultura/UnB. É a segunda de quatro irmãos, estudante de Enfermagem pela Universidade de Brasília, sempre trabalhou e estudou, tem dois gatos (Kina e Sobá), uma namorada (Mari), e gostaria de ser concursada pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal para ser Enfermeira da Atenção Primária.

Minha inserção no mundo de pesquisa está sendo através deste trabalho de conclusão de curso (TCC). Sempre tive bloqueio com a academia, devido a autocobrança, perfeccionismo e, principalmente, a insegurança. Sou grata Enfermagem/UnB por ter inserido o TCC no currículo, pois está sendo uma experiência muito enriquecedora, além de formar enfermeiras e cientistas. Acredito que não teria me arriscado com trabalho científico se não fosse obrigatório.

Minha motivação para concluir o curso se dá principalmente pela minha mãe, que sempre nos incentivou a ter um ensino superior, que por muitos anos foi uma frustração para ela, que não tinha um diploma, mas que conseguiu após o quarto filho.

Ao escolher a Enfermagem, eu não imaginava a amplitude do curso, nem da profissão, aprendemos a importância e o impacto da Enfermagem somente na faculdade. Acredito que não reconhecemos a grandeza previamente devido ao reflexo da sociedade, que valoriza somente profissões predominantemente masculinas. Penso na Enfermagem como um lugar de empoderamento, principalmente sendo mulher e futura enfermeira.

Acredito que com a conclusão do curso, próximo a me tornar enfermeira, o tema de pesquisa “Estratégias Efetivas para Segurança do Paciente nas Transições de Cuidado”, terá um impacto significativo na minha vida profissional, pois hoje tenho consciência das consequências de uma transição inadequada, assim como o conhecimento de instrumentos e estratégias aplicáveis, que são benéficos para a segurança do paciente e para os serviços de saúde, além do pensamento crítico em relação aos processos de cuidado.

ESTRATÉGIAS EFETIVAS PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE NAS TRANSIÇÕES DE CUIDADO: REVISÃO DE ESCOPO

EFFECTIVE STRATEGIES FOR PATIENT SAFETY IN CARE TRANSITIONS: SCOPING REVIEW

Karina Sati Yamanishi; Thatianny Tanferri de Brito Paranaguá; Andressa Ferreira Santos
Silva

RESUMO

Objetivo: identificar, na literatura nacional e internacional, estratégias efetivas para a segurança do paciente durante as transições de cuidado. **Método:** Trata-se de *Scoping Review*, conduzida de acordo com a metodologia *Joanna Briggs Institute*. A questão de pesquisa, o objetivo do estudo e os descritores foram elucidados pela combinação mnemônica PCC: P *Population* – Estratégias efetivas; C *Concept* - Segurança do Paciente; C *Context* – Transição de cuidado. Assim, estruturou-se a questão de pesquisa: “Quais estratégias são efetivas para a segurança do paciente nas transições de cuidado?”. As buscas foram realizadas nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), *National Library of Medicine* (PubMed) e Scopus, em novembro de 2023. Os descritores presentes no DeCS foram: “Cuidado Transicional” e “Segurança do Paciente”, e seus correspondentes no idioma inglês pelo MeSH Terms: “*Transitional Care*” e “*Patient Safety*”, com o operador booleano “AND”. Na BVS foi utilizada a seguinte estratégia de busca: (“Cuidado Transicional”) AND (“Segurança do Paciente”); na PubMed: (“*Transitional Care*”) And (“*Patient Safety*”) e na Scopus: (“*Transitional Care*”) And (“*Patient Safety*”). As referências foram exportadas para o *software* gerenciador de bibliografia Mendeley® e os resultados foram digitados e analisados por estatística descritiva em planilhas eletrônicas disponíveis no programa Microsoft Excel 2010®. **Resultado:** Encontraram-se 529 artigos e após percurso metodológico, foram incluídos no estudo 13 artigos. Foram identificadas como estratégias efetivas para melhorar a segurança do paciente: instrumentos de comunicação para transição de cuidado, intervenções farmacêuticas, intervenções multifacetadas, protocolo de internação, educar pacientes e cuidadores, ligação telefônica após a alta, implementação de aplicativo de

monitorização, redesenho do processo de trabalho, considerando o *Failure Mode and Effect Analysis*, considerando transições de cuidado intersetoriais, inter-hospitalar, intra-hospitalar, instituição-domicílio, alta hospitalar para o seguimento ambulatorial e intraoperatório.

Conclusão: Foi possível identificar estratégias efetivas de intervenção farmacêutica, educacional e multidisciplinar, além de instrumentos de comunicação e planejamento de alta. De modo geral ficou evidente que as estratégias implementadas assumiram ações multifacetadas e visaram, principalmente, a redução de readmissões e do período de internação, trazendo impacto positivo na continuidade do cuidado e desenvolvimento do paciente para a autogestão do cuidado em domicílio..

Palavras-chaves: Cuidado Transicional; Segurança do Paciente; Gestão da Segurança; Continuidade da Assistência ao Paciente.

ABSTRACT

Objective: To identify, in national and international literature, effective strategies for patient safety during care transitions. **Method:** This is a Scoping Review, conducted according to the Joanna Briggs Institute methodology, the research aims to map and analyze existing gaps and, primarily, identify the types of evidence available on the explored research topic. The research question, study objective, and descriptors were elucidated through the mnemonic combination PCC: P Population – Effective strategies; C Concept - Patient Safety; C Context – Care Transition. Thus, the research question was structured as follows: "What strategies are effective for patient safety during care transitions?". The searches were conducted on the following databases: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), National Library of Medicine (PubMed), and Scopus, in November, 2023. The DeCS descriptors used were "Cuidado Transicional" and "Segurança do Paciente" and their english equivalents by MeSH Terms were "Transitional Care" and "Patient Safety", using the boolean operator "AND." The search strategy used in BVS was: ("Cuidado Transicional") AND ("Segurança do Paciente"); in PubMed: ("Transitional Care") And ("Patient Safety"); and in Scopus: ("Transitional Care") And ("Patient Safety"). References were exported to the Mendeley® bibliography management software, and the results were entered and analyzed by descriptive statistics in spreadsheets available in Microsoft Excel 2010®. **Result:** 529 articles were found, and after the methodological process, 13 articles were included in the study. Effective strategies for

improving patient safety were identified as: communication tools for care transition, pharmaceutical interventions, multifaceted interventions, admission protocol, patient and caregiver education, post-discharge telephone follow-up, implementation of monitoring application, work process redesign considering Failure Mode and Effects Analysis, considering intersectoral care transitions, inter-hospital, intra-hospital, institution-home, hospital discharge for outpatient follow-up, and intraoperative care. **Conclusion:** It was possible to identify effective strategies of pharmaceutical, educational, and multidisciplinary intervention, as well as communication tools and discharge planning. Overall, it became evident that the implemented strategies assumed multifaceted actions, primarily aiming at reducing readmissions and the length of hospital stays, bringing a positive impact to the continuity of care and the patient's development towards self-management of care at home.

Keywords: Transitional Care; Patient Safety; Safety Management; Continuity of Patient Care.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a segurança do paciente como um princípio fundamental da assistência à saúde e está sendo reconhecida como um desafio global de saúde pública considerável e em crescimento. É um conjunto de atividades organizadas que cria culturas, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes nos cuidados de saúde que minimizem os riscos, diminuindo a ocorrência de danos evitáveis, consequentemente a redução de eventos adversos. É influenciada, apesar dos avanços na área de saúde, pelas iatrogenias cometidas pelos profissionais, as quais refletem diretamente na qualidade de vida dos clientes, provocando consequências desagradáveis tanto para os pacientes como para os profissionais e para a organização hospitalar (WHO, 2023; Miasso *et al.*, 2006).

A transição de cuidado em saúde é o conjunto de ações para a realização de toda a transferência de cuidado realizada com o paciente entre a equipe, setor, ambiente de saúde ou atenção domiciliar. Refere-se a qualquer momento de prestação de cuidados em que existe a transferência de responsabilidade de cuidados e de informação, com o objetivo de manter a continuidade dos cuidados e a segurança dos pacientes. Estudos afirmam que realizar a transição do cuidado resulta em assistência à saúde de qualidade, contribuindo para redução das reinternações, dos óbitos, dos custos hospitalares e dos eventos adversos pós-alta (Castro *et al.*, 2022; Gheno *et al.*, 2023).

Entretanto, são considerados momentos vulneráveis da transição de cuidados para a segurança do paciente, aqueles cuja complexidade tem um maior risco de erro na passagem de informação, nomeadamente, nos casos de transferências para outro nível de cuidados e mudanças de turno na mesma instituição. Artigos apontam que falhas neste processo podem produzir uma ampla variedade de erros, que colocam em risco a segurança dos pacientes. A complexidade dessa atividade ganha notoriedade pelos diversos elementos e etapas demandados, com destaque para a comunicação efetiva, a orientação do paciente e família, a responsabilização de cada uma das partes envolvidas, o planejamento da alta e o conhecimento dos recursos, e a estrutura do cenário de destino, dentre outros. Portanto, exige habilidades de coordenação e comunicação (Castro *et al.*, 2022; Gheno *et al.*, 2023; Hervé *et al.*, 2020).

Uma transição do cuidado inadequada pode levar a eventos adversos graves, omissão de cuidados, duplicação de cuidados, atrasos no tratamento, recebimento de tratamento inadequado, aumento da morbidade e mortalidade, além de insatisfação do paciente, da família e de profissionais, bem como o uso inadequado dos serviços de saúde e aumento dos custos (Hervé *et. al.*, 2020).

A fragilidade desse processo ainda é evidenciada pela quase inexistência de articulação entre hospital e unidade de saúde no momento da alta hospitalar, déficit de estratégias que capacitem os familiares após a alta hospitalar e falta de entendimento do usuário e do familiar quanto à necessidade da continuidade dos cuidados (Costa *et. al.*, 2019).

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, é uma estratégia importante para a gestão dos leitos. 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 (Ghenó *et. al.*, 2021).

Entre os erros mais frequentes, as falhas de comunicação nos cuidados de saúde são uma das principais causas de eventos adversos. Embora trabalhos anteriores tenham identificado abordagens falhas, assim como barreiras de comunicação eficazes, poucos trabalhos descreveram métodos para gerar intervenções sustentáveis para melhorar a segurança nos cenários complexos de comunicação em saúde (Chilakamarri *et. al.*, 2021).

O crescimento contínuo dos gastos em saúde, a produção cada vez maior de novas tecnologias e as mudanças no perfil epidemiológico das populações ocorridas nas duas últimas décadas, tem levado a necessidades diversificadas de atenção. Dessa forma, se faz social e politicamente necessário desenvolver mecanismos de articulação entre os setores envolvidos na produção, incorporação e na utilização de tecnologias nos sistemas de saúde, bem como identificar o uso dessas tecnologias em prol da segurança do paciente (Ministério da Saúde, 2010).

O uso de evidências científicas em enfermagem tem como pressuposto a realização de estudos que gerem práticas inovadoras, com vista a sustentar as ações e as relações do

profissional enfermeiro no sistema de saúde, bem como demonstrar o impacto de tais evidências na prática. A Prática Baseada em Evidências (PBE) como forma segura e organizada de estabelecer condutas profissionais, possui seu enfoque na solução de problemas alicerçados nas melhores evidências científicas. Envolve a definição de um problema, a busca e avaliação crítica das evidências disponíveis para melhor tomada de decisão, implementação, e avaliação dos resultados obtidos, assim como a integração desses elementos com a competência clínica do profissional de saúde e as preferências do paciente (Karlla *et. al.*, 2015).

As estratégias efetivas para a segurança do paciente nas transições de cuidado são fundamentais para garantir a continuidade e a qualidade dos cuidados ao longo do processo de atendimento, ajudando a reduzir a ocorrência de eventos adversos, evitar lacunas no tratamento, diminuir o risco de complicações pós-alta e evitar readmissão desnecessária. A implementação de estratégias efetivas nas transições de cuidado não apenas promove a segurança do paciente, mas também contribui para um sistema de saúde mais eficiente, centrado no paciente (Alves *et al.*, 2019).

Frente à necessidade de instrumentalizar os profissionais e serviços de saúde para a incorporação de estratégias que possam melhorar a segurança do paciente em momentos de transição de cuidado, o presente estudo tem como objetivo identificar, na literatura nacional e internacional, estratégias efetivas para a segurança do paciente durante as transições de cuidado, tendo em vista a escassez de estudos que avaliem a efetividade das estratégias e instrumentos aplicados

METODOLOGIA

Trata-se de uma *Scoping Review* com protocolo de pesquisa registrado no *Open Science Framework* (<https://osf.io/ht7jy/>), sob identificação DOI: 10.17605/OSF.IO/HT7JY, desenvolvida e estruturada com base nas recomendações do *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR) e do *Joanna Briggs Institute, Reviewers Manual* (Peters *et. al.*, 2021).

Na abordagem proposta, a pesquisa visa mapear e analisar as lacunas existentes e, principalmente, identificar os tipos de evidências disponíveis sobre o tema de pesquisa explorado (Peters *et. al.*, 2021; Tricco *et. al.*, 2018).

Seguiram-se as seguintes etapas para a construção do estudo: identificação da questão de pesquisa; identificação dos estudos relevantes; seleção dos estudos; análise dos dados; síntese e apresentação dos dados (Peters *et. al.*, 2021).

A questão de pesquisa, o objetivo do estudo e os descritores foram elucidados pela combinação mnemônica PCC: P *Population* – Estratégias efetivas; C *Concept* - Segurança do Paciente; C *Context* – Transição de cuidado. Dessa forma estruturou-se a questão de pesquisa: “Quais estratégias são efetivas para a segurança do paciente nas transições de cuidado?”.

As buscas foram realizadas em novembro de 2023, nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), *National Library of Medicine* (PubMed) e Scopus. A estratégia de busca foi composta pelos descritores das plataformas Descritores em Ciências de Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings* (MeSH Terms).

Os descritores presentes no DeCS foram “Cuidado Transicional” e “Segurança do Paciente”, e seus correspondentes no idioma inglês pelo MeSH Terms, “*Transition Care*” e “*Patient Safety*” (Santos *et. al.*, 2007), com o operador booleano “AND”. Na BVS foi utilizada a seguinte estratégia de busca: (“Cuidado Transicional”) AND (“Segurança do Paciente”); na PubMed: (“*Transitional Care*”) And (“*Patient Safety*”) e na Scopus: (“*Transitional Care*”) And (“*Patient Safety*”).

O refinamento da busca seguiu os critérios de inclusão: estudos que evidenciem a eficácia do instrumento/estratégias aplicadas (a), publicados nos idiomas inglês, português ou espanhol, sem delimitação recorte temporal. Foram excluídos estudos indisponíveis para leitura na íntegra.

A revisão de artigos foi realizada por duas revisoras que trabalharam de forma independente para a seleção por título, resumo e metodologia. Ao comparar os artigos selecionados, os discordantes foram encaminhados para um terceiro revisor (*expert*) para discutir e encontrar um comum acordo entre os três revisores. As referências foram exportadas para o *software* gerenciador de bibliografia Mendeley®, pela revisora um, e ao

Rayyan pela revisora dois, onde os artigos duplicados foram excluídos, e posteriormente selecionados pelo título e resumo. Os resultados foram digitados e analisados por estatística descritiva em planilhas eletrônicas disponíveis no programa Microsoft Excel 2010® (Tabela 1), contendo os seguintes dados: numeração, título, ano, país, referência, objetivo, tipo de intervenção, transição de cuidado, e a estratégia efetiva.

Os artigos foram avaliados quanto ao nível de evidência, por meio do *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation* (GRADE), um sistema universal, transparente e sensível para graduar a qualidade das evidências e a força das recomendações (Brasil, 2014).

Destaca-se que o estudo foi realizado com dados de domínio público, dessa forma a apreciação ética não se fez necessária.

RESULTADO

Encontraram-se um total de 529 artigos, sendo 42 artigos na BVS, 137 na PubMed, e 350 na Scopus. Essas referências foram enviadas para o *software* gerenciador de bibliografia Mendeley®, para organizar os registros encontrados, onde não foi possível exportar 28 artigos (18 do PubMed e 10 da Scopus), resultando em 501 artigos para análise de títulos e resumos. Para apresentar o percurso de seleção dos artigos, utilizou-se o fluxograma proposto nas recomendações do PRISMA-ScR, conforme a Figura 1.

Considerando os critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados pela revisora número um (R1), 206 artigos a partir do título, 96 artigos pelo resumo, que foram submetidos a uma análise mais minuciosa a partir da leitura da metodologia, onde 9 artigos se adequaram aos critérios de inclusão. Enquanto a revisora número 2 (R2), selecionou 376 artigos a partir do título, 42 artigos pelo resumo, onde 33 artigos se adequaram aos critérios de inclusão. A revisora número 3, *expert*, avaliou os artigos selecionados pelas outras duas revisoras, que resultaram em 31 artigos incluídos para análise do estudo. Após a discussão dos artigos, considerando a pergunta de pesquisa, foram incluídos no presente estudo 13 artigos.

Dos treze estudos selecionados, um foi publicado no ano de 2007 (7,69%), um em 2014 (7,69%), um em 2015 (7,69%), um em 2017 (7,69%), dois em 2018 (15,38%), um em

2019 (7,69%), um em 2020 (7,69%), quatro em 2021 (30,76%), um em 2022 (7,69%). Os países com maior número de publicações foram Estados Unidos da América (EUA), com nove estudos (69,23%), seguidos de Alemanha, China, Colômbia e França com um cada (7,69%).

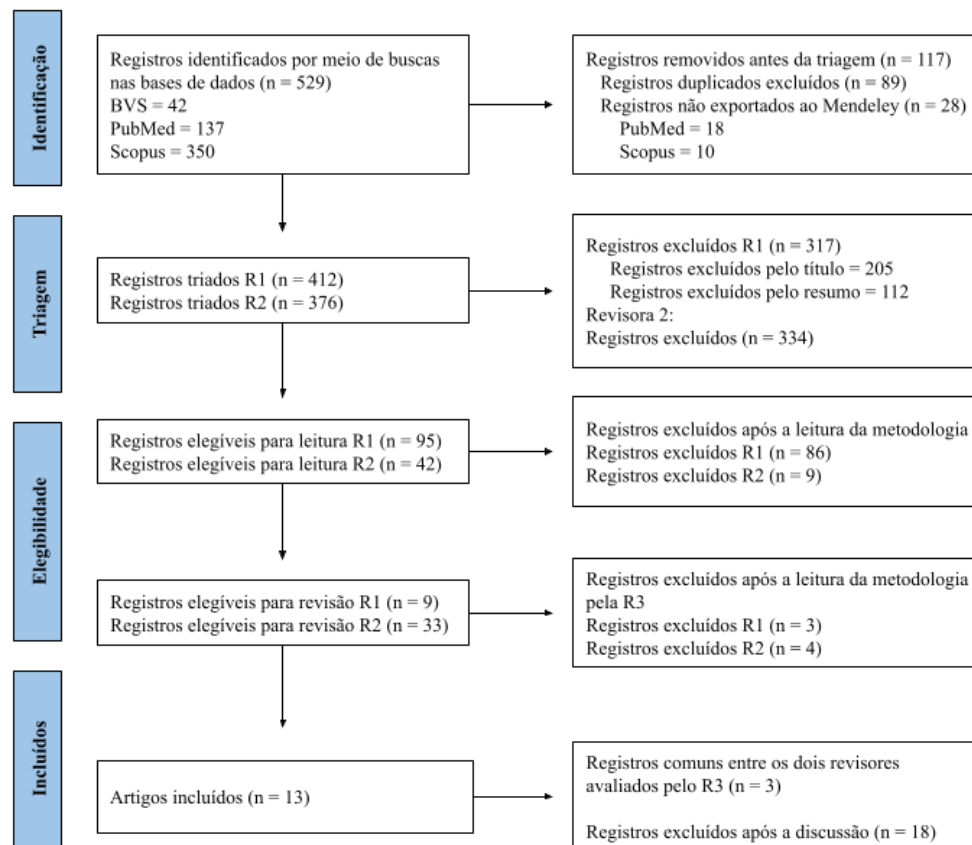


Figura 1. Fluxograma PRISMA-ScR

Em relação à metodologia empregada pelos estudos, cinco (38,46%) são ensaio clínico controlado, quatro (30,77%) são estudos de melhoria da qualidade, dois (15,38%) estudo de coorte, um (7,69%) estudo de caso e um (7,69%) estudo quase-experimental, do tipo antes e depois.

Entre os objetivos dos estudos selecionados, dois (15,38%) estudos avaliam padronização de planejamento de alta; três (23,08%) avaliam intervenções farmacêuticas; dois (15,38%) redução de readmissão; dois (15,38%) melhoria da comunicação, um (7,69%) avalia a intervenção multidisciplinar, um (7,69%) avalia a eficácia de aplicativos, dois (15,38%) avaliam intervenção educativa.

Quanto às transições de cuidados dos estudos selecionados, seis (46,15%) estudos abordam sobre a alta hospitalar para o domicílio; três (23,08%) alta hospitalar para o seguimento ambulatorial; dois (15,38%) transições de cuidados intra-hospitalares; um (7,69%) intersetorial e um (7,69%) intra-operatórios. .

Como estratégias de melhoria da segurança do paciente em transições de cuidado, foram identificados métodos para melhoria da comunicação para transição de cuidado, intervenção farmacêutica, intervenção multifacetada, protocolo de internação, ação educativa com pacientes e cuidadores, monitoramento por telefone após a alta, implementação de aplicativo de monitorização, redesenho do processo de transição de cuidado baseado na metodologia do FMEA (*Failure Mode and Effects Analysis*).

Quanto ao nível de evidência, cinco (38,46%) foram classificados como alto e oito (61,54%) como médio (Brasil, 2014). A síntese dos estudos está apresentada no quadro 1:

Quadro 1 - Síntese dos dados extraídos dos estudos incluídos na revisão de escopo.

N.	TÍTULO/ANO/PAÍS /REFERÊNCIA	OBJETIVO	INTERVENÇÃO	EVIDÊNCIA DE MELHORIA
1	A discharge planning template for the electronic medical record improves scheduling of neurology follow-up for co-managed seizure patients ⁽⁵⁾ (2014) Estados Unidos	Examinar a adição de um modelo padronizado de planejamento de alta (DPT) para o prontuário eletrônico facilita o agendamento de consultas ambulatoriais de acompanhamento neurológico em crianças hospitalizadas com convulsões.	Modelo padronizado de planejamento de alta (DPT) Alta hospitalar para o domicílio com acompanhamento ambulatorial	A chance de ter uma consulta de acompanhamento neurológico agendada antes da alta foi significativamente maior após a implementação do TPD e para o dia da semana em comparação com as altas de fim de semana.
2	A Dual Intervention in Geriatric Patients to Prevent Drug-related Problems and Improve Discharge Management ⁽¹⁰⁾ (2018) Alemanha	Otimizar a terapia medicamentosa e a transferência de informações relacionadas à medicação para atendimento ambulatorial em pacientes geriátricos em reabilitação	Intervenção dupla em pacientes geriátricos Alta hospitalar para o domicílio	O número de pacientes afetados por problemas relacionados às drogas diminuiu substancialmente. A dupla intervenção com farmacêuticos contribui para uma melhor segurança dos medicamentos.

3	Development of a collaborative transitions-of-care program for heart failure patients⁽¹⁴⁾ (2015) Estados Unidos	Desenvolver e implementar um programa liderado pela farmácia para transições de cuidados, com o objetivo de reduzir o risco de readmissão e aumentar a satisfação dos pacientes com insuficiência cardíaca (IC) descritos.	Intervenção farmacêutica Transições intra-hospitalar e alta domiciliar	Aumento na adesão às medidas centrais e redução das reinternações por insuficiência cardíaca em, 30 dias e todas as causas, e os escores de satisfação dos pacientes melhoraram. Para cada readmissão evitada, houve uma diminuição associada de \$5.652 nos custos variáveis.
4	Effects of an Intensive Discharge Intervention on Medication Adherence, Glycemic Control, and Readmission Rates in Patients With Type 2 Diabetes⁽²⁰⁾ (2021) Estados Unidos	Desenhar, implementar e avaliar uma intervenção de cuidado transicional multifacetada entre pacientes hospitalizados com diabetes.	Intervenção multidisciplinar. Transição entre instituição e domicílio	Melhora do controle glicêmico, com tendência não significativa à maior adesão medicamentosa
5	Efficacy of the mHealth Application in Patients with Type 2 Diabetes Transitioning from Inpatient to Outpatient Care: A Randomized Controlled Clinical Trial⁽¹³⁾ (2022) Colômbia	Avaliar, em uma população de pacientes com DM2, que receberam alta de um hospital terciário de referência, se o tratamento baseado no uso de um aplicativo mHealth estava associado a um melhor controle glicêmico no seguimento de 3 meses, do que o tratamento padrão.	O uso do aplicativo mHealth Alta hospitalar para acompanhamento ambulatorial	Melhorou o controle metabólico e reduziu as taxas de hipoglicemia.
6	Evaluation of a transitional care pharmacist intervention in a high-risk cardiovascular patient population⁽⁸⁾ (2007) Estados Unidos	Avaliar a utilidade de uma intervenção farmacêutica de transições de cuidados (TOC) focada na melhoria da qualidade e segurança do processo de medicação para pacientes cardiovasculares de alto risco	Intervenção farmacêutica Alta hospitalar para seguimento ambulatorial	Melhorou a qualidade e a segurança dos cuidados em ambientes tanto de internação quanto ambulatorial para pacientes cardiovasculares de alto risco.

7	Failure Mode and Effect Analysis: Engineering Safer Neurocritical Care Transitions⁽⁶⁾ (2021) Estados Unidos	Revisar a aplicação do Modo de Falha e Análise do Efeito (FMEA) às comunicações de transferência inter-hospitalar para pacientes com necessidades de cuidados neurocríticos e criar uma ferramenta para implementar esse processo em centros de cuidados neurocríticos.	Redesenho do processo de trabalho, baseado no FMEA. Transição intersetorial	Redução do tempo de permanência do paciente no Departamento de Emergência e melhoria da comunicação em processos de transferências entre unidade de terapia intensiva neurológica e do pronto-socorro.
8	Teach-back method using a nursing education intervention to improve discharge instructions on an adult oncology unit⁽²⁶⁾ (2019) Estados Unidos	Avaliar o efeito de uma intervenção educativa na utilização sobre o uso do método teach-back pelos enfermeiros, bem como e os efeitos na satisfação dos doentes na alta.	Intervenção educativa para os profissionais de saúde. Alta hospitalar para o domicílio.	Melhorou o conhecimento sobre o método de "teach-back", que foi incorporado à prática e possibilitou melhora contínua na satisfação do paciente e na compreensão das instruções de alta.
9	The effects of a transitional care program on discharge readiness, transitional care quality, health services utilization and satisfaction among Chinese kidney transplant recipients: A randomized controlled trial⁽¹⁶⁾ (2020) China	Avaliar a eficácia de um programa inovador de cuidados transicionais na melhoria da prontidão para alta, qualidade dos cuidados transicionais, utilização de serviços de saúde e satisfação do paciente entre KTRs na China	Planejamento de alta, educação em saúde, acompanhamento por telefone e acompanhamento no WeChat após a alta. Alta hospitalar para o domicílio	Prontidão para alta significativamente melhor, melhor qualidade dos cuidados transicionais, menor taxa de readmissão, menor taxa de visitas a serviços de emergência, melhor satisfação com os serviços de cuidados transitórios.
10	Training in Intraoperative Handover and Display of a Checklist Improve Communication During Transfer of Care⁽¹⁷⁾ (2017) França	Verificar se o treinamento de transferência intraoperatória e a exibição de uma lista de verificação melhorariam a comunicação durante a transição dos cuidados anestésicos na sala de cirurgia.	Treinamento Transições intra-operatórias	a pontuação da lista de verificação para transferência intra-operatória de cuidados em anestesia.

11	Transitional care and empowerment of the older adult ⁽¹⁹⁾ (2021) Estados Unidos	Determinar se uma intervenção de transição individualizada melhoraria o empoderamento do paciente 30 dias após a alta domiciliar após doença aguda	Implementação do programa " <i>QUEST to Safe Care at Home</i> " Alta hospitalar para o domicílio	As três hipóteses do estudo foram respaldadas pelos resultados: melhoria pós-intervenção no empoderamento do paciente para o autocuidado, efeito das comorbidades e polifarmácia na confiança dos pacientes após a intervenção e correlação entre a confiança dos pacientes e a crença nas ações de autocuidado.
12	Transitional Care Services: A Quality and Safety Process Improvement Program in Neurosurgery ⁽⁹⁾ (2018) Estados Unidos	Estabelecer programa de cuidados de transição (TCP) para diminuir o tempo de internação, melhorar a eficiência da alta e reduzir readmissão de pacientes neurocirúrgicos, otimizando a educação do paciente e a vigilância pós-alta.	Implementação do Programa de Transição de Cuidado (TCP) multidisciplinar no departamento de neurocirurgia. Alta hospitalar para o domicílio	Reduziu a duração da hospitalização, promoveu a alta precoce e reduziu as readmissões, ao mesmo tempo que melhorou a experiência do paciente e a qualidade do atendimento.
13	Utilizing a Transfer of Care Bundle to Reduce Unplanned Readmissions to the Cardiac Intensive Care Unit ⁽²⁷⁾ (2021) Estados Unidos	Desenvolver, testar e medir a conformidade com processos padronizados de transferência de cuidados para pacientes pediátricos de cardiologia de maior risco.	Equipe de melhoria multidisciplinar nas transições de cuidado (<i>Transfer Workgroup</i>) Transferências intra-hospitalares	Redução nas readmissões em menos de 48 horas na CICU após o desenvolvimento e teste de um novo conjunto de práticas de processo de cuidado.

DISCUSSÃO

Os estudos analisados apontam consequências de uma transição de cuidado inadequada, como aumento de readmissão, eventos adversos, baixa adesão ao tratamento devido a falta de compreensão do paciente, familiares e cuidadores quanto às orientações fornecidas ou à condição que se encontra, falhas de comunicação tanto verbal quanto em prontuário,. Com isso, faz-se necessário desenvolver tecnologias para melhorar a segurança do paciente durante o processo de transição de cuidados é uma condição necessária.

A partir da análise foi possível identificar oito estratégias que aumentaram a segurança do paciente durante transições de cuidado, trazendo repercussões mensuráveis a

partir de um processo de mudança da dinâmica do trabalho. Cada estratégia trouxe suas especificidades relacionadas ao momento em que a transição do cuidado acontece, mas ficou evidente que a comunicação é a base para que esse processo aconteça de forma segura e efetiva.

Durante a leitura dos artigos, foram identificados três estudos que abordaram sobre intervenções farmacêuticas, sendo uma intervenção dupla, um instrumento de avaliação do risco de readmissão associada à terapia medicamentosa liderada por farmacêuticos e ações projetadas para garantir a coordenação e continuidade dos cuidados de saúde à medida que os pacientes são transferidos para diferentes locais ou diferentes níveis de cuidado dentro da instituição, administrado por residentes de farmácia.

A intervenção dupla consistiu em uma revisão para otimizar o uso de medicamentos intra-hospitalares durante a reabilitação e melhoria na carta de alta, para criar condições adequadas para a transferência de informações relacionadas à terapia medicamentosa para os cuidados ambulatoriais. Durante a intervenção, o farmacêutico utilizou a comunicação pessoal e a integração em uma equipe de cuidados interdisciplinares, reconhecida como intervenção bem-sucedida, obtendo boa taxa de adesão dos médicos, que seguiram mais de 80% das soluções propostas. Com a revisão de medicamentos, o número de pacientes afetados por problemas relacionados à terapia medicamentosa diminuiu substancialmente. E, ao melhorar o conteúdo das cartas de alta, com mais informações relacionadas aos medicamentos, incluindo os resultados da revisão de medicamentos, os critérios de qualidade predefinidos da carta de alta aumentaram significativamente, chegando a quase 100%. Isso destaca que a aplicação das duas intervenções de forma concomitante contribui para melhor segurança medicamentosa (Freyer *et. al.*, 2018).

Discrepâncias no uso de medicamentos na admissão e alta eram comuns em uma instituição de ensino comunitária em Olympia, Washington. A polifarmácia e o uso inadequado de medicamentos durante as transições de cuidados colocavam os pacientes em alto risco de eventos adversos relacionados a medicamentos e readmissões. Para solucionar o problema, foi elaborado um instrumento de avaliação do risco de readmissão associada à terapia medicamentosa, direcionada a pacientes com insuficiência cardíaca e liderada por farmacêuticos. A classificação de risco foi usada para priorizar o trabalho e incluída na forma de nota de progresso em prontuário eletrônico. Além disso, os farmacêuticos de transição de cuidados monitorava a terapia medicamentosa e realizava a reconciliação medicamentosa,

diariamente. Em seguida, fazia correções nas instruções de alta do paciente e informava a enfermeira principal sobre quaisquer alterações feitas para garantir que o paciente recebesse uma cópia final correta das instruções de alta. Além disso, o farmacêutico realizava aconselhamento ao paciente sobre os medicamentos da alta. O programa resultou na melhora nas taxas de readmissão de 30 dias de 17% em 2011 para 15% em 2013. Além disso, as pontuações de satisfação do paciente melhoraram de 2011 a 2013. Uma análise dos dados foi conduzida ao departamento financeiro para determinar a economia de custos associada à redução de readmissões. Para cada readmissão evitada, houve uma diminuição associada de \$5.652 nos custos variáveis (Gunadi *et. al.*, 2015).

O Projeto PURPOSE (*Pharmacist Utilized Resources to Improve Cardiovascular Care*) é um serviço piloto de Transições de Cuidados (TOC), que contempla ações projetadas para garantir a coordenação e continuidade dos cuidados de saúde à medida que os pacientes são transferidos para diferentes locais ou diferentes níveis de cuidado dentro da instituição, administrado por residentes de farmácia. O objetivo do serviço é melhorar a qualidade e a segurança do cuidado ao paciente cardiovascular de alto risco em ambos os ambientes hospitalares e ambulatoriais. Foram identificadas sete características comuns incorporadas em vários estudos de intervenções de TOC: (1) educação do paciente incorporando o método de ensino recíproco para garantir a compreensão do paciente sobre o conteúdo revisado, (2) revisão por telefone após a alta, (3) avaliação precoce do paciente após a admissão hospitalar, (4) reconciliação medicamentosa, (5) inclusão de cuidadores (6) visitas domiciliares após a alta e (7) transição de provedor após a alta. A intervenção melhorou as taxas de readmissão hospitalar em 30 dias para pacientes com insuficiência cardíaca foram reduzidas em 20% (Dempsey *et. al.*, 2018)

O segundo tipo de intervenção encontrada foi a educacional, citada em dois artigos sobre a técnica *teach-back*, uma técnica de educação em saúde tanto do profissional, quanto do paciente, onde permite que o cliente participe diretamente do cuidado prestado. Em um dos estudos, foi associado essa técnica ao acompanhamento telefônico após a alta hospitalar.

Para promover o uso do método "*teach-back*", uma aula obrigatória de uma hora foi fornecida durante uma semana para instruir todas as enfermeiras na unidade de oncologia. O programa educativo foi desenvolvido com base nas estratégias recomendadas no toolkit *Always Events®* do *Institute for Healthcare Improvement* (2016) e em outras literaturas baseadas em evidências que incorporam princípios de ensino para adultos. A média das

classificações iniciais dos participantes sobre a importância do método "teach-back" pré-implementação foi 8,94 em uma escala de 1 (nada importante) a 10 (muito importante). A média subiu para 9,82, após três meses de implementação (T3). Utilizando a análise de variância, os resultados imediatamente após a intervenção educacional "teach-back" indicaram uma melhoria significativa na convicção das enfermeiras sobre a importância do método "teach-back" ($p < 0,001$, $F = 9,64$). Além disso, a confiança dos participantes no uso do método "teach-back" aumentou de 7,83 pré-implementação para 8,67 após T3. A diferença entre cada ponto no tempo foi estatisticamente significativa, $p = 0,022$ da pré-implementação para pós-implementação (T1), $p = 0,048$ de T1 para um mês após a implementação (T2), e $p = 0,007$ de T2 para T3. A intervenção educacional melhorou a prática clínica, garantindo que os pacientes compreendam melhor informações de saúde complexas fornecidas pelas enfermeiras na alta hospitalar e apoia transições eficazes do cuidado clínico agudo para o cuidado domiciliar (Scott *et.al.* 2019).

Uma abordagem considerada inovadora no cuidado prestado no hospital geral de nível terciário em Chengdu, sudoeste da China, incluiu um cuidado liderado por enfermeiros, envolvendo tanto a educação em saúde, quanto a técnica de "teach-back", o planejamento de alta individualizado, o acompanhamento telefônico e o grupo *WeChat* para suporte instantâneo e resolução de problemas oportunos após a alta. Esses componentes inovadores, centrados no paciente, são benéficos para os pacientes desenvolverem sua capacidade e confiança de autocuidado, perceberem menos frustrações na transição e terem uma melhor percepção da qualidade do cuidado de transição. O estudo teve como resultado prontidão para alta significativamente melhor, melhor qualidade dos cuidados transicionais, menor taxa de readmissão, menor taxa de visitas a serviços de emergência, melhor satisfação com os serviços de cuidados transitórios (Hu *et.al.* 2020).

Apenas um estudo avaliou a intervenção multidisciplinar, apesar do processo de transição de cuidado envolver, em sua maioria, uma equipe interdisciplinar, e outros estudos apontarem equipes compostas por enfermeiros, farmacêuticos e médicos. O artigo avaliado obteve como resultado um aumento da adesão ao tratamento.

A intervenção multidisciplinar incluiu uma visão geral pré-admissão, data de alta antecipada documentada, contato diário com a equipe de cuidados transitórios durante a hospitalização, aviso de alta com 24 horas de antecedência, preenchimento de receitas dentro do hospital, uma consulta de saída de 30 minutos na alta com uma enfermeira de alta treinada

para fornecer educação específica para a cirurgia, e uma ligação telefônica 48 horas após a alta. A educação direcionada ao paciente na alta tinha como objetivo resolver questões comuns sobre medicamentos, cuidados com a incisão, otimização nutricional e sinais que justificam atenção médica. Este esforço multidisciplinar reduziu a duração da hospitalização, promoveu a alta precoce e reduziu as readmissões, ao mesmo tempo que melhorou a experiência do paciente e a qualidade do atendimento (Faith *et. al.*, 2018).

O quarto tipo de estudo analisado refere-se a respeito de instrumentos de comunicação, com foco na melhoria no cuidado transicional verbal e escrito, utilizando ferramentas como um treinamento de transferência, listas de verificação cirúrgica visíveis em transição intra-operatória, abordagem FMEA, e grupo de trabalho de transferência por uma equipe multidisciplinar.

Um treinamento de transferência e a exposição permanente das listas de verificação em cada sala de cirurgias melhoraram a pontuação da lista de verificação para a transferência de cuidados na sala de cirurgia durante a anestesia. Além disso, com a finalidade de aumentar a adesão, a lista de verificação foi disponibilizada na forma de aplicativos para *smartphone* (Marion *et. al.*, 2017).

A abordagem *Failure Mode and Effect Analysis* (FMEA) foi considerada elemento essencial na caixa de ferramentas de melhoria da qualidade e segurança do paciente, sendo uma ferramenta poderosa para identificar lacunas críticas e aprimorar a confiabilidade de um processo de sistema de transferência inter-hospitalar. No estudo onde foi aplicado esse instrumento, possibilitou a transição de um processo de transferência não estruturado com padrões de comunicação assíncronos e inconsistentes para um processo estruturado com comunicação síncrona e parâmetros clínicos padronizados, projetados por meio de análise de risco e fortalecidos por métodos sustentáveis de melhoria. A efetividade da estratégia foi identificada a partir das reduções significativas no tempo de permanência no departamento de emergência do hospital receptor (de 300 para 149 minutos, $p < 0,01$). Também foram observadas melhorias significativas na comunicação interdisciplinar, como evidenciado por um aumento de pré-intervenção (10%) para pós-intervenção (64%) nas transferências inter-hospitalares em que os responsáveis pela UTIN e pelo departamento de emergência falaram sobre o paciente antes de sua chegada. Por fim, observou-se uma melhoria na aderência às diretrizes clínicas, com a administração mais rápida de agentes de reversão de

anticoagulantes, de 217 para 165 minutos, embora isso não fosse significativo ($p = 0,53$) (Chilakamarri *et.al.* 2021).

Foi estabelecido o Grupo de Trabalho de Transferência por uma equipe multidisciplinar entre a Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos (CICU) e a unidade de recuperação cardíaca, para realizar a transição intra-hospitalar, onde foi identificado um número importante de readmissão hospitalar na CICU em menos de 48 horas. A equipe definiu objetivos globais e específicos, e desenvolveu um diagrama de direcionadores-chave para orientar o trabalho de melhoria, utilizando o Modelo de Melhoria. Para cada direcionador, a equipe definiu intervenções e as testou utilizando ciclos *Plan-Do-Study-Act* (PDSA) para permitir que as estratégias de melhoria fossem testadas e aprimoradas. O Grupo de Trabalho de Transferência identificou a população prevalente das readmissões e utilizou o identificador do paciente *Transfers of Interest* (TOI). Do período de referência ao período de melhoria, os dias entre readmissões em menos de 48 horas aumentaram de uma mediana de 18 dias para 37 dias. Também verificou-se que o tempo médio de internação da população cirúrgica cardíaca diminuiu em 2,2 dias. Atestou-se, portanto que o pacote TOI é uma ferramenta que melhora (Storey *et. al.*, 2017)

Em relação às intervenções de planejamento de alta, foram encontradas um modelo de alta em prontuário eletrônico, ajuste de protocolo hospitalar, uso de aplicativo de saúde móvel, visitas e telefonemas após a alta hospitalar, para certificar a compreensão do paciente sobre a condição de saúde, assim, consolidando a continuidade do cuidado do paciente.

O uso de aplicativo de saúde móvel (mHealth) durante a transição da assistência hospitalar para a ambulatorial melhorou alguns quadros dos pacientes avaliados. Portanto, a implementação desse tipo de aplicativo antes da alta hospitalar e a disponibilidade de uma equipe que fornece feedback serão benéficas para os pacientes e os serviços de saúde (Gómez *et.al.* 2022).

A intervenção multidisciplinar incluiu ajuste de protocolo hospitalar, alocação de enfermeira de alta responsável por agendamento de consultas, preparo de plano de cuidado e autocuidado após a alta, educação do paciente sobre o diagnóstico, sinais de perigo a serem observados e a quem reportar em caso de preocupações, seguimento do paciente pelo farmacêutico e enfermeira por 3 dias após a alta para avaliar a condição clínica em comparação à alta, acompanhamento da compreensão e acesso do paciente em relação à

terapia medicamentosa ambulatorial, monitoramento do controle inadequado da doença e de efeitos adversos dos medicamentos, e aprimoramento das habilidades de autogerenciamento do paciente. A intervenção multidisciplinar durante a transição resultou na melhora do controle glicêmico pós-alta, evidenciado pela redução das taxas da hemoglobina glicada (Magny-Normilus *et. al.*, 2021).

O programa "*QUEST to Safe Care at Home*", desenvolvido em uma instituição de pacientes geriátricos para o autocuidado após a alta de uma instalação subaguda para o ambiente doméstico, consistiu na estruturação de duas visitas durante a internação, duas visitas domiciliares e duas chamadas telefônicas pós-alta, com questões guiadas para ampliar a compreensão do paciente quanto ao seu plano de tratamento, seus medicamentos, conhecer sintomas a relatar e garantir acompanhamento pós-hospitalar oportuno. Essa atividade tinha como objetivo incentivar o comprometimento dos pacientes com sua saúde, enfatizando os aspectos mais importantes de suas vidas. No diário de saúde personalizado, os pacientes também registraram seu histórico médico, perguntas para os profissionais de saúde, registro de consultas médicas, planos para gerenciar sintomas e informações sobre testes diagnósticos, medicamentos e planos de tratamento. Em um relacionamento contínuo com a mesma enfermeira de prática avançada, os pacientes estavam ativamente envolvidos no programa na instalação subaguda e continuando em suas casas (Lenaghan, 2018).

O uso de modelos padronizados para a troca de informações é importante para o cuidado eficaz e seguro ao paciente em uma variedade de contextos dentro do ambiente hospitalar. Dessa forma, a fim de padronizar a comunicação durante o planejamento de alta e cuidados de transição, foi implementado o *Discharge Planning Template* (DPT) em prontuário eletrônico, para ser utilizado durante a transição intra-hospitalar e instituição-domicílio. Antes da implementação a troca de informação relacionada à alta era verbal em vez de escrita e a transição instituição-domicílio era focada no planejamento de alta hospitalar. O modelo *Discharge Planning Template* é composto por duas partes: “critérios da neurologia para alta”, que indica os principais parâmetros sobre quando um paciente poderia estar pronto para alta, a critério do neurologista, bem como a necessidade de uma avaliação no momento da alta; e “planejamento ambulatorial”, que fornece orientações sobre o acompanhamento ambulatorial e instruções de alta. Antes da implementação desse modelo, uma média de 22% dos pacientes recebiam alta com uma consulta ambulatorial

agendada, após a intervenção, esse número subiu para 42%, favorecendo a continuidade do cuidado e melhor acompanhamento ambulatorial (Brittan *et. al.*, 2014).

Os resultados discutidos trazem uma possibilidade de translação do conhecimento, tendo como foco a melhoria do processo de trabalho, no contexto da transição de cuidados. A partir da análise pode-se perceber que existem lacunas científicas quanto ao uso de estratégias padronizadas num contexto nacional, uma vez que as estratégias desenvolvidas nas instituições de saúde se tratam de ações locais.

Evidencia-se uma necessidade de investimento em estudos que traduzem práticas que geram impacto na segurança do paciente em processos de transição de cuidado no contexto intersetorial, uma vez que só foi encontrado um estudo na área. Evidenciou-se que processos de melhoria da segurança do cuidado em situações de transição para domicílio ou outro segmento de assistência extra-institucional, inicia-se muito antes do momento da alta hospitalar, o que atesta a necessidade do envolvimento de toda a equipe de saúde e o reconhecimento da atividade como uma prioridade institucional, de forma a oferecer o suporte organizacional adequado para que o processo de transição de cuidado aconteça de forma efetiva. Além disso, atestou-se a importância de todo esse processo no desenvolvimento da autonomia do paciente para a autogestão do cuidado e continuidade da assistência, impactando em indicadores de readmissão.

Evidenciou-se, ainda, que muitos dos estudos trouxeram intervenções multifacetadas e/ou pacote de intervenções, atestando que o processo de melhoria da segurança do paciente não deve se limitar a ações isoladas.

Para além da produção de conhecimento para identificar as melhores estratégias, há a necessidade de desenvolver estudos que testem e avaliem o impacto dessas estratégias nos serviços de saúde, no que tange a transição de cuidado, favorecendo o processo de tomada de decisão organizacional ao pensar na incorporação de tecnologias no ambiente de trabalho.

Os líderes de enfermagem podem melhorar a qualidade do cuidado transitório por meio de contribuições para a colaboração interdisciplinar, tecnologia em saúde, pesquisa e desenvolvimento de políticas. Nessa mesma perspectiva, aprimorar o empoderamento do paciente durante o período pós-hospitalização possibilita melhora na integração do cuidado, aumento da segurança do paciente e uma geração mais envolvida de consumidores de saúde (Lenaghan, 2018).

Como limitação do estudo, pode-se destacar a quantidade de bases de dados e a restrição do idioma, que restringiu os resultados a um recorte da literatura disponível. Assim, faz-se necessário o desenvolvimento de mais pesquisas em relação a esta área de estudo, no Brasil e em outros países, tendo em vista a relevância do impacto das tecnologias e estratégias efetivas para segurança do paciente nas transições de cuidado.

CONCLUSÃO

Foram identificados 13 artigos, publicados em sua maioria nos EUA. Não foram encontrados estudos desenvolvidos no Brasil, o que desperta a necessidade de estimular essa discussão em agendas de pesquisas nacionais.

Foi possível identificar estratégias efetivas como modelo padronizado de planejamento de alta, intervenção farmacêutica e multidisciplinar, utilização de aplicativos, plano de ação baseado na análise de falhas, intervenção educacional, tanto para profissionais quanto para pacientes, familiares e cuidadores, acompanhamento pós-alta, implementação de protocolos e cuidado transicional individualizado. De modo geral ficou evidente que as estratégias implementadas assumiram ações multifacetadas e visaram, principalmente, a redução de readmissões e do período de internação, trazendo impacto positivo na continuidade do cuidado e desenvolvimento do paciente para a autogestão do cuidado em domicílio.

Os resultados denotam a necessidade de investir em estudos sobre transição de cuidado, especialmente, em estudos que apontam, longitudinalmente, o efeito de estratégias na melhoria contínua dos processos envolvidos na transição de cuidado. Através de uma exploração sistemática e minuciosa da literatura existente, esta revisão identificou intervenções tecnológicas que impactaram de forma positiva os serviços de saúde quanto à segurança do paciente nas transições de cuidados. Foi possível identificar lacunas como o déficit de estudos focados nos serviços de enfermagem, cuidados materno-infantil, urgência e emergência, transição intersetorial e intra-operatória. A presente pesquisa permite conferir maior compreensão sobre o assunto, instrumentalizar profissionais de saúde, bem como subsidiar a formulação de políticas locais e de governo que favoreçam o desenvolvimento e a incorporação de tecnologias nos serviços de saúde, visando assim, a segurança dos pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AFONSO, A. **Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde**. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>. Acesso em: 27 nov. 2023.
2. ALVES, M.; MELO, C. L. **Transferência de cuidado na perspectiva de profissionais de Enfermagem de um pronto-socorro**. REME - Revista Mineira de Enfermagem, v. 23, 2019. DOI: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20190042>. Acesso em: 22 dez. 2023.
3. BRASIL, Ministério da Saúde. **Diretrizes metodológicas: Sistema GRADE – Manual de graduação da qualidade da evidência e força de recomendação para tomada de decisão em saúde**. Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 72 p.: il.
4. BRAZ, P. G. DE C. G.; VILA, V. DA S. C.; NEVES, H. C. C. **Strategies for case management in transitional care in emergency services: scoping review**. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 73, n. suppl 5, 2020.
5. BRITTAN, Mark *et. al.* **A Discharge Planning Template for the Electronic Medical Record Improves Scheduling of Neurology Follow-up for Comanaged Seizure Patients**. *Hospital Pediatrics*, vol. 4, nº 6, novembro de 2014, p. 366–71. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.1542/hpeds.2013-0112>.
6. CHILAKAMARRI, Priyanka, *et. al.* **Failure Mode and Effect Analysis: Engineering Safer Neurocritical Care Transitions**. *Neurocritical Care*, vol. 35, nº 1, agosto de 2021, p. 232–40. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.1007/s12028-020-01160-6>.
7. CASTRO, Cidália *et. al.* **Comunicação na Transição de Cuidados de Enfermagem em um Serviço de Emergência de Portugal**. *Cogitare Enfermagem*, v. 27, 5 jan. 2022.
8. DEMPSEY, Jillian, *et. al.* **Evaluation of a Transitional Care Pharmacist Intervention in a High-Risk Cardiovascular Patient Population**. *American Journal of Health-System Pharmacy*, vol. 75, nº 17_Supplement_3, Setembro de 2018, p. S63–71. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.2146/ajhp170099>.
9. FAITH, Robertson C. *et. al.* **Transitional care services: a quality and safety process improvement program in neurosurgery**. *Journal of Neurosurgery*, vol. 128, nº 5, maio de 2018, p. 1570–77. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.3171/2017.2.JNS161770>.
10. FREYER, Johanna, *et. al.* **A Dual Intervention in Geriatric Patients to Prevent Drug-Related Problems and Improve Discharge Management**. *International Journal of Clinical Pharmacy*, vol. 40, nº 5, outubro de 2018, p. 1189–98. Springer Link, <https://doi.org/10.1007/s11096-018-0643-7>.
11. GHENO, J.; AIRES LOMBARDINI, A.; ARAUJO, K. C.; WEIS, A. H. **Facilidades e desafios do processo de transição do cuidado na alta hospitalar**. Revista Enfermagem Atual In Derme, [S. l.], v. 97, n. 1, p. e023011, 2023. DOI:

10.31011/reaid-2023-v.97-n.1-art.1611. Disponível em:
<https://revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/1611>. Acesso em:
21 out. 2023.

12. GHENO, Jocilene; WEIS, Alisia. **Care Transition In Hospital Discharge For Adult Patients: Integrative Literature Review**. *Texto & Contexto - Enfermagem*, V. 30, 2021.
13. GÓMEZ, Ana Maria, *et. al.* **Efficacy of the mHealth Application in Patients with Type 2 Diabetes Transitioning from Inpatient to Outpatient Care: A Randomized Controlled Clinical Trial**. *Diabetes Research and Clinical Practice*, vol. 189, Julho de 2022, p. 109948. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2022.109948>.
14. GUNADI, Stephen, *et. al.* **Development of a Collaborative Transitions-of-Care Program for Heart Failure Patients**. *American Journal of Health-System Pharmacy*, vol. 72, nº 13, julho de 2015, p. 1147–52. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.2146/ajhp140563>.
15. HERVÉ, Michele *et. al.* **Transition of care at discharge from the Intensive Care Unit: A scoping review**. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2020;28:e3325. [Access December 01 2023]; Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rlae/a/bPZfp5wyshqdkRkH63JFZ4k/>
16. HU, Rujun, *et. al.* **The Effects of a Transitional Care Program on Discharge Readiness, Transitional Care Quality, Health Services Utilization and Satisfaction among Chinese Kidney Transplant Recipients: A Randomized Controlled Trial**. *International Journal of Nursing Studies*, vol. 110, outubro de 2020, p. 103700. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103700>.
17. JULIA, Marion, *et. al.* **Training in Intraoperative Handover and Display of a Checklist Improve Communication during Transfer of Care: An Interventional Cohort Study of Anaesthesia Residents and Nurse Anaesthetists**. *European Journal of Anaesthesiology*, vol. 34, nº 7, julho de 2017, p. 471–76. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.1097/EJA.0000000000000636>.
18. KARLLA, K. *et. al.* **Enfermagem Baseada Em Evidência: Caracterização Dos Estudos No Brasil**. Disponível em:
<https://Docs.Bvsalud.Org/Biblioref/2016/08/1128/40768-166899-1-Pb.Pdf>.
19. LENAGHAN, Nancy A. **Transitional Care and Empowerment of the Older Adult**. *Geriatric Nursing*, vol. 40, nº 2, março de 2019, p. 148–53. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2018.07.005>.
20. MAGNY-NORMILUS, Cherlie, *et. al.* **Effects of an Intensive Discharge Intervention on Medication Adherence, Glycemic Control, and Readmission Rates in Patients With Type 2 Diabetes**. *Journal of Patient Safety*, vol. 17, nº 2, março de 2021, p. 73–80. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000601>.
21. MIASSO, A. I. *et al.* **O processo de preparo e administração de medicamentos: identificação de problemas para propor melhorias e prevenir erros de**

medicação. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, maio/jun. 2006.

22. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde.** [s.l.: s.n.]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_gestao_tecnologias_saude.pdf. Acesso em: 19 out. 2023
23. Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil, H. **Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version).** Aromataris E, Munn Z, editors. *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI; 2020. Available from <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
24. POLISAITIS, A.; MALIK, A. M. **Cuidados continuados: uma falha na malha da rede de serviços de saúde.** Tempus Actas de Saúde Coletiva, v. 13, n. 2, p. 105, 2 jul. 2019
25. SANTOS, C. M. C., *et. al.* **The PICO strategy for the research question construction and evidence search.** Rev Latino-Am Enfermagem. 2007;15(3):508-11. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300023>
26. SCOTT, C. *et al.* **Teach-Back Method: Using a Nursing Education Intervention to Improve Discharge Instructions on an Adult Oncology Unit.** Clinical Journal of Oncology Nursing, junho de 2019. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.1188/19.CJON.288-294>
27. STOREY, Carolyn *et. al.* **Utilizing a Transfer of Care Bundle to Reduce Unplanned Readmissions to the Cardiac Intensive Care Unit.** Clinical Journal Of Oncology Nursing June 2019, Vol. 23, No. 3. doi: 10.1188/19.CJON.288-294.
28. TRICCO, AC, Lillie, E, Zarin, W, O'Brien, KK, Colquhoun, H, Levac, D, Moher, D, Peters, MD, Horsley, T, Weeks, L, Hempel, S *et. al.* **PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation.** Ann Intern Med. 2018;169(7):467-473. doi:10.7326/M18-0850.
29. WEBER, Luciana Andressa Feil. **Transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas de unidades de internação clínica para o domicílio.** 2018. 85 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.
30. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Patient Safety.** Disponível em: https://www.who.int/health-topics/patient-safety#tab=tab_1. Acesso em: 21 dez. 2023.

