



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

THIAGO ZIRKE CONCEIÇÃO

**MODELOS DE TRANSIÇÃO DO CUIDADO E ESTRATÉGIAS DE
COORDENAÇÃO DAS AÇÕES ENTRE EQUIPES HOSPITALARES E
DOMICILIARES: UMA REVISÃO DE ESCOPO**

FLORIANÓPOLIS

2025

**MODELOS DE TRANSIÇÃO DO CUIDADO E ESTRATÉGIAS DE
COORDENAÇÃO DAS AÇÕES ENTRE EQUIPES HOSPITALARES E
DOMICILIARES: UMA REVISÃO DE ESCOPO**

Trabalho de conclusão de curso, referente à disciplina: Trabalho de conclusão de curso II (INT5182) do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do Grau de Enfermeiro.

Orientadora: Prof^a. Dra. Gabriela
Marcellino de Melo Lanzoni

FLORIANÓPOLIS

2025

Conceição, Thiago Zirke

MODELOS DE TRANSIÇÃO DO CUIDADO E ESTRATÉGIAS DE
COORDENAÇÃO DAS AÇÕES ENTRE EQUIPES HOSPITALARES E
DOMICILIARES: UMA REVISÃO DE ESCOPO / Thiago Zirke
Conceição ; orientadora, Gabriela Marcellino de Melo
Lanzoni, 2025.

84 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências
da Saúde, Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2025.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Transição do cuidado. 3. Continuidade
da assistência. 4. Enfermagem. 5. Revisão de escopo. I.
Lanzoni, Gabriela Marcellino de Melo . II. Universidade
Federal de Santa Catarina. Graduação em Enfermagem. III.
Título.

THIAGO ZIRKE CONCEIÇÃO

MODELOS DE TRANSIÇÃO DO CUIDADO E ESTRATÉGIAS DE COORDENAÇÃO
DAS AÇÕES ENTRE EQUIPES HOSPITALARES E DOMICILIARES: UMA
REVISÃO DE ESCOPO

Este Trabalho Conclusão de Curso foi julgado adequado como requisito parcial para obtenção do Título de “Enfermeiro” e aprovado e sua forma final pelo Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 24 de junho de 2025



Documento assinado digitalmente

Margarete Maria de Lima

Data: 01/07/2025 15:49:57-0300

CPF: ***.209.849-**

Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Prof. Dra. Margarete Maria de Lima

Coordenador do Curso de Graduação em Enfermagem



Documento assinado digitalmente

Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni

Data: 01/07/2025 14:47:37-0300

CPF: ***.071.579-**

Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Prof. Dra. Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni

Orientador

Banca examinadora:

Dra. Luciana Bihain Hagemann de Malfussi
Universidade Federal de Santa Catarina

Doutoranda Ana Paula Geraldi Norbah
Universidade Federal de Santa Catarina

Dra Camila Xavier Dalcol
Universidade Federal de Santa Catarina

Florianópolis

2025

Dedicatória

Quero começar dedicando este trabalho à minha companheira, melhor amiga, amante, esposa e parceira para todas as horas: Camila. Não encontro palavras melhores do que aquelas que repito sempre que posso para expressar o que sinto: Eu te amo. Você é o meu farol.

Àquela que me gerou e me pôs neste mundo: mãe, você é — literalmente — a razão de eu estar aqui. A pessoa que me demonstra um amor incondicional, sentimento que nunca conseguirei compensar, não importa o quanto tente.

Ao meu pai: você é o meu herói. Sempre foi, e tenho certeza de que sempre será.

À minha irmã, que sempre me deu apoio — até quando eu não merecia... especialmente quando eu não merecia. Você me ensinou o valor de não desistir de quem se ama (ainda que eu, às vezes, questione a sabedoria disso).

Aos amigos, irmãos de longa data, família que escolhi a dedo, em especial Hidalmir e Luan:

Sem vocês, e sem o suporte emocional (e todos os outros tipos de suporte) que me deram, este trabalho — e esta graduação — não teriam sido possíveis. Fico feliz por ter todos vocês ao meu lado e farei o possível para retribuir tudo isso.

E, por fim, quero dedicar este trabalho aos meus avós paternos. Enfim, vocês descansam juntos. Vocês não fazem ideia do vazio que deixaram. Fazem falta demais. Queria vocês aqui, agora, para comemorarmos juntos. Eu daria tudo por mais um abraço.

AGRADECIMENTOS

A minha orientadora, Prof^a Dra^a Gabriela Lanzoni, que eu já admirava antes de aceitar o projeto, apesar de todas as dificuldades.

A Prof^a Dra^a Soraia Dornelles, que me apoiou ao longo de toda a trajetória das matérias TCC, sendo uma voz constante, presente e reconfortante.

A Prof. Dra. Margarete Maria de Lima, por todas as vezes que coloquei meus problemas em suas mãos.

Artur e a nossa parceria. Bruna e seus comentários secos, sarcásticos, necessários e incompreensivelmente engraçados. Os dias certamente tornaram-se mais leves por culpa de vocês.

RESUMO

A transição do cuidado é definida como o processo de deslocamento de pacientes entre diferentes pontos da rede de atenção, sendo reconhecida como uma estratégia prioritária para qualificar os processos assistenciais, especialmente diante do envelhecimento populacional e do aumento das condições crônicas. Esse processo representa uma fase crítica, associada a riscos de descontinuidade, falhas de comunicação e eventos adversos evitáveis. **Objetivo:** Mapear os modelos de transição do cuidado e as estratégias de coordenação das ações entre equipes hospitalares e domiciliares. **Método:** Revisão de escopo conduzida conforme as diretrizes metodológicas do Joanna Briggs Institute (JBI), com busca nas bases PubMed, Scopus, Embase, CINAHL, Web of Science e LILACS, utilizando descritores controlados e termos livres. Os descritores mais recorrentes incluíram “Transitional Care”, “Hospital to Home Transition”, “Continuity of Patient Care”, “Home Health Care”, “Home Nursing”, “Interprofessional Education”, “Care Coordination” e “Discharge Planning”, além de suas respectivas traduções nos vocabulários DeCS e MeSH, combinados com termos livres relacionados aos contextos hospitalar e domiciliar. Foram incluídos estudos publicados entre 2013 e 2024 que abordassem intervenções voltadas à transição do cuidado entre hospital e domicílio. Os dados foram analisados com base nos dez domínios propostos por Burke et al. (2013), considerados essenciais para uma transição segura. **Resultados:** Foram incluídos 28 estudos, com predominância de delineamento quantitativo, voltados a populações idosas e à redução de internações evitáveis. Os domínios mais frequentes foram: comunicação das informações, educação em saúde com foco no autogerenciamento, coordenação entre membros da equipe e monitoramento pós-alta. Os estudos relataram, predominantemente, desfechos clínicos significativos como redução de reinternações hospitalares, melhora na adesão ao tratamento, aumento da satisfação com o cuidado, fortalecimento do autogerenciamento e melhoria da qualidade de vida dos pacientes. **Considerações finais:** Não há uma única fórmula para assegurar transições de cuidado seguras e efetivas. Investir na integração entre níveis assistenciais, qualificação dos processos comunicacionais, fortalecimento das redes de atenção à saúde (RAS) e na articulação com a atenção primária à saúde (APS) constitui uma diretriz essencial para garantir segurança, continuidade e integralidade da assistência no contexto da alta hospitalar.

Descritores: Transição de cuidado. Continuidade da assistência. Atenção domiciliar. Enfermagem. Revisão de escopo. APS. Redes de Atenção à Saúde.

ABSTRACT

Care transition is defined as the process of moving patients across different levels of the healthcare system and is recognized as a priority strategy for qualifying care processes, especially in the context of population aging and the increasing prevalence of chronic conditions. This process represents a critical phase, associated with risks of care discontinuity, communication failures, and preventable adverse events. **Objective:** To map care transition models and strategies for coordination between hospital and home care teams. **Method:** Scoping review conducted according to the Joanna Briggs Institute (JBI) methodology, with searches in PubMed, Scopus, Embase, CINAHL, Web of Science, and LILACS databases using both controlled descriptors and free terms. The most frequent descriptors included "Transitional Care," "Hospital to Home Transition," "Continuity of Patient Care," "Home Health Care," "Home Nursing," "Interprofessional Education," "Care Coordination," and "Discharge Planning," along with their respective translations from DeCS and MeSH, combined with free terms related to hospital and home care contexts. Studies published between 2013 and 2024 that addressed interventions focused on hospital-to-home care transition were included. Data analysis was based on the ten domains proposed by Burke et al. (2013), considered essential for safe transitions. **Results:** A total of 28 studies were included, predominantly with a quantitative design, focusing on older populations and reducing avoidable hospitalizations. The most frequent domains were: information communication, health education for self-management, care team coordination, and post-discharge follow-up. Most studies reported significant clinical outcomes, such as reduction in hospital readmissions, improved treatment adherence, increased satisfaction with care, enhanced self-management, and improved quality of life. **Conclusion:** There is no single formula to ensure safe and effective care transitions. Investing in the integration of care levels, enhancing communication processes, strengthening Health Care Networks (HCNs), and improving articulation with Primary Health Care (PHC) are key strategies to ensure safety, continuity, and comprehensiveness of care during hospital discharge.

Descriptors: Transitional care. Continuity of patient care. Home care services. Nursing. Scoping review. Primary health care. Health care networks.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Representação dos dez domínios de Burke *et al.*.(2013) 26

Figura 2: Diagrama PRISMA-ScR.....45

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Estratégias de busca utilizadas nas bases de dados.....	32
Quadro 2 – Apresentação dos Domínios de Burke <i>et al.</i> .(2013).....	35
Quadro 3 - Estratégias de busca utilizadas nas bases de dados.....	40
Quadro 4 - Apresentação dos estudos segundo nome, estratégias de coordenação de equipes adotadas e Domínios de Burke.....	44
Quadro 5 - Apresentação dos estudos segundo nome, estratégias de coordenação de equipes adotadas e Domínios de Burke.....	45
Quadro 6- Estudos com maior cobertura dos domínios propostos por Burke <i>et al.</i> (2013)-	50
Quadro 7 - Desfechos apresentados, por estudo-.....	55

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APS- Atenção primária à Saúde

MS- Ministério da Saúde

OMS- Organização Mundial da Saúde

RAS- Redes de atenção à Saúde

WHO- World Health Organization

SUS- Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2.1 Objetivo geral.....	16
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	17
3.1 Transições do cuidado.....	17
3.1.2 Modelos e estratégias de transição de cuidado.....	18
3.1.2.1 Integração por Prontuário Eletrônico.....	19
3.1.2.2 Modelo RED (Reengineered Discharge).....	19
3.1.4 Papel da enfermagem nos modelos de transição de cuidado.....	23
3.2 Estratégias de coordenação das ações entre equipes hospitalares e domiciliares.....	24
3.3 Os dez domínios de Burke.....	26
3.4 - Aplicação dos domínios de burke no contexto da enfermagem e dos sistemas de saúde.....	28
4. METODOLOGIA.....	30
4.1 Tipo de pesquisa.....	30
4.2 Coleta de dados.....	30
4.3 Identificação de estudos relevantes.....	31
4.4 Aspectos éticos.....	35
5 RESULTADOS.....	36
5.1 Manuscrito:.....	36
5.1.1 Modelos de transição do cuidado.....	45
5.1.2 Estratégias de coordenação entre equipes.....	57
6.1 Análise dos modelos de transição.....	59
6.2 Análise das estratégias de coordenação.....	62
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	72
REFERÊNCIAS.....	74

1 INTRODUÇÃO

As transições de cuidado referem-se aos movimentos dos usuários entre diferentes contextos assistenciais, como entre unidades de um mesmo serviço, entre instituições distintas ou entre o hospital e o domicílio. Tais deslocamentos são inerentes ao percurso dos pacientes e refletem mudanças em suas necessidades clínicas e sociais (World Health Organization, 2016). Os momentos de transição de cuidado são críticos, e quando não devidamente coordenados podem comprometer a continuidade do cuidado, gerar eventos adversos, aumentar o risco de reinternações e elevar os custos em saúde (The Joint Commission International, 2012).

Desde os anos 2000, evidenciou-se que modelos de transição de cuidados devidamente estruturados, ao exemplo do modelo proposto por Coleman (2006) intitulado *Care transitions Program*, contribuem para a redução de reinternações, melhoria de adesão e do entendimento do tratamento após alta-hospitalar, além de apontarem para uma redução significativa do custo do sistema hospitalar com cada paciente. Entretanto, implementar esses modelos exige estratégias coordenadas entre equipes de diferentes níveis de atenção, o que implica em efetiva comunicação entre as partes, entendimento dos planos de cuidado e definição de responsabilidades (Institute For Healthcare Improvement, 2013).

Em um estudo realizado em 33 países das Américas, evidenciou que a falta de protocolos de transição de cuidados claros, a fragmentação do sistema e a desarticulação entre hospital e APS representam desafios significativos à continuidade do cuidado. (Hambleton, 2023).

Diante da complexidade crescente das necessidades em saúde da população, especialmente frente ao envelhecimento populacional e ao aumento das doenças crônicas, o Brasil tem buscado, ao menos em arcabouços normativos, criar estratégias para fomentar a continuidade e a qualidade da atenção à saúde pós-alta hospitalar (Brasil, 2021; Organisation for Economic Co-operation and Development, 2021). O Ministério da Saúde reconhece a necessidade da existência de articulações entre os níveis de atenção da saúde, planejamento de alta, envolvimento de equipes multiprofissionais na transição do cuidado. A atenção domiciliar, através de ações como educação de cuidadores, reconciliação medicamentosa, visitas pós-alta e construção de planos de cuidados

personalizados, é destacada como eixo estratégico (Brasil, 2021). A importância de práticas humanizadas, dialogadas e centradas no paciente e sua rede de apoio são reforçados tanto na rede terciária de cuidado (Brasil, 2015), quanto na rede primária (Brasil, 2023), enquanto o esforço de padronizar fluxos integrados, colocando a APS com coordenadora do cuidado e das ações entre os níveis de saúde (Brasil, 2023). O esforço pela longitudinalidade do cuidado, através das RAS, tenta fortalecer e integrar os serviços de saúde do País (Brasil, 2011).

Ainda que a transição do cuidado entre hospital e domicílio configure-se como uma prática em consolidação, algumas iniciativas têm sido implementadas em hospitais universitários vinculados à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), como o Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC) e o da Universidade Federal do Paraná (EBSERH, 2024). Essas instituições adotaram ferramentas como o protocolo SBAR (*Situation, Background, Assessment, Recommendation*), para organizar a comunicação entre equipes durante transferências internas e no momento da alta hospitalar. Embora em estágio inicial, essas experiências sugerem um movimento em direção à sistematização da transição do cuidado, o que exige a construção de modelos teóricos e operacionais adaptados ao contexto nacional.

A prática dessas diretrizes enfrenta obstáculos importantes em território nacional, como dificuldades de comunicação, condições socioeconômicas desfavoráveis dos pacientes e familiares, problemas no seguimento pós-alta e sobrecarga de trabalho nas equipes (Ghenot *et al.*, 2023). Embora haja reconhecimento crescente da importância da transição do cuidado, persistem barreiras como a fragmentação entre os níveis de atenção, falhas na comunicação interinstitucional e o baixo envolvimento de alguns profissionais no processo de alta hospitalar (Melo *et al.*, 2025).

Reconhecida como uma integrante da Rede de Atenção à Saúde desde a portaria nº 4.279/2010, a transição do cuidado é citada em normativas nacionais de forma breve ao longo dos anos (Brasil, 2010; Brasil, 2015; Brasil, 2021). Na publicação intitulada "Desospitalização: reflexões para o cuidado em saúde atuação multiprofissional" reconhece a importância das estratégias de transição de cuidado para a diminuição das reinternações hospitalares, enquanto publicações mais recentes deixam claro o papel da Atenção Primária da Saúde organizar e construir

planos de Transição de cuidado, mas sem criar diretrizes claras para tais intervenções (Brasil, 2015; Brasil, 2021; Brasil, 2023).

A preocupação com a criação de referenciais teóricos estruturados para a mensuração da qualidade dos modelos de Transição do cuidado já é aparente na literatura, como o modelo dos dez domínios essenciais de Burke *et al.* (2013). Esses domínios compreendem etapas fundamentais para uma transição segura que variam do planejamento da alta até o acompanhamento ambulatorial, e funcionam como pilares para avaliar e qualificar intervenções (Burke *et al.*, 2013). A ausência de tais referenciais pode limitar a sistematização dos achados e a aplicabilidade prática das evidências produzidas (Burke *et al.*, 2013).

Diante desse cenário, torna-se essencial compreender como os modelos de transição do cuidado vêm sendo aplicados, quais estratégias de coordenação entre equipes hospitalares e domiciliares estão sendo utilizadas e de que forma essas ações se articulam com os domínios essenciais propostos por Burke *et al.* (2013). Assim, este estudo propôs-se a responder à seguinte questão de pesquisa: quais modelos de transição do cuidado entre hospital e domicílio têm sido descritos na literatura científica, e quais estratégias de coordenação entre equipes hospitalares e domiciliares são utilizadas?

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Mapear os modelos de transição do cuidado e as estratégias de coordenação das ações entre equipes hospitalares e domiciliares, a partir da literatura científica publicada entre 2013 e 2024.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Transições do cuidado

Os sistemas de saúde atuais herdaram, de modelos do século XX, organizações centradas na atenção hospitalar, em sua maioria focadas em respostas às condições agudas advindas de realidades epidemiológicas da época, que colocavam o usuário do serviço a passar por sistemas fragmentados centrados na instituição, que ignoravam o percurso do usuário pelo sistema (World Health Organization, 2016). WHO (2016) afirma que, com o foco em cuidados com doenças infecciosas e emergências clínicas, foi impossível prever os desafios da contemporaneidade, especialmente o envelhecimento populacional e o crescimento das doenças crônicas não-transmissíveis, fatores esses que são indispensáveis para o manejo estratégico em saúde atual, uma vez que estes fatores evidenciam razões pelas quais as transições de cuidado são necessárias e indispensáveis.

Com o tempo, conceitos como o da atenção primária, redes de cuidado e o início das políticas de horizontalidade no cuidado, a ideia de que a transição entre os serviços de saúde não representa apenas um deslocamento físico do usuário e sim, um ponto crítico de fragilidade clínica, comunicacional, social e emocional no processo de saúde do mesmo, começa a ser estudada (World Health Organization, 2016).

Logo, a transição do cuidado não poderia ser descrita apenas como a locomoção de um usuário de um lugar a outro. A transição se refere a todo movimento seja interno, externo ou entre serviços que um determinado usuário realiza, à medida que suas necessidades clínicas evoluem, incluindo desde a alta hospitalar para o domicílio, até a troca de equipes ou setores dentro de um mesmo serviço (World Health Organization, 2016).

Destaca-se que essas transições são momentos altamente propensos para falhas na continuidade do cuidado,, erros de medicação, omissão de orientações, duplicidade de exames, cuidados e insegurança tanto para o usuário, quanto para sua família (The Joint Commission International, 2012; World Health Organization, 2016). Falhas como essa afetam diretamente a efetividade clínica e os custos do sistema de saúde, resultando em reinternações evitáveis, aumento de morbimortalidade dos usuários (Institute for Healthcare Improvement, 2013).

O reconhecimento da transição do cuidado como componente essencial do cuidado contínuo existe, principalmente na atenção primária. A APS assume papel central no suporte pós-alta hospitalar, o que exige formas de comunicação, sistemas de informação dedicados e integrados e estratégias educativas voltadas tanto para usuários quanto para cuidadores, o que nem sempre ocorre (Brasil, 2015; Brasil, 2021).

Avaliações de desfechos clínicos, como reinternações hospitalares, segundo Fønss Rasmussen *et al.* (2021), têm sido utilizadas como indicadores da efetividade das intervenções de transição do cuidado. Uma revisão sistemática publicada no BMJ Open (Fønss Rasmussen *et al.*, 2021) constatou que 22 dos 29 resultados analisados reduziram taxas de readmissão entre 7 e 182 dias após a alta hospitalar. Intervenções estruturadas, como o Care Transitions Intervention, de Coleman *et al.* (2006), demonstraram redução significativa nas readmissões, variando de 30% a 40% ao longo de períodos de 30, 90 e 180 dias, além de gerar economia de custos hospitalares. Na mesma linha, o modelo Reengineered Discharge (RED), desenvolvido por Jack *et al.* (2009), mostrou uma redução de quase 30% nas visitas ao pronto-socorro e nas reinternações em até 30 dias, o que reforça que desfechos como redução de reinternações, diminuição no uso de serviços de emergência e queda nos custos hospitalares são parâmetros validados e confiáveis para aferir a qualidade e segurança das estratégias de transição do cuidado.

3.1.2 Modelos e estratégias de transição de cuidado

Instituições e governos desenvolveram modelos estruturados especificamente para mitigar os riscos associados às transições de cuidados (Brasil, 2015; Jacobsohn *et al.*, 2022). Em meados dos anos 2000, o *Care transitions intervention (CTI)*, de Eric Coleman, propôs estratégias como plano de cuidados personalizado, acompanhamento telefônico e envolvimento ativo tanto do usuário quanto do cuidador (Coleman *et al.*, 2006). Estudos mais recentes, como o de Jacobsohn *et al.* (2021) adaptam e avaliam variações dessas práticas com base em dados atualizados e em diferentes contextos assistenciais. Organizações como o *Institute for Healthcare Improvement (IHI)* e a *Joint Commission International (JCI)* também defendem estratégias sistematizadas de transição, que incluem educação do usuário, reconciliação medicamentosa, visitas pós-alta e monitoramento remoto

como parte de programas para reduzir reinternações e ampliar a continuidade do cuidado (Institute For Healthcare Improvement, 2013; The Joint Commission International, 2012).

3.1.2.1 Integração por Prontuário Eletrônico

Segundo Kruse (2018), a tecnologia da informação em saúde pode ser utilizada como ferramenta para promover a continuidade do cuidado. O autor reconhece que, apesar das dificuldades encontradas para sua implementação, como a confiabilidade dos dados e a adaptabilidade dos usuários, a integração de prontuários eletrônicos tem potencial de melhorar a continuidade do cuidado do usuário por facilitar a disponibilização de informações e a comunicação entre profissionais de diversas áreas.

3.1.2.2 Modelo RED (Reengineered Discharge)

O modelo RED tentou reestruturar o processo de alta e pós-alta hospitalar por meio de ações que foram coordenadas entre profissionais de diversas áreas da atuação hospitalar (Jack, 2009). O modelo RED inclui a atuação de um defensor de alta, que durante a internação orientará o usuário, agenda consultas, reconcilia medicamentos e elabora o plano de cuidados pós-alta (AHCP, do inglês). Esse plano é personalizado e foi entregue ao usuário e aos profissionais responsáveis por ele na atuação primária (Jack, 2009).

Durante a pós-alta, um farmacêutico realiza contato telefônico a fim de revisar as medicações e reforçar as orientações. O estudo conseguiu demonstrar que o modelo reduziu em cerca de 30% a taxa de reinternações e visitas ao pronto-socorro advindas de complicações pós-alta pelos usuários. Foi também evidenciado melhora da compreensão do diagnóstico por parte dos usuários (Jack 2009).

3.1.3 Diretrizes internacionais para transição do cuidado e panorama nacional

No Reino Unido, o Serviço Nacional de Saúde (NHS), opera um modelo de transição de cuidado normatizado pelo Hospital Discharge and Community support Guidance, estabelecido pelo Department of Health and Social Care (UK Department

of Health And Social Care, 2022). O modelo foca em quatro vias de atendimento diferenciadas entre si, chamadas de “Pathways”, onde serviços diferenciados são ofertados a situações distintas no contexto da alta hospitalar (UK Department Of Health And Social Care, 2022). Dentre as quatro vias (0,1,2 e 3), destaca-se a “Pathway 1”, utilizada em cerca de 90% dos casos, onde a alta para o domicílio é realizada com um suporte adicional de curta duração. Dentro da Pathway 1, a avaliação das necessidades do paciente é realizada após o retorno ao domicílio, já reinserido em seu contexto diário. A equipe de alta hospitalar realiza apenas a triagem inicial e a liberação de forma segura, enquanto uma segunda equipe, denominada “equipe comunitária” assume a coordenação dos cuidados em intervalos que variam de 24 até seis semanas, que podem ser revisadas. Entre os profissionais envolvidos, destacam-se coordenadores de cuidados, enfermeiros comunitários, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, assistentes sociais, cuidados domiciliares, farmacêuticos e médicos generalistas do território (UK Department Of Health And Social Care, 2022). Os serviços incluem cuidados pessoais domiciliares, administração de medicamentos, visitas de enfermagem, fisioterapia, reconciliação medicamentosa, fornecimento de equipamentos de apoio físico, suporte social e orientações para cuidadores informais.

Segundo o Departamento de saúde e cuidados sociais do Reino Unido (2022) as demais vias de cuidado, apesar de serem mais raras, têm suas especificidades:

A “Pathway 0” é utilizada em pacientes que não necessitam de apoio adicional no pós-alta, que geralmente são indivíduos com recuperação clínica completa dentro do ambiente hospitalar, que não tiveram sua autonomia prejudicada e tem rede de cuidados adequada. Pacientes dentro dessa via não tem necessidade de cuidados comunitários (UK Department Of Health And Social Care, 2022).

A “Pathway 2” contempla aqueles que não estão aptos a voltar ao domicílio e requerem cuidados e reabilitação temporários, em ambiente hospitalar (UK Department of Health And Social Care, 2022).

Por fim, a “Pathway 3, direciona-se aos pacientes com necessidades permanentes, aos quais o retorno à domicílio é inviável, levando a transição a ser feita para serviços de cuidado de longa duração, como instituições de acolhimento ou unidades de cuidado residencial (UK Department of Health And Social Care, 2022).

A política tenta priorizar uma abordagem centrada na recuperação funcional e na manutenção da autonomia, interligando o sistema hospitalar e o comunitário com

base na avaliação das necessidades do pós-alta, conforme elas apareçam (UK Department of Health And Social Care, 2022).

O *Transitional Care Programme* (TCP), desenvolvido pelo governo Australiano, é um outro exemplo de implementação de políticas públicas de cuidados de transição (Australia, 2022). Idealizado entre 2004 e 2005, o TCP oferece cuidados de curto prazo á pacientes idosos após a alta hospitalar, com o objetivo de melhorar a funcionalidade e facilitar a transição domiciliar e/ou para serviços de longa duração (Australia, 2022). O cuidado inicia-se em uma janela de até 48 horas após a alta do paciente e pode durar até 18 semanas, dadas as condições clínicas do paciente, e os serviços podem ocorrer tanto à domicílio quanto em unidades residenciais temporárias. O serviço é ofertado por uma equipe multidisciplinar que é composta por enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e cuidadores, de acordo com um plano de cuidados. Os serviços prestados incluem: cuidados de enfermagem, suporte psicossocial, reabilitação funcional, fisioterapia, terapia ocupacional, auxílio em atividades da vida diária e educação em saúde. O TCP é financiado pelo governo federal, pelas administrações estaduais e territoriais, sendo implementado por prestadores locais aprovados (Australia, 2022).

O Health Quality Ontario, na província de Ontário no Canadá, estabeleceu em 2018 um padrão de qualidade denominado “*Transitions Between Hospital and Home: Care for people of All Ages*”, a fim de melhorar a continuidade do cuidado e reduzir os riscos associados à alta hospitalar (Canada, 2018). O documento define dez padrões clínicos com recomendações para gestão da transição do cuidado, como comunicação estruturada entre setores, plano individualizado de alta, reconciliação medicamentosa, suporte para o cuidador e monitoramento pós-alta (Canada, 2018). Os padrões são aplicados por enfermeiros, farmacêuticos, assistentes sociais, fisioterapeutas, médicos e profissionais da atenção primária (Canada, 2018). O início dos cuidados ocorre antes da alta, através do planejamento antecipado da mesma, e continua com contato ativo e avaliações do plano de cuidados já no ambiente domiciliar (Canada, 2018). As intervenções ocorrem por tempo variável, a depender das necessidades clínicas do paciente (Canada, 2018). O padrão é aplicado em hospitais, clínicas comunitárias e unidades de atenção primária e é utilizado para avaliação de desempenho, auditoria clínica e formulação de políticas públicas regionais (Canada, 2018). A Associação de Enfermeiros de Ontário (RNAO),

publicou ainda em 2014 diretrizes de boas práticas intituladas “*Care Transitions: Clinical Best Practice Guideline*”, fornecendo recomendações baseadas em evidências para apoiar enfermeiros e membros da equipe interprofissional na promoção de transições de cuidados seguras e eficazes para pessoas de todas as idades (Registered Nurses' Association Of Ontario, 2014).

A transição de cuidado no Brasil foi abordada de forma sucinta em documentos normativos do Ministério da Saúde, desde meados dos anos 2000 (Brasil, 2010). Ao exemplo da Portaria nº 4.279/2010, que instituiu as Redes de Atenção à Saúde (RAS) como um modelo organizativo do SUS, que objetivava garantir a integralidade do cuidado por meio da articulação entre serviços de diferentes densidades tecnológicas (Brasil, 2010). Neste contexto, a Atenção primária à Saúde (APS) é designada como ordenadora do cuidado e coordenadora das ações no território, incluindo a recepção e continuidade após a alta hospitalar (Brasil, 2010).

A publicação “Desospitalização: reflexões para o cuidado em saúde atuação multiprofissional”, reconhece que a alta hospitalar mal planejada gera descontinuidade, sobrecarga para cuidadores e aumento nas taxas de reinternação (Brasil, 2015). Já o manual “Atenção Domiciliar na APS, publicado em 2021, fornece orientações para a estruturação de cuidados pós-alta sob responsabilidade da equipe de Saúde da Família, focando na avaliação precoce do paciente, construção de plano de cuidados individualizado, visitas domiciliares e monitoramento remoto (Brasil, 2021). Entretanto, é notável a falta de diretrizes claras acerca do tema, como o recorte do mesmo manual, a respeito da construção do plano de cuidado individual do paciente:

“Cabe aos profissionais da APS construir um plano de cuidados abrangente, que prevê a integralidade do cuidado e o envolvimento dos usuários, seus familiares, assim como demais profissionais da rede que participem do cuidado ao paciente. É importante que o plano de cuidados contenha a lista de problemas atuais, os medicamentos em uso, as alergias, a função cognitiva e a funcionalidade (Brasil, 2021, p.52).

Em 2023, as Linhas de Cuidado desenvolvidas pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS/MS) ofereceram diretrizes voltadas à organização de fluxos

assistenciais e planos terapêuticos contínuos, utilizando como base as condições clínicas prioritárias (Brasil,2023). Esses documentos, mais uma vez, reforçam a importância da articulação entre serviços de diversos níveis, como hospitalares e de unidades básicas de saúde, além de incentivar o papel ativo da equipe multiprofissional da APS no processo de reintegração do paciente à rede, mas sem estabelecer um fluxo de transição de cuidados padronizado (Brasil, 2023).

3.1.4 Papel da enfermagem nos modelos de transição de cuidado

Dentro do Care Transitions Intervention (CTI), desenvolvido por Coleman *et al.* (2006), a figura central é o Transitions Coach®, papel frequentemente assumido por enfermeiros capacitados para orientar pacientes e familiares nos pilares do autogerenciamento, reconciliação medicamentosa, planejamento de seguimento e identificação de sinais de alerta. Esses profissionais não atuam com foco na execução de cuidados clínicos, mas como líderes do processo educativo e articulador entre os serviços, reforçando a autonomia do paciente(Coleman *et al.*, 2006).

Ao analisar o modelo RED (Reengineered Discharge), idealizado por Jack *et al.* (2009), destaca-se a atuação do Discharge Advocate, geralmente um enfermeiro responsável por elaborar o plano de cuidados pós-alta, realizar a reconciliação medicamentosa, agendar consultas e promover educação em saúde, o que consolida o papel de liderança organizacional ao profissional enfermeiro.

O Transitional Care Model (TCM), desenvolvido por Naylor e colaboradores, é liderado por enfermeiros (geralmente Enfermeiros de práticas avançadas), que permanecem responsáveis tanto pela coordenação durante a internação como pelo seguimento domiciliar (Hirschman, 2015). Esses profissionais realizam avaliações contínuas, reconciliação medicamentosa, educação em saúde, visitas domiciliares e interface com outros membros da equipe por todo o cuidado, evidenciando ainda mais o papel de protagonismo da enfermagem nas transições de cuidado (Hirschman, 2015).

Estudos subsequentes, como o de Jacobsohn *et al.* (2021), adaptam o CTI para diferentes contextos, incluindo populações com comprometimentos cognitivos, mas mantêm a lógica de um profissional de referência vinculado à Enfermagem, e ainda que Kruse (2018) aborde principalmente a integração de prontuários eletrônicos, o autor também reconhece a importância do enfermeiro como mediador

da comunicação clínica, o que reforça sua posição estratégica na garantia da continuidade do cuidado.

3.2 Estratégias de coordenação das ações entre equipes hospitalares e domiciliares

A coordenação entre as equipes hospitalares e domiciliares é essencial para o cuidado continuado em saúde, especialmente se levarmos em conta os momentos de alta e pós-alta. A coordenação demanda planejamento conjunto, comunicação, clareza de papéis entre as instituições e profissionais e responsabilização compartilhada pelo cuidado com o paciente (Institute For Healthcare Improvement, 2013; JCI, 2012).

Dentre as estratégias presentes na literatura destacam-se: Planejamento antecipado da alta hospitalar com o envolvimento da equipe de atenção primária desde o início da internação (WHO, 2016; Brasil, 2021), Reuniões intersetoriais e visitas conjuntas com profissionais da equipe multidisciplinares, construção conjunta dos planos de cuidado (Ghenot *et al.*, 2023), sistemas de informações interoperáveis, tornando possíveis o compartilhamento de dados e planos terapêuticos (Institute For Healthcare Improvement, 2013), atribuição das “profissionais de ligação”, como enfermeiros de transição ou mesmo gerentes de caso, a fim de acompanhar os usuários durante todos os momentos de transição (Coleman *et al.*, 2006), além da utilização de diversas TICS para apoio, à exemplo das chamadas telefônicas pós-alta, apps de monitoramento e prontuários eletrônicos (Brasil, 2021; WHO, 2016).

O planejamento antecipado da alta consiste na organização do processo de desinternação tão cedo for possível, mesmo que isso signifique desde os primeiros dias de internação, identificando precocemente as necessidades do usuário e envolvendo-o com as equipes que o receberão no pós-alta. Este processo permite a definição de planos personalizados de cuidados, evita descontinuidades e possibilita que os serviços de atenção domiciliar, APS ou atenção primária se preparem de forma adequada para a recepção do usuário (WHO, 2016; Brasil, 2021).

As reuniões intersetoriais e as visitas multidisciplinares são formas eficientes de garantir a continuidade assistencial, antes ou logo após a alta (Ghenot *et al.*, 2023). As reuniões intersetoriais favorecem o compartilhamento de informações clínicas, alinham condutas e fortalecem a corresponsabilização entre os serviços,

tendo ainda mais potencial se forem estruturadas com protocolos, pautas e registros formais (Ghenot *et al.* 2023).

O uso de sistemas de informações interoperáveis, que são plataformas que permitem intercâmbio de dados clínicos entre hospitais e serviços territoriais, são ferramentas que auxiliam a coordenação entre equipes (Brasil,2020). Por exemplo, a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) tem por objetivo criar um “prontuário digital único” e promover a troca segura de informações clínicas entre todos os pontos da rede, o que favorece a continuidade assistencial e a tomada de decisão (Brasil 2020, 2023)

Compartilhar os prontuários, planos terapêuticos e histórico clínico dificulta a duplicação de procedimentos, esquecimento de informações importantes, além de promover a segurança do cuidado e reduzir o tempo de resposta frente a complicações (Institute For Healthcare Improvement, 2013).

Atribuir a determinados profissionais o papel de auxiliar na transição dos cuidados, como no caso dos enfermeiros de transição, navegadores de cuidado ou gerentes de caso, tem se mostrado uma estratégia eficaz na coordenação entre os níveis da atenção à saúde (Røstad *et al.* 2017). Ao atuarem entre as equipes hospitalares e domiciliares e ao realizar atividades como planejamento de alta, visitas domiciliares, ligação telefônica de seguimento, reconciliação medicamentosa e suporte contínuo ao usuário e sua rede de apoio, esses profissionais têm mostrado impacto positivo na redução de reinternações (Hansen *et al.*, 2011), melhora de autogestão do paciente e na comunicação interprofissional (Varghese *et al.*, 2020).

Foi indicado ao longo dos anos, que o uso de ligações telefônicas (principalmente nas primeiras 48h após a alta hospitalar) por parte de profissionais de saúde reduzem as chances de problemas durante o pós-alta e readmissões hospitalares (Mistiaen, 2006). Coleman *et al.* (2006) propõe em seu modelo de transição de cuidado proposto (Care Transitions Intervention) que o “transition coach” faça ligações telefônicas para o paciente, o que resultou em diminuições estatisticamente significativas nas taxas de readmissão. O Center for Medicare & Medicaid Services (CMS, 2024) formalizou essa prática, exigindo o recebimento telefônico em até 48h como parte dos critérios para reembolso nos serviços de Transição de Cuidado.

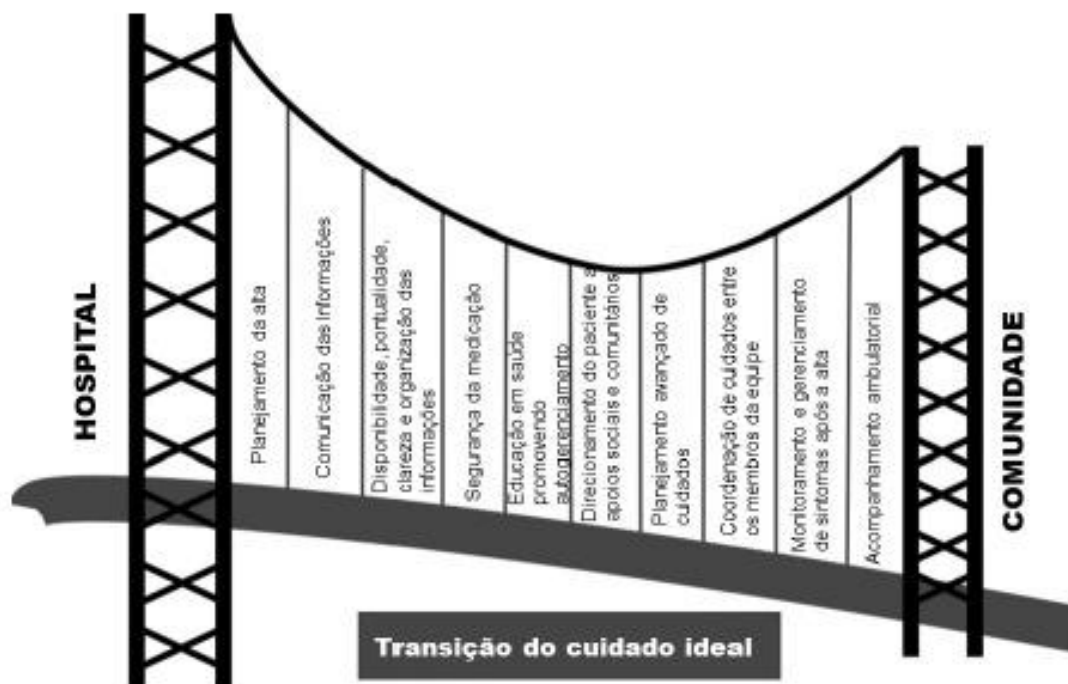
O uso de checklists padronizados durante o processo de transição ajuda a garantir que todas as etapas críticas (desde a reconciliação de medicamentos até o

agendamento de consultas) sejam monitoradas e concluídas em tempo útil, reduzindo lacunas na comunicação e melhorando desfechos clínicos (Soong, 2013). um projeto estadunidense em oncologia demonstrou que a combinação de checklist e ferramenta de passagem de plantão estruturado aumentou o agendamento de seguimento e otimizou a coordenação entre equipes (Prince, 2019).

3.3 Os dez domínios de Burke

Os dez domínios para uma transição segura do cuidado foram propostos por Burke *et al.* (2013), como um referencial estruturante para qualificar as transições de cuidado e reduzir eventos adversos, como as reinternações evitáveis. O modelo, simbolizado por uma ponte que conecta o ambiente hospitalar à comunidade, descreve um total de dez domínios fundamentais que apresentam-se como os pilares que sustentam uma transição de cuidado segura entre os diferentes níveis de atenção, e caso ausente, fragilizam a segurança e a continuidade do cuidado (Burke *et al.*, 2013), esquematizados como a figura a seguir:

Figura 1: Representação dos dez domínios de Burke *et al.*(2013)



Fonte: Adaptado de Burke et al. (2013).

O primeiro domínio, o planejamento de alta, afirma que o processo para a alta deve começar o quanto antes, ao longo de dias, com envolvimento da equipe multiprofissional, levando em conta as necessidades do paciente e dos cuidadores, bem como a articulação com os serviços de atenção primária e especializada (Burke *et al.*, 2013). O segundo domínio, a comunicação completa das informações, revolve nas transmissões precisas e abrangentes de dados clínicos, evoluções, pendências e planos terapêuticos ao time de continuidade do cuidado (Burke *et al.* 2013).

O terceiro domínio de Burke *et al.* (2013) chamado de disponibilidade, pontualidade, clareza e organização das informações postula que os profissionais que assumirão o cuidado pós-alta devem ter acesso à todos os dados e informações referentes ao paciente de forma rápida e confiável. O quarto domínio crítico para a transição do cuidado ideal é a segurança da medicação, considerando que os eventos adversos relacionados a medicamentos estão entre as principais causas de reinternações evitáveis (Burke *et al.*, 2013).

Educação do paciente e promoção do autogerenciamento é o nome do quinto domínio proposto por Burke *et al.* (2013), que enfatiza o uso de metodologias diversas durante o processo de educação em saúde como o teach-back, onde o profissional de saúde solicita que o paciente conte-lhe de volta as instruções repassadas, e fornecimento de materiais educativos, que devem ser alinhados com o letramento em saúde do paciente.

O sexto domínio é chamado de apoio social e comunitário, que prevê a mobilização de recursos externos, como serviços domiciliares, apoio de cuidadores informais, redes comunitárias e assistência social a fim de facilitar a transição do cuidado do paciente (Burke *et al.*, 2013).

A proposta de Burke *et al.* (2013) inclui o planejamento antecipado de cuidados, o sétimo domínio, que refere discussões sobre diretivas antecipadas, cuidados paliativos e definição de preferências do paciente quando aplicável. De forma transversal, o oitavo domínio, coordenação de cuidados entre os membros da equipe, garante a sincronia de ações entre todos os profissionais e serviços envolvidos (Burke *et al.*, 2013).

Os dois domínios finais concentram-se no período pós-alta: monitoramento e gerenciamento de sintomas, que permite detecção precoce de complicações, e o acompanhamento ambulatorial oportuno, preferencialmente com profissionais que

conheçam o histórico do paciente e em tempo adequado para mitigar riscos (Burke *et al.*, 2013).

A eficácia prática dos Domínios de Burke foi comprovada em um estudo posterior dos mesmos autores (Burke *et al.*, 2014), que analisou 66 pesquisas sobre intervenções de transição de cuidado. Os resultados demonstraram que, quanto mais domínios estavam presentes na intervenção, maior era a chance dela ser efetiva na redução de reinternações hospitalares (Burke *et al.*, 2014). Os autores identificaram que, a cada domínio adicionado, a chance da intervenção funcionar subia cerca de 50% (OR=1,5; IC 95%: 1,1–2,0) (Burke *et al.*, 2014).

Burke *et al.* (2014), também identificou que alguns domínios causam um impacto ainda mais substancial: quando a intervenção incluía monitoramento e manejo de sintomas após a alta, a chance de reduzir reinternações era mais de 8 vezes maior (OR=8,5); se incluísse apoio social e comunitário, o aumento era de cerca de 4 vezes (OR=4,0) (Burke *et al.*, 2014); e com educação para o autocuidado, a chance aproximada de uma melhora era de 3 vezes (OR=3,3) (Burke *et al.*, 2014). Os estudos reforçaram que os domínios não são elementos teóricos isolados, mas sim fatores concretos que impactam diretamente na efetividade das transições de cuidado quando aplicados (Burke *et al.*, 2014).

3.4 - Aplicação dos domínios de burke no contexto da enfermagem e dos sistemas de saúde

A operacionalização dos dez domínios de uma transição segura, conforme proposto por Burke *et al.* (2013), exige que os sistemas de saúde superem fragilidades estruturais, especialmente na comunicação entre os níveis de atenção e na gestão compartilhada das informações. Este cenário também se reproduz no contexto brasileiro, onde, segundo Lanzoni *et al.* (2023), a desarticulação entre os serviços, associada às dificuldades na comunicação dos fluxos e na regulação do cuidado, contribuem diretamente para a fragmentação da assistência e para a descontinuidade do cuidado, especialmente no período pós-alta hospitalar .

Evidências recentes apontam que a adoção de tecnologias digitais na transição de cuidado pode ser estratégica para qualificar processos como o monitoramento de sintomas, o suporte remoto e, sobretudo, o compartilhamento de informações clínicas entre serviços e profissionais, o que reduz os riscos de falhas na continuidade assistencial (Backman *et al.*, 2024). Ainda assim, tanto no cenário

brasileiro quanto internacional, os estudos seguem demonstrando que na ausência de processos estruturados, associados a falhas na comunicação e na coordenação dos serviços, as transições de cuidado permanecem como um ponto crítico de vulnerabilidade assistencial (Burke *et al.*, 2014; Lanzoni *et al.*, 2023; Backman *et al.*, 2024).

Diante disso, a articulação dos domínios propostos por Burke com as dimensões da continuidade do cuidado, paciente-provedor, comunicação e coordenação, apresentam-se como um referencial robusto para qualificar as transições entre hospital e domicílio, orientando práticas assistenciais, modelos organizacionais e inovações tecnológicas focadas na segurança do paciente e na integralidade do cuidado (Burke *et al.* 2013; Burke *et al.*, 2014; Lanzoni *et al.*, 2023; Backman *et al.*, 2024).

Ao assumir a função de coordenador do cuidado nas transições entre hospital e domicílio, o enfermeiro desenvolve ações diretamente relacionadas à continuidade do cuidado, como a identificação de pacientes que necessitam de acompanhamento pós-alta, o planejamento da alta e a articulação com os serviços da atenção primária (Aued *et al.*, 2019). Essa atuação é sustentada pela mobilização de competências que incluem comunicação efetiva, gestão da informação e articulação interprofissional, sendo considerada essencial para minimizar lacunas no cuidado, reduzir eventos adversos e qualificar os processos de transição (Costa *et al.*, 2019). No cenário atual, o uso de tecnologias digitais também se soma a essas estratégias, contribuindo para o monitoramento, a comunicação e o compartilhamento de informações, fortalecendo a segurança do paciente e a efetividade dos modelos de transição (Backman *et al.*, 2024; Lanzoni *et al.*, 2023).

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de pesquisa

As revisões de escopo, também chamadas de Scoping reviews, mapping reviews ou scoping studies são um tipo de revisão, que foi proposta originalmente por Arksey e O'Malley em um modelo para sua condução (Ehrich *et al.*, 2002; Anderson *et al.*, 2008; Arksey & O'Malley, 2005). O modelo foi posteriormente expandido e sua metodologia refinada com orientações desenvolvidas por um grupo de trabalho da Joanna Briggs Institute (JBI), que levou em conta a necessidade de uma síntese de conhecimento que fosse conduzida de forma rigorosa, transparente e confiável (Levac *et al.*, 2010; Peters *et al.*, 2015, 2017). O termo “scoping reviews” atualmente se refere a sínteses de conhecimento que devem ser conduzidas de forma sistemática (Tricco *et al.*, 2016).

Diferente de outros tipos de revisão que abordam perguntas mais precisas, as revisões de escopo podem ser usadas para mapeamento de conceitos-chave, esclarecer definições operacionais e fronteiras conceituais de um tema, embora a adesão de todas essas funções seja facultativa (Arksey & O'Malley, 2005). Além disso, são conhecidas por lidarem com fontes muitas vezes heterogêneas entre si (ou mesmo díspares) (Cordeiro, 2019).

O presente estudo trata-se de uma revisão de escopo (estudo de escopo ou scoping review), que visa aprofundar o conhecimento acerca dos modelos de transição do cuidado e das estratégias de coordenação das ações entre equipes hospitalares e domiciliares, tema não comumente aprofundado quando o assunto são estratégias de coordenação de equipes de saúde. Normalmente, as estratégias internas das equipes tanto hospitalares quanto domiciliares são o foco de tais estudos, não a interação e os protocolos entre elas.

4.2 Coleta de dados

Utilizou-se as diretrizes do *Joanna Briggs Institute* (JBI) (Aromataris, 2024), que o divide em nove etapas, sendo elas: 1) Identificação da pergunta de pesquisa; 2) Identificação de estudos relevantes; 3) Seleção dos estudos; 4) Mapeamento dos dados; 5) Agrupamento, síntese e apresentação dos resultados; 6) Consulta; 7) Análise das evidências; 8) Apresentação dos resultados; 9) Conclusões e implicações.

Segundo Aromataris *et al.* (2024), o JBI recomenda a utilização da estratégia População, Conceito e Contexto (PCC) para a obtenção de uma pergunta verdadeiramente efetiva no estudo. Foi levado em consideração, para o estudo os seguintes elementos:

População(P): Pessoas em transição entre atenção hospitalar e atenção domiciliar, que ainda necessitem de acompanhamento contínuo e profissionais de saúde envolvidos nas transições.

Conceito (C): Modelos de transição do cuidado e estratégias de coordenação.

Contexto (C): Âmbitos hospitalares e domiciliares.

Foi elaborada uma matriz de extração de dados contendo os seguintes campos: país, ano, tipo de estudo, características da população, palavras-chave, modelo de transição do cuidado descrito, estratégias de coordenação entre equipes e desfechos relatados. Essa matriz norteou todo o processo de extração e organização das informações dos estudos incluídos.

Para a análise dos dados, foram utilizadas medidas de estatística descritiva, como média, mediana e moda, quando aplicáveis, visando caracterizar os estudos incluídos quanto ao ano de publicação, país de origem, tipo de estudo, desfechos observados, domínios propostos por Burke *et al.* (2013) e estratégias de coordenação das ações entre equipes hospitalares e domiciliares.

4.3 Identificação de estudos relevantes

A identificação dos estudos foi realizada a partir de buscas nas bases de dados PubMed/MEDLINE, Embase, CINAHL, Scopus, Web of Science e LILACS e ocorreram no mês de julho de 2024.

As estratégias de busca foram construídas a partir da combinação de descritores controlados (MeSH e DeCS) e termos livres, abrangendo os principais conceitos relacionados à temática da revisão: transição do cuidado, alta hospitalar, continuidade do cuidado, coordenação de cuidados e serviços de atenção domiciliar. Para garantir maior sensibilidade e especificidade na busca, foram utilizados operadores booleanos (AND e OR), permitindo a intersecção e ampliação dos termos.

As estratégias foram adaptadas conforme a sintaxe e os recursos específicos de cada base de dados. A construção das estratégias de busca contou com o apoio técnico de uma bibliotecária vinculada à Universidade Federal de Santa Catarina

(UFSC), assegurando maior rigor na formulação dos termos e na adaptação às diferentes bases de dados. Os detalhes das expressões utilizadas em cada base encontram-se no Quadro 1, a seguir:

Quadro 1 - Estratégias de busca utilizadas nas bases de dados:

Base de dados	Estratégia de busca
PubMed/MEDLINE	("Home Nursing"[Mesh] OR "Home Nursing" OR "Home Care Services"[Mesh] OR "Home Care Service" OR "Domiciliary Care" OR "Home Care" OR "Home Health Care" OR "Home Health Nursing"[Mesh] OR "Home Health Nursing" OR "Home Care Services, Hospital-Based"[Mesh] OR "Home Care Agencies"[Mesh] OR "Home Care Agencies" OR "Home Health Agencies" OR "Home Health Agency" OR "Home Health Aides"[Mesh] OR "Home Health Aides" OR "Home Health Aide" OR "Homemaker-Home Health Aides" OR "Homemaker-Home Health Aide" OR "Homemaker Home Health Aides") AND ("Interprofessional Education"[Mesh] OR "Interprofessional Education" OR "Health Education"[Mesh] OR "Health Education" OR "Staff Development"[Mesh] OR "Staff Development" OR "Human Resources Development" OR "Employee Cross-Training") AND ("Hospital to Home Transition"[Mesh] OR "Hospital to Home Transition" OR "Hospital to Home" OR "Hospital to Homes" OR "Transitional Care"[Mesh] OR "Transitional Care" OR "Transitional Cares" OR "Transition Care" OR "Transition Cares" OR "Home Transition" OR "Home Transitions" OR "Continuity of Patient Care"[Mesh] OR "Continuity of Patient Care" OR "Patient Care Continuity" OR "Continuity of Care" OR "Care Continuity" OR "Continuum of Care" OR "Care Continuum")
Embase (Elsevier)	("Home Nursing" OR "Home Care Service" OR "Domiciliary Care" OR "Home Care" OR "Home Health Care" OR "Home Health Nursing" OR "Home Care Agencies" OR "Home Health Agencies" OR "Home Health Agency" OR "Home Health Aides" OR "Home Health Aide" OR "Homemaker-Home Health Aides" OR "Homemaker-Home Health Aide" OR "Homemaker Home Health Aides") AND ("Interprofessional Education" OR "Health Education" OR "Staff Development" OR "Human Resources Development" OR "Employee Cross-Training") AND ("Hospital to Home Transition" OR "Hospital to Home" OR "Hospital to Homes" OR "Transitional Care" OR "Transitional Cares" OR "Transition Care" OR "Transition Cares" OR "Home Transition" OR "Home Transitions" OR "Continuity of Patient Care" OR "Patient Care Continuity" OR "Continuity of Care"

	OR "Care Continuity" OR "Continuum of Care" OR "Care Continuum")
CINAHL (EBSCO)	("Home Nursing" OR "Home Care Service" OR "Domiciliary Care" OR "Home Care" OR "Home Health Care" OR "Home Health Nursing" OR "Home Care Agencies" OR "Home Health Agencies" OR "Home Health Agency" OR "Home Health Aides" OR "Home Health Aide" OR "Homemaker-Home Health Aides" OR "Homemaker-Home Health Aide" OR "Homemaker Home Health Aides") AND ("Interprofessional Education" OR "Health Education" OR "Staff Development" OR "Human Resources Development" OR "Employee Cross-Training") AND ("Hospital to Home Transition" OR "Hospital to Home" OR "Hospital to Homes" OR "Transitional Care" OR "Transitional Cares" OR "Transition Care" OR "Transition Cares" OR "Home Transition" OR "Home Transitions" OR "Continuity of Patient Care" OR "Patient Care Continuity" OR "Continuity of Care" OR "Care Continuity" OR "Continuum of Care" OR "Care Continuum")
Scopus	("Home Nursing" OR "Home Care Service" OR "Domiciliary Care" OR "Home Care" OR "Home Health Care" OR "Home Health Nursing" OR "Home Care Agencies" OR "Home Health Agencies" OR "Home Health Agency" OR "Home Health Aides" OR "Home Health Aide" OR "Homemaker-Home Health Aides" OR "Homemaker-Home Health Aide" OR "Homemaker Home Health Aides") AND ("Interprofessional Education" OR "Health Education" OR "Staff Development" OR "Human Resources Development" OR "Employee Cross-Training") AND ("Hospital to Home Transition" OR "Hospital to Home" OR "Hospital to Homes" OR "Transitional Care" OR "Transitional Cares" OR "Transition Care" OR "Transition Cares" OR "Home Transition" OR "Home Transitions" OR "Continuity of Patient Care" OR "Patient Care Continuity" OR "Continuity of Care" OR "Care Continuity" OR "Continuum of Care" OR "Care Continuum")
Web of Science	("Home Nursing" OR "Home Care Service" OR "Domiciliary Care" OR "Home Care" OR "Home Health Care" OR "Home Health Nursing" OR "Home Care Agencies" OR "Home Health Agencies" OR "Home Health Agency" OR "Home Health Aides" OR "Home Health Aide" OR "Homemaker-Home Health Aides" OR "Homemaker-Home Health Aide" OR "Homemaker Home Health Aides") AND ("Interprofessional Education" OR "Health Education" OR "Staff Development" OR "Human Resources Development" OR "Employee Cross-Training") AND ("Hospital to Home Transition" OR "Hospital to Home" OR "Hospital to Homes" OR "Transitional Care" OR "Transitional Cares" OR "Transition Care" OR "Transition Cares" OR "Home Transition" OR "Home Transitions" OR "Continuity of Patient Care" OR "Patient Care Continuity" OR "Continuity of Care" OR "Care Continuity" OR "Continuum of Care" OR "Care Continuum")

	Continuity" OR "Continuity of Care" OR "Care Continuity" OR "Continuum of Care" OR "Care Continuum")
LILACS	("Home Nursing" OR "Home Care Service" OR "Domiciliary Care" OR "Home Care" OR "Home Health Care" OR "Home Health Nursing" OR "Home Care Agencies" OR "Home Health Agencies" OR "Home Health Agency" OR "Home Health Aides" OR "Home Health Aide" OR "Homemaker-Home Health Aides" OR "Homemaker-Home Health Aide" OR "Homemaker Home Health Aides" OR "Assistência Domiciliar" OR "Serviços de Assistência Domiciliar" OR "Enfermagem Domiciliar" OR "Serviços Hospitalares de Assistência Domiciliar" OR "Agências de Assistência Domiciliar" OR "Visitadores Domiciliares" OR "Atención Domiciliaria de Salud" OR "Servicios de Atención de Salud a Domicilio" OR "Cuidados de Enfermería en el Hogar" OR "Servicios de Atención a Domicilio Provisto por Hospital" OR "Agencias de Atención a Domicilio" OR "Auxiliares de Salud a Domicilio") AND ("Interprofessional Education" OR "Health Education" OR "Staff Development" OR "Human Resources Development" OR "Employee Cross-Training" OR "Educação Interprofissional" OR "Desenvolvimento de Pessoal" OR "Capacitação de Recursos Humanos" OR "Centros de Capacitação e Desenvolvimento de Recursos Humanos" OR "Centros de Desenvolvimento de Recursos Humanos" OR "Centros Formadores de Recursos Humanos" OR "Desenvolvimento de Recursos Humanos" OR "Formação de Recursos Humanos" OR "Formação Profissional Polivalente" OR "Treinamento Cruzado de Funcionários" OR "Treinamento de Recursos Humanos" OR "Treinamento Multifuncional de Funcionários" OR "Treinamento Profissional Polivalente" OR "Educación Interprofesional" OR "Desarrollo de Personal") AND ("Hospital to Home Transition" OR "Hospital to Home" OR "Hospital to Homes" OR "Transitional Care" OR "Transitional Cares" OR "Transition Care" OR "Transition Cares" OR "Home Transition" OR "Home Transitions" OR "Continuity of Patient Care" OR "Patient Care Continuity" OR "Continuity of Care" OR "Care Continuity" OR "Continuum of Care" OR "Care Continuum" OR "Transição do Hospital para o Domicílio" OR "Transição do Hospital para Casa" OR "Cuidado Transicional" OR "Cuidado de Transição" OR "Cuidados de Transição" OR "Transição para Casa" OR "Tratamento Transicional" OR "Tratamento de Transição" OR "Continuidade da Assistência ao Paciente" OR "Acompanhamento dos Cuidados de Saúde" OR "Longitudinalidade" OR "Transición del Hospital al Hogar" OR "Cuidado de Transición" OR "Continuidad de la Atención al Paciente")

Fonte: Elaborado pelo autor (2024)

Todos os registros foram organizados no software Rayyan®, que possibilitou o gerenciamento dos dados, a remoção de duplicatas e a triagem cega e independente pelos revisores.

4.4 SELEÇÃO DE ESTUDOS

A seleção seguiu as recomendações do checklist PRISMA-ScR, estruturado em duas etapas principais: triagem dos títulos e resumos e leitura na íntegra dos textos potencialmente elegíveis. A triagem foi realizada de forma independente por dois revisores, e eventuais discordâncias foram solucionadas por um terceiro avaliador.

Os estudos selecionados foram analisados com base nos critérios estabelecidos pelo JBI. Os dados foram organizados em categorias temáticas, categorizados de acordo com os dez domínios propostos por Burke *et al.* (2013), que serviram como referencial para análise das estratégias de transição de cuidado e de coordenação entre equipes. Os dez domínios de Burke *et al.* estão demonstrados no quadro a seguir:

Quadro 2 – Apresentação dos Domínios de Burke *et al.* (2013)

Itens do domínios de Burke
1. Planejamento de alta
2. Comunicação das informações
3. Disponibilidade, pontualidade, clareza e organização das informações
4. Segurança da medicação
5. Educação em saúde promovendo autogerenciamento
6. Direcionamento a apoios sociais e comunitários
7. Planejamento avançado de cuidados
8. Coordenação de cuidados entre os membros da equipe
9. Monitoramento e manejo de sintomas após a alta
10. Acompanhamento ambulatorial

Fonte: Burke *et al.*

4.4 Aspectos éticos

Este estudo não envolveu a participação direta de seres humanos nem a coleta de dados sensíveis, tratando-se de uma revisão de escopo exclusivamente

baseada em literatura científica publicada. Por essa razão, está dispensado de apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa,

5 RESULTADOS

Conforme o exigido pela Normativa para elaboração de trabalho de conclusão de curso (TCC) do curso de enfermagem de Outubro de 2024, os resultados deste estudo foram elaborados em forma de um manuscrito.

5.1 Manuscrito:

Modelos de transição do cuidado e estratégias de coordenação entre equipes hospitalares e domiciliares: uma revisão de escopo

Objetivo: Mapear os modelos de transição do cuidado entre hospital e domicílio descritos na literatura científica e identificar as estratégias de coordenação entre equipes assistenciais, com base nos dez domínios propostos por Burke *et al.* (2013) para uma transição segura e eficaz. **Método:** Revisão de escopo realizada conforme as diretrizes metodológicas do Instituto Joanna Briggs (JBI). Foram incluídos estudos primários publicados entre 2013 e 2024, que abordaram intervenções voltadas à transição do cuidado do ambiente hospitalar para o domiciliar, bem como estratégias de articulação entre equipes hospitalares e da atenção primária. A busca foi conduzida em bases de dados internacionais, e os dados foram organizados em planilha estruturada e analisados de forma descritiva e categorial. **Resultados:** Foram incluídos 28 estudos, majoritariamente quantitativos e com delineamento de ensaio clínico randomizado. Observou-se uma distribuição equilibrada entre modelos pré-estabelecidos e novos. A maioria contemplou entre oito e nove domínios de Burke, sendo os mais frequentes: comunicação das informações, educação em saúde, coordenação entre profissionais e monitoramento pós-alta. Os menos presentes foram: apoio social e comunitário, planejamento avançado de cuidados e segurança da medicação. Entre as estratégias de coordenação destacaram-se reuniões presenciais, chamadas telefônicas e plano de alta compartilhado; videochamadas, e-mails, fax e aplicativos de mensagem foram pouco utilizados. TCM e CTI foram os modelos mais citados. **Conclusão:** Persistem lacunas na incorporação de dimensões como segurança medicamentosa e suporte social. A diversidade de estratégias e modelos reforça a complexidade do processo de transição do cuidado e a necessidade de abordagens integradas, centradas na pessoa.

Descritores: Transição de cuidado. Continuidade da assistência. Atenção domiciliar. Enfermagem. Revisão de escopo. APS. Redes de Atenção à Saúde.

Abstract

Objective: To map transitional care models between hospital and home described in the scientific literature and to identify coordination strategies among healthcare teams, based on the ten domains proposed by Burke *et al.* (2013) as a reference for safe and effective care transitions. **Method:** Scoping review conducted according to the Joanna Briggs Institute (JBI) methodological guidelines. Primary studies published between 2013 and 2024 were included, addressing interventions aimed at transitioning care from hospital to home and coordination strategies among hospital and primary care teams. The search was carried out in international databases, and data were organized in a structured spreadsheet and analyzed descriptively and categorically. **Results:** A total of 28 studies were included, mostly quantitative and with randomized controlled trial designs. An even distribution was observed between pre-established and newly proposed models. Most studies addressed eight or nine of Burke's domains, with the most frequent being: information communication, health education, care team coordination, and post-discharge monitoring. The least frequent were: social and community support, advance care planning, and medication safety. Among the coordination strategies, face-to-face meetings, phone calls, and shared discharge planning stood out; videoconferencing, emails, fax, and messaging apps were less commonly used. TCM and CTI were the most frequently cited models. **Conclusion:** Gaps remain regarding the inclusion of dimensions such as medication safety and social support. The diversity of strategies and models highlights the complexity of care transitions and the need for more integrated, person-centered approaches.

Descriptors: Transitional care. Continuity of patient care. Home care services. Nursing. Scoping review. Primary health care. Health care networks.

INTRODUÇÃO

As transições de cuidado compreendem os momentos em que pacientes migram entre distintos pontos da rede de atenção, como no retorno do hospital para o domicílio (World Health Organization, 2016). Esses períodos são reconhecidamente vulneráveis, pois a ausência de coordenação adequada pode comprometer a continuidade do tratamento, favorecer eventos adversos e elevar os índices de reinternações, além de gerar impactos financeiros indesejados aos sistemas de saúde (The Joint Commission International, 2012).

Desde o início dos anos 2000, alguns modelos estruturados voltados à transição de cuidados passaram a ser implementados internacionalmente,

destacando-se o Care Transitions Program (Coleman, 2006), que demonstrou reduzir readmissões e aprimorar a adesão ao tratamento no pós-alta. Contudo, a aplicação desses modelos requer integração entre diferentes níveis assistenciais, especialmente no que tange à comunicação intequipes e à definição clara de atribuições (Institute for Healthcare Improvement, 2013).

No Brasil, iniciativas institucionais e diretrizes governamentais vêm buscando fortalecer a articulação entre hospital e atenção básica. Elementos como o planejamento da alta, a educação em saúde, a reconciliação medicamentosa e o cuidado domiciliar são reconhecidos como fundamentais para garantir continuidade e segurança na transição de cuidados (Brasil, 2015; Brasil, 2021; Brasil, 2023). Alguns hospitais universitários vinculados à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), como os da Universidade Federal de Santa Catarina e Universidade Federal do Paraná, iniciaram protocolos internos de comunicação, como o SBAR, sinalizando uma tentativa inicial de sistematização do processo (EBSERH, 2024).

Apesar das iniciativas, a operacionalização das práticas de transição ainda enfrenta obstáculos (Ghenó, 2023). Profissionais relatam desafios como falhas na comunicação, sobrecarga de trabalho, e dificuldades socioeconômicas enfrentadas pelos pacientes e familiares, que comprometem a efetividade das estratégias propostas (Ghenó, 2023). Essa situação é agravada por lacunas de integração entre os níveis de atenção e pela ausência de fluxos formalizados que assegurem uma transição de cuidados eficaz (Hambleton, 2023). No contexto apresentado, destaca-se o modelo proposto por Burke *et al.* (2013), que define dez domínios fundamentais para uma transição de cuidado segura e efetiva. Esses domínios abrangem etapas como o planejamento da alta, a comunicação completa e organizada das informações, a segurança da medicação, a educação em saúde com foco no autogerenciamento, o apoio social, o planejamento antecipado de cuidados, a coordenação entre os membros da equipe, o monitoramento de sintomas após a alta e o acompanhamento ambulatorial oportuno (Burke *et al.*, 2013). A adoção desse conjunto estruturado de ações tem se mostrado eficaz na redução de reinternações e na qualificação dos desfechos assistenciais (Burke *et al.*, 2014).

Frente a esse cenário, considerou-se necessário examinar como os modelos de transição do cuidado têm sido operacionalizados na literatura e quais estratégias de articulação entre equipes hospitalares e domiciliares são empregadas. Com isso, o presente estudo propõe responder à seguinte questão: quais modelos de transição do cuidado entre hospital e domicílio têm sido descritos na literatura científica, e quais estratégias de coordenação entre equipes hospitalares e domiciliares são utilizadas?

MÉTODO

Trata-se de uma revisão de escopo, desenvolvida conforme as diretrizes metodológicas propostas pelo Instituto Joanna Briggs (JBI) para scoping reviews, com base no manual atualizado em 2024. A escolha é justificada pela natureza de exploração do estudo, que visa mapear conceitos e evidências na literatura mundial acerca dos modelos de transição do cuidado entre hospital e domicílio, bem como as estratégias de coordenação entre equipes de saúde durante esses processos.

Previamente estabelecido, o protocolo de revisão estabeleceu os objetivos, a pergunta de pesquisa, critérios de inclusão e exclusão dos estudos, as estratégias de busca, bem como o plano de extração e análise de dados. Formulou-se a pergunta de pesquisa com base no modelo PCC (População, Conceito, Contexto), recomendado pelo JBI: População: pacientes em transição do hospital para o domicílio; Conceito: modelos de transição de cuidado e estratégias de coordenação entre equipes; Contexto: ambiente hospitalar e domiciliar.

Foram incluídos estudos primários publicados entre janeiro de 2013 e março de 2024, disponíveis em texto completo, nos idiomas português, inglês ou espanhol. Os critérios de inclusão consideraram publicações que descrevessem intervenções aplicadas no momento da alta hospitalar ou no período de transição para o cuidado domiciliar, com detalhamento das estratégias utilizadas e/ou dos modelos adotados. Foram excluídos estudos duplicados, trabalhos de revisão, relatos de experiência sem descrição metodológica, e estudos cujo foco não envolvesse diretamente o processo de transição entre hospital e domicílio ou as estratégias de coordenação entre equipes de saúde.

A busca foi realizada em Julho de 2024, utilizando as bases de dados MEDLINE (via PubMed), Scopus, Embase, Web of Science, CINAHL e LILACS. A estratégia de busca combinou descritores controlados (DeCS/MeSH) e termos livres,

relacionados a “transitional care”, “hospital discharge”, “continuity of care”, “care coordination”, “home care services” e “healthcare transition models” e suas combinações com operadores booleanos, conforme quadro 3.

Quadro 3 - Estratégias de busca utilizadas nas bases de dados:

PubMed/MEDLINE
("Home Nursing"[Mesh] OR "Home Nursing" OR "Home Care Services"[Mesh] OR "Home Care Service" OR "Domiciliary Care" OR "Home Care" OR "Home Health Care" OR "Home Health Nursing"[Mesh] OR "Home Health Nursing" OR "Home Care Services, Hospital-Based"[Mesh] OR "Home Care Agencies"[Mesh] OR "Home Care Agencies" OR "Home Health Agencies" OR "Home Health Agency" OR "Home Health Aides"[Mesh] OR "Home Health Aides" OR "Home Health Aide" OR "Homemaker-Home Health Aides" OR "Homemaker-Home Health Aide" OR "Homemaker Home Health Aides") AND ("Interprofessional Education"[Mesh] OR "Interprofessional Education" OR "Health Education"[Mesh] OR "Health Education" OR "Staff Development"[Mesh] OR "Staff Development" OR "Human Resources Development" OR "Employee Cross-Training") AND ("Hospital to Home Transition"[Mesh] OR "Hospital to Home Transition" OR "Hospital to Home" OR "Hospital to Homes" OR "Transitional Care"[Mesh] OR "Transitional Care" OR "Transitional Cares" OR "Transition Care" OR "Transition Cares" OR "Home Transition" OR "Home Transitions" OR "Continuity of Patient Care"[Mesh] OR "Continuity of Patient Care" OR "Patient Care Continuity" OR "Continuity of Care" OR "Care Continuity" OR "Continuum of Care" OR "Care Continuum")
Embase (Elsevier)
("Home Nursing" OR "Home Care Service" OR "Domiciliary Care" OR "Home Care" OR "Home Health Care" OR "Home Health Nursing" OR "Home Care Agencies" OR "Home Health Agencies" OR "Home Health Agency" OR "Home Health Aides" OR "Home Health Aide" OR "Homemaker-Home Health Aides" OR "Homemaker-Home Health Aide" OR "Homemaker Home Health Aides") AND ("Interprofessional Education" OR "Health Education" OR "Staff Development" OR "Human Resources Development" OR "Employee Cross-Training") AND ("Hospital to Home Transition" OR "Hospital to Home" OR "Hospital to Homes" OR "Transitional Care" OR "Transitional Cares" OR "Transition Care" OR "Transition Cares" OR "Home Transition" OR "Home Transitions" OR "Continuity of Patient Care" OR "Patient Care Continuity" OR "Continuity of Care" OR "Care Continuity" OR "Continuum of Care" OR "Care Continuum")
CINAHL (EBSCO)
("Home Nursing" OR "Home Care Service" OR "Domiciliary Care" OR "Home Care" OR "Home Health Care" OR "Home Health Nursing" OR "Home Care Agencies" OR "Home Health Agencies" OR "Home Health Agency" OR "Home Health Aides" OR "Home Health Aide" OR "Homemaker-Home Health Aides" OR "Homemaker-Home Health Aide" OR

"Homemaker Home Health Aides") AND ("Interprofessional Education" OR "Health Education" OR "Staff Development" OR "Human Resources Development" OR "Employee Cross-Training") AND ("Hospital to Home Transition" OR "Hospital to Home" OR "Hospital to Homes" OR "Transitional Care" OR "Transitional Cares" OR "Transition Care" OR "Transition Cares" OR "Home Transition" OR "Home Transitions" OR "Continuity of Patient Care" OR "Patient Care Continuity" OR "Continuity of Care" OR "Care Continuity" OR "Continuum of Care" OR "Care Continuum")

Scopus

("Home Nursing" OR "Home Care Service" OR "Domiciliary Care" OR "Home Care" OR "Home Health Care" OR "Home Health Nursing" OR "Home Care Agencies" OR "Home Health Agencies" OR "Home Health Agency" OR "Home Health Aides" OR "Home Health Aide" OR "Homemaker-Home Health Aides" OR "Homemaker-Home Health Aide" OR "Homemaker Home Health Aides") AND ("Interprofessional Education" OR "Health Education" OR "Staff Development" OR "Human Resources Development" OR "Employee Cross-Training") AND ("Hospital to Home Transition" OR "Hospital to Home" OR "Hospital to Homes" OR "Transitional Care" OR "Transitional Cares" OR "Transition Care" OR "Transition Cares" OR "Home Transition" OR "Home Transitions" OR "Continuity of Patient Care" OR "Patient Care Continuity" OR "Continuity of Care" OR "Care Continuity" OR "Continuum of Care" OR "Care Continuum")

Web of Science

("Home Nursing" OR "Home Care Service" OR "Domiciliary Care" OR "Home Care" OR "Home Health Care" OR "Home Health Nursing" OR "Home Care Agencies" OR "Home Health Agencies" OR "Home Health Agency" OR "Home Health Aides" OR "Home Health Aide" OR "Homemaker-Home Health Aides" OR "Homemaker-Home Health Aide" OR "Homemaker Home Health Aides") AND ("Interprofessional Education" OR "Health Education" OR "Staff Development" OR "Human Resources Development" OR "Employee Cross-Training") AND ("Hospital to Home Transition" OR "Hospital to Home" OR "Hospital to Homes" OR "Transitional Care" OR "Transitional Cares" OR "Transition Care" OR "Transition Cares" OR "Home Transition" OR "Home Transitions" OR "Continuity of Patient Care" OR "Patient Care Continuity" OR "Continuity of Care" OR "Care Continuity" OR "Continuum of Care" OR "Care Continuum")

LILACS

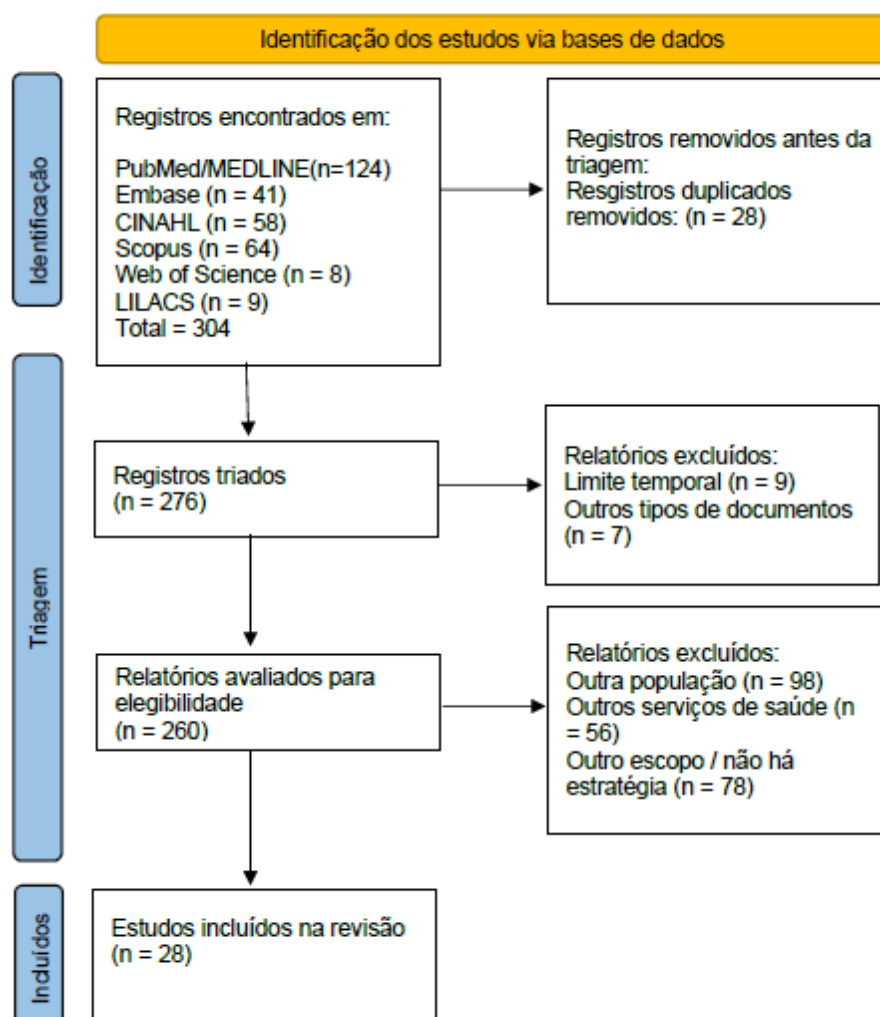
("Home Nursing" OR "Home Care Service" OR "Domiciliary Care" OR "Home Care" OR "Home Health Care" OR "Home Health Nursing" OR "Home Care Agencies" OR "Home Health Agencies" OR "Home Health Agency" OR "Home Health Aides" OR "Home Health Aide" OR "Homemaker-Home Health Aides" OR "Homemaker-Home Health Aide" OR "Homemaker Home Health Aides" OR "Assistência Domiciliar" OR "Serviços de Assistência Domiciliar" OR "Enfermagem Domiciliar" OR "Serviços Hospitalares de Assistência Domiciliar" OR "Agências de Assistência Domiciliar" OR "Visitadores Domiciliares" OR "Atención Domiciliaria de Salud" OR "Servicios de Atención de Salud a Domicilio" OR "Cuidados de Enfermería en el Hogar" OR "Servicios de Atención a Domicilio Provisto por Hospital" OR "Agencias de Atención a Domicilio" OR "Auxiliares de Salud a Domicilio") AND ("Interprofessional Education" OR "Health Education" OR "Staff Development" OR "Human Resources Development" OR "Employee Cross-Training" OR

"Educação Interprofissional" OR "Desenvolvimento de Pessoal" OR "Capacitação de Recursos Humanos" OR "Centros de Capacitação e Desenvolvimento de Recursos Humanos" OR "Centros de Desenvolvimento de Recursos Humanos" OR "Centros Formadores de Recursos Humanos" OR "Desenvolvimento de Recursos Humanos" OR "Formação de Recursos Humanos" OR "Formação Profissional Polivalente" OR "Treinamento Cruzado de Funcionários" OR "Treinamento de Recursos Humanos" OR "Treinamento Multifuncional de Funcionários" OR "Treinamento Profissional Polivalente" OR "Educación Interprofesional" OR "Desarrollo de Personal") AND ("Hospital to Home Transition" OR "Hospital to Home" OR "Hospital to Homes" OR "Transitional Care" OR "Transitional Cares" OR "Transition Care" OR "Transition Cares" OR "Home Transition" OR "Home Transitions" OR "Continuity of Patient Care" OR "Patient Care Continuity" OR "Continuity of Care" OR "Care Continuity" OR "Continuum of Care" OR "Care Continuum" OR "Transição do Hospital para o Domicílio" OR "Transição do Hospital para Casa" OR "Cuidado Transicional" OR "Cuidado de Transição" OR "Cuidados de Transição" OR "Transição para Casa" OR "Tratamento Transicional" OR "Tratamento de Transição" OR "Continuidade da Assistência ao Paciente" OR "Acompanhamento dos Cuidados de Saúde" OR "Longitudinalidade" OR "Transición del Hospital al Hogar" OR "Cuidado de Transición" OR "Continuidad de la Atención al Paciente")

Fonte: Elaborado pelo Autor (2025)

A identificação dos estudos e seleção da amostra foi conduzida pela estrutura proposta pelo PRISMA-ScR. Este estágio foi realizado por dois pesquisadores (pesquisador 1. e pesquisador 2), que procederam com a leitura do título e resumo de forma independente e posteriormente analisaram o artigo no formato completo. Um terceiro revisor (revisor 3) foi chamado para resolver os desacordos. Todas as referências foram importadas para o software Rayyan®, o qual foi utilizado para gerenciamento dos dados. O processo de seleção dos estudos está representado no diagrama PRISMA-ScR, apresentado na Figura 2.

Figura 2- Diagrama PRISMA-ScR



Fonte: Elaborado pelos autores (2024).

A extração dos dados foi feita com base em uma planilha estruturada do Microsoft Excel®, elaborada por dois pesquisadores (pesquisador 1. e pesquisador 2), e validada por uma pesquisadora (revisor). Os pesquisadores (pesquisador 1. e pesquisador 2) receberam treinamento para garantir padronização no processo de extração dos dados. Os dados foram coletados dos estudos selecionados considerando os seguintes campos: país, ano, tipo de estudo, características da população, palavras-chave, modelo de transição descrito, estratégias de coordenação entre equipes, desfechos relatados, e relação com os domínios de Burke *et al.* (2013).

Os domínios são: (1) planejamento de alta; (2) comunicação completa das informações; (3) disponibilidade, clareza, pontualidade e organização das

informações; (4) segurança da medicação; (5) educação em saúde com foco no autogerenciamento; (6) apoio social e comunitário; (7) planejamento antecipado de cuidados; (8) coordenação entre os membros da equipe; (9) monitoramento e gerenciamento de sintomas após a alta; e (10) acompanhamento ambulatorial oportuno (Burke *et al.*, 2013), como descritos no quadro 4.

Quadro 4 - Domínios de Burke *et al.*(2013)

Número do domínio	Domínio
1	Planejamento de alta
2	Comunicação completa das informações
3	Disponibilidade, clareza, pontualidade e organização das informações
4	Segurança da medicação
5	Educação em saúde com foco no autogerenciamento
6	Apoio social e comunitário
7	Planejamento antecipado de cuidados
8	Coordenação entre os membros da equipe
9	Monitoramento e gerenciamento de sintomas após a alta
10	Acompanhamento ambulatorial oportuno

Fonte: Adaptado de Burke *et. al* (2013)

Após a extração dos dados, realizou-se a análise de conteúdo, organizada em categorias temáticas correspondentes aos dez domínios definidos por Burke *et al.* (2013). Estes domínios foram utilizados como referência para estruturar a categorização dos dados extraídos, com o objetivo de responder à questão da revisão.

Ainda que a análise de conteúdo tenha possibilitado a organização sistemática dos achados, o processo foi marcado por dificuldades relacionadas à escassez de informações metodológicas nos próprios estudos incluídos. O detalhamento das estratégias de coordenação entre equipes foi limitado, e a vinculação a modelos teóricos não foi sempre explícita, o que exigiu interpretações

analíticas cautelosas por parte dos autores, representando uma limitação relevante e inerente às revisões de escopo com temas em consolidação.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 28 estudos. Predominaram pesquisas oriundas da China (7; 25%), Dinamarca (5; 17,85%) e Estados Unidos (5; 17,85%), bem como realizadas entre 2019 (5; 17,85%) e 2024 (5; 17,85%), representando pouco mais de um terço da amostra total final.

Destaca-se a predominância de estudos quantitativos (25; 89,25%), seguido de qualitativos (2; 7,14%) e somente um de método misto (3,5%). Entre eles, 21 (75%) foram classificados como ensaios clínicos randomizados, 6 (21%) como quase-experimentais, 1 (3,5%) como estudos qualitativos de estudo de caso, e 1 (3,5%) como estudo qualitativo descritivo.

5.1.1 Modelos de transição do cuidado

Dos 28 modelos de transição de cuidados analisados, 14 (50%) correspondiam a modelos previamente estabelecidos na literatura (E2, E4, E5, E8, E9, E10, E11, E13, E14, E15, E17, E18, E19, E28) e 14 (50%) eram modelos novos (E1, E3, E6, E7, E12, E16, E20, E21, E22, E23, E24, E25, E26, E27), conforme o quadro 05.

Quadro 5 - Apresentação dos estudos segundo nome, estratégias de coordenação de equipes adotadas e Domínios de Burke

Cód	Autor / Ano	Estratégias	Domínios de Burke
E1	Jones CD, Jones J, Bowles KH, Schroeder S, Masoudi FA, Coleman EA, <i>et al.</i>	1-Reuniões presenciais entre profissionais; 2-Plano de alta estruturado e compartilhado; 3-Designação de profissional de transição/referência; 4-Chamadas telefônicas;	1,2,3,5,6,7,8,9,10

E2	Sanclemente-Boli T, Ponce-Ruiz S, Álvarez-Lorenzo C, Zuriguel-Pérez E, Tapia-Melenchon R, Ramentol-Sintas M, <i>et al.</i>	1-Reuniões presenciais entre profissionais; 2-Plano de alta estruturado e compartilhado; 3-Checklist ou padronização de comunicação; 4-Sistema digital ou plataforma compartilhada; 5-Chamadas telefônicas;	1,2,3,5,7,8,9,10
E3	Holland R, Lenaghan E, Harvey I, Smith R, Shepstone L, Lipp A, <i>et al.</i>	1-Uso de relatórios impressos ou manuais	1,2,3,4,8,9,10
E4	Assander S, Bergström A, Eriksson C, Meijer S, Guidetti S.	1-Treinamento conjunto ou capacitação entre níveis	1,5,7,8
E5	Chow, S.K.Y., Wong, F.K.Y., Chan, T.M.F., Chung, L.Y.F., Chang, K.K.P., Lee, R.P.L.	1-Reuniões presenciais entre profissionais; 2-Plano de alta estruturado e compartilhado; 3-Uso de relatórios impressos ou manuais	1,2,3,5,6,8,9,10
E6	Aiwen Deng, Sidong Yang, Ribo Xiong	1-Reuniões presenciais entre profissionais; 2-Plano de alta estruturado e compartilhado; 3-Chamadas telefônicas; 4-Aplicativo de mensagens;	2,3,4,5,6,7,8,9,10
E7	Yuroong A, Asdornwised U, Pinyopasakul W, Wongkornrat W, Chansatitporn N. A	1-Reuniões presenciais entre profissionais; 2-Plano de alta estruturado e compartilhado; 3-Chamadas telefônicas;	1,2,3,5,7,8,9,10
E8	Zhao Y, Wong FKY	1-Plano de alta estruturado e compartilhado; 2-Treinamento conjunto ou capacitação entre níveis; 3-Uso de relatórios impressos ou manuais;	1,2,3,5,7,8,9,10

E9	Røssstad T, Salvesen Ø, Steinsbekk A, Grimsmo A, Sletvold O, Garåsen H.	1-Plano de alta estruturado e compartilhado; 2-Modelo de coordenação formal (CTI, TEP, PaTH etc.);	1,2,3,4,5,7,8,9,10
E10	Mallory <i>et al.</i>	1-Reuniões presenciais entre profissionais; 2-Checklist ou padronização de comunicação; 2-Sistema digital ou plataforma compartilhada;	1,2,3,5,8,9,10
E11	Maximos M, Dal Bello-Haas V, Tang A, Stratford P, Kalu M, Virag O, <i>et al.</i>	1-Reuniões presenciais entre profissionais; 2-Plano de alta estruturado e compartilhado; 3-Checklist ou padronização de comunicação; 4-Sistema digital ou plataforma compartilhada;	2,3,5,6,7,8
E12	Wang X, Wu XC.	1-Reuniões presenciais entre profissionais; 2-Checklist ou padronização de comunicação; 3-Sistema digital ou plataforma compartilhada; 4-Chamadas telefônicas;	1,2,3,4,5,7,8,9
E13	Kam Yuet Wong F, Wang SL, Ng SSM, Lee PH, Wong AKC, Li H, <i>et al.</i>	1-Chamadas telefônicas; 2-Uso de relatórios impressos ou manuais;	1,2,3,5,6,7,8,9,10
E14	Wong AKC, Wong FKY, Ngai JSC, Hung SYK, Li WC.	1-Designação de profissional de transição/referência; 2-Chamadas telefônicas;	1,2,3,5,6,7,8,9,10
E15	Chareh N, Rappl A, Rimmele M, Wingenfeld K, Freiberger E, Sieber CC, <i>et al.</i>	1-Reuniões presenciais entre profissionais; 2-Plano de alta estruturado e compartilhado; 3-Checklist ou padronização	1,2,3,5,7,8,9,10

		de comunicação; 4-Sistema digital ou plataforma compartilhada; 5-Chamadas telefônicas;	
E16	Beck AM, Kjær S, Hansen BS, Storm RL, Thal-Jantzen K, Bitz C.	1-Reuniões presenciais entre profissionais; 2-Chamadas telefônicas; 3-Uso de relatórios impressos ou manuais;	2,3,5,6,8,9,10
E17	Pedersen LH, Gregersen M, Barat I, Damsgaard EM.	1-Reuniões presenciais entre profissionais; 2-Chamadas telefônicas; 3-Uso de relatórios impressos ou manuais;	1,2,3,5,8,9,10
E18	Van Spall HGC, Lee SF, Xie F, Oz UE, Perez R, Mitoff PR, <i>et al.</i>	1-Reuniões presenciais entre profissionais; 2-Plano de alta estruturado e compartilhado; 3-Checklist ou padronização de comunicação; 3-Sistema digital ou plataforma compartilhada; 4-Comunicação via fax ou e-mail;	1,2,3,5,8,9,10
E19	Altfeld SJ, Shier GE, Rooney M, Johnson TJ, Golden RL, Karavolos K, <i>et al.</i>	1-Reuniões presenciais entre profissionais; 2-Treinamento conjunto ou capacitação entre níveis;	1,2,3,4,5,6,8,9,10
E20	Thygesen LC, Fokdal S, Gjørup T, Taylor RS, Zwisler A-D; on behalf of the Prevention of Early Readmission Research Group	1-Reuniões presenciais entre profissionais; 2-Checklist ou padronização de comunicação; 3-Sistema digital ou plataforma compartilhada; 4-Chamadas telefônicas; 5-Uso de relatórios impressos ou manuais;	1,2,3,5,6,8,9,10
E21	Daliri S, Hugtenburg JG, Ter Riet G, Van	1-Chamadas telefônicas; 2-Comunicação via fax ou e-mail;	1,2,3,4,5,8,9,10

	Den Bemt BJF, Buurman BM, Scholte Op Reimer WJM, <i>et al.</i>		
E22	Finlayson K, Chang AM, Courtney MD, Edwards HE, Parker AW, Hamilton K, <i>et al.</i>	1- Designação de profissional de transição/ referência	1,2,3,5,6,7,9,10
E23	Hansen TK, Pedersen LH, Shahla S, Damsgaard EM, Bruun JM, Gregersen M.	1-Plano de alta estruturado e compartilhado; 2-Checklist ou padronização de comunicação; 3-Sistema digital ou plataforma compartilhada	1,2,3,4,5,6,8,9,10
E24	Chow SKY, Wong FKY	1-Plano de alta estruturado e compartilhado;	1,2,5,8,9,10
E25	Liss DT, Ackermann RT, Cooper A, Finch EA, Hurt C, Lancki N, <i>et al.</i>	1-Reuniões presenciais entre profissionais	1,2,3,4,5,6,8,9,10
E26	Markle-Reid M, McAiney C, Fisher K, Ganann R, Gauthier AP, Heald-Taylor G, <i>et al.</i>	1-Modelo de coordenação formal (CTI, TEP, PaTH etc.); 2-Chamadas telefônicas; 3-Uso de relatórios impressos ou manuais	1,2,3,4,5,6,8,9,10
E27	Rasmussen LF, Barat I, Riis AH, Gregersen M, Grode L.	4-Chamadas telefônicas; Videochamadas;	1,2,3,4,5,6,8,9,10
E28	Güllü A, Tosun B.	1-Plano de alta estruturado e compartilhado; 2-Treinamento conjunto ou capacitação entre níveis;	1,2,3,5,8,9,10

Fonte:Elaborado pelo Autor (2025)

Os estudos de Naylor et. al. foram citados como a base teórica mais frequente na amostra selecionada (9; 32,15%), seguido dos estudos de Coleman *et al.* (5; 17,85%). Os demais estudos não citaram um modelo pré-estabelecido ou teoria de base (14; 50%).

Dentre os 28 estudos incluídos, 27 (96,4%) apresentaram a presença de profissionais da Enfermagem, sendo que 26 (92,8%) relataram intervenções realizadas diretamente por enfermeiros, e 1 (3,6%) por assistentes de enfermagem. Apenas um estudo (E3; 3,6%) não contou com profissionais de Enfermagem, tendo suas condutas conduzidas exclusivamente por farmacêuticos. Quanto à presença de outros profissionais nos modelos analisados, destacam-se os médicos em 16 estudos (57,1%), assistentes sociais em 9 (32,1%), fisioterapeutas em 7 (25%), terapeutas ocupacionais em 6 (21,4%), nutricionistas em 3 (10,7%), e gerentes de caso em 2 (7,1%), apesar de sua profissão exata não ter sido abordada nos estudos.

As palavras-chave mais recorrentes foram agrupadas por campos temáticos, para facilitar a mensuração. O termo “transição de cuidado”, considerando suas variações como “transitional care”, “transition of care”, “care transition” e “care transitions”, esteve presente em 9 estudos (30%). Em seguida, os termos relacionados à população idosa, como “older adults”, “elderly people”, “aged people”, “idosos” apareceram em 8 estudos (26,7%) e “Ensaio clínico randomizado” (6;21,4%) e “reabilitação” (5;17,85%).

Todos os artigos foram analisados, segundo os dez domínios propostos por Burke *et al.* (2013) como sendo essenciais para a transição de cuidado ideal. Após a análise, foi constatado que 19 dos estudos (67,65%) contemplaram entre 8 e 9 domínios, 8 (28,57%) abordaram entre 6 e 7 domínios, três (10,71%) contemplaram entre 4 e 5 domínios. Ressalta-se que nenhum estudo contemplou todos os dez domínios.

A fim de destacar boas práticas e modelos mais aderentes aos critérios de transição segura, o quadro a seguir apresenta os estudos que contemplaram entre 8 e 9 dos domínios de Burke *et al.* (2013), totalizando a maioria da amostra analisada.

Quadro 6 – Estudos com maior cobertura dos domínios propostos por Burke *et al.* (2013)

Código	Autor/Ano	Título do Estudo	Objetivo resumido	Nº de Domínios de Burke
E1	Jones CD <i>et al.</i> (2013)	Patient, Caregiver, and Clinician Perspectives on Expectations for Home Healthcare after Discharge: A Qualitative Case Study	Explorar as perspectivas de pacientes, cuidadores e clínicos sobre as expectativas relacionadas ao Home Healthcare (HHC) após a alta hospitalar.	9
E2	Sanclemente -Boli T <i>et al.</i> (2023)	Efectividad de una intervención educativa multidisciplinar en pacientes con fractura de fémur: estudio SWEET HOME	Avaliar a efetividade de uma intervenção educativa multidisciplinar em pacientes com fratura de fêmur.	8
E5	Chow SK <i>et al.</i> (2008)	Community nursing services for postdischarge chronically ill patients	Examinar os serviços de enfermagem comunitária para pacientes com doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas e outras condições médicas gerais durante a transição do hospital para casa.	8
E6	Aiwen Deng <i>et al.</i> (2021)	Effects of an integrated transitional care program for stroke survivors living in a rural community: a randomized controlled trial	Avaliar o efeito de um programa integrado de cuidados transitórios em resultados de saúde em sobreviventes de AVC	9
E7	Yuroong A <i>et al.</i> (2022)	The Effectiveness of the Transitional Care Program Among People Awaiting Coronary Artery Bypass Graft Surgery: A Randomized Control Trial	Examinar a eficácia do Programa de Cuidado Transicional (TCP) na ansiedade, depressão, autoeficácia cardíaca, número de hospitalizações e satisfação com o cuidado	8

			entre pessoas aguardando cirurgia de revascularização do miocárdio (CABG).	
E8	Zhao Y, Wong FKY (2020)	Effects of a postdischarge transitional care programme for patients with coronary heart disease in China: a randomised controlled trial	Avaliar a eficácia de um programa de cuidados transicionais pós-alta em pacientes com doença coronariana	8
E9	Røsstad T <i>et al.</i> (2017)	Generic care pathway for elderly patients in need of home care services after discharge from hospital: a cluster randomised controlled trial	Avaliar o efeito do caminho de cuidados (PaTH) em pacientes idosos que recebem cuidados domiciliares após alta hospitalar	9
E12	Wang X, Wu XC (2023)	Application of transitional care model in cancer pain management after discharge: a randomized controlled trial	Determinar os benefícios de aplicar um modelo de cuidado transicional na gestão da dor do câncer após alta hospitalar.	8
E13	Kam Yuet Wong F <i>et al.</i> (2021)	Effects of a transitional home-based care program for stroke survivors in Harbin, China: a randomized controlled trial	Avaliar os efeitos de um programa de cuidado domiciliar transicional para sobreviventes de AVC.	9
E14	Wong AKC <i>et al.</i> (2019)	Effectiveness of a health-social partnership program for discharged non-frail older adults: a pilot study	Avaliar a eficácia de um programa de parceria saúde-social para idosos não frágeis após a alta hospitalar.	9
E15	Chareh N <i>et al.</i> (2023)	Does a 12-Month Transitional Care Model Intervention by	Avaliar se a intervenção de um modelo de cuidados transitórios melhora o estado	8

		Geriatric-Experienced Care Professionals Improve Nutritional Status of Older Patients after Hospital Discharge? A Randomized Controlled Trial	nutricional de pacientes idosos após a alta hospitalar.	
E19	Altfeld SJ <i>et al.</i> (2013)	Effects of an Enhanced Discharge Planning Intervention for Hospitalized Older Adults: A Randomized Trial	Identificar as necessidades enfrentadas por pacientes idosos após a alta hospitalar e avaliar o impacto de uma intervenção de cuidados transitórios por telefone sobre estresse, utilização de serviços de saúde, readmissões e mortalidade.	9
E20	Thygesen LC <i>et al.</i> (2022)	Can municipality-based post-discharge follow-up visits including a general practitioner reduce early readmission among the fragile elderly (65+ years old)? A randomized controlled trial	Avaliar o impacto das visitas de acompanhamento pós-alta realizadas por um médico geral e uma enfermeira municipal na redução de readmissões precoces em idosos de alto risco.	8
E21	Daliri S <i>et al.</i> (2021)	The effect of a pharmacy-led transitional care program on medication-related problems post-discharge: A before—After prospective study	Investigar o efeito do programa de cuidado transicional liderado por farmácias na ocorrência de problemas relacionados a medicamentos (MRPs) quatro semanas após a alta	8
E22	Finlayson K <i>et al.</i> (2020)	Transitional care interventions reduce unplanned hospital readmissions in high-risk older adults	Avaliar a eficácia comparativa de intervenções de cuidado transicional na redução de readmissões hospitalares não planejadas e uso de serviços	8

			de saúde em adultos mais velhos de alto risco	
E23	Hansen TK <i>et al.</i> (2021)	Effects of a new early municipality-based versus a geriatric team-based transitional care intervention on readmission and mortality among frail older patients – a randomised controlled trial	Comparar os efeitos de uma intervenção de cuidado transicional baseada no município com uma intervenção de equipe geriátrica hospitalar em pacientes geriátricos frágeis após alta.	9
E25	Liss DT <i>et al.</i> (2014)	Effects of a Transitional Care Practice for a Vulnerable Population: a Pragmatic, Randomized Comparative Effectiveness Trial	Examinar os efeitos da prática de cuidados transicionais sobre a probabilidade de morte ou novas internações hospitalares dentro de 90 dias e avaliar os impactos em outros indicadores de saúde e relatórios dos pacientes	9
E26	Markle-Reid M <i>et al.</i> (2020)	Effectiveness of a nurse-led hospital-to-home transitional care intervention for older adults with multimorbidity and depressive symptoms: A pragmatic randomized controlled trial	Avaliar a efetividade de uma intervenção liderada por enfermeiros para a transição do hospital para casa em adultos mais velhos com multimorbidade e sintomas depressivos.	9
E27	Rasmussen LF <i>et al.</i> (2023)	Effects of a transitional care intervention on readmission among older medical inpatients: a quasi-experimental study	Avaliar o efeito de uma intervenção de cuidados transicionais entre pacientes médicos idosos internados.	9

Fonte: Elaborado pelo Autor (2025).

Analisando individualmente os 10 domínios propostos por Burke, entre os 28 estudos selecionados, observou-se que quatro domínios aparecem em todos

estudos sendo eles “comunicação das informações”, “educação em saúde e autogerenciamento”, “coordenação entre os membros da equipe” e “monitoramento pós-alta”. Em seguida, os domínios de “planejamento de alta” e “acompanhamento ambulatorial”, presentes em 27 deles (96%), seguidos por “Disponibilidade, pontualidade, clareza e organização das informações”, presentes em 26 estudos (92,85%). Os domínios menos frequentes registrados foram “apoios sociais e comunitários” e “planejamento avançado de cuidados”, ambos com 14 registros (50%), e “segurança da medicação”, presente em apenas dez dos estudos (35%).

Entre os estudos que não utilizaram modelos pré-estabelecidos ou teorias, observou-se maior frequência de cobertura dos domínios propostos por Burke *et al.* (2013). A maioria dos estudos que contemplaram entre 8 e 9 domínios (70%) pertence a esse grupo. Apenas um dos estudos que contemplaram de 4 a 5 domínios estavam entre eles. Em contrapartida, entre os estudos com modelos estruturados, oito (57,14%) abordaram de 8 e 09 domínios, cinco (35%) ficaram entre 6 e 7, e dois (14,28%) atingiram apenas de 4 a 5 domínios.

Dos 28 estudos incluídos, 23 (82,15%) relataram algum tipo de desfecho clínico considerado positivo pelos próprios autores. Os desfechos relatados pelos autores foram: melhora na participação no cuidado e autonomia (E1, E2, E4, E5, E7, E8, E11, E12, E15, E16, E21, E24, E25, E27); redução de reinternações hospitalares (E2, E6, E7, E13, E15, E17, E20, E22, E23, E24, E26, E27, E28); redução de óbitos (E2, E19); melhora na adesão ao regime medicamentoso (E3, E8, E12, E21, E25); aumento na satisfação com o sistema de saúde (E4, E6, E7, E8, E12, E14, E20); melhora na qualidade de vida (E1, E2, E4, E5, E6, E13, E16, E20, E22, E25, E28); melhora na coordenação interprofissional (E9, E12, E15, E19, E20, E21, E26); e redução de complicações clínicas (E18, E28). Em cinco estudos (E2;E4;E14;E17;E20), os autores não relataram impactos positivos importantes ou indicaram que não houve mudanças estatisticamente significativas nos desfechos clínicos avaliados. A distribuição completa dos desfechos observados está apresentada no Quadro 7.

Quadro 7: Desfechos apresentados, por estudo

Desfecho	Estudos
Melhora na participação no cuidado e	E1; E2; E4; E5; E7; E8; E11; E12; E15;

autonomia	E16; E21; E24; E25; E27
Redução de reinternações	E2; E6; E7; E13; E15; E17; E20; E22; E23; E24; E26; E27; E28
Redução de óbitos	E2; E19
Melhora na adesão ao regime medicamentoso	E3; E8; E12; E21; E25
Aumento na satisfação com o sistema de saúde	E4; E6; E7; E8; E12; E14; E20
Melhoria na qualidade de vida	E1; E2; E4; E5; E6; E13; E16; E20; E22; E25; E28
Melhoria na coordenação interprofissional	E9; E12; E15; E19; E20; E21; E26
Redução de complicações	E18; E28
Sem impactos significativos, segundo autores	E2;E4;E14;E17;E20

Fonte: Elaborado pelo autor (2025)

Dos cinco estudos cujos autores não relataram impactos clínicos positivos, observou-se diversidade quanto à cobertura dos domínios de Burke e ao tipo de modelo adotado. Três estudos (E2, E14 e E20) contemplaram entre 8 e 9 domínios; um estudo (E17) abordou 7 domínios, e um (E4) esteve na faixa de 4 a 5 domínios. Quatro utilizaram modelos pré-estabelecidos, enquanto apenas um (E20) não adotou um modelo formal.

Entre os estudos que relataram algum tipo de desfecho clínico positivo, a média de domínios contemplados foi de 7,75, com mediana de 8. Nos estudos em que esse tipo de impacto não foi descrito, a média foi de 7,33, também com mediana de 8.

Dos 23 estudos com desfecho clínico positivo relatado, os domínios mais frequentemente contemplados foram “comunicação das informações” que apareceu em todos os 23 estudos, enquanto “monitoramento e gerenciamento pós-alta”, “educação em saúde e autogerenciamento”, “clareza e organização das informações” e “coordenação entre os membros da equipe”, foram registrados em presentes em 22 estudos (95,65%). “Acompanhamento ambulatorial” apareceu em 21 estudos (91,30%), seguido de “Planejamento de alta” com 20 estudos (86,95%).

Os domínios menos frequentes nesse grupo foram “apoios sociais e comunitários” (12; 52,17%), “planejamento avançado de cuidados” (10; 43,47%) e “segurança da medicação”, presente em nove estudos (39,15%).

Entre os cinco estudos cujos autores não relataram desfechos clínicos positivos, os domínios mais frequentemente abordados foram “planejamento de alta”, “educação em saúde e autogerenciamento” e “coordenação entre os membros da equipe”, todos presentes nos cinco estudos (100%). Em seguida, aparecem “comunicação das informações”, “clareza e organização das informações”, “monitoramento e gerenciamento pós-alta” e “acompanhamento ambulatorial”, cada um identificado em quatro estudos (83,3%). Os domínios menos presentes nesse grupo foram “planejamento avançado de cuidados” (n=3; 50%), “apoios sociais e comunitários” (n=2; 33,3%) e “segurança da medicação”, presente em apenas um estudo (16,7%).

5.1.2 Estratégias de coordenação entre equipes

As estratégias de coordenação entre equipes hospitalares e domiciliares mais recorrentes foram as reuniões presenciais entre profissionais (E1, E2, E5, E6, E7, E10, E11, E12, E15, E16, E17, E18, E19, E20, E25; 50,00%), chamadas telefônicas (E1, E2, E6, E7, E12, E13, E14, E15, E16, E17, E20, E21, E26, E27; 50%) e plano de alta estruturado e compartilhado (E1, E2, E5, E6, E7, E8, E9, E11, E15, E18, E23, E24, E28; 46,43%). Também se destacaram o uso de checklists ou padronizações na comunicação (E2, E10, E11, E12, E15, E18, E20, E23; 28,57%) e relatórios impressos ou manuais (E3, E5, E8, E13, E16, E17, E20, E26; 28,57%). Em menor frequência, observaram-se ações como treinamento conjunto entre níveis (E4, E8, E19, E28; 14,29%), designação de profissional de transição/ referência (E1, E14, E22; 10,71%) comunicação por fax ou e-mail (E18, E21; 7,14%), videochamadas (E27; 3,14%) e aplicativos de mensagens (E6; 3,14%).

Algumas estratégias foram relatadas exclusivamente em estudos nos quais os autores mencionaram desfechos clínicos positivos. Isso inclui a implementação de modelos formais de coordenação interinstitucional (n=2), a comunicação por fax ou e-mail (n=2), o uso de videochamadas (n=1) e de aplicativos de mensagens (n=1). A estratégia de plano de alta estruturado e compartilhado apareceu em 13 estudos, sendo que 11 deles relataram desfechos clínicos positivos (84,62%).

Ao cruzar as estratégias de coordenação entre equipes com os grupos “modelos pré-estabelecidos” e “modelos não-estruturados” revelou diferenças entre os perfis de estratégias de coordenação entre equipes utilizadas. Estratégias como plano de alta estruturado e compartilhado (n=13) foram mais prevalentes entre os modelos estruturados (n=8; 61,5%), assim como o uso de checklists ou formulários padronizados (n=5; 62,5%) e de plataformas digitais compartilhadas (n=5; 62,5%). As reuniões presenciais entre profissionais estiveram presentes em ambos os grupos, com leve predominância entre os modelos pré-estabelecidos (n=8; 53,3%). Já as chamadas telefônicas (n=13) foram mais comuns entre os estudos com modelos não estruturados (n=8; 61,5%). Estratégias com menor frequência, como treinamento conjunto entre níveis (n=4), comunicação por fax ou e-mail (n=2), videochamadas (n=1) e aplicativos de mensagens (n=1), ocorreram exclusivamente entre os modelos não pré-estabelecidos.

Nos estudos em que os autores não relataram desfechos clínicos positivos, as estratégias mais frequentes foram chamadas telefônicas (80%) e reuniões presenciais (60%). Checklists, plataformas digitais e relatórios impressos apareceram com menor frequência (40% cada).

Entre os 28 estudos, a média de estratégias registrados foi de 2,61 por estudo. A moda observada foi de uma estratégia, registrada em 07 estudos, enquanto o número máximo foi de cinco estratégias, presentes nos estudos E2, E18 e E20. Entre os cinco estudos cujos autores não relataram desfechos clínicos positivos, a média de estratégias descritas foi de 3,2 por estudo.

Os três estudos qualitativos foram avaliados conforme os critérios metodológicos do JBI. Dois (66,7%) apresentaram congruência entre a perspectiva filosófica adotada e a metodologia declarada. Já os critérios de alinhamento entre metodologia, questão de pesquisa, métodos de coleta, análise e interpretação dos dados foram cumpridos por todos os estudos (100%). A posição teórica do pesquisador e sua influência sobre o estudo foram abordadas em dois deles (66,7%). Todos os estudos relataram adequadamente os relatos dos participantes, aspectos éticos e apresentaram conclusões compatíveis com os dados analisados.

Entre os 27 estudos quantitativos incluídos, observou-se alta adesão aos critérios fundamentais de qualidade. Todos descreveram com clareza os critérios de inclusão (100%) e utilizaram métodos estatísticos apropriados (100%). A confiabilidade dos instrumentos foi indicada em 26 estudos (96,3%), e a similaridade

dos grupos na linha de base em 25 (92,6%). A validade da alocação e o follow-up completo apareceram em 24 estudos (88,9%). Por outro lado, critérios como análise por intenção de tratar (n=11; 40,7%) e cegamento dos avaliadores (n=12; 44,4%) foram menos frequentes. Embora a base metodológica geral seja sólida, persistem fragilidades no controle de viés e na condução analítica em parte dos estudos.

DISCUSSÃO

A presente revisão de escopo teve como objetivo mapear os modelos de transição do cuidado utilizados entre hospital e domicílio, identificar as estratégias de coordenação entre equipes envolvidas e verificar a presença dos dez domínios considerados essenciais por Burke *et al.* (2013) para uma transição de cuidado ideal. A análise dos 28 estudos incluídos revelou uma predominância de delineamentos quantitativos (E2, E3, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E12, E13, E14, E15, E16, E17, E18, E19, E20, E21, E22, E23, E24, E25, E26, E27, E28; 89,29%), em especial ensaios clínicos randomizados (18 estudos, **E3, E5, E6, E7, E8, E9, E12, E13, E14, E15, E16, E18, E19, E20, E22, E24, E26, E28; 64,29%**). Em contrapartida, a reduzida presença de estudos qualitativos (E1, E11; 7,14%) ou de método misto (E4; 3,57%) aponta uma lacuna importante no entendimento de aspectos subjetivos da transição (percepções de pacientes, familiares ou de profissionais de saúde), que podem ser essenciais para uma compreensão completa das transições.

6.1 Análise dos modelos de transição

Segundo Cook *et al.* (2022), embora as primeiras versões dos modelos de transição tenham demonstrado reduções promissoras nas taxas de readmissões hospitalares e nos custos associados, estudos mais recentes apresentam resultados heterogêneos. Isso reforça a necessidade de considerar não apenas os desfechos quantitativos, mas também os contextos sociais e as perspectivas de pacientes e cuidadores. Além disso, os próprios autores apontam que ainda persistem dúvidas sobre quais modelos são mais adequados para cada tipo de população.

No que diz respeito aos modelos de transição utilizados, observou-se uma divisão equilibrada entre aqueles baseados em protocolos já estabelecidos como o Transitional Care Model (TCM) de Naylor e o Care Transitions Intervention (CTI) de Coleman (E2, E4, E5, E8, E9, E10, E11, E13, E14, E15, E17, E18, E19, E28; 50%),

e demais estudos desenvolvidos sem um modelo ou teoria de base(E1, E3, E6, E7, E12, E16, E20, E21, E22, E23, E24, E25, E26, E27; 50%) . Essa distribuição reforça tanto a influência de abordagens consolidadas na literatura quanto a necessidade de adaptações aos contextos locais e às realidades institucionais específicas. Esse achado dialoga com diretrizes do American College of Physicians (2023), que admite que as necessidades de cada paciente são únicas e portanto, os modelos de transição de cuidado adotados devem levar em consideração todas as individualidades. Um dado relevante foi que os estudos com modelos não estruturados apresentaram, em geral, uma maior cobertura dos domínios de Burke *et al.* (2013). Ainda que essa observação não permita concluir acerca da efetividade ou qualidade, ela pode indicar que esses modelos se beneficiaram de maior liberdade para incorporar diretrizes atuais ou integrar elementos que os pesquisadores julgaram relevantes para seu cenário.

O modelo desenvolvido por Burke *et al.* (2013) surgiu como uma proposta para estruturar e qualificar o processo de transição do cuidado, especialmente no deslocamento do paciente do hospital para o domicílio. O modelo foi elaborado a partir da análise crítica de falhas recorrentes nas transições e da identificação de práticas bem-sucedidas, organizando-se em dez domínios essenciais, considerados fundamentais para garantir segurança, continuidade e efetividade na assistência (Burke *et al.*, 2013).

Cada um dos domínios propostos por Burke *et al.* (2013), representa uma dimensão crítica do cuidado, abrangendo desde o planejamento antecipado da alta hospitalar, a comunicação efetiva das informações, a gestão segura da medicação, até aspectos como monitoramento pós-alta, educação para o autogerenciamento e coordenação entre os profissionais e os serviços envolvidos. O modelo enfatiza a necessidade de considerar elementos muitas vezes negligenciados, como o apoio social e comunitário e o planejamento antecipado de cuidados futuros, o que reforça que a transição bem-sucedida não se limita aos aspectos clínicos, mas também de uma abordagem integrada, centrada na pessoa e alinhada às suas necessidades no território (Burke *et al.*, 2013).

Quando aplicado, o modelo permite mapear lacunas, estruturar intervenções e avaliar a qualidade das transições, além de estar associado a aumentos significativos nas chances de melhores desfechos em intervenções e modelos voltados à transição do cuidado (Burke *et al.*, 2014)

A análise da presença dos dez domínios de Burke mostrou que, embora a maioria dos estudos abordasse entre 8 e 9 domínios (E2, E5, E6, E7, E8, E9, E12, E13, E14, E15, E19, E20, E21, E22, E23, E25, E26, E27; 64,29%) , nenhum contemplou todos.

Ao comparar a cobertura dos domínios de Burke *et al.* (2013) entre os grupos de modelos estruturados e não estruturados, observou-se uma diferença expressiva. Entre os modelos pré-estabelecidos, oito dos quatorze estudos (E2, E5, E8, E9, E13, E14, E15, E19) contemplaram 8 ou 9 domínios, totalizando 57,1% de aproveitamento. Já entre os modelos não estruturados, onze dos quatorze estudos (E1, E6, E7, E12, E20, E21, E22, E23, E25, E26, E27) atingiram essa mesma marca, o que equivale a 78,6% do grupo.

Essa diferença de 21,5 pontos percentuais, embora não permita conclusões sobre eficácia, sugere que os modelos desenvolvidos localmente podem ter favorecido uma integração mais ampla das dimensões críticas da transição do cuidado. A maior liberdade metodológica e a capacidade de adaptação aos contextos específicos de cada serviço podem ter contribuído para um alinhamento mais completo com os princípios propostos por Burke *et al.* (2013), especialmente no que diz respeito à continuidade assistencial, segurança e planejamento pós-alta.

Os domínios mais frequentemente registrados foram comunicação das informações, educação em saúde voltada ao autogerenciamento, coordenação entre membros da equipe e monitoramento pós-alta, que estavam presentes em mais de 90% dos estudos. Esse padrão sugere que a literatura tem priorizado componentes operacionais e educativos na transição do cuidado. Domínios como planejamento avançado de cuidados, apoio social e comunitário, e segurança da medicação apareceram em menos da metade da amostra, apesar de alertas da Organização Mundial da Saúde (2016) deixarem claro como a segurança da medicação é um ponto crítico na transição de cuidados, dada a taxa de discrepância medicamentosa durante a alta hospitalar que pode chegar a até 80%. Essa diferença de frequência pode apontar para uma menor integração entre o cuidado clínico e o suporte social, ou ainda para limitações nos sistemas de saúde quanto à continuidade em aspectos farmacológicos e de longo prazo.

A utilização de checklists padronizados durante a transição de cuidado é reconhecida na literatura como uma estratégia simples, custo-efetiva e capaz de fortalecer a qualidade e a segurança assistencial (Ghenot *et al.*, 2023). Trata-se de

uma ferramenta estruturada que reúne itens ou atividades críticas, cuja checagem assegura que as intervenções necessárias foram devidamente realizadas durante processos assistenciais complexos, como a alta hospitalar (Gheno *et al.*, 2023). Embora sejam de fácil aplicação e replicáveis em diferentes contextos, a análise desta revisão revelou uma subutilização dos checklists, identificados em menos de um terço dos estudos incluídos, nos estudos E2, E10, E11, E12, E15, E18, E20 e E23 (28,57%). Esse cenário sugere que, apesar do potencial da ferramenta em reduzir falhas de comunicação e apoiar a continuidade do cuidado, sua adoção sistemática pode ainda enfrentar barreiras operacionais, culturais e institucionais nos serviços de saúde (Gheno *et al.*, 2023).

6.2 Análise das estratégias de coordenação

Em relação às estratégias de coordenação entre equipes hospitalares e domiciliares, os estudos analisados descreveram uma variedade de ações, com destaque para reuniões presenciais, chamadas telefônicas e planos de alta compartilhados. Tais estratégias indicam uma tentativa de garantir comunicação mínima entre os níveis de atenção. No entanto, a frequência média de estratégias por estudo foi relativamente baixa, ficando abaixo de três por publicação, o que sugere que, mesmo quando há iniciativas para promover a continuidade do cuidado, elas ainda são pontuais ou restritas.

Evidências recentes reforçam que abordagens baseadas em contato telefônico estruturado, aplicativos de mensagens e reuniões periódicas com atores da comunidade contribuem diretamente para a sustentabilidade dos modelos de transição, aprimoram o engajamento dos pacientes e reduzem taxas de readmissão (Elsener *et al.*, 2023). Elsener *et al.* (2023) afirma que o contato, se realizado precocemente com os pacientes é um fator determinante para detectar precocemente barreiras, organizar demandas clínicas, sociais e de acesso, além de melhorar os indicadores de continuidade do cuidado. Elsener *et al.* (2023) destaca que as reuniões regulares com representantes da comunidade e dos serviços de atenção primária foram fundamentais para alinhar processos, monitorar indicadores e garantir a manutenção da qualidade assistencial.

A análise dos estudos revelou que a frequência média de estratégias de coordenação entre equipes hospitalares e domiciliares foi relativamente baixa, ficando abaixo de três por publicação. Estratégias como o uso de videochamadas,

comunicação por aplicativos de mensagens, fax ou e-mail apareceram predominantemente em estudos com modelos não pré-estabelecidos, o que pode indicar uma maior experimentação tecnológica nesses contextos, ainda que limitada em termos de abrangência. Esse movimento parece estar diretamente associado a demandas emergentes, como ocorreu durante a pandemia de COVID-19, quando as equipes de enfermagem precisaram se adaptar rapidamente às tecnologias de comunicação, muitas vezes sem preparo ou planejamento estruturado (Almomani *et al.*, 2022; M'Batna *et al.*, 2025). O estudo de Almomani *et al.* (2022) demonstra que o binômio necessidade–tecnologia foi determinante nesse processo, uma vez que, diante da ruptura dos fluxos presenciais e da sobrecarga dos sistemas de saúde, ferramentas como aplicativos de mensagens, plataformas de videochamada, redes sociais e sistemas digitais se tornaram essenciais tanto para o suporte clínico quanto para a comunicação interprofissional e o acesso a informações atualizadas.

Esse cenário também se reflete no contexto brasileiro, conforme evidenciado por M'batna *et al.* (2025), que destaca que, durante a pandemia de COVID-19, a enfermagem assumiu papel central no suporte aos pacientes e às famílias no processo de transição do cuidado, especialmente na orientação remota, na gestão da continuidade do cuidado e no uso de tecnologias como teleatendimento, plataformas digitais e acompanhamento pós-alta. Esse protagonismo emergencial não apenas garantiu a manutenção dos fluxos assistenciais em um momento crítico, como também expôs a necessidade de consolidar essas práticas na rotina dos serviços (M'Batna *et al.*, 2025). Nesse sentido, o Brasil já dispõe de ferramentas estruturantes, como a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), que viabiliza a interoperabilidade de sistemas, o acesso remoto aos prontuários eletrônicos e a integração de informações clínicas entre os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde, fortalecendo a continuidade do cuidado de forma longitudinal, digital e intersetorial (Brasil, 2020).

Além das estratégias convencionais, observou-se que práticas como o uso de modelos formais de pactuação entre instituições e, especialmente, de plataformas digitais interoperáveis apareceram exclusivamente em estudos que relataram desfechos clínicos positivos. Tal achado reforça que, embora ainda pouco disseminadas, essas estratégias representam caminhos críticos para qualificar a transição do cuidado, sobretudo no que tange à integração entre diferentes níveis

assistenciais e à redução das disrupções informacionais que comprometem a continuidade da atenção (Backman *et al.*, 2024).

Backman *et al.* (2024) corroboram essa percepção ao demonstrar que intervenções ancoradas em plataformas digitais interoperáveis, prontuários eletrônicos compartilhados e sistemas de suporte remoto estão associadas à melhora significativa na coordenação do cuidado, na segurança do paciente e na redução de eventos adversos no período pós-alta. Os autores também destacam que a fragmentação dos registros clínicos, a ausência de interoperabilidade e a deficiência na integração entre instituições ainda figuram como barreiras críticas para a efetividade dos modelos de transição, tanto em países de alta renda quanto em sistemas com estruturas em consolidação (Backman *et al.*, 2024).

Esse cenário dialoga diretamente com o contexto brasileiro, onde, apesar dos avanços, ainda persistem desafios relacionados à integração plena entre os sistemas de informação das diferentes esferas da Rede de Atenção à Saúde (Brasil, 2020b). O país possui uma realidade marcada por mais de 2.000 tipos de sistemas distintos em operação e mais de 200 sistemas nacionais sem interoperabilidade plena, o que limita de forma significativa o compartilhamento de dados clínicos e a continuidade do cuidado entre os níveis de atenção (Brasil, 2020a).

O próprio documento Saúde Digital para o Brasil 2020–2028 reconhece que, embora a transformação digital represente uma grande oportunidade para o SUS, ainda há necessidade de avanços robustos em padronização técnica, capacitação dos profissionais de saúde e governança interinstitucional, considerados pilares para garantir uma integração assistencial efetiva e sustentável (Brasil, 2020b).

Apesar desses desafios, o Brasil já conta com uma ferramenta estruturante — a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) —, que viabiliza a interoperabilidade dos sistemas, o acesso remoto aos prontuários eletrônicos e o compartilhamento seguro de informações clínicas entre os diferentes pontos da rede, fortalecendo a continuidade do cuidado de forma longitudinal, digital e intersetorial (Brasil, 2020a; Brasil, 2020b).

A análise geográfica dos estudos mostrou uma diversidade de países envolvidos, com destaque para China, Dinamarca e Estados Unidos. Em parte significativa dos estudos, os autores relataram desfechos clínicos positivos associados às intervenções analisadas, como redução de internações ou complicações. Tornou-se impossível estabelecer relação entre origem geográfica e

resultados relatados, em parte por que os finais podem variar de acordo com subgrupos ou contextos operacionais, como afirma Bailey *et al.* (2019), embora a concentração de determinadas estratégias ou modelos em países específicos possa indicar influências culturais, políticas ou estruturais que merecem investigação em trabalhos futuros.

Os achados desta revisão indicam que, apesar do crescente interesse pelo tema da transição do cuidado, ainda existe grande heterogeneidade entre os modelos utilizados, as estratégias adotadas e os domínios contemplados. A ausência recorrente de alguns componentes considerados essenciais por Burke *et al.* (2013) — especialmente aqueles relacionados à segurança medicamentosa e ao suporte social e comunitário — aponta para lacunas relevantes na literatura e nas práticas assistenciais. Esses vazios podem comprometer a integralidade do cuidado e devem ser considerados na construção de futuros modelos, bem como no desenvolvimento de políticas públicas voltadas à continuidade da atenção após a alta hospitalar.

A análise metodológica realizada com base nos critérios do JBI permitiu observar a consistência e as limitações dos estudos incluídos, respeitando o escopo descritivo desta revisão. A aplicação sistemática dos critérios de qualidade fornece subsídios relevantes para refletir sobre a robustez das evidências.

Esta revisão apresentou algumas limitações. Primeiramente, embora tenha havido uma análise crítica da qualidade metodológica durante o processo de seleção, a avaliação não foi utilizada como critério formal de inclusão, o que pode gerar margens residuais de variação na robustez dos estudos avaliados. Observou-se uma significativa heterogeneidade entre os estudos incluídos, tanto em termos de desenho metodológico quanto de população, estratégias utilizadas, estrutura dos modelos, indicadores de desfecho e contexto institucional. Essa diversidade, embora enriqueça o panorama mapeado, dificulta comparações diretas e limita a possibilidade de generalizações ou inferências conclusivas sobre efetividade. Soma-se a isso o fato de que muitos estudos apresentaram lacunas na descrição de palavras-chave, métodos utilizados, estratégias utilizadas entre as equipes de saúde e utilizaram terminologias variadas para os conceitos de transição e coordenação do cuidado, o que pode ter impactado a abrangência da busca e a exaustividade da amostra final, podendo ter criado um viés por omissão, apesar dos esforços para que não o fosse feito. Os resultados apontaram para um campo em

desenvolvimento, no qual coexistem modelos consolidados e experimentações locais e independentes, refletindo a complexidade da transição do cuidado. A heterogeneidade observada não deve ser encarada apenas como uma limitação metodológica, mas como um sinal das múltiplas realidades assistenciais que permeiam esse processo em diferentes contextos socioculturais e econômicos. Essa diversidade, embora desafie a padronização das práticas, pode também representar uma oportunidade para a construção de modelos mais responsivos, flexíveis e centrados nas necessidades dos usuários.

Dessa forma, a pesquisa contribui ao evidenciar padrões, lacunas e possibilidades dentro do atual panorama da transição do cuidado, evidenciando tanto o aprimoramento das práticas clínicas quanto o desenvolvimento de políticas públicas. A incorporação dos dez domínios de Burke *et al.* (2013) deve ser entendida como um norte teórico em uma área que ainda carece de operacionalização efetiva e ampla. Investimentos em abordagens integradas, com atenção especial à segurança medicamentosa e ao suporte social, parecem fundamentais para avançar na construção de uma transição de cuidado que seja, de fato, segura, eficiente e centrada na pessoa.

Conclusão

Esta revisão de escopo evidenciou a heterogeneidade dos modelos de transição do cuidado entre hospital e domicílio, bem como das estratégias de coordenação entre equipes hospitalares e domiciliares, à luz dos dez domínios propostos por Burke *et al.* (2013). Os estudos analisados contemplaram, em sua maioria, entre 8 e 9 dos domínios, com destaque para comunicação das informações, educação em saúde, coordenação entre os membros da equipe e monitoramento pós-alta. Por outro lado, segurança da medicação, apoio social e planejamento avançado de cuidados foram menos frequentemente abordados, evidenciando lacunas importantes na operacionalização das transições. As estratégias de coordenação mais frequentes foram reuniões presenciais, chamadas telefônicas e planos de alta compartilhados.

Observou-se a presença recorrente do enfermeiro na organização da alta, na educação para o autogerenciamento e no seguimento pós-alta, indicando sua posição estratégica na garantia da continuidade e da integralidade do cuidado. Esse protagonismo técnico e relacional da Enfermagem se alinha à proposta de coordenação entre níveis de atenção e deve ser valorizado na formulação de políticas e práticas de cuidado transicional.

Os achados reforçam que, apesar do avanço na produção científica sobre o tema, ainda existem desafios significativos para garantir a continuidade do cuidado. A diversidade de modelos e estratégias sugere que intervenções bem-sucedidas devem ser sensíveis aos contextos locais e integradas às necessidades dos usuários. Investir na integração entre os níveis assistenciais, no fortalecimento das redes de atenção e em estratégias de comunicação qualificadas mostra-se essencial para a consolidação de transições de cuidado seguras, contínuas e resolutivas, com claro destaque para a atuação da Enfermagem como elo estruturante desse processo.

REFERÊNCIAS

ALMOMANI, M. H.; KHATER, W. A.; AKHU-ZAHEYA, L. M.; ALLOUBANI, A.; ALASHRAN S. A.; AZAB, M.; AL-MALKAWI, A. K. **Nurses' experiences of caring for patients with COVID-19: a qualitative study.** SAGE Open, [S.I.], v. 12, n. 4, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1177/21582440221144982>. Disponível em: [https://journal s.sage pub.com/d oi/10. 1177/21 582440221144982](https://journals.sage pub.com/d oi/10. 1177/21 582440221144982). Acesso em: 17 jun. 2025.

AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS. **Beyond the discharge: principles of effective care transitions between settings.** Philadelphia: American College of Physicians, 2023. Position paper. Disponível em: <https://www.acponline.org/advocacy/where-we-stand/policy/beyond-the-discharge-principles-of-effective-care-transitions-between-settings>. Acesso em: 12 jun. 2025.

BACKMAN, C.; PAPP, R.; KOLLE, A. T.; PAPP, S.; VISITINI, S.; MELLO, A. L. S. F.; LANZONI, G. M. M.; HARLEY, A. **Platform-based patient-clinician digital health interventions for care transitions: a scoping review.** JMIR Human Factors, v. 10, e50610, 2023 . DOI: <https://doi.org/10.2196/55753>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39753212/>. Acesso em: 17 jun. 2025.

BAILEY, J. E.; SURBHI, S.; WAN, J. Y.; MUNSHI, K. D.; WATERS, T. M.; BINKLEY, B. L.; UGWUEKE, M. O.; GRAETZ, I. **SafeMed: a model transitional care program to reduce hospital readmission risk.** Journal of General Internal Medicine, [S.I.], v. 34, n. 7, p. 1259–1264, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11606-019-05082-8> Disponível em: Acesso em: 12 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva do Departamento de Informática do SUS. **Manual de integração da Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS).** Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://datasus.saude.gov.br/wp-content/uploads/2020/04/SOA-RNDS_ManualIntegracaoBarramento_vSite.pdf. Acesso em: 17 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Informação e Saúde Digital. **Plano de Ação: Saúde Digital para o Brasil 2020–2028.** Brasília: Ministério da Saúde, 2020b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br>. Acesso em: 17 jun. 2025.

BURKE, R. E.; KRIPALANI, S.; VASILEVSKIS, E. E.; SCHNIPPER, J. L. **Moving beyond readmission penalties**: creating an ideal process to improve transitional care. *Journal of Hospital Medicine*, [S.l.], v. 8, n. 2, p. 102–109, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1002/jhm.1990>. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3650641/>. Acesso em: 17 jun. 2025.

BURKE, R. E.; GUO, R.; PROCHAZKA, A. V.; MISKY, G. J. **Effect of a care transition intervention on the rate of hospital readmissions**: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Services Research*, [S.l.], v. 14, p. 423, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-423>. Disponível em: <https://bmchealthservices.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-14-423>. Acesso em: 17 jun. 2025.

COLEMAN, E. A.; PARRY, C. P.; CHALMERS, S.; MIN, S. **The Care Transitions Intervention**: results of a randomized controlled trial. *Archives of Internal Medicine*, [S.l.], v. 166, n. 17, p. 1822–1828, 2006. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/410933>. Acesso em: 12 maio 2025.

COOK, Nicole L.; CLAUSER, S. B.; SHIFFRIN, A.; PARRY, C. **Reconceptualizing care transitions research from the patient perspective**. *Medical Care*, [S.l.], v. 59, supl. 4, p. S398–S400, 1 ago. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000001594>. PMID: 34228022. PMCID: PMC8263134.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). **Hospitais Ebserh aplicam ferramentas para transição segura do cuidado**. Brasília, DF, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/comunicacao/noticias/hospitais-ebserh-aplicam-ferramentas-para-transicao-segura-do-cuidado>. Acesso em: 12 jun. 2025.

GHENO, J.; LOMBARDINI, A. 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. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/1611>. Acesso em: 13 maio 2025.

GHENO, J.; LOMBARDINI, A. A.; ARAÚJO, K. C.; WEIS, A. H. **Hospital discharge of adults and older adults: checklist elaboration and validity.** Acta Paulista de Enfermagem, [S.l.], v. 37, eAPE02291, 2024. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2024AO0022911>. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/375149454_Hospital_discharge_of_adults_and_older_adults_checklist_elaboration_and_validity. Acesso em: 17 jun. 2025.

GHENO, J.; WEIS, A. H. **Care transition in hospital discharge for adult patients: integrative literature review.** Texto & Contexto – Enfermagem, [S.l.], v. 30, p. e20210030, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/texto/a/dv94cDSg3T9BFMBfTBf4Tpj/?lang=en>. Acesso em: 12 maio 2025.

HIRSCHMAN, K. B.; SHAID, E.; MCCAULEY, L.; PAULY, M. V.; NAYLOR, M. D. **Continuity of care: the transitional care model.** OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing, [S.l.], v. 20, n. 3, 2015. DOI: 10.3912/OJIN.Vol20No03Man01 Disponível em: <https://ojin.nursingworld.org/table-of-contents/volume-20-2015/number-3-september-2015/continuity-of-care-transitional-care-model/>. Acesso em: 29 jun. 2025.

(IHI), Institute For Healthcare Improvement. **How-to Guide: Improving Transitions from the Hospital to Community Settings to Reduce Avoidable Rehospitalizations.** 2013. Disponível em: <https://hcupupdate.wordpress.com/wp-content/uploads/2016/03/2013-02-hot-topics-in-health-care-2-transitions-of-care.pdf>. Acesso em: 08 maio 2025.

M'BATNA, A. J.; CECHINEL-PEITER, C.; COSTA, M. F. B. N. A.; CUNHA, C. L. F.; DEBÉTIO, J. O.; LEMOS, M.; LANZONI, G. M. M.; SANTOS, J. L. G. **Continuity of care: actions carried out in Brazilian university hospitals.** Acta Paul Enferm, v. 38, eAPE0003391, Jan. 2025. DOI: 10.37689/acta-ape/2025AO0003391i. Disponível em: <https://acta-ape.org/wp-content/plugins/xml-to-html/include/lens/index.php?xml=1982-0194-ape-38-eAPE0003391.xml&lang=en>. Acesso em: 12 Jun. 2025.

PEDROSA, Ana Rita Cardoso; FERREIRA, Óscar Ramos; BAIXINHO, Cristina Rosa Soares Lavareda. **Cuidado transicional de reabilitação e continuidade da**

assistência ao paciente como prática avançada de enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, DF, v. 75, n. 5, p. e20210399, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0399>. Acesso em: 29 jun. 2025.

SAKASHITA, C.; ENDO, E. ; OTA, E. ; OKU, H. **Effectiveness of nurse-led transitional care interventions for adult patients discharged from acute care hospitals:** a systematic review and meta-analysis. BMC Nursing, [S.l.], v. 24, n. 1, p. 379, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03040-w>. Acesso em: 29 jun. 2025.

THE JOINT COMISSION INTERNATIONAL (JCI). **Hot Topics in Health Care:** Transitions of Care. 2012. Disponível em: https://www.jointcommission.org/assets/1/6/Hot_Topics_Transitions_of_Care.pdf. Acesso em: 08 maio 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Transitions of care: technical series on safer primary care.** Geneva: World Health Organization, 2016. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511599>. Acesso em: 12 jun. 2025.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A transição do cuidado vem se consolidando como um tema prioritário na agenda em saúde, especialmente diante do envelhecimento populacional e do aumento da prevalência de condições crônicas, ao contrário do perfil epidemiológico dos últimos séculos. Esse processo compreende o deslocamento do paciente de um ambiente de cuidado para outro e é reconhecido como uma fase crítica, que tem associação à riscos de descontinuidade, falhas de comunicação e eventos adversos evitáveis. A relevância crescente é relacionada ao desafio dos sistemas de saúde para garantir uma assistência contínua, segura e centrada no paciente, o que minimiza rehospitalizações, complicações no pós-alta e posteriores sobrecargas dos serviços. Por conta disso, modelos, protocolos e estratégias voltadas à qualificação da transição do cuidado têm ganhado espaço na prática clínica e na produção científica.

A presente revisão de escopo evidenciou uma multiplicidade de modelos e de estratégias voltados à transição do cuidado, predominantemente para populações idosas e com foco na redução de internações evitáveis. Observou-se tanto a utilização de modelos consolidados na literatura, como os propostos por Naylor e Coleman, quanto a formulação de modelos próprios, adaptados às especificidades do contexto do serviço estudado.

Destacaram-se o uso de estratégias baseadas em reuniões presenciais, chamadas telefônicas e planos de alta estruturados, enquanto o uso de Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) ainda ocorrem de forma tímida, porém com associação exclusiva à experimentações bem-sucedidas para coordenação das equipes de saúde envolvidas na transição.

Os diversos modelos e estratégias mapeados sugerem que não há uma “fórmula para o sucesso” para assegurar transições de cuidado seguras e efetivas. Embora haja consenso na literatura sobre a importância da comunicação eficaz e da continuidade do cuidado, persistem lacunas significativas na operacionalização dessas práticas, especialmente no que se refere à integração entre serviços hospitalares e domiciliares. As TICs, embora promissoras, ainda são subutilizadas e sua adoção parece mais relacionada à contextos específicos ou a iniciativas pontuais do que a políticas institucionalizadas de coordenação de transição de cuidados. O cenário mapeado revelou que, além da escolha do modelo, investir na

qualificação dos processos, na capacitação das equipes e na construção de fluxos de comunicação que sejam alinhados às necessidades do paciente são indispensáveis quando se pensa em uma intervenção em modelos de transição de cuidado.

Nesse cenário, destaca-se também o papel central da enfermagem no desenvolvimento, condução e operacionalização dos modelos de transição do cuidado. A literatura reforça que os enfermeiros assumem protagonismo tanto na coordenação dos fluxos assistenciais quanto na educação do paciente e na articulação entre os diferentes níveis de atenção. O papel da enfermagem mostra-se indispensável para a construção de planos de alta seguros, para o acompanhamento pós-alta, o monitoramento de sinais de alerta e a integração das informações clínicas, tornando o enfermeiro um profissional estratégico na mediação entre hospital, atenção primária e rede de apoio no território.

Torna-se evidente a necessidade de avançar na produção de evidências que explorem não apenas a descrição dos modelos e estratégias de transição, mas também nas suas efetividades, sustentabilidades e aplicabilidade em diferentes contextos. Investigações futuras devem priorizar não somente análises que considerem variáveis como custo-efetividade, redução de efeitos adversos e aumento de qualidade de vida do paciente.

Além disso, é crucial que sistemas de saúde, em especial países com estruturas de atenção primárias robustas, como é o caso do Brasil, desenvolvam e testem modelos de transição do cuidado adaptados às realidades locais que dialoguem com as especificidades de cada território, valorizem a integração intersetorial e o fortalecimento das redes de atenção e suas comunicações com o paciente que volta para casa. Diante disso, fortalecer as práticas de coordenação entre atenção hospitalar e domiciliar, integrando tecnologias da informação, monitoramento contínuo e gestão compartilhada do cuidado, representa não apenas um caminho possível, mas uma diretriz necessária para garantir a segurança, a continuidade e a integralidade da assistência na alta hospitalar.

REFERÊNCIAS

ANDERSON, S.; ALLEN, P.; PECKHAM, S.; GOODWIN, N. **Asking the right questions: scoping studies in the commissioning of research on the organisation and delivery of health services**. Health Research Policy and Systems, v. 6, n. 7, 2008. Disponível em: <https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4505-6-7>.

Acesso em: 28 jun. 2025.

ARKSEY, H.; O'MALLEY, L. **Scoping studies: towards a methodological framework**. International Journal of Social Research Methodology, v. 8, n. 1, p. 19–32, 2005. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/1364557032000119616>. Acesso em: 28 jun. 2025.

AROMATARIS, E.; LOCKWOOD, C.; PORRITT, K.; PILLA, B.; JORDAN, Z., eds. **JBI Manual for Evidence Synthesis**. JBI, 2024. Disponível em: <https://synthesismanual.jbi.global>. DOI: <https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-01>. Acesso em: 12 maio 2025

AUED, G. K.; BERNARDINO, E.; LAPIERRE, J.; DALAIRRE, C. **Liaison nurse activities at hospital discharge: a strategy for continuity of care**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 27, e3162, 2019. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6703099/>. Acesso em: 17 jun. 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3069.3162>.

AUSTRALIA. Department of Health and Aged Care. **Transition Care Programme Guidelines**. Canberra: Australian Government, 2022. Disponível em: <https://www.health.gov.au/resources/publications/transition-care-programme-guidelines>. Acesso em: 28 maio 2025.

BACKMAN, C.; PAPP, R.; KOLLE, A. T.; PAPP, S.; VISITINI, S.; MELLO, A. L. S. F.; LANZONI, G. M. M.; HARLEY, A. **Platform-based patient–clinician digital health interventions for care transitions: a scoping review**. JMIR Human Factors, v. 10,

e50610, 2023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39753212/>. Acesso em: 17 jun. 2025. DOI: <https://doi.org/10.2196/55753>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 1, p. 88, 4 jan. 2011. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/37250.html>. Acesso em: 13 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.809, de 7 de dezembro de 2012**. Institui a alta responsável no âmbito dos hospitais da Rede de Atenção às Urgências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2809_07_12_2012.html. Acesso em: 16 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Desospitalização: reflexões para o cuidado em saúde e atuação multiprofissional**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desospitalizacao_reflexoes_cuidado_atuacao_multiprofissional.pdf. Acesso em: 13 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020–2028**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_saude_digital_Brasil.pdf. Acesso em: 12 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção domiciliar na atenção primária à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_primaria_saude.pdf. Acesso em: 28 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/rnds>. Acesso em: 12 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linhas de cuidado: Secretaria de Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/>. Acesso em: 13 maio 2025.

BURKE, R. E.; KRIPALANI, S.; VASILEVSKIS, E. E.; SCHNIPPER, J. L. Moving beyond readmission penalties: creating an ideal process to improve transitional care. *Journal of Hospital Medicine*, v. 8, n. 2, p. 102–109, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1002/jhm.1990>. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3650641/>. Acesso em: 17 jun. 2025.

BURKE, R. E.; GUO, R.; PROCHAZKA, A. V.; MISKY, G. J. Effect of a care transition intervention on the rate of hospital readmissions: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Services Research*, [S.l.], v. 14, p. 423, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-423>. Disponível em: <https://bmchealthservs.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-14-423>. Acesso em: 17 jun. 2025.

CANADA. Health Quality Ontario. **Transitions Between Hospital and Home: Care for People of All Ages**. Toronto: HQO, 2018. Disponível em: <https://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/evidence/quality-standards/qs-transitions-between-hospital-and-home-quality-standard-en.pdf>. Acesso em: 13 maio 2025.

COLEMAN, E. A.; PARRY, C. P.; CHALMERS, S.; MIN, S. The Care Transitions Intervention: results of a randomized controlled trial. *Archives of Internal Medicine*, [S.l.], v. 166, n. 17, p. 1822–1828, 2006. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/410933>. Acesso em: 12 maio 2025.

CENTER FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES (CMS). **Transitional Care Management Services**: MLN908628. Baltimore: CMS, 2024. Disponível em: <https://www.cms.gov/files/document/mln908628-transitional-care-management-services.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2025.

CORDEIRO, L.; SOARES, C. B. Revisão de escopo: potencialidades para a síntese de metodologias utilizadas em pesquisa primária qualitativa. Boletim do Instituto de Saúde, v. 20, n. 2, p. 37–43, 2019. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/10/1021863/bis-v20n2-sintese-de-evidencias-q-ualitativas-37-43.pdf>. Acesso em: 13 maio 2025.

COSTA, M. F. B. N. A.; ANDRADE, S. R.; SOARES, C. F.; PÉREZ, E. I. B.; TOMÁZ, S. C.; BERNADINO, E. The continuity of hospital nursing care for Primary Health Care in Spain. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 53, e03477, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018017803477>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/FMqmWPGrdfCNCRLb3CQ76hB/?lang=en>. Acesso em: 17 jun. 2025.

EHRICH, K.; FREEMAN, G. K.; RICHARDS, S. C.; ROBINSON, I. C.; SHEPPERD, S. How to do a scoping exercise: continuity of care. Research Policy and Planning, v. 20, n. 1, p. 25–29, 2002. Disponível em: <https://eprints.soton.ac.uk/33560/>. Acesso em: 28 jun. 2025.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). Hospitais Ebserh aplicam ferramentas para transição segura do cuidado. Brasília, DF, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/comunicacao/noticias/hospitais-ebserh-aplicam-ferramentas-para-transicao-segura-do-cuidado>. Acesso em: 12 jun. 2025.

ELSENER, M.; SANTANA FELIPES, R. C.; SEGE, J.; HARMON, P.; JAFRI, F. N. Telehealth-based transitional care management programme to improve access to care. BMJ Open Quality, v. 12, n. 4, p. e002495, nov. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj-oq-2023-002495>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37940335/>. Acesso em: 25 jun. 2025.

GHENO, J.; LOMBARDINI, A. 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. Disponível em:

<https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/1611>. Acesso em: 13 maio 2025.

GHENO, J.; WEIS, A. H. **Care transition in hospital discharge for adult patients: integrative literature review.** Texto & Contexto – Enfermagem, [S.l.], v. 30, p. e20210030, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/texto/a/dv94cDSg3T9BFMBfTBf4Tpj/?lang=en>. Acesso em: 12 maio 2025.

HAMBLETON, I. R.; CAIXETA, R.; JEYASEELAN, S. M.; LUCIANI, S.; HENNIS, A. J.M. **The rising burden of non-communicable diseases in the Americas and the impact of population aging: a secondary analysis of available data.** The Lancet Regional Health – Americas, v. 21, p. 100483, 2023. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X\(23\)00057-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X(23)00057-1/fulltext). Acesso em: 08 maio 2025.

HANSEN, L. O.; YOUNG, R. S.; HINAMI, K.; LEVY, F.; WILLIAMS, M. V. **Interventions to reduce 30-day rehospitalization: a systematic review.** *Annals of Internal Medicine*, Philadelphia, v. 155, n. 8, p. 520–528, 2011. DOI: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-155-8-201110180-00008>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22007045/>. Acesso em: 1 jul. 2025.

HIRSCHMAN, K.; SHAID, E.; MCCAULEY, K.; PAULY, M.; NAYLOR, M. **Continuity of care: the Transitional Care Model.** OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing, v. 20, n. 3, manuscrito 1, 30 set. 2015. Disponível em: <https://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-20-2015/No3-Sept-2015/Continuity-of-Care-Transitional-Care-Model.html>. Acesso em: 28 jun. 2025.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT (IHI). **How-to Guide: Improving Transitions from the Hospital to Community Settings to Reduce Avoidable Rehospitalizations.** 2013. Disponível em: <https://hcupdate.wordpress.com/wp-content/uploads/2016/03/2013-02-hot-topics-in-health-care-2-transitions-of-care.pdf>. Acesso em: 08 maio 2025.

JACK, B. W.; CHETTY, V. L.; ANTHONY, D.; GREENWALD, J. L.; SANCHEZ, G. M.; JOHNSON, A. E.; FORSYTHE, S. R.; O'DONNELL, J. K.; PAASCHE-ORLOW, M. K.; MANASSEH, C.; MARTIN, S.; CULPEPPER, L. **A reengineered hospital discharge program to decrease rehospitalization: a randomized trial.** *Annals of Internal Medicine*, Filadélfia, v. 150, n. 3, p. 178–187, 2009. DOI:doi:10.7326/0003-4819-150-3-200902030-00007 Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2738592/>. Acesso em: 15 maio 2025.

JACOBSON, G. C.; JONES, C. M. C.; GREEN, R. K.; COCHRAN, A. L.; CAPRIO, T. V.; CUSHMAN, J. T.; KIND, A. J. H.; LOHMEIER, M.; MA, R. M.; SHAH, M. N.; **Effectiveness of a care transitions intervention for older adults discharged home from the emergency department: a randomized controlled trial.** *Academic Emergency Medicine*, Hoboken, v. 29, n. 1, p. 51–63, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/acem.14357>.

KRUSE, C. S.; STEIN, A.; THOMAS, H.; KAUR, H. **The use of Electronic Health Records to Support Population Health: A Systematic Review of the Literature.** *Journal of Medical Systems*, v. 42, n. 11, p. 1–16, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10916-018-1075-6>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10916-018-1075-6>. Acesso em: 15 maio 2025.

LANZONI, G. M. M.; DA COSTA, M. F. B. N. A.; PEITER, C. C.; DE LIMA, L. M. N.; BERNARDINO, E. **Continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde.** In: ALVAREZ, A. M.; CALDAS, C. P.; GONÇALVES, L. H. T. (orgs.). *Saúde do Idoso*. Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2023. p. 271–288. Disponível em: <https://atenaeditora.com.br/catalogo/post/continuidade-do-cuidado-na-rede-de-atenc-ao-a-saude>. Acesso em: 17 jun. 2025.

LEFEBVRE, C.; GLANVILLE, J.; BRISCOE, S.; FEATHERSTONE, R.; LITTLEWOOD, A.; MARSHALL, C.; METZENDORF, M.; NOEL-STORR, A.; PAYNTER, R.; RADER, T.; THOMAS, J.; WIELAND, S. **Chapter 4: Searching for and selecting studies.** In: HIGGINS, J. P. T. *et al.* (org.). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. Versão 6.5. Londres: Cochrane, 2024.

Disponível em: <https://www.training.cochrane.org/handbook>. Acesso em: 21 set. 2024.

LEVAC, D.; COLQUHOUN, H.; O'BRIEN, K. K. **Scoping studies: advancing the methodology**. Implementation Science, v. 5, n. 69, p. 1–9, 2010. Disponível em: <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-5-69>. Acesso em: 28 jun. 2025.

MELO, R. C.; CARLOTTO, F. D.; FIGUEIREDO, N. M.; RIQUEINHO, D. L. **Transição e continuidade do cuidado do pós-alta hospitalar à atenção primária: uma revisão de escopo**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 35, n. 2, e350216, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312025350216pt>. Acesso em: 29 jun. 2025.

MISTIAEN, P.; POOT, E. **Telephone follow-up, initiated by a hospital-based health professional, for postdischarge problems in patients discharged from hospital to home**. Cochrane Database of Systematic Reviews, n. 4, 2006. Art. CD004510. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004510.pub3>. Acesso em: 12 jun. 2025. DOI: 10.1002/14651858.CD004510.pub3.

MORORÓ, D. D. S.; ENDERS, B. C.; LIRA, A. L. B. C.; DA SILVA, C. M. B.; DE MENEZES, R. M. P. **Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar**. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 323-332, 2017. DOI:<https://doi.org/10.1590/1982-0194201700043> Disponível em: <https://www.scielo.br/j/appe/a/KkrK5LqytwSghLpg3vFzvbj/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 jun. 2025.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. (OECD) **Estudo da OCDE da Atenção Primária à Saúde no Brasil**. Paris: OECD Publishing, 2021. Disponível em: https://www.oecd.org/content/dam/oecd/pt/publications/reports/2021/12/primary-health-care-in-brazil_8ba611b2/9bf007f4-pt.pdf. Acesso em: 17 jun. 2025. DOI: <https://doi.org/10.1787/9bf007f4-pt>.

PETERS, M. D. J.; GODFREY, C. M.; KHALIL, H.; MCINERNEY, P.; PARKER, D.; SOARES, C. B. **Guidance for conducting systematic scoping reviews**.

International Journal of Evidence-Based Healthcare, v. 13, n. 3, p. 141–146, 2015. DOI: 10.1097/XEB.0000000000000050. Disponível em: https://journals.lww.com/ijebh/fulltext/2015/09000/guidance_for_conducting_systematic_scoping_reviews.5.aspx. Acesso em: 28 jun. 2025.

PETERS, M.; GODFREY, C. M.; KHALIL, H.; MCINERNEY, P. **Scoping Reviews**. In: AROMATARIS, E.; MUNN, Z. (eds.). Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual. Adelaide: The Joanna Briggs Institute, 2017. Cap. 11. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/319713049_2017_Guidance_for_the_Conduct_of_JBI_Scoping_Reviews. Acesso em: 29 jun. 2025.

PRINCE, M.; ALLEN, D.; CHITTENDEN, S.; MISURACA, J.; HOCKENBERRY, M. J. **Improving Transitional Care: The Role of Handoffs and Discharge Checklists in Hematologic Malignancies**. Clinical Journal of Oncology Nursing, Philadelphia, v. 23, n. 1, p. 36–42, fev. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1188/19.CJON.36-42>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30681999/>. Acesso em: 12 jun. 2025.

REGISTERED NURSES' ASSOCIATION OF ONTARIO (RNAO). **Care Transitions: Clinical Best Practice Guideline**. Toronto: RNAO, 2014. Disponível em: <https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/care-transitions.pdf>. Acesso em: 13 maio 2025.

RØSSTAD, T.; SALVESEN, Ø.; STEINSBEKK, A.; GRIMSMO, A.; SLETVOLD, O.; GARÅSEN, H. **Generic care pathway for elderly patients in need of home care services after discharge from hospital: a cluster randomised controlled trial**. *BMC Health Services Research*, v. 17, n. 1, art. 275, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2206-3>. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-017-2206-3>. Acesso em: 15 maio 2025.

SOONG, C.; DAUB, S.; LEE, J.; MAJEWSKI, C.; MUSING, E.; NORD, P.; WYMAN, R.; BAKER, G. R.; ZACHAROPOULOS, N.; BELL, C. M. **Development of a checklist of safe discharge practices for hospital patients**. *Journal of Hospital Medicine*, v. 8, n. 8, p. 444–449, 2013. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23554352/>. Acesso em: 12 jun. 2025. DOI: <https://doi.org/10.1002/jhm.2032>.

THE JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (JCI). **Hot Topics in Health Care: Transitions of Care**. 2012. Disponível em: https://www.jointcommission.org/assets/1/6/Hot_Topics_Transitions_of_Care.pdf. Acesso em: 08 maio 2025.

TRICCO, A. C.; LILLIE, E.; ZARIN, W.; O'BRIEN, K.; COLQUHON, H. **A scoping review on the conduct and reporting of scoping reviews**. BMC Medical Research Methodology, v. 16, p. 15, 2016. Disponível em: <https://bmcmmedresmethodol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12874-016-0116-4>. Acesso em: 29 jun. 2025. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12874-016-0116-4>.

TRICCO, A. C.; LILLIE, E.; ZARIN, W.; O'BRIEN, K. K.; COLQUHOUN, H.; LEVAC, D.; MOHER, D.; PETERS, M. D. J.; HORSLEY, T.; WEEKS, L.; HEMPEL, S.; AKL, E. A.; CHANG, C.; MCGOWAN, J.; STEWART, L.; HARTLING, L.; ALDCROFT, A.; WILSON, M. G.; GARRITTY, C.; LEWIN, S.; GODFREY, C. M.; MACDONALD, M. T.; LANGLOIS, E. V.; SOARES-WEISER, K.; MORIARTY, J.; CLIFFORD, T.; TUNÇALP, Ö.; STRAUS, S. E. **PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation**. *Annals of Internal Medicine*, v. 169, n. 7, p. 467–473, 2018. DOI: <https://doi.org/10.7326/M18-0850>. Disponível em: <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M18-0850>. Acesso em: 15 maio 2025.

UK DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL CARE. **Hospital discharge and community support guidance**. London: DHSC, 2022. Disponível em: <https://www.gov.uk/government/publications/hospital-discharge-and-community-support-guidance>. Acesso em: 13 maio 2025.

VARGHESE, S.; HAHN-GOLDBERG, S.; DENG, Z.; BRADLEY-RIDOUT, G.; GUILCHER, S. J. T.; JEFFS, L.; MADHO, C.; Okrainec K, Rosenberg-Yunger ZRS, MCCARTHY, L. M. **Medication Supports at Transitions Between Hospital and Other Care Settings: A Rapid Scoping Review**. Patient Prefer Adherence. 2022 Feb 25;16:515-560. DOI: 10.2147/PPA.S348152. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8887864/> Disponível em: Acesso em: 15 maio 2025.

WEE, S. L.; LOKE, C. K.; LIANG, C.; GANESAN, G.; WONG, L. M.; CHEAH, J. **Effectiveness of a National Transitional Care Program in Reducing Acute Care Use**. Journal of the American Geriatrics Society, v. 62, n. 4, p. 747–753, 2014. DOI: 10.1111/jgs.12750. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24635373/>. Acesso em: 02 jun. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Transitions of care**. Geneva: World Health Organization, 2016. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511599>. Acesso em: 08 maio 2025.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 3721.9480 – 3721.4998

DISCIPLINA: NFR 5182 - TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO II
PARECER FINAL DO ORIENTADOR SOBRE O TRABALHO DE
CONCLUSÃO DE CURSO

Declaro, para os devidos fins, que Thiago Zirke Conceição, desenvolveu sob minha orientação o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) com foco na temática da transição do cuidado em saúde. Seu desempenho foi satisfatório, revelando senso crítico, capacidade analítica e engajamento com questões centrais para o avanço da prática profissional em Enfermagem.

No decorrer do processo, o aluno dedicou-se ao aprimoramento teórico sobre os fundamentos que sustentam a continuidade do cuidado, especialmente no contexto da Atenção Primária à Saúde. Do ponto de vista metodológico, conduziu uma revisão de escopo conforme as diretrizes do Instituto Joanna Briggs (JBI) e

PRISMA-ScR, o que exigiu domínio técnico e rigor na aplicação dos critérios de elegibilidade e análise das evidências.

As atividades desenvolvidas incluíram a definição do problema de pesquisa, elaboração do protocolo metodológico, busca e seleção de estudos nas principais bases de dados, extração e categorização dos achados, bem como a discussão crítica dos resultados. A pesquisa revelou lacunas relevantes na articulação entre os níveis de atenção e sinalizou estratégias de comunicação com potencial para qualificar a continuidade do cuidado. Assim, o estudo apresenta contribuições significativas para a Enfermagem, especialmente no campo da gestão do cuidado, ao subsidiar práticas mais integradas e resolutivas voltadas à transição segura e eficaz dos usuários entre os serviços de saúde.

Florianópolis, 01 de Julho de 2025.



Documento assinado digitalmente

Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni

Data: 01/07/2025 14:48:08-0300

CPF: ***.071.579-**

Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Prof. Dra. Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni