

Transição do cuidado na alta da Unidade de Terapia Intensiva: revisão de escopo*

Michele Elisa Weschenfelder Hervé^{1,2}
 <https://orcid.org/0000-0002-5622-7680>

Paula Buchs Zucatti^{1,3}
 <https://orcid.org/0000-0003-0406-6835>

Maria Alice Dias Da Silva Lima¹
 <https://orcid.org/0000-0002-3490-7335>

Objetivo: mapear as evidências disponíveis sobre os componentes da transição do cuidado, as práticas, estratégias e ferramentas utilizadas na alta da Unidade de Terapia Intensiva para a Unidade de Internação e seu impacto nos desfechos de pacientes adultos. **Método:** revisão de escopo mediante estratégias de busca em seis bases de dados relevantes na área da saúde. **Resultados:** foram incluídos 37 artigos, nos quais foram identificadas 30 práticas, estratégias ou ferramentas para organização e execução do processo de transferência, com impactos positivos ou negativos, relacionadas a fatores intrínsecos à Unidade de Terapia Intensiva, à Unidade de Internação e transversais às equipes envolvidas. A análise dos desfechos 'readmissão' e 'mortalidade' foi prevalente nos estudos incluídos, nos quais se encontram tendências e potenciais ações protetoras para uma transição do cuidado bem-sucedida, contudo, ainda carecem de evidências mais robustas e consenso na literatura. **Conclusão:** foram identificados componentes e práticas de transição do cuidado, além de fatores intrínsecos ao paciente, associados a piores desfechos após a alta da Unidade de Terapia Intensiva. A alta noturna ou em finais-de-semana mostrou associação com aumento nas taxas de readmissão e mortalidade, porém, a associação das demais práticas com o desfecho do paciente ainda é inconclusiva.

Descritores: Cuidados Críticos; Unidades de Terapia Intensiva; Transferência de Pacientes; Continuidade da Assistência ao Paciente; Alta do Paciente; Transferência da Responsabilidade pelo Paciente.

* Artigo extraído da dissertação de mestrado "Associação da Transição do Cuidado com Eventos Adversos após a Alta de um Centro de Terapia Intensiva", apresentada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS. Apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil, processo nº 4339972018-4.

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

² Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Centro de Terapia Intensiva, Porto Alegre, RS, Brasil.

³ Hospital Conceição, Unidade de Terapia Intensiva, Porto Alegre, RS, Brasil.

Como citar este artigo

Hervé MEW, Zucatti PB, Lima MADS. Transition of care at discharge from the Intensive Care Unit: A scoping review. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2020;28:e3325. [Access   ]; Available in:  . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4008.3325>.
mês dia ano URL

Introdução

A transição do cuidado refere-se a um conjunto de ações destinadas à coordenação e à continuidade do cuidado na transferência de pacientes entre diferentes locais do sistema de saúde, ou entre diferentes níveis de cuidado dentro de uma mesma instituição⁽¹⁾. A qualidade das transições do cuidado tem sido utilizada como um dos componentes para avaliação de desempenho de hospitais pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela *Joint Commission International* (JCI), estando relacionada à Meta Internacional de Segurança 2 – Comunicação⁽¹⁻²⁾.

Trata-se de um processo complexo, que envolve diversos elementos e etapas, desde a comunicação efetiva, a orientação do paciente e família, a responsabilização de cada uma das partes envolvidas, o planejamento da alta e o conhecimento dos recursos, e a estrutura do cenário de destino, dentre outros^(1,3). Portanto, considera-se um evento extremamente vulnerável à perda de informações críticas e falhas na continuidade do cuidado. Uma transição do cuidado inadequada pode levar a eventos adversos graves, omissão de cuidados, duplicação de cuidados, atrasos no tratamento, recebimento de tratamento inadequado, aumento da morbidade e mortalidade, além de insatisfação do paciente, da família e de profissionais, bem como o uso inadequado dos serviços de saúde e aumento dos custos⁽²⁾.

A transição do cuidado na alta de pacientes da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para unidade de internação (UI) está relacionada a um risco ainda mais alto, devido a um somatório de fatores, como a gravidade dos pacientes, as múltiplas comorbidades e complexidade do cuidado, a mudança de um ambiente rico em recursos de monitorização para um ambiente com menos recursos, o número e a complexidade dos profissionais envolvidos (multiprofissional e interespecialidades), a inexistência de programas de transição ou falta de padronização do processo de alta, além de frequentes falhas de comunicação verbal e escrita entre as equipes e entre os profissionais e o paciente/família⁽⁴⁻⁷⁾. Apesar do crescente conhecimento a respeito do tema, a qualidade das práticas de transição ainda é muito variável, com déficits no planejamento, na coordenação dos cuidados e na troca de informações entre os profissionais de saúde da UTI e da UI⁽⁷⁾.

A ocorrência de eventos adversos após a alta da UTI está relacionada desde eventos com medicamentos, quedas e infecção nosocomial, até eventos como deterioração clínica, parada cardiorrespiratória (PCR), readmissão e óbito⁽⁸⁻¹¹⁾. Porém, estudos que avaliam a ocorrência de outros desfechos ainda são escassos;

a maioria enfoca apenas taxas de readmissão e de óbito^(6,12-14). A associação entre a ocorrência de tais eventos com a má qualidade da transição do cuidado é demonstrada em alguns estudos, todavia a literatura ainda se mostra controversa em relação ao tema^(4,13-14).

A adoção de diretrizes padronizadas e precisas é importante para determinar o momento ideal para a alta, bem como prever pacientes em maior risco para a ocorrência de eventos adversos após a transferência. Contudo, os fatores de risco e critérios de alta não estão claramente definidos^(8,10-11,15). Embora *guidelines* e programas de transição sejam considerados ferramentas de gestão eficazes para reduzir o tempo de permanência e melhorar a utilização dos recursos, ainda são incomuns as instituições que possuem uma política de transição do cuidado, ou diretrizes escritas para o processo de alta do paciente da UTI^(4,15).

Uma revisão de escopo sobre alta de pacientes da UTI para unidades de internação, realizada em 2015⁽⁴⁾, analisou estudos publicados até 2013, sem restrição de idade ou perfil clínico, incluindo pacientes adultos, pediátricos e neonatais. Os resultados apontaram componentes ou etapas para uma estratégia de alta da UTI, como diretrizes institucionais para padronizar o processo de transição do cuidado, estratificação de risco dos pacientes, capacitação dos profissionais e adoção de um plano de alta. Além disso, determinar o melhor dia e hora para a alta, minimizar atrasos na transferência, comunicação verbal entre provedores, *checklist* de verificação antes da transferência, acompanhamento do paciente e avaliação dos desfechos pós-alta também são mencionados como elementos importantes⁽⁴⁾. A revisão⁽⁴⁾ deixou como lacuna a necessidade de avaliação dos elementos identificados, adaptados às necessidades e aos contextos locais antes de ampla implementação⁽⁴⁾. A associação das diferentes práticas de alta com os desfechos dos pacientes também não foi avaliada.

Dessa forma, o objetivo deste estudo foi mapear as evidências disponíveis sobre os componentes da transição do cuidado, as práticas, estratégias e ferramentas utilizadas na alta de pacientes da UTI para a UI e seu impacto nos desfechos de pacientes adultos.

Método

O método de síntese de conhecimento adotado foi a revisão de escopo⁽¹⁶⁾. Foram desenvolvidas, de acordo com a metodologia proposta pelo Instituto Joanna Briggs⁽¹⁷⁾, as seguintes fases: definição e alinhamento dos objetivos e questões de pesquisa; desenvolvimento dos critérios de inclusão de acordo com os objetivos e as questões; elaboração e planejamento da estratégia de busca e seleção dos estudos; identificação dos estudos

relevantes; seleção dos estudos; extração dos dados; mapeamento dos dados; e sumarização dos resultados.

Esta investigação foi norteada pelas seguintes questões: Quais são os componentes da transição do cuidado do paciente da UTI para a UI, segundo a literatura? Quais práticas, estratégias e ferramentas estão associadas com a melhora na qualidade da alta da UTI para a UI? Qual o seu impacto nos desfechos dos pacientes após a transferência?

Os critérios de inclusão para a seleção foram: estudos primários realizados com pacientes adultos (18 anos ou mais); publicados nos idiomas inglês, espanhol ou português; e publicados no período de 01 de janeiro de 2014 a 31 de dezembro de 2018. A delimitação desse período é justificada porque já há na literatura uma revisão de escopo sobre o tema que incluiu estudos até 2013⁽⁴⁾.

Foram excluídos artigos duplicados, aqueles que não responderam a pelo menos uma das questões de pesquisa, estudos de revisão, livros, cartas ao editor, resumos publicados em anais e estudos referentes a pacientes transferidos da UTI para internação psiquiátrica, obstétrica ou de cuidados paliativos, devido às particularidades no cuidado desses perfis de pacientes e por serem frequentemente transferidos para unidades

de internação especializadas, limitando a comparação dos resultados.

A estratégia de busca foi composta por três etapas: i) Pesquisa inicial nas bases de dados PubMed e *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) utilizando os descritores encontrados no *Medical Subject Headings* (MeSH): *critical care, intensive care unit, patient transfer, continuity of patient care, patient handoff, patient handover, patient care team, communication, patient discharge, patient readmission*, seguida de uma análise das palavras-chave contidas no título, resumo e descritores dos artigos, identificando-se os descritores não-controlados: *care transitions, discharge practices* e *discharge planning*; ii) Segunda pesquisa utilizando todos os descritores identificados nas bases de dados incluídas - PubMed, CINAHL, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Web of Science*, Scopus e Embase. Foram utilizados os operadores booleanos OR e AND conforme apresentado na Figura 1; iii) Realizada pesquisa nas referências dos artigos incluídos a fim de rastrear estudos adicionais não identificados pelas estratégias de busca. O processo de seleção dos estudos, bem como a última busca, ocorreu nos meses de abril e maio de 2019.

Base	Estratégia	Limitadores
PubMed	Search ("Intensive Care Units"[Mesh] OR "critical care"[tw] OR "intensive care"[tw]) AND ("Continuity of Patient Care"[Mesh] OR "Continuity of Patient Care"[tw] OR ("Patient Discharge**"[tw] AND "patient readmission**"[tw]) OR "discharge practice**"[tw] OR "discharge planning"[tw] OR "Patient Handoff**"[tw] OR "Patient Transfer**"[tw] OR "Patient Handover**"[tw] OR ("patient care team**"[tw] AND "communicat**"[tw]) OR "care transition**"[tw]) AND (adult*[tw] OR "Adult"[Mesh] OR aged[tw])	<i>Journal Article; published in the last 5 years; Humans; English; Portuguese; Spanish</i>
CINAHL	TX (("Intensive Care Units" OR "critical care" OR "intensive care") AND ("Continuity of Patient Care" OR ("Patient Discharge**" AND "patient readmission**") OR "discharge practice**" OR "discharge planning" OR "Patient Handoff**" OR "Patient Transfer**" OR "Patient Handover**" OR ("patient care team**" AND "communicat**") OR "care transition**")) AND AG (adult* OR aged)	Data de publicação: 20130101-20181231; Idioma: <i>English, Portuguese, Spanish</i>
LILACS	("Intensive Care Units" OR "critical care" OR "intensive care") AND ("Continuity of Patient Care" OR ("Patient Discharge**" AND "patient readmission**") OR "discharge practice**" OR "discharge planning" OR "Patient Handoff**" OR "Patient Transfer**" OR "Patient Handover**" OR ("patient care team**" AND "communicat**") OR "care transition**") [Palavras]	2013 OR 2014 OR 2015 OR 2016 OR 2017 OR 2018 [País, ano de publicação]
Web of Science	Tópico: (("Intensive Care Units" OR "critical care" OR "intensive care") AND ("Continuity of Patient Care" OR ("Patient Discharge**" AND "patient readmission**") OR "discharge practice**" OR "discharge planning" OR "Patient Handoff**" OR "Patient Transfer**" OR "Patient Handover**" OR ("patient care team**" AND "communicat**") OR "care transition**") AND (adult* OR aged))	Anos da publicação: (2018 OR 2017 OR 2016 OR 2015 OR 2014 OR 2013) AND Idiomas: (ENGLISH OR PORTUGUESE OR SPANISH)
Scopus	TITLE-ABS-KEY ("Intensive Care Units" OR "critical care" OR "intensive care") AND TITLE-ABS-KEY ("Continuity of Patient Care" OR ("Patient Discharge**" AND "patient readmission**") OR "discharge practice**" OR "discharge planning" OR "Patient Handoff**" OR "Patient Transfer**" OR "Patient Handover**" OR ("patient care team**" AND "communicat**") OR "care transition**") AND TITLE-ABS-KEY (adult* OR aged)	(LIMIT-TO (PUBYEAR, 2018) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2017) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2016) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2015) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2014) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2013)) AND (LIMIT-TO (LANGUAGE, "English") OR LIMIT-TO (LANGUAGE, "Spanish") OR LIMIT-TO (LANGUAGE, "Portuguese"))
Embase	All fields ('intensive care' OR 'intensive care unit') AND ('patient transfer' OR ('patient care' AND 'interpersonal communication')) OR 'clinical handover' OR 'care transition') AND ([adult]/lim OR [aged]/lim OR [middle aged]/lim OR [very elderly]/lim OR [young adult]/lim)	(2013:py OR 2014:py OR 2015:py OR 2016:py OR 2017:py OR 2018:py) AND ((english)/lim OR (portuguese)/lim OR (spanish)/lim)

Figura 1 - Estratégia de busca por base de dados com operadores booleanos. Porto Alegre, RS, Brasil, 2019

As referências selecionadas foram enviadas para o *software* gerenciador de bibliografias Mendeley®. Duas pesquisadoras trabalharam de forma independente para a seleção dos estudos por título, resumo e texto na íntegra. As duas revisoras avaliaram as versões completas do texto dos artigos selecionados, considerando os critérios de inclusão e exclusão, resultando na amostra final do estudo. Em cada fase foi realizado consenso entre as revisoras por meio de discussão.

Foi elaborada pelas pesquisadoras uma ficha de extração de dados para registrar as características dos estudos incluídos e as principais informações relevantes para a pesquisa, contendo as seções autor(es), título, periódico, país, ano, volume, número, objetivo(s), população, tamanho da amostra, método, como foram medidos os resultados, principais achados e categoria do estudo. O impacto das práticas, estratégias ou ferramentas de transição do cuidado foi interpretado como positivo ou negativo, por meio de consenso

realizado pelas pesquisadoras após extração dos resultados de forma independente, de acordo com o efeito na qualidade da transição do cuidado, sua implantação e o cumprimento de suas etapas e/ou de acordo com a sua associação com os desfechos apresentados pelos pacientes.

Resultados

A busca nas bases de dados identificou 2.124 estudos potencialmente elegíveis e mais quatro artigos foram selecionados a partir das referências, permanecendo 37 na amostra final, conforme pode ser visto na Figura 2.

As características dos artigos são sumarizadas na Tabela 1. As pesquisas foram desenvolvidas majoritariamente nos Estados Unidos, no Canadá e na Austrália e a metodologia foi bastante variada, sendo os mais prevalentes estudos qualitativos, de coorte e quase-experimentais.

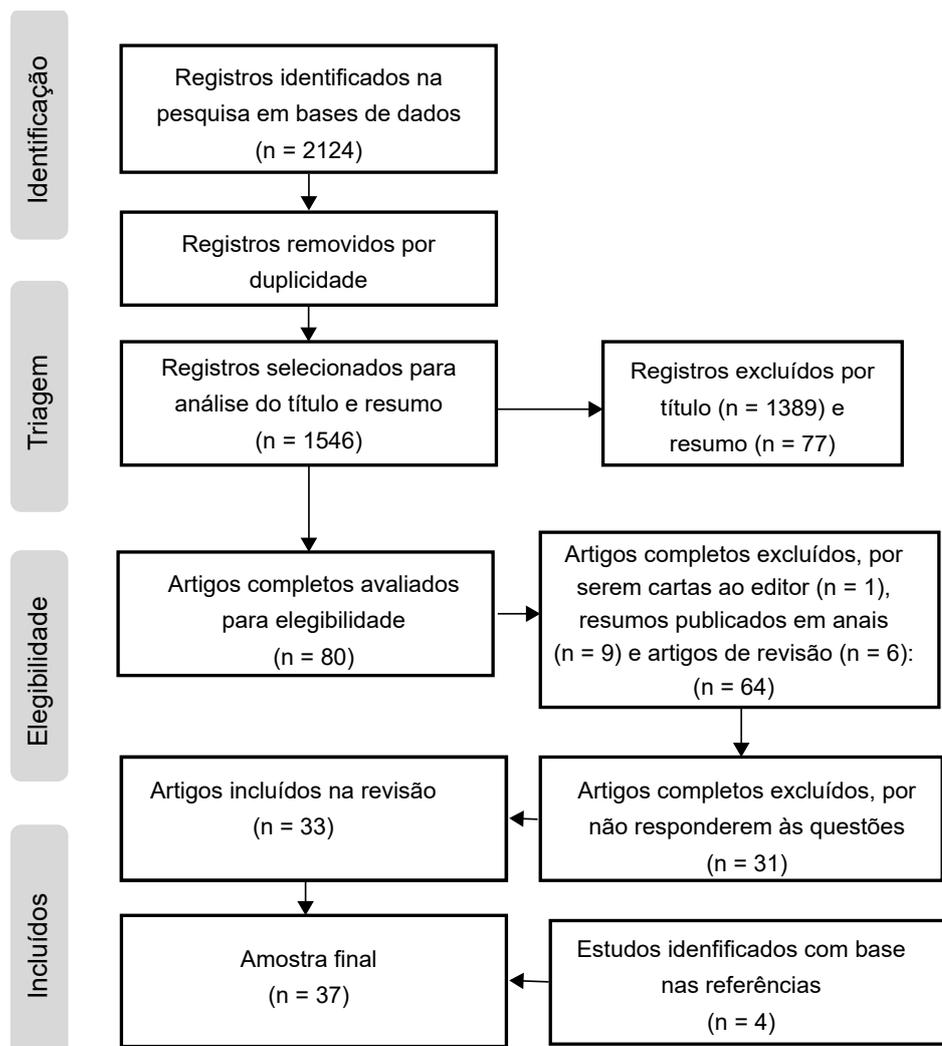


Figura 2 - Fluxograma do processo de seleção dos estudos adaptado do *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses* (PRISMA)⁽¹⁸⁾. Porto Alegre, RS, Brasil, 2019

Tabela 1 – Distribuição dos estudos incluídos conforme país, tipo de estudo e ano de publicação. Porto Alegre, RS, Brasil, 2019

Características	n*	%†
País		
Estados Unidos	8	21,6
Canadá	6	16,2
Austrália	4	10,8
Austrália/Nova Zelândia	3	8,1
Suécia	3	8,1
Reino Unido	3	8,1
Holanda	2	5,4
Coréia do Sul	2	5,4
Brasil	1	2,7
Argentina	1	2,7
Uruguai	1	2,7
Noruega	1	2,7
Bélgica	1	2,7
Estado Unidos, Canadá e Reino Unido	1	2,7
Tipo de estudo		
Quase-experimental	7	18,9
Coorte prospectivo	7	18,9
Qualitativo	7	18,9
Descritivo	6	16,2
Coorte retrospectivo	5	13,5
Misto (qualitativo + descritivo)	2	5,4
Validação clínica	1	2,7
Ensaio clínico randomizado	1	2,7
Ensaio Clínico Randomizado piloto	1	2,7
Ano de publicação		
2014	9	24,3
2015	7	18,9
2016	4	10,8
2017	8	21,6
2018	9	24,3

*N = Número de artigos; †Porcentagem de artigos

Os componentes de transição do cuidado apresentados nos estudos são extremamente variáveis, abrangendo desde fatores relacionados ao paciente^(11,19-21), passando pelas práticas, estratégias e ferramentas utilizadas para a organização e execução do processo de transferência⁽²²⁻²⁴⁾, até fatores relacionados à unidade para a qual o paciente será destinado^(11,24).

Os fatores relacionados ao paciente, identificados nos estudos primários, são gravidade da doença^(11,19-21), presença de comorbidades^(11,19), presença de traqueostomia, idade mais avançada⁽¹⁹⁻²⁰⁾, estado de consciência alterado, necessidade de uma maior utilização de terapias de suporte na UTI, maior tempo de internação na UTI, necessidade de diálise e causas clínicas de admissão⁽²⁰⁾. Tais fatores são apontados como predisponentes a piores desfechos dos pacientes após a alta da UTI, como a ocorrência de eventos adversos ou readmissões, na percepção dos profissionais envolvidos^(11,21), sendo também quantitativamente constatada a sua associação com o aumento das taxas de readmissão e mortalidade⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

Algumas barreiras são encontradas para a continuidade do cuidado no seguimento da UTI, dentre essas a ausência de critérios específicos de alta e de uma cultura de *feedback*, a superestimação pela equipe intensivista sobre a capacidade da UI para cuidar de pacientes complexos⁽²⁵⁾, a mudança dos profissionais provedores do cuidado, a variação das rotinas e a diminuição substancial de recursos humanos e materiais de monitoramento^(13,21,24-25).

Em contrapartida, diversas práticas são apontadas como potenciais ferramentas para melhoria da qualidade da transição do cuidado e a segurança dos pacientes. Uma das práticas sugeridas é a adoção de *checklist* de transferência, contendo itens de verificação da prontidão do paciente e ajustes necessários antes da alta, como remoção de dispositivos invasivos e reconciliação medicamentosa^(23,26). A comunicação, verbal ou escrita, foi analisada por diversos estudos em diferentes aspectos. A utilização de um processo de comunicação estruturado com transferência à beira do leito e de ferramentas padronizadas com comunicação multimodal são estratégias sugeridas^(23,27).

O envolvimento e preparo da família são apresentados como etapa imprescindível no processo de alta, avaliando-se as necessidades de informação de forma individualizada, preparando-os para ajustar-se a um ambiente diferente com menos pessoal, tecnologia e suporte⁽²⁸⁾. Um estudo que investigou as percepções dos familiares sobre a qualidade do atendimento durante o processo de transferência mostrou que as informações sobre a transferência eram significativas para eles, pois queriam fazer parte do cuidado ao paciente e sentiam-se importantes ao ter alguma visão e controle sobre a assistência que era necessária. Porém, mais de 20% sentiam que a informação prestada a eles era inadequada⁽²⁹⁾.

Outra prática positiva que vem sendo apontada pelos estudos é o acompanhamento ou a consultoria após a alta por membros da equipe de terapia intensiva. Um estudo qualitativo, que analisou as percepções dos

enfermeiros de UI e de UTI sobre os benefícios e desafios dos serviços de acompanhamento de um grupo de cuidados pós-intensivos⁽³⁰⁾, identificou pontos favoráveis para ambos, como o fornecimento de cuidados adicionais aos pacientes mais vulneráveis e a continuidade dos cuidados intensivos, por meio de visitas periódicas pela equipe da UTI, além de uma troca de conhecimentos entre os grupos de enfermeiros, em que muitas vezes era identificado um despreparo da equipe da UI para os cuidados mais complexos. O impacto de programas de seguimento pós-alta foi avaliado também de forma quantitativa, apresentando diminuição no tempo de internação hospitalar e na taxa de readmissão em UTI⁽³¹⁾.

A Figura 3 ilustra a síntese das principais práticas, estratégias e ferramentas apresentadas nos estudos, com potencial impacto, positivo ou negativo, na qualidade da transição do cuidado e nos desfechos dos pacientes.

Práticas, estratégias e ferramentas com potencial impacto, positivo ou negativo, na transição do cuidado da Unidade de Terapia Intensiva para Unidade de Internação	Impacto
Fatores relacionados à Unidade de Terapia Intensiva	
Alta noturna ^(11,21,24,32-35) , alta na mudança de turno ⁽²⁴⁾ e em finais de semana ^(19,21)	Negativo
Comunicação inadequada das informações-chave e/ou não padronizada ^(21,23-25,27,36-38)	Negativo
Alta precoce ^(11,20,28,37-38)	Negativo
Falta de critérios de alta ^(11,14,21,25,37)	Negativo
Atraso no tempo de transferência ^(23-24,39-40)	Negativo
Metas indefinidas de atendimento ^(21,23-24,37)	Negativo
Unidade de destino incorreta ^(11,22,38)	Negativo
Ambiente inadequado para uma comunicação eficiente ^(21,23)	Negativo
Comunicação verbal ^(14,22,27,41-44) e escrita ^(14,22,24,27-28,38,41,43,45) com a equipe da unidade de internação	Positivo
Acompanhamento/Consultoria de profissionais da UTI após a alta ^(13-14,24-25,27,30-31,44,46-47)	Positivo
Preparo e orientações de alta para pacientes/família ^(22-24,28-29,42,44-45,48)	Positivo
Reconciliação medicamentosa/revisão dos medicamentos pelo farmacêutico ^(14,22,24-26,49)	Positivo
Checklist/ferramentas de transferência/Protocolos de alta ^(22-23,25-27,41)	Positivo
Planejamento de alta antecipada ^(14,25,29,44)	Positivo
Participação do paciente e da família durante a transferência ^(22,24,41-42)	Positivo
Utilização de ferramentas/escores de estratificação de risco ^(23,43,50)	Positivo
Transferência de cuidados na beira do leito do paciente ^(23-24,27)	Positivo
Otimização dos sinais vitais antes da alta e redução da necessidade de cuidados intensivos ^(29,37)	Positivo
Alta para unidades intermediárias ^(14,50)	Positivo
Cultura institucional de valorização do processo de transição do cuidado ⁽²⁷⁾	Positivo
Realização da transferência de cuidados para seus respectivos pares por todos os membros da equipe multiprofissional ⁽⁴³⁾	Positivo
Fatores relacionados à Unidade de Internação	
Falta de qualificação e experiência da equipe ^(11,25,28,30,37-38,42)	Negativo
Redução do monitoramento ^(11,14,34,37)	Negativo
Dimensionamento de pessoal reduzido ^(11,25,27,37)	Negativo
Falta de recursos materiais disponíveis ^(21,25,27)	Negativo
Maior tempo até a primeira avaliação clínica do paciente ^(14,24,43)	Negativo
Fragmentação do cuidado em várias equipes ⁽¹¹⁾	Negativo
Contato prévio da equipe receptora com o paciente ^(24,29)	Positivo
Fatores relacionados à Unidade de Terapia Intensiva e à Unidade de Internação	
Responsabilização das informações emitidas e recebidas ^(23,29,43)	Positivo
Alerta de risco de readmissão ^(43,50)	Positivo

Figura 3 - Práticas, estratégias e ferramentas com potencial impacto, positivo ou negativo, na transição do cuidado da UTI para UI. Porto Alegre, RS, Brasil, 2019

Os desfechos e eventos adversos analisados são majoritariamente focados na readmissão^(13-14,20,26,31-32,34-35,43,46-47,49-52) e na mortalidade após a alta da UTI^(13-14,19-20,31-35,39,43,46,49,51-52). A taxa de mortalidade após alta da UTI varia de 3,0%⁽⁴⁶⁾ a 30%⁽¹⁹⁾ de acordo com os estudos incluídos. A readmissão atinge de 4,1%⁽⁵¹⁾ a 9,2%⁽⁴⁶⁾ dos pacientes em qualquer período da internação, 2,9%⁽¹⁴⁾ em 48 horas após a transferência e 2,7%⁽³²⁾ a 4,2%⁽¹³⁾ em 72 horas. Outros desfechos clínicos analisados são o tempo de internação hospitalar^(31-32,35,39-40,49), atendimento por Time de Resposta Rápida (TRR)^(26,43), PCR⁽⁴⁷⁾ e problemas relacionados a medicamentos⁽⁴⁹⁾. Desfechos como ansiedade, estresse e satisfação dos pacientes e família também aparecem nos estudos^(24,28,30,44,48).

Em estudos com abordagens qualitativas sobre as readmissões⁽²¹⁾ ou eventos adversos pós-alta⁽¹¹⁾, na visão dos provedores de cuidados, são relacionados fatores do paciente, como gravidade da doença, metas indefinidas de atendimento, transferências em horários de mudança de turno, noite ou final-de-semana, tomada de decisão de alta inadequada, falta de experiência dos profissionais^(11,21), restrições de recursos, falta de políticas institucionais⁽²¹⁾, dimensionamento de pessoal e monitoramento inadequado na UI, escolha do destino incorreto para o paciente e fragmentação do cuidado em várias equipes⁽¹¹⁾. A comunicação subótima entre os membros das equipes, o ambiente e a atmosfera inadequados para uma comunicação eficiente e a falta de comunicação de informações-chave também são elementos apontados como possíveis causas de readmissões⁽²¹⁾.

A associação das práticas de transição do cuidado com os desfechos dos pacientes tem resultados variáveis quando avaliada em estudos quantitativos. Alguns estudos comprovam a associação de determinadas práticas com taxas de readmissão e mortalidade, tais como as altas noturnas ou em final-de-semana^(19,32,34-35). Altas com atrasos de mais de 24 horas mostraram uma associação significativa com maior incidência de *delirium*⁽⁴⁰⁾. A reconciliação medicamentosa ou intervenção farmacêutica revisando as medicações antes da transferência dos pacientes pode contribuir para uma diminuição do número e gravidade dos problemas relacionados a medicamentos, porém, seu impacto na taxa de mortalidade, tempo de permanência hospitalar ou de readmissão na UTI ainda é inconclusivo⁽⁴⁹⁾. A utilização de um formulário de alerta que acompanha os pacientes mais vulneráveis, com orientações para a equipe da UI, além de melhorias na comunicação verbal, apresentou uma tendência à redução nas taxas de readmissão e nos chamados do TRR⁽⁴³⁾.

Por outro lado, alguns estudos que buscaram comprovar a eficiência de estratégias tais como a adoção de critérios de alta da UTI, planejamento de alta antecipada, disponibilidade de unidades intermediárias, reconciliação de medicamentos, comunicação da transferência verbal e escrita, otimização da monitorização de pacientes pós-UTI e consultoria aos enfermeiros de UTI, não obtiveram resultados significativos na redução de desfechos duros como readmissão e mortalidade^(13-14,39-40).

Discussão

Os 37 estudos foram publicados de forma uniforme ao longo do tempo, mostrando uma manutenção dessa demanda de conhecimento nos últimos cinco anos. Mais de 50% foram desenvolvidos nos Estados Unidos, no Canadá, na Austrália e na Nova Zelândia, os demais estudos concentraram-se na Europa, sendo que apenas dois foram realizados no continente asiático e três na América Latina, um deles no Brasil, o que mostra uma concentração da produção do conhecimento sobre a temática em poucos países, possivelmente por se tratar de um tema recente na literatura, sugerindo a necessidade de ampliação e universalização para outras regiões, que podem apresentar aspectos bastante diferentes em relação às práticas desenvolvidas. Revisão de escopo realizada em 2015⁽⁴⁾ também apresentou concentração da maioria das publicações nos Estados Unidos, na Europa e na Austrália. Não foi encontrada outra revisão nesse formato, avaliando apenas pacientes adultos.

Conforme os resultados identificados, a transição do cuidado na alta da terapia intensiva sofre influência de inúmeros componentes, sejam eles intrínsecos ao paciente ou relacionados às políticas, às práticas ou à estrutura dos cenários e profissionais envolvidos. Da mesma forma, estudo prévio⁽⁴⁾ identificou inúmeros temas e fatores relacionados aos prestadores e à instituição, que podem atuar como facilitadores ou barreiras ao atendimento de alta qualidade, corroborando que a alta do paciente da UTI é um processo multifacetado e complexo.

No que diz respeito aos fatores relacionados ao paciente, identificaram-se condições que podem predispor a piores desfechos após a alta da UTI, especialmente, condições prévias ao momento da alta, como a presença de comorbidades e a gravidade no momento da admissão^(11,19-21), idade mais avançada⁽¹⁹⁻²⁰⁾, estado de consciência alterado e maior necessidade de terapias de suporte⁽²⁰⁾. Esses achados são semelhantes a outros estudos que identificaram que pacientes mais doentes, com maior gravidade na admissão⁽⁵³⁾ e

pacientes mais velhos⁽⁹⁾ apresentavam maior chance de eventos adversos, readmissão e óbito após a alta da terapia intensiva. O estado de consciência alterado também foi encontrado como fator de risco, juntamente com a polineuropatia, a miopatia e a alta da UTI em uso de alimentação por sonda, que frequentemente afetam pacientes criticamente enfermos⁽⁵³⁻⁵⁴⁾.

Tais fatores são intrínsecos aos pacientes, ou seja, não passíveis de modificação, portanto, sugerem a necessidade de adoção de estratégias diferenciadas de acordo com o perfil e as demandas individuais de cada paciente, provendo a otimização e avaliação criteriosa do momento certo para a alta, planejamento antecipado, maior vigilância aos pacientes com maior gravidade, escolha da melhor unidade de destino ou ainda redimensionamento de pessoal e dos cuidados para os pacientes mais complexos e dependentes na UI, além do acionamento de maior suporte familiar, dentre outras ações^(11,23).

Baseado nos 37 estudos incluídos, foram levantadas 30 práticas, estratégias e ferramentas com potencial impacto, positivo ou negativo, na transição do cuidado da UTI para UI, das quais 21 estavam relacionadas à UTI, sete estavam relacionadas à UI e duas relacionadas a ambas. Observa-se que grande parte se aplica à execução da transferência, ao acompanhamento e aos cuidados implementados após a transferência, com uma menor parcela representando ações desenvolvidas antecipadamente, como o planejamento das necessidades individuais, a avaliação da prontidão para a alta e o preparo dos envolvidos (equipe-paciente-família).

Estudo prévio⁽⁴⁾ também identificou 30 fatores relacionados ao paciente, ao provedor ou à instituição que podem atuar como facilitadores e barreiras para um atendimento de alta qualidade durante a alta do paciente da UTI. Os principais temas identificados foram necessidades e experiências do paciente e da família, disponibilidade de informações de alta completas e precisas, educação de alta para pacientes e famílias, planejamento de alta, padronização do processo de alta e os resultados da alta do paciente, incluindo eventos adversos, readmissão na UTI e óbito. Uma pequena minoria de artigos enfocou a educação para provedores de cuidado da unidade de destino, reconciliação medicamentosa e autonomia do paciente. Os resultados foram categorizados em quatro diferentes fases do processo de alta, quais sejam a avaliação do paciente quanto à prontidão para a alta, o planejamento para a alta, a execução de alta e o acompanhamento pós-alta⁽⁴⁾. Destacam-se estudos salientando a fase de execução da alta em detrimento às outras fases. Além disso, as ações focadas no cuidado centrado no paciente

foram comumente apontadas nos estudos com pacientes pediátricos e neonatais, sugerindo que há um caminho a percorrer no cuidado de pacientes adultos⁽⁴⁾.

Nota-se que cerca de metade das práticas e estratégias trazidas pelos estudos pode influenciar de forma negativa a qualidade das transições. Dentre as principais barreiras, estão a comunicação ineficaz^(21,23-25,27,36-38), a falta de planejamento e escolha do momento inadequado para a alta, tanto sob o ponto de vista de horário/dia da alta quanto da prontidão do paciente para receber alta^(11,14,19-22,24-25,27-28,30,32-35,37-38,42). As condições ideais para a alta do paciente devem considerar, além dos aspectos clínicos, seu grau de dependência, a disponibilidade de suporte familiar e a capacidade da unidade/equipe de destino para suprir suas demandas^(28,37).

A escolha do momento inadequado para a alta, por vezes, é impulsionada por uma pressão pela demanda de vagas de UTI ou pela falta de responsabilização pelo cuidado continuado, na qual profissionais fragmentam o processo e não se sentem responsáveis pela evolução do paciente após a sua transferência^(28,38). A sobrevivência após uma doença crítica é frequentemente associada a uma longa trajetória e a uma recuperação potencialmente complicada, que afeta a qualidade de vida dos pacientes e seus cuidadores, podendo persistir por anos após a hospitalização⁽¹⁷⁾. Por outro lado, retardar a alta da UTI também traz desfechos desfavoráveis, como o uso ineficiente dos recursos hospitalares e atraso na admissão de outros pacientes críticos^(8,11).

A decisão da alta da UTI não pode ser tomada isoladamente e em um momento único, deve ser discutida ao longo de toda a internação, para permitir uma melhor avaliação do momento ideal, o planejamento das práticas e as estratégias que melhor se aplicam a cada caso, prevendo demandas de recursos físicos e humanos e de preparo do paciente e da família para uma adequada continuidade do cuidado na transição^(25,29). Para tanto, a avaliação para a alta deve integrar as discussões diárias e utilizar critérios mínimos para uma transferência segura, se possível, integrando estratégias de estratificação de risco, com vistas a alertar os envolvidos e elencar ações diferenciadas para prevenir desfechos desfavoráveis.

Alguns estudos sugerem a utilização de escores para definição da prontidão do paciente para a alta, como a escala *Stability and Workload Index for Transfer* (SWIFT)⁽⁵⁰⁾, que inclui na pontuação o local de origem do paciente e o tempo de internação na UTI, escala de coma de Glasgow (ECG), relação pressão arterial parcial de oxigênio (PaO₂)/fração inspirada de oxigênio (FiO₂) e pressão arterial de dióxido de carbono (PaCO₂). Outros estudos que utilizam escores de risco para orientar a decisão de alta^(8,55) incluem medidas fisiológicas, clínicas

e resultados laboratoriais, tais como os sinais vitais, a avaliação clínica dos sistemas, a pontuação na escala de Braden, os exames laboratoriais e o ritmo cardíaco, de forma conjunta. A alteração de sinais vitais e do nível de consciência no momento da alta também são sugeridos como preditores de risco para deterioração clínica na UI de forma independente^(10,12), ou compondo uma escala⁽⁵⁶⁾.

Um dos principais pilares para uma transição do cuidado de qualidade é a comunicação efetiva, pois perpassa todos os momentos e atores, de forma que vários aspectos relacionados, positivos ou negativos, podem incluir comunicação verbal e escrita, como, por exemplo, sumário de alta e/ou formulários de transferência de informação para o próximo prestador de cuidados. Diversos estudos^(21,23-25,27,36-38) apontaram para a ocorrência de comunicação inadequada de informações-chave e a sua falta de padronização. A comunicação ineficaz pode ser causada por inúmeros fatores, como expectativas diferentes entre quem passa e quem recebe a informação, questões culturais (falta de trabalho em equipe e falta de respeito entre os profissionais), tempo inadequado destinado a essa atividade e falta de métodos ou ferramentas padronizados⁽⁵⁷⁾.

Semelhante aos achados desta revisão, em que são sugeridas estratégias para melhoria na comunicação, como a utilização de ferramentas padronizadas, interação frente-a-frente com o profissional a quem se transfere o paciente, utilização de *checklists*, identificação do tempo e local ideais para fazer a transferência e inclusão do paciente e da família^(23-24,27), outros estudos corroboram que o uso de ferramentas padronizadas, ambiente e tempo adequados, contato dos olhos e a escuta ativa são fatores cruciais para a garantia da comunicação efetiva⁽⁵⁷⁻⁵⁸⁾.

O preparo e as orientações de alta para pacientes e seus familiares foram mencionados em diversos estudos como etapa fundamental do processo^(22-24,28-29,42,44-45,48), todavia, a melhor estratégia para a sua realização não está estabelecida. Pacientes e familiares ainda são frequentemente excluídos do processo de transição do cuidado, as informações fornecidas, por vezes, são conflituosas, divergindo entre profissionais ou equipes e são oferecidas instruções pouco claras sobre cuidados futuros, com termos técnicos e pouco tempo dedicado a essa atividade⁽⁵⁸⁻⁶⁰⁾. O planejamento da alta deve iniciar com a informação do plano ao paciente e à família, permitindo o acionamento de sistemas de suporte que possam ser necessários e os orientando sobre os cuidados recebidos, os cuidados planejados, o processo de alta e o funcionamento da unidade de destino⁽⁴⁾.

A prática de revisão dos medicamentos por farmacêutico antes da transferência para unidade de internação mostrou-se efetiva para diminuição do número e da gravidade dos problemas relacionados

a medicamentos⁽⁴⁹⁾, embora seu impacto em desfechos como mortalidade e readmissão tenha sido inconclusivo^(14,49). Estudo recente⁽⁶¹⁾ evidenciou que a reconciliação medicamentosa por um farmacêutico reduziu erros de transferência de medicamentos, de potenciais eventos adversos com medicamentos e dos custos relacionados.

A escolha do destino pode ser diferencial nos resultados do paciente, como no exemplo da disponibilidade de unidades de cuidados intermediários, contudo, seu impacto ainda é controverso, tanto nos artigos analisados^(14,50) como assinalado, também, por outros autores^(52,62). O encaminhamento para unidade intermediária não afetou a mortalidade intra-hospitalar nem a incidência de reinternações em UTI em estudo realizado no Brasil⁽⁵²⁾, enquanto o risco de readmissão foi significativamente menor para pacientes transferidos a uma unidade de cuidados intermediários em outro estudo⁽⁶²⁾.

O acompanhamento ou a consultoria após a alta por membros da equipe de terapia intensiva surgiu como uma das estratégias com potencial impacto positivo nos desfechos dos pacientes, como apontado por alguns dos estudos incluídos, apresentando diminuição no tempo de internação hospitalar⁽³¹⁾ e na taxa de readmissão em UTI^(31,47), no entanto, não houve consenso⁽¹³⁻¹⁴⁾. Corroborando esses achados, metanálise realizada em 2014 identificou que os programas de transição do cuidado focados no acompanhamento pós-alta da terapia intensiva foram associados à redução do risco de readmissão na UTI⁽⁶⁾. Os programas eram desenvolvidos por time de emergências médicas ou enfermeiras de ligação que realizavam seguimento e consultorias aos pacientes após a alta da UTI, mas nem sempre os membros da equipe tinham contato prévio com o paciente antes da alta. Aponta-se, dessa forma, uma necessidade de mais pesquisas buscando comprovar o real impacto dos programas e serviços de acompanhamento pós-alta da UTI.

A análise dos desfechos readmissão^(13-14,20,26,31-32,34-35,43,46-47,49-52) e óbito^(13-14,19-20,31-35,39,43,46,49,51-52) foi mais prevalente que outros desfechos analisados nos estudos incluídos, sendo que as taxas de mortalidade mostraram uma ampla variação (3 - 30%)^(19,46). Poucas pesquisas dedicaram-se a avaliar a ocorrência de outros desfechos adversos, porém, é importante salientar que nem todos os pacientes submetidos a um processo de transição do cuidado inadequado evoluem para óbito ou readmissão, mas ainda assim podem estar sujeitos a repercussões indesejadas com graves consequências, como a necessidade de mudança ou aumento no tempo de tratamento, aumento do tempo de internação, alguma incapacidade, aumento dos custos hospitalares e insatisfação do paciente⁽⁹⁾.

Estudo recente identificou que 21% dos pacientes que receberam alta evoluíram com deterioração pós-UTI, incluindo PCR, chamados do TRR e readmissão⁽⁶³⁾. Pacientes submetidos a transplante de pulmão e outras cirurgias torácicas, assim como idade avançada, aumento da gravidade da doença estimada pelo escore *Acute Physiology and Chronic Health Evaluation III* (APACHE III), bradicardia e níveis anormais de albumina na admissão na UTI e hipercalemia e alto nível de tempo de tromboplastina parcialmente ativada (TTPA) na alta da UTI, apresentaram maior risco independente de deterioração. Além desses fatores intrínsecos ao paciente, foi verificado que o paciente ter sido dado como pronto para a alta há menos de 48 horas foi fator independente de risco, o que pode indicar tempo insuficiente para o planejamento da transição do cuidado⁽⁶³⁾. Uma análise mais ampla dos desfechos adversos sofridos por falhas no processo de alta da UTI é fundamental, considerando o seu potencial impacto em resultados que repercutem na qualidade de vida dos pacientes e seus familiares.

Esta revisão de escopo apresenta como limitações o fato de os autores terem delimitado estudos primários publicados, ou seja, estudos de revisão e literatura cinzenta não foram incluídos, bem como houve restrição de idiomas. A heterogeneidade dos estudos incluídos, tanto em termos de metodologia quanto à diversidade dos resultados e de sua apresentação, limita a comparação entre os dados. Além disso, uma extração precisa e exaustiva dos dados pode não ter sido alcançada, visto o número e a pluralidade de resultados incluídos, embora tenha sido realizada por duas revisoras, com uso de uma ferramenta para conduzir sistematicamente a extração dos dados. A classificação do impacto das práticas, estratégias ou ferramentas como positivo ou negativo, embora tenha sido realizada pelas duas revisoras de forma independente, com posterior realização de consenso, é relativamente subjetiva, visto que muitos estudos não relatam resultados de forma clara, tornando difícil sua interpretação.

Uma série de práticas, estratégias e ferramentas foram levantadas como potenciais para auxiliar na coordenação do processo de alta, melhorando os resultados, por vezes desfavoráveis, de pacientes críticos com necessidades complexas de cuidados, mesmo após saírem do ambiente de terapia intensiva. Tais resultados reforçam a complexidade do processo de alta da UTI, em que inúmeros fatores estão envolvidos e apontam para pontos críticos passíveis de melhorias na transição do cuidado, sugerindo que a adoção de estratégias fragmentadas, envolvendo apenas parte de suas fases, provavelmente será mal sucedida.

Apesar disso, os resultados desta revisão indicam que não há consenso em relação aos fatores que

influenciam na transição do cuidado na alta da UTI, nem sobre as melhores práticas ou estratégias que possam ser efetivas, ou mesmo quanto às repercussões e desfechos ocasionados ao paciente-família, o que mostra uma ampla gama de temáticas a serem exploradas em busca de melhores evidências científicas a respeito do tema. Novos estudos devem abordar a discussão sobre as melhores estratégias, sem, no entanto, limitar-se a uma única prática, estratégia ou ferramenta, pois se trata de um processo complexo, que precisa abranger os diversos componentes e personagens envolvidos.

Conclusão

A presente revisão permitiu identificar componentes e mapear as práticas de transição do cuidado utilizadas na alta de pacientes adultos da UTI para a UI. Foram levantadas 30 práticas, estratégias e ferramentas utilizadas para a organização e execução do processo de transferência. Foram apontados fatores relacionados à UTI e à unidade de internação para a qual o paciente foi destinado, fatores transversais às unidades, às equipes envolvidas e à própria instituição, podendo estar associados a desfechos positivos ou negativos. Além disso, fatores intrínsecos ao paciente, tais como a presença de comorbidades e a gravidade no momento da admissão estavam associados a piores desfechos após a alta da UTI.

Práticas como a alta noturna ou em finais-de-semana mostraram associação com aumento nas taxas de readmissão e mortalidade. A revisão medicamentosa por farmacêutico e a adoção de sistemas de alerta para pacientes de risco na UI apresentaram uma tendência à redução de desfechos adversos como problemas relacionados a medicamentos, chamados do TRR e readmissão. Outras práticas são reconhecidas como potenciais preditoras ou protetoras para os desfechos após a alta da UTI, porém, não houve consenso na literatura.

Portanto, a associação da transição do cuidado com o desfecho do paciente após a transferência para a UI ainda é inconclusiva e novas pesquisas para avaliar o impacto das diferentes práticas, estratégias e ferramentas são necessárias. Surgem também novas oportunidades de pesquisas avaliando a implantação de tais práticas, isoladas e em conjunto, nos diferentes cenários de prática clínica, buscando identificar seu efeito na qualidade do processo de alta da terapia intensiva.

Além da relevância no campo da pesquisa, o presente estudo traz contribuições para provedores, pacientes e família, mostrando a necessidade de um processo de transição do cuidado mais amplo, com reformulação das

práticas, considerando a complexidade envolvida desde a internação do paciente na UTI até a sua estabilização na UI, para a qualidade do cuidado contínuo. A adoção de programas de transição do cuidado pode ser uma ferramenta de gestão eficaz para as instituições de saúde, reduzindo o tempo de permanência e melhorando a utilização dos recursos.

Referências

1. The Joint Commission International. Joint Commission Resources. Transitions of Care: The need for a more effective approach to continuing patient care. [Internet]. 2012 Jun [cited Jul 3, 2018]. Available from: https://www.jointcommission.org/assets/1/18/Hot_Topics_Transitions_of_Care.pdf
2. World Health Organization. Transitions of Care: Technical Series on Safer Primary Care. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016 [cited Jul 6, 2017]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252272/9789241511599-eng.pdf;jsessionid=F02F4867BC0581E4B21DE72B23FC0994?sequence=1>
3. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. Estratégias para a segurança do paciente: manual para profissionais da saúde. [Internet]. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2013 [Acesso 14 jul 2017]. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/10/Estrat%C3%A9gias-para-seguran%C3%A7a-do-paciente-manual-para-profissionais-da-sa%C3%BAde.pdf>
4. Stelfox HT, Lane D, Boyd JM, Taylor S, Perrier L, Straus S, et al. A scoping review of patient discharge from intensive care: opportunities and tools to improve care. *Chest*. 2015 Feb;147(2):317-27. doi: 10.1378/chest.13-2965
5. Guest M. Patient transfer from the intensive care unit to a general ward. *Nurs Stand*. 2017 Nov 1;32(10):45-51. doi: 10.7748/ns.2017.e10670
6. Niven DJ, Bastos JF, Stelfox HT. Critical care transition programs and the risk of readmission or death after discharge from an ICU: a systematic review and meta-analysis. *Crit Care Med*. 2014 Jan;42(1):179-87. doi: 10.1097/CCM.0b013e3182a272c0
7. van Sluisveld N, Hesselink G, van der Hoeven JG, Westert G, Wollersheim H, Zegers M. Improving clinical handover between intensive care unit and general ward professionals at intensive care unit discharge. *Intensive Care Med*. 2015 Apr;41(4):589-604. doi: 10.1007/s00134-015-3666-8
8. Gotur DB, Masud F, Paraniyam J, Zimmerman JL. Analysis of Rothman Index Data to Predict Postdischarge Adverse Events in a Medical Intensive Care Unit. *J Intensive Care Med*. 2018 May 2;1-5. doi: 10.1177/0885066618770128
9. Williams TA, Leslie GD, Elliott N, Brearley L, Dobb GJ. Introduction of discharge plan to reduce adverse events within 72 hours of discharge from the ICU. *J Nurs Care Qual*. 2010 Jan-Mar;25(1):73-9. doi: 10.1097/NCQ.0b013e3181b0e490
10. Chaboyer BW, Thalib L, Foster M, Ball C, Richards B. Predictors of adverse events in patients after discharge from the intensive care unit. *Am J Crit Care*. [Internet]. 2008 May [cited Jul 9, 2017];17(3):255-64. Available from: <http://ajcc.aacnjournals.org/content/17/3/255.full.pdf+html>
11. Elliott M, Page K, Worrall-Carter L. Factors associated with post-intensive care unit adverse events: a clinical validation study. *Nurs Crit Care*. 2014 Sep;19(5):228-35. doi: 10.1111/nicc.12091
12. Jo YS, Lee YJ, Park JS, Yoon II H, Lee JH, Lee C-T, et al. Readmission to medical intensive care units: risk factors and prediction. *Yonsei Med J*. 2015 Mar 1;56(2):543-9. doi: 10.3349/ymj.2015.56.2.543
13. Stelfox HT, Bastos J, Niven DJ, Bagshaw SM, Turin TC, Gao S. Critical care transition programs and the risk of readmission or death after discharge from ICU. *Intensive Care Med*. 2016 Mar;42(3):401-10. doi: 10.1007/s00134-015-4173-7
14. van Sluisveld N, Bakhshi-Raiez F, de Keizer N, Holman R, Wester G, Wollersheim H, et al. Variation in rates of ICU readmissions and post-ICU in-hospital mortality and their association with ICU discharge practices. *BMC Health Serv Res*. 2017 Apr 17;17(281):1-9. doi: 10.1186/s12913-017-2234-z
15. Lin F, Chaboyer W, Wallis M. A literature review of organisational, individual and teamwork factors contributing to the ICU discharge process. *Aust Crit Care*. 2009 Feb;22(1):29-43. doi: 10.1016/j.aucc.2008.11.001
16. Peters MDJ, Godfrey CM, Khalil H, McInerney P, Parker D, Soares CB. Guidance for conducting systematic scoping reviews. *Int J Evid Based Healthc*. 2015 Sep;13(3):141-6. doi: 10.1097/XEB.0000000000000050
17. Peters M, Godfrey CM, McInerney P, Baldini Soares C, Khalil H, Parker D. Scoping Reviews. In: Aromataris E, Munn Z, eds. *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. [Internet]. 2017 [cited May 24, 2019]. Available from: <https://wiki.joannabriggs.org/display/MANUAL/Chapter+11%3A+Scoping+reviews>
18. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med*. 2009 Jul 21;6(7):1-6. doi: 10.1371/journal.pmed.1000097
19. Moreira HE, Verga F, Barbato M, Burghi G. Prognostic impact of the time of admission and discharge from the intensive care unit. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2017 Mar;29(1):63-9. doi: 10.5935/0103-507x.20170010

20. Santamaria JD, Duke GJ, Pilcher DV, Cooper DJ, Moran J, Bellomo R. Readmissions to intensive care: a prospective multicenter study in Australia and New Zealand. *Crit Care Med*. 2017 Feb;45(2):290-7. doi: 10.1097/CCM.0000000000002066
21. Ofoma UR, Dong Y, Gajic O, Pickering BW. A qualitative exploration of the discharge process and factors predisposing to readmissions to the intensive care unit. *BMC Health Serv Res*. 2018 Jan 5;18(6):1-9. doi: 10.1186/s12913-017-2821-z
22. Li P, Boyd JM, Ghali WA, Stelfox HT. Stakeholder views regarding patient discharge from intensive care: suboptimal quality and opportunities for improvement. *Can Respir J*. 2015 Mar-Apr;22(2):109-18. doi: 10.1155/2015/457431
23. Graan SM, Botti M, Wood B, Redley B. Nursing handover from ICU to cardiac ward: standardised tools to reduce safety risks. *Aust Crit Care*. 2016 Aug;29(3):165-71. doi: 10.1016/j.aucc.2015.09.002
24. Stelfox HT, Leigh JP, Dodek PM, Turgeon AF, Forster AJ, Lamontagne F, et al. A multi-center prospective cohort study of patient transfers from the intensive care unit to the hospital ward. *Intensive Care Med*. 2017 Oct;43(10):1485-94. doi: 10.1007/s00134-017-4910-1
25. van Sluisveld N, Oerlemans A, Westert G, van der Hoeven JG, Wollersheim Hub, Zegers M. Barriers and facilitators to improve safety and efficiency of the ICU discharge process: a mixed methods study. *BMC Health Serv Res*. 2017 Apr 4;17(251):1-12. doi: 10.1186/s12913-017-2139-x
26. Coon EA, Kramer NM, Fabris RR, Burkholder DB, Klaas JP, Graff-Radford J, et al. Structured handoff checklists improve clinical measures in patients discharged from the neurointensive care unit. *Neurol Clin Pract*. 2015 Feb;5(1):42-9. doi: 10.1212/CPJ.0000000000000094
27. de Grood C, Leigh JP, Bagshaw SM, Dodek PM, Fowler RA, Forster AJ, et al. Patient, family and provider experiences with transfers from intensive care unit to hospital ward: a multicentre qualitative study. *CMAJ*. 2018 Jun 4;190(22):669-76. doi: 10.1503/cmaj.170588
28. Cognet S, Coyer F. Discharge practices for the intensive care patient: a qualitative exploration in the general ward setting. *Intensive Crit Care Nurs*. 2014 Oct;30(5):292-300. doi: 10.1016/j.iccn.2014.04.004
29. Häggström M, Bäckström B. Organizing safe transitions from Intensive Care. *Nurs Res Pract*. 2014 Mar 24;2014:1-11. doi: 10.1155/2014/175314
30. Häggström M, Fjellner C, Öhman M, Holmström MR. Ward visits- one essential step in intensive care follow-up. An interview study with critical care nurses' and ward nurses'. *Intensive Crit Care Nurs*. 2018 Dec;49:21-7. doi: 10.1016/j.iccn.2018.08.011
31. Kheir F, Shawwa K, Nguyen D, Alraiyes AH, Simeone F, Nielsen ND. A 24-hour Postintensive Care Unit transition-of-care model shortens hospital stay. *J Intensive Care Med*. 2016 Oct 1;31(9):597-602. doi: 10.1177/0885066615569701
32. Azevedo LCP, de Souza IA, Zygun DA, Stelfox HT, Bagshaw SM. Association between nighttime discharge from the Intensive Care Unit and hospital mortality: a multi-center retrospective cohort study. *BMC Health Serv Res*. 2015 Sep 14;15(378):1-9. doi: 10.1186/s12913-015-1044-4
33. Santamaria JD, Duke GJ, Pilcher DV, Cooper DJ, Moran J, Bellomo R, et al. The timing of discharge from the intensive care unit and subsequent mortality. A prospective, multicenter study. *Am J Respir Crit Care Med*. 2015 May 1;191(9):1033-9. doi: 10.1164/rccm.201412-2208OC
34. Wood SD, Coster S, Norman I. Comparing the monitoring of patients transferred from a critical care unit to hospital wards at after-hours with day transfers: an exploratory, prospective cohort study. *J Adv Nurs*. 2014 Dec;70(12):2757-66. doi: 10.1111/jan.12410
35. Gantner D, Farley K, Bailey M, Huckson S, Hicks P, Pilcher D. Mortality related to after-hours discharge from intensive care in Australia and New Zealand, 2005-2012. *Intensive Care Med*. 2014 Oct;40(10):1528-35. doi: 10.1007/s00134-014-3438-x
36. Brown KN, Leigh JP, Kamran H, Bagshaw SM, Fowler RA, Dodek PM, et al. Transfers from intensive care unit to hospital ward: a multicentre textual analysis of physician progress notes. *Crit Care*. 2018 Jan 28;22(19):1-8. doi: 10.1186/s13054-018-1941-0
37. Enger R, Andershed B. Nurses' experience of the transfer of ICU patients to general wards: a great responsibility and a huge challenge. *J Clin Nurs*. 2018 Jan;27(1-2):e186-94. doi: 10.1111/jocn.13911
38. Rosenberg A, Britton MC, Feder S, Mingos K, Hodshon B, Chaudhry SI, et al. A taxonomy and cultural analysis of intra-hospital patient transfers. *Res Nurs Health*. 2018 Aug;41(4):378-88. doi: 10.1002/nur.21875
39. Bose S, Johnson AEW, Moskowitz A, Celi LA, Raffa JD. Impact of intensive care unit discharge delays on patient outcomes: a retrospective cohort study. *J Intensive Care Med*. 2019 Nov 1;34(11-12):1-6. doi: 10.1177/0885066618800276
40. Tiruvoipati R, Botha J, Fletcher J, Gangopadhyay H, Majumdar M, Vij S, et al. Intensive care discharge delay is associated with increased hospital length of stay: a multicentre prospective observational study. *PLoS One*. 2017 Jul 27;12(7):1-13. doi: 10.1371/journal.pone.0181827
41. Boyd JM, Roberts DJ, Leigh JP, Stelfox HT. Administrator perspectives on ICU-to-ward transfers

- and content contained in existing transfer tools: a cross-sectional survey. *J Gen Intern Med.* 2018 Oct;33(10):1738-45. doi: 10.1007/s11606-018-4590-8
42. Häggström M, Asplund K, Kristiansen L. Important quality aspects in the transfer process. *Int J Health Care Qual Assur.* 2014 Mar 3;27(2):123-39. doi: 10.1108/IJHCQA-09-2012-0090
43. Hoffman RL, Saucier J, Dasani S, Collins T, Holena DN, Fitzpatrick M, et al. Development and implementation of a risk identification tool to facilitate critical care transitions for high-risk surgical patients. *Int J Qual Heal Care.* 2017 Jun;29(3):412-9. doi: 10.1093/intqhc/mzx032
44. Yun SH, Oh EG, Yoo YS, Kim SS, Jang YS. Development and Effects of a Transition Nursing Program for Patients and Family Caregivers at a Neurological ICU in Korea. *Clin Nurs Res.* 2017 Jan 1;26(1):27-46. doi: 10.1177/1054773815616973
45. Bench SD, Heelas K, White C, Griffiths P. Providing critical care patients with a personalised discharge summary: a questionnaire survey and retrospective analysis exploring feasibility and effectiveness. *Intensive Crit Care Nurs.* 2014 Apr;30(2):69-76. doi: 10.1016/j.iccn.2013.08.007
46. Alberto L, Zotárez H, Cañete TA, Niklas JEB, Enriquez JM, Gerónimo MR, et al. A description of the ICU liaison nurse role in Argentina. *Intensive Crit Care Nurs.* 2014 Feb;30(1):31-7. doi: 10.1016/j.iccn.2013.07.001
47. Choi S, Lee J, Shin Y, Lee J, Jung J, Han M, et al. Effects of a medical emergency team follow-up programme on patients discharged from the medical intensive care unit to the general ward: a single-centre experience. *J Eval Clin Pract.* 2016 Jun;22(3):356-62. doi: 10.1111/jep.12485
48. Bench S, Day T, Heelas K, Hopkins P, White C, Griffiths P. Evaluating the feasibility and effectiveness of a critical care discharge information pack for patients and their families: a pilot cluster randomised controlled trial. *BMJ Open.* 2015 Nov;5(11):1-11. doi: 10.1136/bmjopen-2014-006852
49. Heselmans A, van Krieken J, Cootjans S, Nagels K, Filliers, Dillen K, et al. Medication review by a clinical pharmacist at the transfer point from ICU to ward: a randomized controlled trial. *J Clin Pharm Ther.* 2015 Oct;40(5):578-83. doi: 10.1111/jcpt.12314
50. Ofoma UR, Chandra S, Kashyap R, Herasevich V, Ahmed A, Gajic O, et al. Findings from the implementation of a validated readmission predictive tool in the discharge workflow of a medical intensive care unit. *Ann Am Thorac Soc.* 2014 Jun 1;11(5):737-43. doi: 10.1513/AnnalsATS.201312-436OC
51. Al-Jaghbeer MJ, Tekwani SS, Gunn SR, Kahn JM. Incidence and etiology of potentially preventable ICU readmissions. *Crit Care Med.* 2016 Sep;44(9):1704-9. doi: 10.1097/CCM.0000000000001746
52. Correa TD, Ponzoni CR, Rabelo R Filho, Serpa A Neto, Chaves RCF, Pardini A, et al. Nighttime intensive care unit discharge and outcomes: a propensity matched retrospective cohort study. *PLoS One.* 2018 Dec 13;13(12):1-13. doi: 10.1371/journal.pone.0207268
53. Katsiari M, Ntorlis K, Mathas C, Nikolaou C. Predictors of Adverse Outcome Early After ICU Discharge. *Int J Crit Care Emerg Med.* 2018 Jan 7;5(1):1-6. doi: 10.23937/2474-3674/1510065
54. Araujo TG, Rieder MM, Kutchak FM, Franco JW Filho. Readmissions and deaths following ICU discharge: a challenge for intensive care. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2013 Mar 1;25(1):32-8. doi: 10.1590/S0103-507X2013000100007
55. Piper GL, Kaplan LJ, Maung AA, Lui FY, Barre K, Davis KA. Using the Rothman index to predict early unplanned surgical intensive care unit readmissions. *J Trauma Acute Care Surg.* 2014 Jul;77(1):78-82. doi: 10.1097/TA.0000000000000265
56. Uppanisakorn S, Bhurayanontachai R, Boonyarat J, Kaewpradit J. National Early Warning Score (NEWS) at ICU discharge can predict early clinical deterioration after ICU transfer. *J Crit Care.* 2018 Feb;43:225-9. doi: 10.1016/j.jcrc.2017.09.008
57. Benham-Hutchins MM, Effken JA. Multi-professional patterns and methods of communication during patient handoffs. *Int J Med Inform.* 2010 Apr;79(4):252-67. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2009.12.005
58. Alves M, Melo CL. Transferência de cuidado na perspectiva de profissionais de enfermagem de um pronto-socorro. *Rev Min Enferm.* 2019;23:e-1194. doi: 10.5935/1415-2762.20190042
59. Burke RE, Kripalani S, Vasilevskis EE, Schnipper JL. Moving beyond readmission penalties: creating an ideal process to improve transitional care. *J Hosp Med.* 2013 Feb;8(2):102-9. doi: 10.1002/jhm.1990
60. Snow V, Beck D, Budnitz T, Miller DC, Potter J, Wears RL, et al. Transitions of Care Consensus Policy Statement American College of Physicians-Society of General Internal Medicine-Society of Hospital Medicine-American Geriatrics Society-American College of Emergency Physicians-Society of Academic Emergency Medicine. *J Gen Intern Med.* 2009 Aug;24(8):971-6. doi: 10.1007/s11606-009-0969-x
61. Bosma LBE, Hunfeld NGM, Quax RAM, Meuwese E, Melief PHGJ, van Bommel J, et al. The effect of a medication reconciliation program in two intensive care units in the Netherlands: a prospective intervention study with a before and after design. *Ann Intensive*

Care. 2018 Feb 7;8(19):1-13. doi: 10.1186/s13613-018-0361-2

62. Badawi O, Breslow MJ. Readmissions and death after ICU discharge: development and validation of two predictive models. PLoS One. 2012 Nov 7;7(11):1-15. doi: 10.1371/journal.pone.0048758

63. Ng YH, Pilcher DV, Bailey M, Bain CA, MacManus C, Bucknall TK. Predicting medical emergency team calls, cardiac arrest calls and re-admission after intensive care discharge: creation of a tool to identify at-risk patients. Anaesth Intensive Care. 2018;46(1):88-96. doi: 10.1177/0310057X1804600113

Recebido: 27.10.2019

Aceito: 07.04.2020

Editora Associada:
Maria Lúcia Zanetti

Copyright © 2020 Revista Latino-Americana de Enfermagem
Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

Autor correspondente:

Michele Elisa Weschenfelder Hervé

E-mail: mweschfelder@hcpa.edu.br

 <https://orcid.org/0000-0002-5622-7680>