

Estratégias de transição de cuidados nos países latino-americanos: uma revisão integrativa

Care transition strategies in Latin American countries: an integrative review

Estrategias de transición de cuidados en los países latinoamericanos: una revisión integrativa



Maria Alice Dias da Silva Lima^a
 Ana Maria Müller de Magalhães^a
 Nelly Donszelmann Oelke^b
 Giselda Quintana Marques^c
 Elisiane Lorenzini^d
 Luciana Andressa Feil Weber^a
 Iris Fan^b

Como citar este artigo:

Lima MADS, Magalhães AMM, Oelke ND, Marques GQ, Lorenzini E, Weber LAF, et al. Estratégias de transição de cuidados nos países latino-americanos: uma revisão integrativa. Rev Gaúcha Enferm. 2018;39:e20180119. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180119>.

RESUMO

Objetivo: Identificar a literatura disponível sobre estratégias de transição do cuidado entre níveis de atenção à saúde em países da América Latina.

Métodos: Revisão integrativa da literatura que incluiu estudos indexados nas bases de dados PubMed, LILACS, Web of Science Core Collection, CINAHL, SCOPUS e Scientific Electronic Library Online (SciELO), publicados em português, espanhol ou inglês, entre 2010 e 2017.

Resultados: Onze artigos foram selecionados e as estratégias foram agrupadas em componentes da transição do cuidado: planejamento de alta, planejamento antecipado de cuidados, educação do paciente e promoção do autogerenciamento, segurança da medicação, comunicação completa das informações e acompanhamento ambulatorial. Essas estratégias foram realizadas por membros da equipe multidisciplinar, nas quais enfermeiros desempenham um papel de liderança na promoção de transições de cuidados seguras.

Conclusões: As atividades de transição do cuidado geralmente são iniciadas muito próximas da alta do paciente, isso difere das recomendações de programas e modelos de transição de cuidados, que sugerem a implementação de estratégias de transição de cuidado desde o momento da admissão até a alta.

Palavras-chave: Continuidade da assistência ao paciente. Transferência de pacientes. Educação em saúde. Alta do paciente. Readmissão do paciente.

ABSTRACT

Objective: To identify and analyze available literature on care transition strategies in Latin American countries.

Methods: Integrative literature review that included studies indexed in PubMed, LILACS, Web of Science Core Collection, CINAHL, SCOPUS databases, and the Scientific Electronic Library Online (SciELO), published in Portuguese, Spanish or English, between 2010 and 2017.

Results: Eleven articles were selected and the strategies were grouped into components of care transition: discharge planning, advanced care planning, patient education and promotion of self-management, medication safety, complete communication of information, and outpatient follow-up. These strategies were carried out by multidisciplinary team members, in which nurses play a leading role in promoting safe care transitions.

Conclusions: Care transition activities are generally initiated very close to patient discharge, this differs from recommendations of care transition programs and models, which suggest implementing care transition strategies from the time of admission until discharge.

Keywords: Continuity of patient care. Patient transfer. Health education. Discharge planning. Patient readmission.

RESUMEN

Objetivo: Identificar la literatura disponible sobre estrategias de transición del cuidado entre niveles de atención a la salud en países de América Latina.

Métodos: Revisión integradora que incluyó estudios indexados en las bases de datos PubMed, LILACS, Web of Science Core Collection, CINAHL, Scopus y Scientific Electronic Library Online (SciELO), publicado en portugués, español o inglés, entre 2010 y 2017.

Resultados: Se seleccionaron once artículos y las estrategias fueron agrupadas en componentes de la transición del cuidado: planificación de alta, planificación anticipada de cuidados, educación del paciente y promoción de la autogestión, seguridad de la medicación, comunicación completa de las informaciones y acompañamiento ambulatorial. Estas estrategias fueron realizadas por miembros del equipo multidisciplinario, en los que las enfermeras desempeñan un papel de liderazgo en la promoción de transiciones de cuidados seguras.

Conclusión: Las actividades de transición del cuidado generalmente se inician muy cerca del alta del paciente, esto difiere de las recomendaciones de programas y modelos de transición de cuidados, que sugieren la implementación de estrategias de transición del cuidado desde el momento de la admisión hasta la alta.

Palabras clave: Continuidad de la atención al paciente. Transferencia de pacientes. Educación en salud. Alta del paciente. Readmisión del paciente.

^a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

^b University of British Columbia (UBC), Okanagan Campus, School of Nursing. Kelowna, Canada.

^c Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

^d Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Escola de Enfermagem, Núcleo de Estudos sobre Gestão em Enfermagem (NEGE), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

■ INTRODUÇÃO

Os serviços de saúde e a integração de redes de saúde são desafiadores quando se procura uma atenção à saúde de mais qualidade e um uso de recursos mais eficiente. Serviços integrados de saúde são administrados e oferecidos para garantir promoção à saúde, prevenção de doenças, diagnósticos, tratamentos, gestão de cuidados, reabilitação e cuidados paliativos à população a qualquer momento, nos diferentes níveis e contextos do cuidado⁽¹⁾. Ainda que não haja um modelo único para apoiar a integração de sistemas de saúde, dez princípios universais foram identificados, incluindo o foco em serviços coordenados e cooperativos em todos os níveis do cuidado, do primário ao terciário⁽²⁾. No que diz respeito aos usuários, o foco nos pacientes e na integralidade dos serviços de saúde são prioridades para se adequar o cuidado às necessidades da população⁽³⁾.

A transição do cuidado é um dos domínios relacionados aos princípios da integração dos sistemas de saúde⁽⁴⁾. Ela é definida como um grupo de ações planejadas para garantir a coordenação segura e a continuidade do cuidado quando pacientes passam por uma mudança em sua situação de saúde ou precisam ser transferidos de uma localização a outra no mesmo serviço, ou mesmo entre diferentes níveis do cuidado à saúde⁽⁵⁾. A transição do cuidado é uma estratégia que tem impacto na redução de internações hospitalares e na diminuição das reinternações causadas por complicações⁽⁶⁾. Essa estratégia ajuda a reduzir o custo de serviços de saúde⁽⁷⁾ e aumenta a qualidade de vida de pacientes e suas famílias, especialmente em um contexto de avanços terapêuticos e tecnológicos constantes, e em termos de tratamento dos pacientes e da longevidade de pessoas com comorbidades múltiplas⁽⁸⁾.

Administradores hospitalares e profissionais de saúde constantemente precisam implementar estratégias de transição de cuidado para prevenir eventos adversos, visitas de retorno a setores de emergência e reinternações a menos de 30 dias da alta. Ainda assim, há pouca informação disponível sobre transições de cuidado eficientes para pacientes e suas famílias. Essa abordagem continua sendo pouco usada, particularmente no que diz respeito ao planejamento de alta do hospital para casa, gerando fragmentação no cuidado pós-alta⁽⁶⁾. A coordenação da transição do cuidado é especialmente importante para pacientes com diversas necessidades de saúde e comorbidades múltiplas, que frequentemente dependem de tecnologias e dispositivos para a continuidade do cuidado em suas casas ou outros contextos de cuidado, precisando de profissionais treinados e recursos de apoio no momento da alta.

Na literatura internacional, há modelos e programas para oferecer orientações e aprimorar práticas de cuidado, procurando conseguir transições mais seguras. Entre os profissionais das equipes multidisciplinares, os enfermeiros têm um papel primordial na transição do cuidado. O planejamento da alta, que leva em consideração possíveis limitações do paciente, a comunicação com profissionais da atenção primária, educação e instruções para uso de medicações em casa, o monitoramento por meio de visitas domiciliares ou telefone, e o uso de enfermeiras virtuais por meio de comunicação online são algumas das atividades que geraram resultados positivos no que diz respeito a transições seguras⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Tem havido um aumento na literatura internacional quanto às transições de cuidado do hospital à casa feitas por enfermeiros nos últimos cinco anos, especialmente em países da América do Norte, Europa, e na China. Apesar da crescente importância dessa questão, há poucas pesquisas a respeito no Brasil e na América Latina⁽¹¹⁾. Sendo assim, o objetivo deste estudo é identificar e analisar a literatura disponível a respeito das estratégias de transição do cuidado nos países da América Latina.

■ MÉTODOS

A metodologia da revisão integrativa da literatura permite que se faça uma síntese dos resultados de estudos específicos a respeito de um tópico. A revisão foi estruturada nas seguintes etapas: identificação do problema, pesquisa na literatura, avaliação dos dados, análise dos dados, e síntese dos dados extraídos dos estudos⁽¹²⁾. A questão norteadora foi: qual a literatura disponível sobre estratégias de transição do cuidado em países latino americanos?

Os estudos foram selecionados por meio de pesquisa eletrônica nas seguintes bases de dados: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (PubMed/MEDLINE), *Latin American and Caribbean Center in Health Sciences Information* (LILACS), *Web of Science Core Collection, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), SCOPUS, and *Scientific Electronic Library Online* (SciELO).

Os descritores usados na estratégia de pesquisa foram extraídos do Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e do Medical Subject Headings (MeSH), nas seguintes combinações: 1) ("discharge planning" OR "patient discharge" OR "patient transfer" OR "care transition" OR "transition of care" OR "transitional care") AND "medication reconciliation"; 2) "patient education" AND "continuity of care"; 3) ("continuity of care" OR "care transition" OR "transition of care" OR "transitional care") AND "patient education"; 4) ("continuity of care" OR "care transition" OR "transition of

care" OR "transitional care") AND ("readmission" OR "patient readmission" OR "hospital readmission"); 5) ("patient education" AND communication) AND ("continuity of care" OR "care transition" OR "transition of care" OR "transitional care"); 6) "patient education" AND communication AND "patient care team".

Estavam de acordo com os critérios de inclusão artigos que se encontravam nas bases de dados selecionadas em toda sua extensão, haviam sido publicados de janeiro de 2010 a dezembro de 2017, em português, inglês e espanhol, e ofereciam informações a respeito de estratégias relacionadas à transição do cuidado entre diferentes níveis de atenção em países latino americanos. Os critérios de exclusão foram: artigos teóricos; editoriais;

revisões sistemáticas, narrativas e integrativas; e relatos de experiência.

A coleta de dados aconteceu de janeiro a abril de 2017 e foi atualizada em março de 2018. Um total de 1.835 artigos foi identificado. Para seleção dos estudos, títulos e resumos foram lidos e analisados. Em casos de incerteza, a equipe de pesquisa discutia e decidia pela inclusão ou exclusão do artigo. Depois da remoção de duplicatas, os títulos e resumos de 1.321 publicações foram lidos, dos quais 14 foram considerados elegíveis e verificados. Depois de uma leitura completa dos textos, outros três trabalhos foram removidos por não se enquadrarem nos critérios de inclusão. O fluxograma na Figura 1 mostra o processo de identificação, seleção e inclusão dos estudos primários.

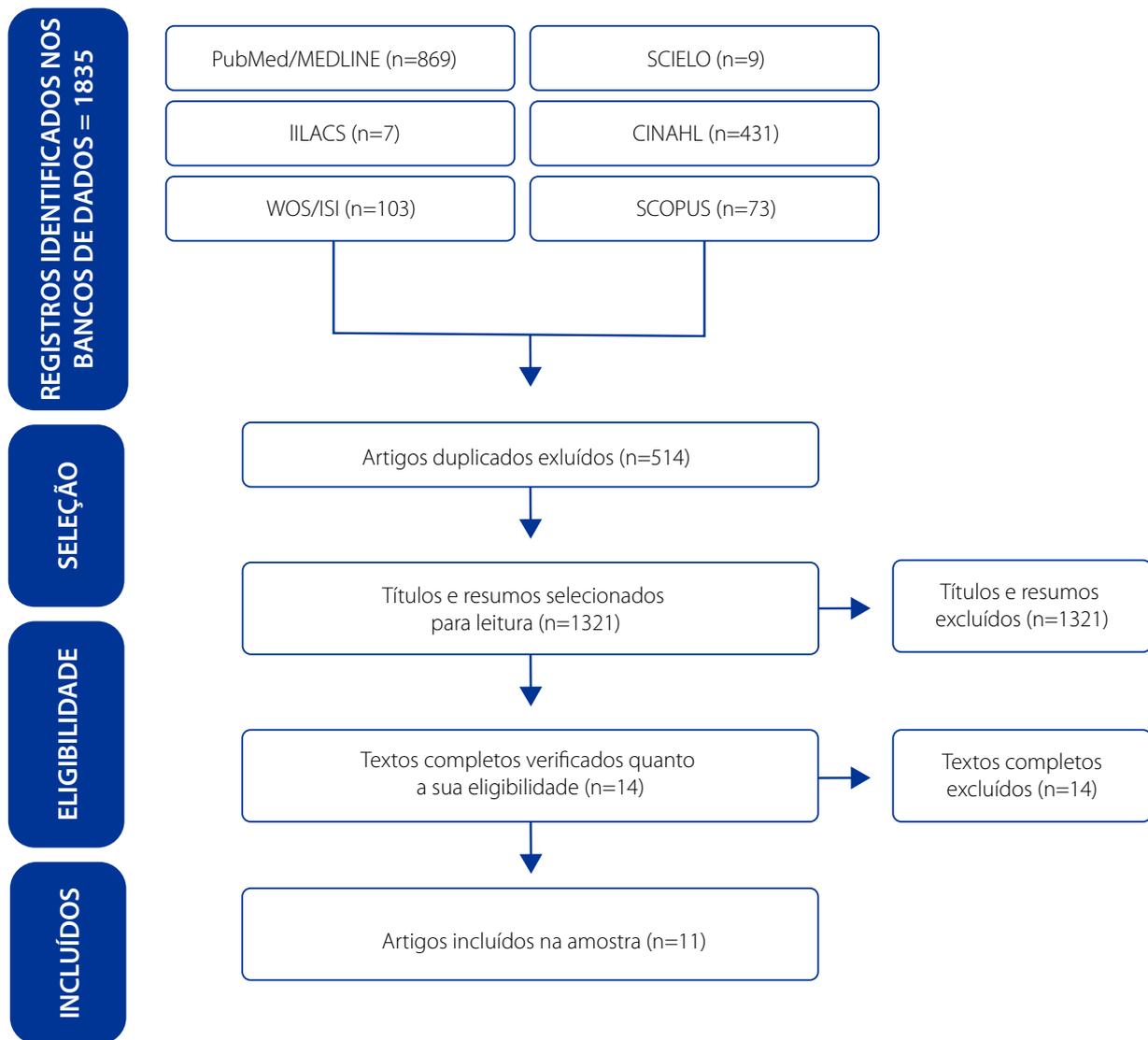


Figura 1 - Fluxograma da coleta de dados e seleção dos estudos que fizeram parte da amostra.

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Para extrair os dados dos artigos incluídos na amostra, criamos e usamos um instrumento que continha informação sobre os autores, títulos, periódicos, ano de publicação, objetivos, métodos, identificação dos componentes de transição do cuidado, conclusões, limitações dos estudos, e recomendações.

Os artigos foram classificados segundo os Níveis de Evidência de Efetividade do Instituto Joanna Briggs. Nível 1 - Delineamentos Experimentais; Nível 2 - Delineamentos Quase-experimentais; Nível 3 - Delineamentos Analítico-observacionais; Nível 4 - Estudos Descritivo-observacionais; Nível 5 - Opiniões de Experts e Pesquisas Laboratoriais⁽¹³⁾.

Para análise dos dados, as estratégias de transição de cuidado foram agrupadas por similaridade e então resumidas com base nos componentes chave propostos para transições de cuidado ideais⁽¹⁴⁾: planejamento de alta (PA); planejamento antecipado de cuidados (PAC); educação do paciente e promoção de autogerenciamento (EPPA); se-

gurança das medicações (SM); comunicação completa de informações (CCI); acompanhamento ambulatorial (AAM).

■ RESULTADOS

A amostra final foi composta por 11 publicações que descreviam estratégias para a transição do cuidado dos pacientes entre diferentes níveis da atenção em países Latino Americanos. O Quadro 1 mostra os artigos que compuseram a amostra analisada neste estudo. Dois artigos foram publicados em 2017, três em 2016, quatro em 2015 e dois em 2014. Três artigos estavam disponíveis em português, quatro em português e inglês, quatro em inglês, e um em espanhol. Os estudos foram conduzidos predominantemente em contexto brasileiro (oito), colombiano (dois) e mexicano (um). Quanto ao nível de evidência das publicações, dois artigos tinham nível 1, um tinha nível 2, um tinha nível 3 e sete, nível 4.

Autores e Ano de Publicação	País, Idioma, Nível de Evidência	Objetivo	Método, Contexto e Amostra	Estratégias de Transição de Cuidado
Góes FGB, Cabral IE, 2017 ⁽¹⁵⁾	Brasil Português Inglês Nível 4	Analisar e compreender o discurso dos profissionais de saúde e famílias sobre o processo de alta de crianças com necessidade de cuidados especiais.	Pesquisa Qualitativa Um Hospital Pediátrico Público e de Ensino do Rio de Janeiro 10 crianças com necessidade de cuidados especiais, 6 profissionais e 11 familiares	Educação em saúde para pacientes/famílias baseada em necessidades individuais (EPPA); engajamento de familiares no cuidado do paciente/criança durante a hospitalização (EPPA); uso do método de feedback para verificar a compreensão das instruções dadas (EPPA).
Ferreira EB et al., 2017 ⁽¹⁶⁾	Brasil Português Inglês Nível 4	Monitorar os efeitos adversos da quimioterapia antineoplásica em pacientes em tratamento ambulatorial e monitoramento por telefone como estratégia de conforto.	Estudo longitudinal, prospectivo e quantitativo-qualitativo Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON). Um total de 21 pacientes, de 30 a 78 anos	O monitoramento telefônico durante o tratamento aumenta a relação de confiança e dá aos pacientes a oportunidade de esclarecer perguntas/dúvidas (AAM); consultas de enfermagem foram conduzidas por telefone durante a quimioterapia para monitorar os sinais e sintomas de pacientes relacionados a efeitos adversos da quimioterapia (AAM) e (EPPA).

Figueiredo TP et al., 2016 ⁽¹⁷⁾	Brasil Português Nível 3	Analisar as instruções dadas na alta, descritas nos encaminhamentos farmacoterapêuticos e no perfil de pacientes no contato pós-alta.	Estudo retrospectivo de coorte Hospital de Clínicas Público, Belo Horizonte, Brasil 135 pacientes antes da alta hospitalar e 65 em monitoramento pós-alta	Monitoramento ambulatorial do paciente na unidade primária de saúde (AAM); planejamento do cuidado durante a alta (PA); educação do paciente e promoção de auto-administração do medicamento (EPPA) e (SM); envio da informação de pacientes para a equipe de atenção à saúde da unidade primária de saúde (CCI).
Lima LF et al., 2016 ⁽¹⁸⁾	Brasil Português Inglês Nível 4	Descrever e analisar instruções farmacêuticas fornecidas durante a alta de pacientes pós-transplante.	Estudo transversal, descritivo e retrospectivo Hospital Universitário Walter Cantídio, Fortaleza, Brasil 74 pacientes	Planejamento de alta (PA) e educação de saúde focada no autogerenciamento e na dieta, promovida por equipes multiprofissionais (EPPA); ações educativas buscando o uso seguro dos medicamentos (SM); oferecer aos pacientes uma orientação farmacêutica anterior à alta na ala clínica (EPPA) e monitoramento ambulatorial (AAM).
Oliveira PR et al., 2016 ⁽¹⁹⁾	Brasil Inglês Nível 4	Descrever o processo de implementação e os resultados preliminares de um programa de terapia antimicrobiana parenteral ambulatorial (TAPA) para tratar infecções ortopédicas em um serviço público de saúde em São Paulo, Brasil.	Estudo descritivo Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil 450 profissionais da saúde básica, 116 pacientes que receberam alta para TAPA.	Monitoramento de pacientes em unidades básicas de saúde (AAM); atividades de educação em saúde com foco em cateteres venosos centrais (EPPA); planejamento de alta baseado numa verificação de condições de saúde, capacidade cognitiva e apoio social para se chegar às unidades de tratamento (PA); um protocolo incluindo planos detalhados de tratamento foi usado como ferramenta de comunicação entre hospitais e instalações de saúde básica (CCI).

<p>Hernandez AMT, 2015⁽²⁰⁾</p>	<p>México Espanhol Nível 4</p>	<p>Formular um plano de cuidado individualizado, especializado e abrangente, baseado no modelo de cuidado Virginia Henderson, durante a alta e o monitoramento domiciliar para um aluno de pré-escola com mudanças funcionais e morfológicas no coração.</p>	<p>Estudo de caso Instituto Nacional de Cardiologia Ignacio Chávez, México 1 paciente pediátrico e sua família</p>	<p>Monitoramento por meio de visitas domiciliares (AAM); instruções sobre uso seguro de medicamentos (SM); educação do paciente e do cuidador (EPPA).</p>
<p>Carmo TM et al., 2015⁽²¹⁾</p>	<p>Brasil Inglês Nível 1</p>	<p>Avaliar a viabilidade de intervenções psicológicas e cuidado paliativo para pacientes com câncer avançado.</p>	<p>Estudo randomizado de fase II, não cego, com dois grupos de intervenção e um de controle Clínicas oncológicas do Hospital do Câncer de Barretos, São Paulo, Brasil 150 pacientes</p>	<p>Planejamento antecipado por equipes multidisciplinares (PAC); intervenções educacionais e psicológicas para oferecer apoio a famílias e pacientes (EPPA).</p>
<p>Aristizábal D et al., 2015⁽²²⁾</p>	<p>Colômbia Inglês Nível 2</p>	<p>Avaliar os efeitos de um programa de cuidado desenhado de acordo com um modelo abrangente de cuidado ambulatorial (MACA) na aparição de novos eventos cardiovasculares/ coronários em pacientes com síndrome coronariana aguda.</p>	<p>Estudo de intervenção quasi-experimental Cardiovic Clinic Medellín, Colômbia 442 pacientes</p>	<p>Plano de monitoramento e tratamento por telefone pós-alta (AAM); educação do paciente (EPPA) e uso do método do feedback para verificar a compreensão do uso seguro das medicações (SM).</p>
<p>Becerra-Camargo J et al., 2015⁽²³⁾</p>	<p>Colômbia Inglês Nível 1</p>	<p>Medir o impacto de eventos adversos de medicamentos sendo usados pelo paciente por meio de uma coleta feita pelo farmacêutico antes de consultas com o médico no departamento de emergência.</p>	<p>Estudo randomizado controlado multicêntrico, duplo-cego de grupos paralelos Três hospitais de ensino de grande porte, Bogotá, Colômbia 270 pacientes</p>	<p>Reconciliação medicamentosa entre farmacêuticos, médicos e pacientes (SM); comunicação por telefone com os familiares ou cuidadores para confirmar se o regime medicamentoso do paciente está correto (SM).</p>

Marques LFG, Romano-Lieber NS, 2014 ⁽²⁴⁾	Brasil Português Inglês Nível 4	Este estudo procura entender a dinâmica e os desafios enfrentados por hospitais para oferecer cuidado aos pacientes, com foco no uso seguro de medicamentos pós-alta.	Estudo Qualitativo, Exploratório Hospital da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil. 11 Profissionais de Saúde (4 médicos, 3 enfermeiros, 3 farmacêuticos, 1 profissional do serviço social)	Planejamento de alta feito apenas para pacientes com necessidades de saúde complexas (PA); visitas de monitoramento domiciliar para pacientes no Programa de Cuidado Domiciliar (AAM); educação quanto aos medicamentos e orientações para pacientes pediátricos e seus cuidadores (EPPA) e (SM).
Costa JM et al., 2014 ⁽²⁵⁾	Brasil Português Nível 4	Apresentar os resultados de um projeto feito para orientar pacientes que recebera alta quanto ao uso de farmacoterapia antimicrobiana, realizado em um hospital de ensino.	Estudo retrospectivo, descritivo e exploratório Hospital Risoleta Tolentino Neves, Belo Horizonte, Brasil	Monitoramento telefônico pós-alta (AAM); planejamento de Alta (PA); orientações do paciente quanto à segurança no uso de medicamentos (EPPA) e (SM);

Quadro 1 - Artigos revisados separados por autor, ano de publicação, país, idioma, objetivos e estratégias de transição de cuidados.

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

As estratégias de transição de cuidado realizadas no contexto Latino Americano foram resumidas de acordo com o agrupamento proposto e são descritas a seguir.

Planejamento de Alta (PA)

Cinco estudos relacionados ao planejamento de alta foram encontrados^(17-19,24-25). O planejamento se concentrou em: condições de saúde de pacientes⁽¹⁹⁾, capacidade cognitiva^(17,19), apoio social e necessidades dos pacientes⁽¹⁹⁾. Planos de cuidado incluíram listas de medicamentos e instruções^(18,24-25), apoio social para acesso aos serviços de saúde⁽¹⁹⁾, doenças subjacentes, sinais de alerta e sintomas, cuidado nutricional, instruções relacionadas ao uso contínuo de medicamentos, e monitoramento clínico^(18,25). Um estudo desenvolveu no planejamento de alta orientações a respeito do uso seguro de medicações por pacientes pediátricos e seus cuidadores devido às necessidades de cuidado complexas dos pacientes⁽²⁴⁾.

Planejamento Antecipado de Cuidados (PAC)

O planejamento antecipado de cuidados pode ter início no hospital ou em ambiente ambulatorial. É um passo essencial para garantir que os objetivos do cuidado se-

jam comunicados com clareza entre pacientes e serviço de saúde⁽¹⁴⁾. Ademais, a estigmatização e uma percepção equivocada do cuidado paliativo (CP) como “um local em que se morre” são barreiras para que pacientes recebam encaminhamentos para programas de cuidado paliativo em tempo⁽²¹⁾. Além disso, um estudo sugeriu a incorporação de sessões educacionais e psicossociais para preparar adequadamente pacientes com câncer em estado avançado para consultas de CP após um encaminhamento precoce a eles⁽²¹⁾. Foi percebido que o encaminhamento mais precoce de pacientes com câncer avançado aos CP se associava a níveis menores de sintomas de depressão, quando comparado ao tratamento oncológico tradicional⁽²¹⁾.

Educação do Paciente e Promoção do Autogerenciamento (EPPA)

Atividades de educação do paciente e promoção do autogerenciamento foram identificadas em dez estudos nesta pesquisa^(15-22,24-25). Instruções relacionadas ao autogerenciamento e ao tratamento prescrito durante a alta foram, na maioria dos casos, fornecidas por enfermeiros^(15-16,20), equipes multiprofissionais^(18-19,21-22,24), e por farmacêuticos, quanto ao uso de medicamentos^(17,25). Foram focos das ações educacionais o uso de cateter venoso cen-

tra⁽¹⁹⁾, efeitos adversos potenciais de medicamentos^(16-17,25), uso de medicamentos^(17-18,20,22,24-25), autogerenciamento e dieta adequada⁽¹⁸⁾, necessidades individuais^(15,20-21,24) e materiais educacionais^(22,25).

A promoção do autogerenciamento é um passo crucial pré e pós-alta, uma vez que por meio dela, clínicos podem oferecer orientações quanto a instruções de autogerenciamento, sinais e sintomas indicadores, e doenças mais graves⁽¹⁷⁾. Além disso, essa etapa pode ser feita com clientes e cuidadores simultaneamente, garantindo que aquilo ensinado durante a alta seja compreendido. Nesta revisão, identificou-se apenas um estudo que envolvia a promoção do autogerenciamento como uma das estratégias da transição do cuidado. Esse estudo destacava a importância de envolver os cuidadores e os membros da família no cuidado de clientes durante sua internação⁽¹⁵⁾. Como um resultado dessa estratégia de transição de cuidado, cuidadores são mais capazes de cuidar de pacientes após a alta, uma vez que nesse momento estão equipados com os conhecimentos e habilidades que adquiriram durante a internação de seus pacientes.

Segurança das Medicções (SM)

Atividades de segurança das medicações foram descritas em sete estudos. O foco primário das ações realizadas por equipes multidisciplinares foram as ações educativas^(17,20), tais como o uso de arquivos ou planos personalizados com descrições detalhadas das drogas sendo usadas, e o uso do método do feedback para verificar a compreensão a respeito do uso seguro de medicamentos⁽²²⁾, de modo a facilitar a compreensão e diminuir as possibilidades de erro no uso dos medicamentos pós-alta^(18,25). As atividades de intervenção de farmacêuticos clínicos, que coletaram dados sobre medicamentos sendo usados antes de consultas médicas em departamentos de emergência⁽²³⁾ e efetuaram revisões diárias de prescrições para adaptações em conjunto com médicos⁽²⁴⁾, foram descritas como atividades que promoveram a segurança do paciente em relação a seu uso de medicamentos durante sua estadia no hospital.

Comunicação Completa de Informações (CCI)

A comunicação completa de informações foi alcançada através do envio das informações completas dos pacientes para a equipe de saúde da unidade básica de saúde através de e-mail, indicando as razões para internação dos pacientes, bem como seu histórico, medicamentos prescritos, tratamento, necessidades nutricionais, acesso a serviços de saúde, apoio social e considerações especiais⁽¹⁷⁾. Além

disso, um artigo brasileiro destacou a parceria entre hospitais e serviços de atenção primária que estabeleceram um programa seguro e com bom custo-benefício para o tratamento de infecções ortopédicas e a prevenção contra resistência a medicamentos antimicrobianos⁽¹⁹⁾. Nesse programa, pacientes eram capazes de continuar seu tratamento antimicrobiano nas unidades de atenção básica próximas a suas casas⁽¹⁹⁾. Para garantir a continuidade do tratamento ambulatorial, um protocolo foi criado para auxiliar a comunicação entre profissionais de saúde, incluindo planos de tratamento individualizado detalhados e regimes medicamentosos que clínicos poderiam utilizar⁽¹⁹⁾.

Acompanhamento Ambulatorial (AAM)

Foram identificados nesta revisão oito estudos que diziam respeito ao monitoramento ambulatorial do paciente, feitos em três contextos diferentes: casa^(16,20,22,24-25), ambulatório⁽¹⁸⁾, unidades básicas de saúde^(17,19). O monitoramento domiciliar foi feito por meio de telefonemas^(16-17,22,25) ou visitas^(20,24). O monitoramento foi conduzido por enfermeiros^(16,20,24), farmacêuticos⁽²⁵⁾ ou equipes multidisciplinares^(18-19,22). Enfermeiros foram identificados como os principais coordenadores na criação de planos de monitoramento^(20,22) e foi percebido que médicos e enfermeiros trabalharam juntos para monitorar o tratamento e o cuidado domiciliar⁽¹⁹⁾.

■ DISCUSSÃO

A literatura identificou problemas no que diz respeito à coordenação da atenção entre diferentes níveis de cuidado devido a uma variedade de fatores, tais como a falta de processos padronizados e de comunicação entre profissionais de saúde, tanto na transição do hospital para casa quanto na transição do cuidado primário para serviços hospitalares ou de emergência⁽²⁶⁻²⁷⁾.

Os componentes identificados para as transições do cuidado indicam que entre as estratégias adotadas por profissionais de saúde estão intervenções e recomendações de programas e modelos de transição de cuidado descritos na literatura^(10,14). Contudo, estas foram iniciativas ocasionais, ancoradas em projetos de pesquisa ou protocolos de cuidado, que ainda não estão sistematicamente estruturados e implementados nos serviços e sistemas de saúde.

A estratégia de transição mais citada nos estudos foi a educação dos pacientes e promoção do autogerenciamento, que pressupõe a construção de protocolos de cuidado e a participação neles, com base em informações compartilhadas por profissionais e pacientes. Durante es-

ses momentos, os profissionais de saúde desenvolvem estratégias educacionais ou instrucionais elaboradas de modo a facilitar a adesão ao tratamento por parte de pacientes ou caracterizar procedimentos de cuidado domiciliar. A adoção de estratégias de educação em saúde é essencial para transições de cuidado eficientes, e permite que os pacientes se envolvam no planejamento de seu próprio cuidado juntamente aos profissionais de saúde⁽²⁸⁾; reconciliação medicamentosa e adesão ao tratamento, com possível redução nos níveis de reinternação⁽²⁹⁾. O uso de estratégias educacionais participativas é benéfico para o processo de aprendizado, uma vez que as pessoas retêm melhor os conhecimentos quando ouvem instruções, observam o que enfermeiros estão fazendo, podem fazer perguntas e conduzir o próprio cuidado⁽³⁰⁾.

A educação continuada em saúde e as atividades de orientação focadas em promoção da saúde podem começar muito antes da internação e ser monitoradas quando pacientes voltam a suas casas. É essencial desenvolver planos de educação individualizados^(28,31), que respeitam a maneira como pacientes pensam e vivem, dentro de seus contextos sociais e culturais. Além disso, subjaz ao processo uma noção de compartilhamento de processos decisórios, que busca promover a autonomia de indivíduos com base em suas escolhas, de modo que a educação em saúde acontece dentro de um contexto de parceria.

Outra dimensão à qual uma considerável importância foi atribuída nessa revisão foi o planejamento de alta. Contudo, planos de cuidado para a alta são frequentemente formulados e comunicados durante a alta do hospital, o que pode levar a um acúmulo de informações, incertezas futuras e falta de segurança no cuidado⁽³²⁾. Essas dificuldades foram parcialmente abordadas em um estudo, segundo o qual os serviços e os profissionais de saúde não estavam sistematicamente coordenados no que diz respeito à preparação para a alta do paciente⁽²⁴⁾. Devido a falhas na comunicação e a modos de organização do trabalho, os membros das equipes de saúde só vieram a saber a respeito da alta de pacientes no dia em que os pacientes foram para casa, impedindo que qualquer ação de transição do cuidado fosse tomada. Problemas em prescrições também resultaram no retorno de pacientes para o hospital para esclarecimentos⁽²⁴⁾. Em outros contextos, foram descritos programas em que os processos de alta foram implementados ao longo da estadia hospitalar para fazer com que a transição do cuidado fosse mais eficiente^(28,33).

A internação oferece a oportunidade de desenvolver estratégias educacionais e preparatórias para a alta, para aumentar a capacidade do paciente para o autogerenciamento e aumentar sua adesão ao tratamento. Foi descoberto que

quanto melhor o planejamento e preparação da alta do paciente, com intervenções pré- e pós-alta, maiores as chances de transições bem sucedidas, e com consequências positivas⁽³²⁾. Começar a seguir as instruções contidas em planos de cuidado em momentos tardios do processo dificulta a adaptação à nova condição de saúde e prolonga a reabilitação, com consequências negativas para pacientes e famílias⁽³⁰⁾.

A administração de medicamentos durante transições de cuidado pode ter um impacto positivo nos resultados clínicos de pacientes⁽³⁴⁾. Em um estudo canadense⁽³⁵⁾ foram relatadas falhas instrucionais e falta de compreensão por parte dos pacientes no que diz respeito aos propósitos e efeitos dos medicamentos em uso. Alguns pacientes não se lembravam de ter recebido explicações relacionadas ao uso dos medicamentos, o que levou a um uso pouco seguro dos mesmos.

A intervenção de farmacêuticos que coletaram dados a respeito dos medicamentos ou verificaram prescrições sendo utilizadas foi mencionada como algo positivo para a promoção da segurança dos pacientes. Nesse contexto, pode-se notar que ações clínicas e farmacêuticas, que têm aumentado nos últimos anos, são cruciais para prevenir incidentes e promover a continuidade em transições de cuidado. Um estudo⁽³⁴⁾ feito nos Estados Unidos mostrou que houve uma queda de 11% na reinternação de pacientes que foram monitorados por um farmacêutico ao longo de sua hospitalização e durante a preparação de sua alta. Levando em consideração a complexidade dos sistemas de saúde e as dificuldades mundiais quanto a seu financiamento, investir em estratégias para aprimorar a coordenação e comunicação de equipes multiprofissionais e usuários pode contribuir em larga medida para a redução de incidentes e o aprimoramento de transições de cuidado. Por exemplo, a reconciliação medicamentosa e a manutenção e adesão aos tratamentos medicamentosos são essenciais para a segurança do paciente.

A comunicação completa de informações se relaciona à informação que se espera ver incluída em relatórios de alta e outros documentos com informações sobre a transferência de um hospital para o cuidado pós-alta⁽¹⁴⁾. Várias estratégias para que as informações sejam comunicadas entre as equipes de saúde, tais como e-mail, telefonemas e relatórios de alta detalhados foram identificados no estudo. Essas iniciativas foram vistas como positivas e podem ajudar na melhoria dos processos de transição do cuidado em sistemas de saúde. A comunicação de informações entre equipes e serviços de saúde a respeito do cuidado oferecido recebeu destaque devido a seu papel essencial na manutenção da continuidade do cuidado e na prevenção de efeitos adversos em pacientes⁽²⁶⁾.

O acompanhamento ambulatorial do paciente, com acompanhamento rigoroso e administração dos sintomas pós-alta é crucial para a continuidade do cuidado dos pacientes. Quando essas estratégias são realizadas com eficiência, problemas e preocupações podem ser detectados e abordados precocemente, prevenindo ainda mais as reinternações desnecessárias e riscos injustificados para os pacientes⁽¹⁴⁾. O acompanhamento ambulatorial é essencial para a continuidade eficiente do cuidado no ambiente domiciliar. Além disso, pacientes idosos com doenças crônicas e comorbidades múltiplas exigem cuidado contínuo ao longo do tempo. Enfermeiros identificaram a importância disso, e em vários estudos são esses profissionais que realizam o monitoramento⁽³⁶⁻³⁷⁾, buscando evitar reinternações desnecessárias.

Um estudo com pacientes idosos sendo monitorados externamente identificou que a continuidade do tratamento ambulatorial se associava a taxas mais baixas de hospitalização evitável⁽³⁶⁾. Contudo, uma fragmentação foi identificada na continuidade do cuidado nas práticas clínicas brasileiras, e poucos profissionais fizeram o monitoramento pós-alta dos pacientes, devido a falhas na comunicação entre diferentes níveis da atenção à saúde e administração pouco eficiente dos serviços de saúde⁽³⁸⁾, o que impede que os usuários tenham um cuidado abrangente e de qualidade.

Para evitar a descontinuidade do cuidado pós-alta, estratégias para aprimorar a eficiência do monitoramento estão sendo implementadas. Chamadas telefônicas e visitas domiciliares são as mais usadas e têm sido eficientes. Pacientes que são monitorados por telefone obtêm resultados melhores nos tratamentos medicamentosos e apresentam menos efeitos colaterais⁽³⁷⁾. O monitoramento domiciliar se provou eficiente na administração do cuidado e no empoderamento de pacientes e famílias⁽²⁸⁾, permitindo a criação de laços entre eles e os profissionais e aumentando as chances de um monitoramento continuado no nível da atenção primária. É importante destacar que o uso combinado dessas duas estratégias pode qualificar a administração do cuidado e sua continuidade na comunidade.

O planejamento antecipado de cuidados é um passo essencial para garantir que a comunicação entre profissionais e pacientes aconteça com clareza no que diz respeito aos objetivos do cuidado, seja durante a hospitalização ou após a alta⁽¹⁴⁾. Além disso, tais objetivos precisam ser estabelecidos de acordo com os valores e preferências dos pacientes. Colocar essa estratégia em ação de maneira eficiente garante a continuidade do cuidado quando pacientes são transferidos entre serviços de saúde ou no interior dos mesmos. Isso impedirá reinternações subsequentes e

evitáveis em hospitais ou unidades de terapia intensiva, além de aumentar substancialmente a qualidade de vida de pacientes com câncer ao diminuir o estresse e a ansiedade associada às reinternações⁽²¹⁾. Infelizmente, apesar da relativa importância do planejamento antecipado do cuidado para pacientes com câncer, a prevalência dessa estratégia para eles ainda é pobre no Brasil⁽²¹⁾. Por isso, implementar planos de cuidado avançados e conscientizar a todos quanto aos benefícios dos cuidados paliativos são fatores essenciais, que profissionais de saúde precisam levar em consideração ao tratar de pacientes com câncer. Ainda que o planejamento antecipado do cuidado tenha o potencial de aumentar a qualidade de vida de pacientes com câncer, os efeitos de intervenções complexas nessa população no Brasil são desconhecidos. Portanto, pesquisas futuras e trabalhos nesse sentido são necessários para estabelecer protocolos formais de cuidado avançado, bem como diretrizes para pacientes com câncer.

Para promover transições de cuidado seguras, diferentes atividades são realizadas pelos profissionais de saúde de equipes multiprofissionais. O trabalho e o papel fundamental de enfermeiros nesse processo foram mencionados. As ações efetuadas por eles incluem: implementação de estratégias de promoção de educação em saúde para aumentar a adesão aos tratamentos; criação de planos personalizados, baseados nas necessidades dos pacientes; monitoramento pós-alta por meio de telefonemas e visitas domiciliares; e treinamento de equipes de atenção primária quanto a como lidar com cateter venoso central.

Entre os membros de equipes multiprofissionais, enfermeiros são agentes qualificados para efetuar ações relacionadas à promoção e proteção da saúde, devido ao conhecimento contextualizado e amplo incluído em seu treinamento, uma vez que acompanham os pacientes na maior parte de sua estadia no hospital, especialmente em ambientes institucionais⁽³⁰⁾.

Todos os artigos incluídos nesta revisão descreveram atividades e algumas estratégias para transições de cuidado, mas nenhum mensurou por completo seus resultados. A avaliação da eficiência das estratégias é uma exigência para que se possa compreender melhor as práticas de transição de cuidado.

Uma limitação desta pesquisa foi o pequeno número de estudos encontrado; é evidente que o tópico precisa ser mais explorado pela literatura. O critério de inclusão, que exigia artigos cujo texto completo estava disponível nos bancos de dados selecionados, pode ter restringido a identificação de estudos para a revisão.

Dada a emergência desse tópico nas práticas de atenção à saúde da América Latina, os resultados desta revisão

podem fornecer apoio e contribuir para as ações dos especialistas na área de cuidado integrado à saúde. Os resultados evidenciam a importância de se promover uma discussão sobre o tema na pesquisa e no ensino em cuidado à saúde. Pesquisas futuras são necessárias, a respeito do impacto das transições do cuidado na qualidade, segurança, e custo-benefício do cuidado à saúde oferecido em todos os ambientes do contínuo da atenção à saúde, de modo a melhorar os resultados para pacientes, profissionais e sistemas de saúde.

■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma revisão integrativa foi realizada neste estudo para identificar estratégias relacionadas às transições de cuidado entre diferentes níveis de atenção em países da América Latina. Esse método se mostrou eficiente, uma vez que permitiu a exploração, sumarização e apresentação de estratégias de cuidado de estudos conduzidos com base em diferentes contextos e abordagens metodológicas. Os resultados mostraram que conceitos de transição de cuidado ainda estão pouco desenvolvidos na literatura latino-americana.

Apenas dois artigos tinham delineamento experimental, com nível de evidência 1, de modo que há uma lacuna no que diz respeito à prática baseada em evidências. Por isso, não conseguimos determinar a eficiência que teriam as estratégias caso fossem utilizadas em contextos diferentes. Portanto, mais estudos clínicos são necessários para determinar a viabilidade dessas estratégias.

As estratégias de transição do cuidado identificadas nos estudos envolveram uma série de componentes, tais como: planejamento de alta, planejamento antecipado do cuidado, educação do paciente e promoção do autogerenciamento, segurança no uso de medicações, comunicação completa de informações e acompanhamento ambulatorial do paciente. Essas estratégias foram realizadas por membros de equipes multidisciplinares, dentre os quais enfermeiros têm o papel principal na promoção de transições de cuidado seguras. Essas atividades, em geral, foram iniciadas em momentos muito próximos à alta dos pacientes, não estando, portanto, de acordo com as recomendações de programas de transição do cuidado na literatura internacional, cujo foco está em ações que se iniciam desde a admissão e seguem até o momento da alta.

■ REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (CH). WHO global strategy on people-centred and integrated health services: interim report. Geneva: World Health Organization; 2015 [cited 2018 Apr 08]. Disponível em: <http://www.who.int/iris/handle/10665/155002>.
2. Suter E, Oelke ND, Adair CE, Armitage GD. Ten key principles for successful health systems integration. *Healthc Q*. 2009 [cited 2017 Nov 24];13(Spec N°):16-23. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3004930/>.
3. Lima MADS, Van-Vliet-Brown C, Oelke ND, Witt R, Rostami M, Hepp S. Patient/user perceptions on the principles of integration [Conference abstract]. *Int J Integr Care*. 2015;15(8):[approx. 3 p.]. doi: <https://doi.org/10.5334/ijic.2347>.
4. Suter E, Oelke ND, Lima MADS, Stiphout M, Janke R, Witt RR, et al. Indicators and measurement tools for health systems integration: a knowledge synthesis. *Int J Integr Care*. 2017;17(6):4,1-17. doi: <http://doi.org/10.5334/ijic.3931>.
5. Registered Nurses' Association of Ontario. Care transitions. Toronto: RNAO; 2014 [cited 2018 Mar 24]. Clinical best practice guidelines. Disponível em: https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Care_Transitions_BPG.pdf.
6. Rennke S, Nguyen OK, Shoeb MH, MaganY, Wachter RM, Ranji SR. Hospital-initiated transitional care interventions as a patient safety strategy. *Ann Intern Med*. 2013;158(5 Part 2):433-40. doi: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00011>.
7. Fleming MO, Haney TT. Improving patient outcomes with better care transitions: the role for home health. *Care transitions and advanced home care models*. *Cleve Clin J Med*. 2013 [cited 2018 Mar 24];80(Suppl 1):eS2-S6. Disponível em: http://www.mdedge.com/sites/default/files/issues/articles/Fleming_Care-Transitions.pdf.
8. Meisinger C, Stollenwerk B, Kirchberger I, Seidl H, Wende R, Kuch B, et al. Effects of a nurse-based case management compared to usual care among aged patients with myocardial infarction: results from the randomized controlled KORINNA study. *BMC Geriatr*. 2013;13:115. doi: <https://doi.org/10.1186/1471-2318-13-115>.
9. Hirschman KB, Shaid E, McCauley K, Pauly MV, Naylor MD. Continuity of care: the Transitional Care Model. *Online J Issues Nurs*. 2015 [cited 2018 Mar 24];20(3):1. Disponível em: <http://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-20-2015/No3-Sept-2015/Continuity-of-Care-Transitional-Care-Model.html>.
10. Enderlin CA, McLeksley N, Rooker JL, Steinhauser C, D'Avolio D, Gusewelle R, et al. Review of current conceptual models and frameworks to guide transition of care in older adults. *Geriatric Nurs*. 2013;34(1):47-52. doi: <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2012.08.003>.
11. Weber LAF, Lima MADS, Acosta AM, Marques GQ. Care transition from hospital to home: integrative review. *Cogitare Enferm*. 2017;(22)3:47615. doi: <https://doi.org/10.5380/ce.v22i3.47615>.
12. Whittemore R, Knafk K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*. 2005;52(5):546-53. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>.
13. Joanna Briggs Institute (AU) [Internet]. Adelaide: JBI; c2018 [cited 2018 Mar 24]. Levels of evidence 2014; [about 6 screens]. Disponível em: <http://joanna-briggs.org/jbi-approach.html#tabbed-nav=Levels-of-Evidence>.
14. Burke RE, Kripalani S, Vasilevskis EE, Schnipper JL. Moving beyond readmission penalties: creating an ideal process to improve transitional care. *J Hosp Med*. 2013;8(2):102-9. doi: <https://doi.org/10.1002/jhm.1990>.
15. Góes FGB, Cabral IE. Discourses on discharge care for children with special healthcare needs. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(1):154-61. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0248>.
16. Ferreira EB, Cruz FOAM, Jesus CAC, Pinho DLM, Kamada I, Reis PED. Telephone contact as a strategy for the promotion of comfort to the patient submitted to chemotherapy. *J Nurs UFPE on line*. 2017 [cited 2018 Mar 12];11(5):1936-42. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23343/18949>.

17. Figueiredo TP, Carmo Jr NM, Groia RCS, Pereira RCC, Silveira RR, Malta JS, et al. Análise das intervenções realizadas na alta hospitalar de idosos acompanhados em serviço de orientação e referenciamento farmacoterapêutico. *Rev APS*. 2016 [cited 2017 Nov 15];19(3):376-83. Disponível em: <https://aps.ufrf.emnuvens.com.br/aps/article/view/2722/1014>.
18. Lima LF, Martins BC, Oliveira FR, Cavalcante RM, Magalhães VP, Firmino PY, et al. Pharmaceutical orientation at hospital discharge of transplant patients: strategy for patient safety. *Einstein*. 2016;14(3):359-65. doi: <https://doi.org/10.1590/S1679-45082016A03481>.
19. Oliveira PR, Felix CS, Carvalho VC, Giovani AM, Reis RS, Beraldo M, et al. Out-patient parenteral antimicrobial therapy for orthopedic infections: a successful public healthcare experience in Brazil. *Braz J Infect Dis*. 2016;20(3):272-5. doi: <https://doi.org/10.1016/j.bjid.2016.03.005>.
20. Hernández Tapia AM. Plan de alta y seguimiento domiciliario a un preescolar con alteraciones funcionales y morfológicas del corazón. *Rev Mex Enferm Cardiol*. 2015 [cited 2017 Nov 13];23(1):22-7. Disponível em: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2015/en151d.pdf>.
21. Carmo TM, Paiva BSR, Siqueira MR, Rosa LTB, Oliveira CZ, Nascimento MAS, et al. A phase II study in advanced cancer patients to evaluate the early transition to palliative care (the PREPARÉ trial): protocol study for a randomized controlled trial. *Trials*. 2015;16:160. doi: <https://doi.org/10.1186/s13063-015-0655-8>.
22. Aristizábal D, Gallo J, Valencia A, Jaime J, Correa M, Aristizábal A, et al. Effect of a comprehensive ambulatory care model on outcomes of patients with acute coronary syndrome in Colombia. *Rev Panam Salud Publica*. 2015 [cited 2017 Nov 15];38(5):362-9. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2015.v38n5/362-369/en/>.
23. Becerra-Camargo J, Martínez-Martínez F, García-Jiménez E. The effect on potential adverse drug events of a pharmacist-acquired medication history in an emergency department: a multicentre, double-blind, randomised, controlled, parallel-group study. *BMC Health Serv Res*. 2015;13:337. doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0990-1>.
24. Marques LFG, Romano-Lieber NS. Patient safety and medication use after discharge: exploratory study. *Saúde Sociedade*. 2014;23(4):1431-44. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000400025>.
25. Costa JM, Abelha LL, Pinto IVL, Reis AMM. Análise de um programa para otimização da transição do cuidado de pacientes em terapia antimicrobiana. *Rev APS*. 2014 [cited 2017 Nov 15];17(3):318-24. Disponível em: <https://aps.ufrf.emnuvens.com.br/aps/article/view/2114/823>.
26. Okafor N, Mazzillo J, Miller S, Chambers KA, Yusuf S, Garza-Miranda V, et al. Improved accuracy and quality of information during emergency department care transitions. *West J Emerg Med*. 2017;18(3):459-65. doi: <https://doi.org/10.5811/westjem.2016.12.30858>.
27. Luu NP, Pitts S, Petty B, Sawyer MD, Dennison-Himmelfarb C, Boonyasai RT, et al. Provider-to-provider communication during transitions of care from outpatient to acute care: a systematic review. *J Gen Intern Med*. 2015;31(4):417-25. doi: <https://doi.org/10.1007/s11606-015-3547-4>.
28. Ulin K, Olsson LE, Wolf A, Ekman I. Person-centred care: an approach that improves the discharge process. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2015;15(3):e19-26. doi: <https://doi.org/10.1177/1474515115569945>.
29. Gunadi S, Upfield S, Pham ND, Yea J, Schmiedeberg MB, Stahmer GD. Development of a collaborative transitions-of-care program for heart failure patients. *Am J Health-Syst Pharm*. 2015;72(13):1147-52. doi: <https://doi.org/10.2146/ajhp140563>.
30. Gomes B, Martins SS. A pessoa estomizada: análise das práticas educativas de enfermagem. *ESTIMA*. 2016;14(3):146-53. doi: <https://doi.org/10.5327/Z1806-3144201600030007>.
31. Rosado SR, Cicarini WB, Filipini CB, Lima RS, Dázio LMR. Práticas educativas realizadas pelo enfermeiro à pessoa com estomia. *Enferm Bras*. 2015 [citado 2017 nov 22];14(4):235-41. Disponível em: <http://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/viewFile/47/53>.
32. Puls SE, Guerrero KS, Andrew DA. Facilitating safe patient transition of care: a qualitative systematic review. *J Nurs Educ Pract*. 2014;4(6):37-52. doi: <https://doi.org/10.5430/jnep.v4n6p37>.
33. Zhu QM, Liu J, Hu HY, Wang S. Effectiveness of nurse-led early discharge planning programmes for hospital inpatients with chronic disease or rehabilitation needs: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Nurs*. 2015;24(19-20):2993-3005. doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.12895>.
34. Rafferty A, Denslow S, Michalets EL. Pharmacist-provided medication management in interdisciplinary transitions in a community hospital (PMIT). *Ann Pharmacotherap*. 2016;50(8):649-55. doi: <https://doi.org/10.1177/1060028016653139>.
35. Lang A, Macdonald M, Marck P, Toon L, Griffin M, Easty T, et al. Seniors managing multiple medications: using mixed methods to view the home care safety lens. *BMC Health Serv Res*. 2015;15:548. doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1193-5>.
36. Nyweide DJ, Anthony DL, Bynum JPW, Strawderman RL, Weeks WB, Casalino LP, et al. Continuity of care and the risk of preventable hospitalization in older adults. *JAMA Intern Med*. 2013;173(20):1879-85. doi: <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.10059>.
37. Kwan JL, Lo L, Sampson M, Shojania KG. Medication reconciliation during transitions of care as a patient safety strategy. *Ann Intern Med*. 2013;158(5 Pt 2):397-403. doi: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00006>.
38. Freitas LFC, Moreira DA, Brito MJM. The continuity of care from the perspective of the being cared for. *Cogitare Enferm*. 2014 [cited 2017 Nov 24];19(4):636-42. Disponível em: <http://revistas.ufrpr.br/cogitare/article/view/35993/23930>.

■ **Autor correspondente:**

Maria Alice Dias da Silva Lima
E-mail: malice@enf.ufrgs.br

Recebido: 07.05.2018
Aprovado: 12.07.2018