

Guia Orientador de Boas Práticas

JUNHO 2023

Transições nos Cuidados e Serviços

Segunda Edição



Declaração de exoneração de responsabilidade

Estas orientações não são vinculativas para os enfermeiros ou para as organizações que os empregam. A utilização desta orientação deve ser flexível e baseada nas necessidades individuais e nas circunstâncias locais. Não constituem uma responsabilidade nem uma exoneração de responsabilidade. Embora tenham sido desenvolvidos todos os esforços para garantir a exatidão do conteúdo no momento da publicação, nem os autores nem a Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) dão qualquer garantia quanto à exatidão das informações nelas contidas ou aceitam qualquer responsabilidade, face a perdas, danos, lesões ou despesas decorrentes de quaisquer erros ou omissões no conteúdo deste trabalho.

Copyright

Com exceção das partes do presente documento, para as quais existe uma proibição ou limitação específica contra a cópia, o restante do documento pode ser produzido, reproduzido e publicado na sua totalidade, sem modificações, sob qualquer forma, incluindo a forma eletrónica, para fins educativos ou não comerciais. Se, por qualquer razão, for necessária qualquer adaptação do material, deve ser obtida uma autorização por escrito da RNAO. Todos os materiais copiados devem conter os devidos créditos ou citações, como se segue:

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Transitions in care and services. 2nd ed. Toronto (ON): RNAO; 2023.

Financiamento

Este trabalho é financiado pelo Governo de Ontário. Todos os trabalhos produzidos pela RNAO são editorialmente independentes da sua fonte de financiamento.

Declaração de Conflito de Interesses

No contexto do desenvolvimento de Guias Orientadores de Boas Práticas da RNAO, o termo "conflito de interesses" (CI) refere-se a situações em que as relações financeiras, profissionais, intelectuais, pessoais, organizacionais ou outras de um membro da equipa da RNAO ou do painel de peritos possam comprometer a sua capacidade de conduzir o trabalho do painel de forma independente. Declarações de CI que podem ser interpretadas como constituindo um conflito percebido e/ou real, foram elaboradas por todos os membros do painel de peritos da RNAO antes da sua participação no trabalho de desenvolvimento das orientações, usando um formulário padrão. Os membros do painel de peritos também atualizaram os seus CI no início de cada reunião do painel de peritos e antes da publicação das orientações. Qualquer CI declarado por um membro do painel de peritos foi revisto pela equipa de desenvolvimento e pesquisa dos guias orientadores de boas práticas da RNAO e pelos copresidentes do painel de peritos. Os membros do painel de peritos não identificaram conflitos limitantes. Consultar: [Resumo Declaração de Conflitos de Interesse](#).

Menção de Reconhecimento

Reconhecemos que o trabalho efetuado por nós e os nossos membros ocorre em territórios indígenas tradicionais em todo o Ontário. Queremos também reconhecer que a sede da RNAO está localizada no território original e não cedido do Huron-Wendat, Haudenosaunee e no território do Mississaugas of the Credit. Este território foi sujeito ao pacto de Dish With One Spoon Wampum Belt, que é um acordo entre a Confederação Iroquesa e os Ojibwe e nações aliadas para compartilhar pacificamente e cuidar dos recursos circundantes aos Great Lakes/Grandes Lagos. Também reconhecemos que Toronto está coberta pelo Treaty 13 under the Toronto Purchase Agreement with the Mississaugas of the Credit. Hoje, esta terra ainda é o lar de muitas Primeiras Nações, povos Inuit e Métis de toda a Ilha Turtle/Ilha da Tartaruga e estamos gratos por ter a oportunidade de trabalhar neste território. Ao fazer pessoalmente um reconhecimento de território, está a participar de um ato de reconciliação, honrando a terra e a herança indígena que remonta a mais de 10.000 anos. Encorajámo-lo a conhecer a terra onde reside e os tratados que lhe estão associados. O reconhecimento de território é um ato de reconciliação e todos devemos fazer a nossa parte.

Informação de Contacto

Registered Nurses' Association of Ontario
500-4211 Yonge Street, Toronto, Ontario, M2P 2A9
Website: [RNAO.ca/bpg](https://rnao.ca/bpg)



Transições nos Cuidados e Serviços

Segunda Edição

Saudações de Doris Grinspun,

Diretora Executiva, Associação de Enfermeiros Registrados de Ontário



A Registered Nurses' Association of Ontario [Associação de Enfermeiros Registrados de Ontário] (RNAO) tem o prazer de apresentar a segunda edição do Guia Orientador de Boas Práticas (GOBP) Transições nos Cuidados e Serviços. Agradecemos aos muitos parceiros cruciais para o desenvolvimento deste importante guia, incluindo os membros do painel com experiência adquirida e as [Best Practice Spotlight Organizations®](#) (BPSO), Ontario Health Teams e outras partes interessadas. A RNAO orgulha-se da sua parceria com o Governo de Ontário, que tem financiado este programa desde a sua constituição em 1999.

O nosso profundo agradecimento aos muitos intervenientes que tornaram este GOBP uma realidade. Estamos especialmente gratos aos copresidentes do painel de peritos pela sua inestimável gestão:

- Rhonda Crocker Ellacott, Presidente e Diretora Executiva do Thunder Bay Regional Health Sciences Centre e Diretora Executiva do Thunder Bay Regional Health Research Institute.
- Shirlee Sharkey, antiga Presidente e Diretora Executiva da SE Health.

Um agradecimento especial ao painel de peritos por generosamente disponibilizarem o seu tempo, conhecimento diversificado e perspectivas, que permitiram fornecer um recurso significativo e relevante que guiará a formação e a prática de milhares de profissionais de saúde e serviços sociais. Não teríamos chegado a este resultado sem o vosso contributo!

Agradecemos à equipa da Lyndsay Howitt and Greeshma Jacob (colíderes de desenvolvimento do guia), Glynis Gittens (coordenadora do projeto de desenvolvimento do guia), Nafsin Nizum (diretora associada, desenvolvimento e pesquisa de orientações) e à restante equipa de desenvolvimento e pesquisa do guia orientador de boas práticas da RNAO, pelo seu trabalho intenso e especializado na produção deste GOBP.

A adoção bem-sucedida de GOBP requer um esforço concertado de formadores, clínicos, empregadores, decisores políticos, investigadores e financiadores. As comunidades de enfermagem e saúde, com o seu compromisso inabalável e paixão pela excelência nos cuidados, fornecem a experiência e incontáveis horas de trabalho voluntário necessárias para desenvolver novos GOBP e edições subsequentes. Os empregadores responderam entusiasticamente tornando-se BPSOs (Promotores de boas práticas), juntando-se a mais de 1 500 instituições académicas e de prestação de cuidados de saúde do Canadá e exterior, comprometidas em implementar os GOBP da RNAO. Eles apoiaram os excelentes profissionais de boas práticas, totalizando mais de 100 000 enfermeiros, outros profissionais de saúde e pares – todos empenhados em promover cuidados centrados na pessoa e baseados em evidências. As BPSOs também estão a avaliar diligentemente o impacto da implementação do GOBP nas pessoas, nas organizações e os resultados do sistema de saúde.

Convidamo-lo a partilhar este GOBP com enfermeiros e todos os outros membros da equipa, na orientação de clientes e conselheiros nos sistemas de saúde mais abrangentes e nas comunidades onde exerce a sua atividade. Temos todos muito a aprender uns com os outros. Juntos, devemos garantir que o público tenha acesso e receba os melhores serviços de saúde e bem-estar possíveis, sempre.

Doris Grinspun, RN, BScN, MSN, PhD, LLD (hon), Dr (hc), DHC, FAAN, FCAN, O.ONT.

Diretora Executiva e Fundadora do Programa de Guias Orientadores de Boas Práticas
Associação de Enfermeiros Registrados de Ontário

Saudações de Carlos Sequeira,

Coordenador da Unidade de Investigação, Escola Superior de Enfermagem do Porto



A Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem do Porto (UNIESEP) e o Grupo de Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem (NURSID) do Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS) tem a honra de apresentar os guias orientadores de boas práticas (GOBP) produzidas pela Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) em Português (de Portugal). Espera-se que estes GOBP possam ser utilizados nos contextos de língua oficial Portuguesa, essencialmente em Portugal, pois foram traduzidos para este contexto, seja, no ensino, na gestão ou prática clínica.

A Investigação da Escola Superior de Enfermagem do Porto, pretende com esta iniciativa realçar a importância do conhecimento, para uma prática de enfermagem mais efetiva. É fundamental acrescentarmos mais evidência ao conhecimento e por conseguinte às práticas de enfermagem. Destaca-se desta forma o valor da investigação disciplinar e interdisciplinar para a promoção da qualidade e segurança das práticas clínicas. Estes são desígnios muito importantes numa profissão determinante na área da saúde como a enfermagem, onde os conhecimentos internos e externos à profissão são fundamentais para garantir práticas atualizadas e eficientes face às necessidades das pessoas em cuidados de enfermagem. Todo o conhecimento que nos possa ajudar a cuidar melhor deve ser disponibilizado às pessoas. Esse é um contributo fundamental para a melhoria dos indicadores globais de saúde.

Queremos, ainda, neste espaço, destacar o ajuda e a disponibilidade da RNAO para autorizar, colaborando em todo o processo de tradução. Estou certo de que esse apoio se manterá na implementação, pois partilhamos o mesmo objetivo - contribuir para a melhoria das práticas de enfermagem com a formação e apoio sobre os guias orientadores de boas práticas.

Incentivamos todos os enfermeiros a se envolverem no processo de implementação, com a consciência que isso irá beneficiar os utilizadores dos nossos cuidados.

Resta-nos agradecer a todos e a todos, em particular à RNAO, por todo o contributo no desenvolvimento de guias orientadores de boas práticas centrados na melhor evidência, facilitadores da translação do conhecimento e da implementação da prática baseada na evidência.

Bem-hajam e obrigado.

Carlos Sequeira

Carlos Sequeira, Prof. Coordenador Principal na Escola Superior de Enfermagem do Porto Agregado e doutorado em Enfermagem na Universidade do Porto, Coordenador da Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem do Porto (UNIESEP) e do Grupo de Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem (NURSID) Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS).

FINANCIAMENTO

CINTESIS
Health. Research.

fct
Fundação
para a Ciência
e a Tecnologia

COMPETE
2020

PORTUGAL
2020

 **UNIÃO EUROPEIA**
Fundo Europeu
de Desenvolvimento Regional

Índice

Como usar este documento	6	ENQUADRAMENTO
Objetivo e Âmbito	7	
Resumo das Recomendações e Declarações de Boas Práticas	13	
Interpretação de Evidências e Recomendações	15	
Avaliação dos Guias Orientadores de Boas Práticas	18	
Enquadramento	25	
Recomendações e Declarações de Boas Práticas	29	RECOMENDAÇÕES E DECLARAÇÕES DE BOAS PRÁTICAS
Lacunas na Investigação e Implicações Futuras	81	
Estratégias de Implementação	83	
Apêndice A: Glossário de Termos	85	APÊNDICES
Apêndice B: Orientações e Recursos dos Guias Orientadores de Boas Práticas da RNAO que se alinham com este guia	95	
Apêndice C: Métodos de Desenvolvimento do Guia Orientador de Boas Práticas	97	
Apêndice D: Guia Clínico de Educação.	114	
Apêndice E: Processo de Desenvolvimento de Indicadores	121	
Apêndice F: Declaração de Valores da Pessoa, da Família e do Cuidador de Ontário.	122	

APÊNDICES CONT.	Apêndice G: Resumo de Alta Adaptado à Pessoa 123
	Apêndice H: My Transitional Care Plan© 125
	Apêndice I: Guia de Entrevista para Recolha da Melhor História Possível de Medicação 127
	Apêndice J: Modelo de Formulário de Reconciliação de Medicação 128
	Apêndice K: 5 Questões a Colocar sobre a sua Medicação (para adultos) 130
	Apêndice L: 5 Questões a Colocar sobre a tua Medicação (para crianças) 131
	Apêndice M: Descrição do <i>Leading Change Toolkit</i> 132
AGRADECIMENTOS	Equipa de Investigação e Desenvolvimento do Guia Orientador de Boas Práticas da RNAO 135
	Painel de Peritos dos Guias Orientadores de Boas Práticas da RNAO 137
	Agradecimentos aos Stakeholders (Partes Interessadas) 139
CARTAS DE APOIO E AVAL	Cartas de Apoio e Aval 147
REFERÊNCIAS	Referências 152
NOTAS	Notas 164

Como usar este documento

Ao longo deste documento, os termos que estão em negrito e marcados com um G sobrescrito (^G) podem ser encontrados no **Glossário de Termos** no **Apêndice A**.

Este **Guia Orientador de Boas Práticas^G** (GOBP) é um documento abrangente que fornece orientações e recursos para a **prática baseada em evidências^G**. Não se destina a ser um manual ou um guia de instruções, mas uma ferramenta para orientar as boas práticas e melhorar a tomada de decisão dos **enfermeiros^G**, **equipa interprofissional^G**, educadores, **organizações de saúde e serviços sociais^G**, instituições académicas e **pessoas^G** e as suas **redes de suporte^G**. Este GOBP deve ser revisto e aplicado de acordo com as necessidades individuais das organizações de saúde e serviços sociais, instituições académicas ou outros contextos de prática, e com as preferências das pessoas e das suas redes de suporte. Este documento fornece **recomendações^G** baseadas em evidências e **declarações de boas práticas^G** e descreve: (a) práticas e políticas organizacionais; b) benefícios e prejuízos; c) valores e preferências; e (d) considerações de equidade em saúde.

Os enfermeiros, membros da equipa interprofissional, formadores e administradores que lideram e facilitam mudanças na prática irão considerar este documento valioso para o desenvolvimento de políticas, procedimentos, protocolos e programas educacionais para apoiar a prestação de serviços. Os enfermeiros e os membros da equipa interprofissional de cuidados diretos beneficiarão da revisão das recomendações e das evidências de suporte.

Se a sua organização estiver a adotar este GOBP, a RNAO recomenda que as organizações designem equipas de mudança cujas responsabilidades incluem, mas não estão limitadas ao seguinte:

1. Realizar uma análise de lacunas/oportunidades: avaliar as suas políticas, procedimentos, protocolos e programas formativos existentes em relação às recomendações, declarações de boas práticas e discussões de apoio às evidências deste GOBP, e identificar pontos fortes, necessidades ou lacunas.
2. Observar as recomendações e declarações de boas práticas que são aplicáveis ao seu contexto e que podem ser usadas para abordar as prioridades, necessidades ou lacunas existentes na sua organização.
3. Desenvolver um plano para implementar recomendações e declarações de boas práticas, sustentando as boas práticas e avaliando os **resultados^G** através da aplicação do Modelo de Ação do Movimento Social (1,2) e/ou do Modelo de Conhecimento-para-a-Ação (3).

Os recursos da **ciência da implementação^G**, incluindo o Leading Change Toolkit, estão disponíveis **online** (4). Uma descrição do *Leading Change Toolkit* pode ser encontrada no **Apêndice M**. Para obter mais informações, consulte **Estratégias de implementação** na página 83.

Todos os **GOBP RNAO** estão disponíveis para download, gratuitamente, no site da RNAO. Para localizar um determinado GOBP, pesquise por palavra-chave ou por tópico.

Estamos interessados em receber o seu feedback sobre este GOBP e como o implementou. [Por favor, partilhe a sua história connosco.](#)

A jornada de duas décadas dos GOBP RNAO está documentada em: [Grinspun D, Bajnok I, editors. Transforming nursing through knowledge: best practices for guideline development, implementation science, and evaluation. Indianapolis \(IN\): Sigma Theta Tau International; 2018.](#)

Objetivo e âmbito

Objetivo

Os GOBP da RNAO são documentos sistematicamente desenvolvidos, baseados em evidências, que incluem recomendações sobre tópicos específicos de clínica, ambiente de trabalho saudável e sistemas de saúde. Destinam-se a enfermeiros, membros da equipa interprofissional em posições de assistência direta, formadores, administradores e executivos, decisores políticos, investigadores e **pares**^G em organizações de saúde e serviço social e instituições académicas. Os GOBP promovem a consistência e a excelência nos cuidados clínicos, nas políticas administrativas, nos procedimentos e na educação, com o objetivo de alcançar resultados de saúde ideais para as pessoas, as comunidades e o sistema de saúde como um todo.

Este GOBP substitui o GOBP RNAO *Transições de Cuidados* publicado em 2014 (5). O objetivo do GOBP *Transições nos Cuidados e Serviços* é fornecer recomendações baseadas em evidências para enfermeiros e membros da equipa interprofissional, organizações e sistema de saúde para apoiar **transições seguras e eficazes nos cuidados**^G para a população pediátrica (17 anos ou menos), adultos (18 anos ou mais) e a sua rede de suporte. Este GOBP reconhece que as pessoas e a sua rede de suporte, ao enfrentarem uma transição de cuidados, são especialistas na sua saúde e na tomada de decisões. A colaboração entre a equipa interprofissional, a pessoa que recebe cuidados e a sua rede de suporte é, portanto, essencial para alcançar melhores resultados de saúde.

Em março de 2021, a RNAO convocou um painel de peritos para determinar o âmbito desta segunda edição da GOBP e para desenvolver **perguntas de recomendação**^G que informem as **revisões sistemáticas**^G. O painel de peritos da RNAO incluiu pares e foi interprofissional na sua composição. Incluía pessoas com conhecimento e experiência na prática clínica, educação, investigação e política numa série de organizações de saúde e serviços sociais, instituições académicas, áreas e setores da prática. Estes peritos partilharam as suas ideias sobre o apoio e o cuidado com as pessoas e a sua rede de suporte quando se deparam com transições dentro e entre contextos, incluindo (mas não limitado a): cuidados primários; **cuidados domiciliários**^G e comunitários; contextos de saúde mental e uso de substâncias; cuidados agudos, reabilitação; Cuidados de Longa Duração (CLD); estabelecimentos prisionais e abrigos.

O painel de peritos também incluiu representantes da **Best Practice Spotlight Organization® Ontario Health Teams**^G (BPSO OHT). O lançamento das OHTs (Equipas de Saúde de Ontário) em 2019 representou um marco na jornada rumo aos cuidados integrados em Ontário (6). A RNAO estabeleceu parcerias formais com as OHTs para apoiá-las na promoção dos **Quatro Objetivos Globais (Quadruple Aim)**^G e dos **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**^G (ODS) das Nações Unidas, abordando a saúde da população, apoiando **populações carenciadas**^G e promovendo a equidade em saúde. Esta segunda edição do GOBP foi desenvolvida através de cocriação com BPSO OHTs para garantir que as recomendações correspondem às necessidades das pessoas e da sua rede de suporte, organizações e sistema de saúde. Dentro das OHTs, os **profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais**^G trabalham como uma equipa coordenada, independentemente dos locais onde são prestados os cuidados.

Para determinar o âmbito e as perguntas de recomendação prioritária para este GOBP, uma revisão e análise abrangentes foram concluídas pela equipa de desenvolvimento e investigação de guias orientadores de boas práticas da RNAO e pelo painel de peritos (consultar [Apêndice C](#)).

Âmbito

Para determinar o âmbito deste GOBP, a equipa de desenvolvimento e investigação de boas práticas da RNAO conduziu os seguintes passos:

- reviu o GOBP RNAO: *Transições de Cuidados* (5);
- realizou uma análise das orientações e normas existentes sobre este tópico;
- realizou uma revisão da literatura para determinar as evidências disponíveis sobre intervenções para apoiar crianças e adultos, assim como as suas redes de suporte, que experienciam transições nos cuidados;
- conduziu 26 entrevistas com informantes-chave através de chamadas virtuais com os pares, profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais, estudantes de enfermagem, administradores e investigadores;
- realizou um grupo de discussão com nove representantes de quatro BPSO OHTs, e ainda
- consultou o painel de peritos.

Este GOBP deve ser utilizado por enfermeiros e membros da equipa interprofissional em todo o continuum de cuidados (por exemplo, cuidados primários, cuidados domiciliários e comunitários, saúde mental e contextos de saúde relacionados com o consumo de substâncias, cuidados agudos, reabilitação, CLD, estabelecimentos prisionais e abrigos, em todos os domínios da prática (por exemplo, cuidados clínicos, administração, educação, política e investigação) apoiando as pessoas e a sua rede de suporte durante as transições nos cuidados. Também deve ser utilizado por organizações que empregam enfermeiros e membros da equipa interprofissional, incluindo organizações de saúde e serviço social e instituições académicas.

Tópicos fora do âmbito deste Guia Orientador de Boas Práticas

- pessoas em transição de serviços pediátricos para adultos;
- mães e lactentes em transição do hospital para o domicílio após o nascimento;
- lactentes em transição de Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) para o domicílio;
- transições a nível micro (ou seja, transferência de cuidados entre profissionais de saúde durante a mudança de turno), e ainda
- transições de e para unidades de diagnóstico dentro de um hospital.

Conceitos-chave utilizados neste Guia Orientador de Boas Práticas

Transição nos cuidados: Um ponto significativo na prestação de cuidados de saúde durante o qual as informações e necessidades de cuidados de uma pessoa estão a ser transferidas entre profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais, equipas interprofissionais e contextos (8).

Uma transição na prestação de cuidados ocorre quando uma pessoa se desloca de um contexto ou setor onde os cuidados ou serviços são prestados, para outro contexto ou setor, incluindo (mas não limitado a): cuidados primários, cuidados domiciliários e comunitários, saúde mental e contextos de saúde relacionados com o consumo de substâncias, cuidados agudos, reabilitação, CLD, estabelecimentos prisionais e abrigos. Exemplos incluem transições do domicílio para CLD, ou hospital para cuidados paliativos. Uma transição também pode ocorrer dentro da mesma organização, como por exemplo, quando uma pessoa é transferida de uma unidade de cuidados intensivos para uma enfermaria geral num hospital. Durante a sua trajetória de cuidados, uma pessoa também pode experienciar múltiplas transições nos cuidados, como uma transição do hospital para uma unidade de reabilitação e, em seguida, para o domicílio. Embora o termo "transição nos cuidados" seja utilizado ao longo deste GOBP, o título do guia reflete de que forma uma transição pode ocorrer entre qualquer contexto onde os cuidados ou serviços são prestados.

Best Practice Spotlight Organization® Ontario Health Teams (BPSO OHT): OHTs são grupos de prestadores e organizações que são responsáveis por fornecer um continuum completo e coordenado de cuidados a uma população atribuída em Ontário, Canadá (9). O modelo BPSO para OHTs oferece um programa personalizado para ampliar e difundir GOBP da RNAO dentro de **sistemas integrados de cuidados**^G. O modelo BPSO OHT ajuda os OHTs a atingir todos os quatro elementos dos Quatro Objetivos Globais (Quadruple Aim), bem como os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) das Nações Unidas, abordando a saúde da população, apoiando populações com carência de serviços e promovendo a equidade em saúde. As BPSO OHTs são ativamente apoiadas pela RNAO para implementar sistematicamente GOBP baseados em evidências, mobilizando equipes para alcançar os seus objetivos coletivos e avaliar resultados. O programa BPSO OHT está integrado dentro do OHT e os produtos do programa são projetados para atingir os objetivos da OHT.

Profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais: refere-se a profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais regulamentados (por exemplo, enfermeiros, médicos, farmacêuticos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e paramédicos) e profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais não regulamentados (por exemplo, profissionais de apoio pessoal, pares^G) que fazem parte da equipa interprofissional.

Profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais regulamentados: Em Ontário, o *Regulated Health Professional Act, 1991* (RHPA) fornece um quadro para regular 26 profissões de saúde, definindo o âmbito de prática e os atos controlados ou autorizados específicos de cada profissional regulamentado, que estão autorizados a realizar cuidados e a fornecer serviços de saúde. As regulamentações para assistentes sociais e profissionais de serviço social estão especificadas na *Social Work and Social Service Work Act, 1998* (11). Neste GOBP, enfermeiros, médicos, terapeutas ocupacionais e farmacêuticos são exemplos de profissionais de saúde regulamentados, e os assistentes sociais são um exemplo de prestador de serviços sociais regulamentado.

Profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais não regulamentados: Os profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais não regulamentados cumprem uma variedade de funções em áreas que não estão sujeitas à RHPA. São responsáveis perante os seus empregadores, mas não perante um organismo profissional regulador externo (como o Colégio de Enfermeiros de Ontário). Os profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais não regulamentados cumprem uma variedade de funções e executam tarefas que são determinadas pelo seu empregador e pelo seu contexto de trabalho. Os profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais não regulamentados só têm autoridade para realizar atos controlados, tal como estabelecido na RHPA, se os procedimentos forem abrangidos por uma das isenções previstas na Act (12).

Equipa interprofissional: Uma equipa composta por vários profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais (regulamentados e não regulamentados) que trabalham colaborativamente para oferecer serviços de saúde abrangentes e de qualidade às pessoas dentro, entre e através de diferentes contextos de cuidados de saúde e sociais (13). Os principais membros da equipa interprofissional que apoiam populações pediátricas e adultas e a sua rede de suporte durante as transições nos cuidados incluem, mas não estão limitados a: enfermeiros, médicos, farmacêuticos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e paramédicos. É importante enfatizar que as pessoas e as suas redes de suporte que enfrentam uma transição nos cuidados estão no centro da equipa interprofissional como participantes ativos. A composição da equipa dependerá da natureza da transição, das necessidades da pessoa que está a passar pela transição e dos tipos de cuidados ou serviços fornecidos. Se os profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais estão a cuidar, em conjunto, de uma pessoa durante uma transição, espera-se que colaborem para ajudar no planeamento da transição.

Abordagem interprofissional intersetorial^G: Refere-se a uma abordagem colaborativa onde dois ou mais profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais de diferentes disciplinas e setores que trabalham formalmente para garantir que as pessoas e as suas redes de suporte tenham uma transição segura nos cuidados.

Apoio na orientação através dos sistemas de saúde^G: Refere-se ao suporte individualizado e coordenado fornecido por profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais para ajudar as pessoas e as suas redes de suporte a superar desafios na orientação através do sistema de saúde e assistência social durante transições no cuidado.

Neste GOBP, o apoio na orientação da pessoa envolve o acompanhamento regular por um profissional de saúde ou prestador de serviços sociais que atende às necessidades individuais de uma pessoa e as conecta com os serviços e apoios certos. Isso pode incluir fornecer às pessoas as informações e os recursos de que precisam para alcançar os seus objetivos de cuidados, conectar as pessoas com outros profissionais de saúde e prestador de serviços sociais, ajudar a reduzir as barreiras que impedem as pessoas de aceder a cuidados em tempo útil, fornecer apoio social e emocional e melhorar o acesso a **cuidados culturalmente seguros^G**.

Pares: Pessoas que viveram experiências semelhantes às dos seus pares, tais como uma doença ou desafio de saúde mental, e que são treinadas para apoiar os outros na sua jornada, fornecendo apoio prático e emocional (14). Muitas vezes têm experiência em se orientarem através de serviços semelhantes aos utilizados pelos seus pares. Neste GOBP, os pares também são referidos como "trabalhadores pares". Estes trabalhadores não estão regulamentados.

Rede de suporte: Indivíduos identificados por uma pessoa como sendo significativos na sua vida. A rede pode incluir pessoas relacionadas (biológica, emocional ou legalmente) e/ou com laços estreitos (amizades, compromissos, responsabilidades domésticas e de educação dos filhos partilhadas e ligação romântica) (15). Neste GOBP, este termo inclui familiares, amigos e **cuidadores^G** fornecendo suporte durante uma transição nos cuidados.

Guia Orientador de Boas Práticas da RNAO e Outros Recursos que se alinham com este Guia

Outros GOBP da RNAO e recursos baseados em evidências podem apoiar a implementação deste GOBP. Consultar **Apêndice B** dos GOBP RNAO e outros recursos baseados em evidências sobre os seguintes tópicos relacionados:

- 2SLGBTQI+ equidade em saúde
- uma abordagem paliativa de cuidados nos últimos 12 meses de vida
- ciência da implementação, estruturas de implementação e recursos
- colaboração interprofissional
- cuidados centrados na pessoa e na família
- **determinantes sociais da saúde^G**

Recomendações e declarações de boas práticas

Este GOBP inclui declarações de boas práticas e classificação de recomendações.

As declarações de boas práticas são declarações passíveis de recurso que devem ser efetuadas na prática (16). Acredita-se que essas declarações são muito importantes e que apenas resumir as evidências seria uma má gestão do tempo e dos recursos do painel de peritos (16). Além disso, os investigadores podem já não estar a efetuar estudos sobre o tópico, ou a alternativa ao procedimento pode ser antiética ou o estudo das alternativas pode ser considerado uma violação dos direitos humanos (16,17). Dado o elevado grau de certeza de que os benefícios derivados das declarações de boas práticas superam os danos, estas não se baseiam numa revisão sistemática da

evidência. Também não recebem uma classificação da certeza das suas evidências ou uma avaliação de força (ou seja, uma classificação condicional ou forte, que será discutida mais adiante) (18). No entanto, isso não diminui a certeza das evidências. Embora possam ser sustentadas por evidências indiretas, existe uma fundamentação clara e bem documentada que liga as evidências indiretas à declaração (16). Assim, as declarações de boas práticas devem ser interpretadas como recomendações fortes, uma vez que existe um pressuposto subjacente de elevada confiança nos benefícios da implementação da ação (16). É importante observar que as declarações de boas práticas não são feitas devido à falta de evidências, nem são baseadas em opinião de peritos.

Os GOBP RNAO são desenvolvidos utilizando **métodos Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation^G (GRADE)**. Para obter mais informações sobre o processo de desenvolvimento de orientações, incluindo o uso de métodos GRADE, consultar **Apêndice C**.

As recomendações classificadas são também declarações acionáveis. No entanto, as recomendações são formadas com base numa ligação direta ou indireta a um conjunto de evidências encontradas através do processo de revisão sistemática (17).

As recomendações são formuladas como *fortes* ou *condicionais* considerando a *certeza da evidência*, os *valores e preferências* das pessoas que são impactadas pela recomendação e a *equidade em saúde* (ver **Interpretação de Evidências e Recomendações** na página 15).

Apesar das declarações e recomendações de boas práticas serem elaboradas de forma diferente, ambas fornecem orientações abrangentes sobre uma ação/intervenção que deve (ou não) ser realizada (17). Por conseguinte, tanto as declarações de boas práticas como as recomendações devem seguir o mesmo processo de implementação (ver **estratégias de implementação** na página 83).

As recomendações e declarações de boas práticas neste GOBP abordam áreas únicas e sobrepostas para apoiar transições seguras e eficazes no cuidado às pessoas e na sua rede de suporte. Especificamente, o GOBP centra-se nas seguintes áreas:

- colaboração com pessoas e a sua rede de suporte
- avaliação das necessidades de cuidados e a preparação para uma transição
- colaboração interprofissional
- revisão da história de medicação
- apoio na orientação através dos sistemas de saúde

As recomendações e declarações de boas práticas neste GOBP são aplicáveis a todos os contextos de prática onde as pessoas e as suas redes de suporte que experienciam uma transição acedem a cuidados ou serviços.

Questões de Recomendação

As questões de recomendação são áreas prioritárias de cuidados identificadas pelo painel de peritos, que requerem uma síntese das evidências para serem respondidas. Essas questões de recomendação informam as **questões de pesquisa PICO^G** (população, intervenção, comparação, resultados) que orientam as revisões sistemáticas e, subsequentemente, informam as recomendações. Potenciais resultados foram discutidos e priorizados pelo painel de peritos para cada pergunta de recomendação, e uma revisão sistemática individual foi realizada para cada pergunta de recomendação, em conformidade com os métodos GRADE (19).

Apresentam-se a seguir as questões de recomendação prioritárias e os resultados desenvolvidos pelo painel de peritos que participaram no desenvolvimento das recomendações neste GOBP. Os resultados são apresentados por ordem de importância, conforme classificação do painel de peritos.

- **Pergunta de recomendação #1:** O suporte de um **orientador da pessoa através do sistema**^G deve ser recomendado ou não para pessoas que experienciam uma transição nos cuidados?

Resultados: Qualidade de vida da pessoa, visitas ao serviço de urgência (no intervalo de 30 dias de uma transição nos cuidados), visita de **acompanhamento com um profissional de saúde ou prestador de serviços sociais**^G, satisfação da pessoa e taxas de readmissão (no intervalo de 30 dias de uma transição nos cuidados).

- **Pergunta de Recomendação #2:** Deve ou não ser recomendada uma abordagem interprofissional intersectorial formal para apoiar as pessoas que experienciam uma transição nos cuidados?

Resultados: Visita de acompanhamento com um profissional de saúde e prestador de serviços sociais, visitas ao serviço de urgência (no intervalo de 30 dias de uma transição nos cuidados), qualidade de vida da pessoa, satisfação da pessoa, taxas de readmissão (no intervalo de 30 dias de uma transição nos cuidados).

Nota: Estas questões de recomendação prioritárias são versões condensadas das perguntas de investigação PICO mais abrangentes, desenvolvidas pelo painel de peritos para orientar as revisões sistemáticas e o desenvolvimento deste GOBP. Para obter mais informações sobre as perguntas de pesquisa PICO e o processo detalhado de como o painel de peritos definiu as perguntas e os resultados das recomendações prioritárias, consultar o [Apêndice C](#).

Não foram identificadas questões de recomendação que abordassem as estratégias essenciais de educação e formação necessárias para currículos, ou a formação contínua e o desenvolvimento profissional contínuo de enfermeiros ou da equipa interprofissional, para apoiar as pessoas e as suas redes de suporte que experienciam transições nos cuidados. Consulte o [Apêndice D](#) para **guia clínico de educação**^G que formadores, gestores, administradores e instituições académicas e profissionais podem utilizar para apoiar a implementação deste GOBP.



Resumo das recomendações e declarações de boas práticas

Este GOBP substitui a primeira edição GOBP RNAO *Transições de Cuidados* que foi publicada em 2014 (5).

Um resumo de como as recomendações deste GOBP se comparam com as recomendações da edição anterior deste GOBP está disponível [online](#).

RECOMENDAÇÕES E DECLARAÇÕES DE BOAS PRÁTICAS	FORÇA DA RECOMENDAÇÃO
Colaboração com as pessoas e a sua rede de suporte	
<p>Declaração de Boas Práticas 1.0:</p> <p>É boa prática que os profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais colaborem com as pessoas e a sua rede de suporte antes, durante e após uma transição nos cuidados, para garantir uma transição segura e eficaz.</p> <p><i>Esta declaração de boas práticas é uma declaração abrangente que é fundamental para a implementação de todas as outras recomendações e declarações de boas práticas.</i></p>	<p>Esta é uma declaração de boas práticas que não requer a aplicação do sistema GRADE.</p>
Avaliação das necessidades de cuidados e preparação para a transição	
<p>Declaração de Boas Práticas 2.0:</p> <p>É boa prática que os profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais avaliem com as pessoas e a sua rede de suporte as suas necessidades de cuidados e a preparação para uma transição.</p>	<p>Esta é uma declaração de boas práticas que não requer a aplicação do sistema GRADE.</p>
Colaboração interprofissional	
<p>Declaração de Boas Práticas 3.0:</p> <p>É uma boa prática que os membros da equipa interprofissional colaborem para desenvolver um plano de transição que apoie as necessidades únicas das pessoas e da sua rede de suporte.</p>	<p>Esta é uma declaração de boas práticas que não requer a aplicação do sistema GRADE.</p>
<p>Recomendação 3.1:</p> <p>O painel de peritos sugere que as organizações de saúde e serviços sociais colaborem para implementar uma abordagem interprofissional intersetorial formal para apoiar as pessoas que experienciam transições nos cuidados.</p>	<p>Condicional</p>

RECOMENDAÇÕES E DECLARAÇÕES DE BOAS PRÁTICAS	FORÇA DA RECOMENDAÇÃO
Revisão da história de medicação	
<p>Declaração de Boas Práticas 4.0:</p> <p>Para garantir a segurança dos medicamentos, é uma boa prática que os profissionais de saúde realizem o seguinte em colaboração com a pessoa que se depara com uma transição e a sua rede de suporte:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ obter a melhor história possível de medicação, e ainda ■ realizar a reconciliação da medicação em todos os pontos de transição. 	<p>Esta é uma declaração de boas práticas que não requer a aplicação do sistema GRADE.</p>
Apoio na orientação através dos sistemas de saúde	
<p>Declaração de Boas Práticas 5.0:</p> <p>É boa prática que os profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais forneçam às pessoas e à sua rede de suporte informações e apoio para gerirem as suas necessidades durante e após as transições nos cuidados.</p>	<p>Esta é uma declaração de boas práticas que não requer a aplicação do sistema GRADE.</p>
<p>Recomendação 5.1:</p> <p>O painel de peritos sugere que o apoio na orientação da pessoa seja assegurado por profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais para pessoas com necessidades de cuidados complexos que se deparem com uma transição nos cuidados. Este apoio inclui o acompanhamento regular pelo(s) prestador(es) para avaliar e responder às necessidades atuais e progressivas de cuidados de saúde e assistência social à pessoa.</p>	<p>Condicional</p>
<p>Recomendação 5.2:</p> <p>O painel de peritos sugere que os pares ofereçam apoio a pessoas com necessidades de saúde mental que estão a enfrentar uma transição nos cuidados.</p>	<p>Condicional</p>

Interpretação de evidências e recomendações

O GRADE fornece um quadro transparente e uma abordagem sistemática para classificar a certeza das evidências e determinar a força das recomendações (19).

Certeza das Evidências

A certeza da evidência (ou seja, o grau de confiança que temos de que uma estimativa do efeito é verdadeira) para **a pesquisa quantitativa^G** é determinada usando os métodos GRADE (19). Depois de sintetizar as evidências para cada resultado priorizado, a certeza das evidências é avaliada. A certeza geral das evidências é determinada de acordo com a certeza das evidências em todos os resultados priorizados por recomendação. O GRADE categoriza a certeza geral da evidência em *alta*, *moderada*, *baixa* ou *muito baixa* (ver **Tabela 1** para a definição destas categorias).

Tabela 1: Certeza das Evidências

CERTEZAS DAS EVIDÊNCIAS	DEFINIÇÃO
Alta	Estamos muito confiantes de que o efeito real está próximo do da estimativa do efeito.
Moderada	Estamos moderadamente confiantes na estimativa do efeito: é provável que o efeito real esteja próximo da estimativa do efeito, mas existe a possibilidade de ser substancialmente diferente.
Baixa	A nossa confiança na estimativa do efeito é limitada: o efeito real pode ser substancialmente diferente da estimativa do efeito.
Muito Baixa	Temos muito pouca confiança na estimativa do efeito: é provável que o efeito real seja substancialmente diferente da estimativa do efeito.

Fonte: Reimpresso com autorização de: The GRADE Working Group. Quality of evidence. In: Schunemann H, Brozek J, Guyatt G, et al., editors. Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach [Internet]. [place unknown: publisher unknown]; 2013 [cited 2018 Aug 31]. Table 5.1, Quality of evidence grades. Disponível em: <https://gdt.grade.org/app/handbook/handbook.html#h.wsfvfhuxv4r>

Nota: A certeza atribuída das evidências pode ser encontrada diretamente abaixo de cada recomendação. Para obter mais informações sobre o processo de determinação da certeza das evidências e as decisões documentadas tomadas pelos metodologistas do desenvolvimento de orientações da RNAO, consulte o **Apêndice C**.

Força das recomendações

As recomendações são formuladas como fortes ou condicionais, tendo em conta a certeza das evidências e os seguintes critérios-chave (consultar **Discussão das Evidências** para definições):

- equilíbrio entre benefícios e danos
- valores e preferências
- equidade na saúde

De acordo com Schunemann et al., "uma recomendação forte reflete a confiança do painel de peritos de que os efeitos desejáveis de uma intervenção superam os seus efeitos indesejáveis (forte recomendação *para* uma intervenção) ou que os efeitos indesejáveis de uma intervenção superam os seus efeitos desejáveis (forte recomendação *contra* uma intervenção)" (19). Em contraste, "uma recomendação condicional reflete a confiança do painel de peritos de que os efeitos desejáveis provavelmente superam os efeitos indesejáveis (recomendação condicional *para* uma intervenção) ou os efeitos indesejáveis provavelmente superam os efeitos desejáveis (recomendação condicional *contra* uma intervenção), mas existe alguma incerteza" (19).

Quando a certeza geral das evidências é alta ou moderada, os membros do painel de peritos podem ter a certeza de que as evidências são credíveis e, por conseguinte, apoiarão uma forte recomendação. Além disso, os membros do painel de peritos devem assegurar que os benefícios superam os danos e que existe uma confiança razoável e uma variabilidade limitada nos valores e preferências das pessoas (20). No entanto, quando a certeza geral da evidência é baixa ou muito baixa, há incerteza quanto ao impacto da intervenção de interesse, e os membros do painel de peritos devem esperar recomendações condicionais (20).

A **Tabela 2** descreve as implicações de recomendações fortes e condicionais.

Tabela 2: Implicações das recomendações fortes e condicionais

IMPLICAÇÕES DAS RECOMENDAÇÕES FORTES E CONDICIONAIS		
POPULAÇÃO	FORTE RECOMENDAÇÃO	RECOMENDAÇÃO CONDICIONAL
Para profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais	<ul style="list-style-type: none"> ■ Os benefícios de uma ação recomendada superam os danos. Portanto, a maioria das pessoas deve seguir o curso de ação recomendado. ■ Há pouca variabilidade de valores e preferências entre as pessoas nesta situação. ■ É necessário considerar as circunstâncias, preferências e valores da pessoa. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Os benefícios de um curso de ação recomendado provavelmente superam os danos. Portanto, a maioria das pessoas poderia seguir o curso de ação recomendado. ■ Há maior variabilidade nos valores e preferências, ou há incerteza sobre valores e preferências típicas entre pessoas nesta situação. ■ É necessário considerar as circunstâncias, preferências e valores da pessoa com mais cuidado do que o habitual.

IMPLICAÇÕES DAS RECOMENDAÇÕES FORTES E CONDICIONAIS		
POPULAÇÃO	FORTE RECOMENDAÇÃO	RECOMENDAÇÃO CONDICIONAL
Para as pessoas que recebem cuidados	<ul style="list-style-type: none"> A maioria das pessoas preferiria a ação recomendada, enquanto uma pequena parte não a desejaria. 	<ul style="list-style-type: none"> A maioria das pessoas nesta situação gostaria do curso de ação sugerido, mas muitas não gostariam.
Para os decisores políticos	<ul style="list-style-type: none"> A recomendação pode ser adaptada como política na maioria das situações. 	<ul style="list-style-type: none"> A formulação de políticas exigirá um debate profundo e a participação de muitos <i>stakeholders</i> (partes interessadas). As políticas também tendem a variar entre regiões.

Fonte: Adaptado com autorização de: The GRADE Working Group. Quality of evidence. In: Schunemann H, Brozek J, Guyatt G, et al., editors. Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach [Internet]. [place unknown: publisher unknown]; 2013 [cited 2020 May 11]. Table 6.1, Implications of strong and weak recommendations for different users of guidelines. Disponível em: <https://gdt.gradeapro.org/app/handbook/handbook.html#h.wsfvfhuxv4r>

Nota: A força de cada recomendação é detalhada ao lado e no **Resumo das Recomendações e Declarações de Boas Práticas**. Para obter mais informações sobre o processo usado pelo painel de peritos para determinar a força de cada recomendação, consultar o **Apêndice C**.

Discussão de Evidências

A Discussão de Evidências que se segue a cada recomendação inclui as seguintes seções principais.

- Benefícios e Danos:** Identifica os potenciais resultados desejáveis e indesejáveis relatados na literatura quando a prática recomendada é usada. O conteúdo desta seção inclui apenas pesquisas das revisões sistemáticas.
- Valores e Preferências:** Denota a importância relativa ou o valor atribuído aos resultados de saúde obtidos no seguimento de uma determinada ação clínica numa perspetiva **centrada na pessoa**^G. O conteúdo desta secção pode incluir pesquisas das revisões sistemáticas e, quando aplicável, observações e/ou considerações do painel de peritos.
- Equidade em Saúde:** Identifica o impacto potencial que a prática recomendada pode ter na saúde em diferentes populações ou contextos e/ou as barreiras à implementação da prática recomendada em contextos específicos. Esta secção pode incluir pesquisas das revisões sistemáticas e, quando aplicável, observações e/ou considerações do painel de peritos.
- Justificação da Recomendação pelo Painel de Peritos:** Fornece uma razão pela qual o painel de peritos tomou a decisão de determinar uma recomendação como forte ou condicional.
- Dicas de Implementação:** Destaca informações práticas para enfermeiros e membros da equipa interprofissional para apoiar a implementação na prática. Esta secção pode incluir elementos de evidência provenientes das revisões sistemáticas e/ou de outras fontes (por exemplo, o painel de peritos).
- Recursos de Apoio:** Inclui uma lista de recursos relevantes (por exemplo, sites, livros e organizações) que suportam as recomendações. O conteúdo listado nesta secção foi avaliado com base em cinco critérios: relevância, credibilidade, qualidade, acessibilidade e atualidade da publicação (publicado nos últimos 10 anos). No **Apêndice C** são apresentados mais pormenores sobre este processo e os cinco critérios. A lista não é exaustiva e a inclusão de um recurso numa dessas listas não implica um aval da RNAO. Algumas recomendações podem não ter quaisquer recursos de apoio identificados.

Avaliação dos guias orientadores de boas práticas

Ao implementar as recomendações e declarações de boas práticas neste GOBP, pedimos que considere como irá monitorizar e avaliar a sua implementação e impacto.

O modelo de Donabedian, que informa o desenvolvimento de indicadores para avaliar a qualidade da assistência à saúde, inclui três categorias: estrutura, processo e resultado (21).

Estrutura descreve os atributos necessários do sistema de saúde ou organização de serviços de saúde para garantir cuidados de qualidade. Inclui recursos físicos, recursos humanos e recursos de informação e financeiros.

Processo analisa as atividades de cuidados de saúde que estão a ser prestadas, para e com pessoas ou populações, como parte da prestação de cuidados de qualidade.

Resultado analisa o efeito de cuidados de qualidade sobre o estado de saúde de pessoas e populações, profissionais da área de saúde, organizações de serviços de saúde ou sistemas de saúde (21).

Para obter mais detalhes, consulte as secções **Monitorizar o Uso do Conhecimento e Avaliar Resultados** na [Leading Change Toolkit](#) (4).

Os seguintes indicadores foram desenvolvidos para apoiar a avaliação e a melhoria da qualidade. Considere as **Tabelas 3 e 4**, que fornecem uma lista de indicadores de processo e de resultado para avaliar o impacto da implementação do GOBP e que resultam tanto das recomendações do GOBP quanto das declarações de boas práticas. Cada tabela também identifica se o indicador está alinhado com outros indicadores em repositórios de dados locais, regionais, nacionais e/ou internacionais e/ou instrumentos. O alinhamento com repositórios/instrumentos de dados é determinado pela comparação dos seguintes critérios com os indicadores desenvolvidos: a definição operacional, se o indicador é sensível à enfermagem e os critérios de inclusão/exclusão. Dependendo do nível do alinhamento, pode descrever-se que um indicador tem um alinhamento total, parcial ou inexistente com repositórios/instrumentos de dados externos. Podem ser adotados indicadores a partir de repositórios/instrumentos de dados externos.

Os indicadores que se seguem apoiarão a melhoria da qualidade e a avaliação. Selecionar os indicadores mais relevantes para as mudanças que estão a ser implementadas na prática, educação e/ou política, com base nas recomendações de GOBP e nas declarações de boas práticas que são priorizadas para implementação.

A **Tabela 3** apoia a avaliação das mudanças de práticas durante a implementação. Os indicadores estão diretamente associados a recomendações específicas e declarações de boas práticas e apoiam a melhoria dos processos.

Tabela 3: Indicadores de Processo

RECOMENDAÇÃO OU DECLARAÇÃO DE BOAS PRÁTICAS	INDICADORES DE PROCESSO	ALINHAMENTO COM INDICADORES EM REPOSITÓRIOS/ INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS
Declaração de Boas Práticas 2.0	<p>Percentagem de pessoas que receberam uma avaliação para determinar as necessidades de cuidados e a preparação para uma transição antes de uma transição nos cuidados, durante o período de avaliação</p> <p><i>Numerador: Número de pessoas que receberam uma avaliação para determinar as necessidades de cuidados e a preparação para uma transição antes de uma transição nos cuidados, durante o período de avaliação</i></p> <p><i>Denominador: Número total de pessoas que experienciaram uma transição no cuidado, durante o período de avaliação</i></p>	Alinhamento parcial com o National Quality Forum (NQF)
Declaração de Boas Práticas 3.0	<p>Percentagem de pessoas que tiveram um plano de transição desenvolvido antes de uma transição nos cuidados, durante o período de avaliação</p> <p><i>Numerador: Número de pessoas que tiveram um plano de transição desenvolvido antes de uma transição no cuidado, durante o período de avaliação</i></p> <p><i>Denominador: Número total de pessoas que experienciaram uma transição no cuidado, durante o período de avaliação</i></p>	Novo

RECOMENDAÇÃO OU DECLARAÇÃO DE BOAS PRÁTICAS	INDICADORES DE PROCESSO	ALINHAMENTO COM INDICADORES EM REPOSITÓRIOS/ INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS
Declaração de Boas Práticas 4.0	<p>Percentagem de pessoas que tinham uma melhor história possível de medicação concluída em todos os pontos de transição, durante o período de avaliação</p> <p><i>Numerador: Número de pessoas que tiveram uma melhor história possível de medicação concluída em todos os pontos de transição, durante o período de avaliação</i></p> <p><i>Denominador: Número total de pessoas que experienciaram uma transição no cuidado, durante o período de avaliação</i></p>	<p>Alinhamento parcial com a Accreditation Canada, Better Outcomes Registry & Network (BORN), Institute for Clinical Evaluative Sciences (ICES), National Quality Forum (NQF), Ontario Health e Resident Assessment Instrument- Minimum Data Set (RAI-MDS)</p> <p>Alinhamento total com a Healthcare Excellence Canada</p>
Declaração de Boas Práticas 4.0	<p>Percentagem de pessoas que tiveram a reconciliação de medicação concluída em todos os pontos de transição, durante o período de avaliação</p> <p><i>Numerador: Número de pessoas que tiveram a reconciliação de medicação concluída em todos os pontos de transição, durante o período de avaliação</i></p> <p><i>Denominador: Número total de pessoas que experimentaram uma transição no cuidado, durante o período de avaliação</i></p>	<p>Alinhamento parcial com o BORN, ICES, Ontario Health e RAI-MDS</p> <p>Alinhamento total com a Accreditation Canada, Healthcare Excellence Canada e NQF</p>
Recomendação 5.1	<p>Percentagem de pessoas com necessidades de cuidados complexos que receberam apoio durante a sua transição no cuidado, durante o período de avaliação</p> <p><i>Numerador: Número de pessoas com necessidades de cuidados complexos que receberam apoio durante a sua transição no cuidado, durante o período de avaliação</i></p> <p><i>Denominador: Número total de pessoas com necessidades de cuidados complexos que experienciaram uma transição no cuidado, durante o período de avaliação</i></p>	<p>Alinhamento parcial com o NQF</p>

Tabela 4 apresenta indicadores de resultado para avaliar o impacto da implementação de mudanças práticas baseadas em dados concretos.

Tabela 4: Indicadores de Resultado

INDICADORES DE RESULTADO	ALINHAMENTO COM INDICADORES EM REPOSITÓRIOS/ INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS
<p>Porcentagem de novas pessoas a receber cuidados domiciliários financiados por fundos públicos, de todas as idades, que tiveram uma visita não planeada no serviço de urgência nos 30 dias após deixarem o hospital</p> <p><i>Numerador: Número de visitas não programadas ao serviço de urgência por pessoas a receber cuidados domiciliários recentemente encaminhadas para serviços de cuidados domiciliários no prazo de 30 dias após a alta hospitalar inicial</i></p> <p><i>Denominador: Número de pessoas encaminhadas para cuidados domiciliários a partir do hospital que tiveram alta hospitalar e receberam a sua primeira visita do serviço de cuidados domiciliários dentro do período de interesse</i></p>	<p>Adaptado de Ontario Health (22)</p> <p>Alinhamento parcial com o Canadian Institute for Health Information (CIHI), Institute for Clinical Evaluative Sciences (ICES), National Quality Forum (NQF) e o Public Health Ontario (PHO)</p>
<p>Proporção de visitas não programadas no serviço de urgência para tratamento de problemas de saúde mental com uma segunda visita não programada no serviço de urgência por problemas de saúde mental ou abuso de substâncias (consumo de substâncias*) no prazo de 30 dias</p> <p><i>Numerador: Presença de 1 ou mais visitas não programadas ao serviço de urgência por problemas de saúde mental ou abuso de substâncias (consumo de substâncias*) no intervalo de 30 dias após a visita inicial.</i></p> <p><i>Denominador: Todas as visitas não programadas no serviço de urgência por problemas de saúde mental no período de referência</i></p>	<p>Adaptado de Ontario Health (22)</p> <p>Alinhamento parcial com o CIHI, ICES, NQF e o PHO</p>
<p>Porcentagem das altas hospitalares (qualquer condição) em que foi recebida notificação atempada (no prazo de 48 horas), para as quais foi feito acompanhamento (por qualquer modalidade, qualquer clínico) no prazo de 7 dias após a alta</p> <p><i>Numerador: Número de altas hospitalares (qualquer condição) em que foi recebida notificação atempada (no prazo de 48 horas), para as quais foi feito acompanhamento (por qualquer modalidade, qualquer clínico) no prazo de 7 dias após a alta</i></p> <p><i>Denominador: Número de altas hospitalares para as quais foi recebida notificação atempada (no prazo de 48 horas)</i></p>	<p>Adaptado de Ontario Health (22)</p> <p>Alinhamento parcial com o ICES e o NQF</p>

INDICADORES DE RESULTADO	ALINHAMENTO COM INDICADORES EM REPOSITÓRIOS/ INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS
<p>Percentagem de altas psiquiátricas (saúde mental ou adições [consumo de substâncias*]) que tiveram uma consulta de acompanhamento por um médico de cuidados primários ou psiquiatra, no prazo de 7 dias após a alta</p> <p>Numerador: Número de pessoas que nos 7 dias após a alta hospitalar tiveram pelo menos uma consulta de saúde mental com um psiquiatra ou médico dos cuidados primários</p> <p>Denominador: Número de altas de cuidados agudos de episódios de cuidados em que uma condição de saúde mental e adições (consumo de substâncias*) é diagnosticada e codificada como o diagnóstico principal</p>	<p>Adaptado de Ontario Health (22)</p> <p>Alinhamento parcial com o Institute for Clinical Evaluative Sciences (ICES) e o National Quality Forum (NQF)</p>
<p>Percentagem de pessoas que receberam cuidados de acompanhamento no prazo de 30 dias após a sua transição como parte do seu plano de transição, durante o período de avaliação</p> <p>Numerador: Número de pessoas que receberam cuidados de acompanhamento no prazo de 30 dias após a sua transição como parte do seu plano de transição, durante o período de avaliação</p> <p>Denominador: Número total de pessoas que experienciaram uma transição no cuidado, durante o período de avaliação</p>	<p>Alinhamento parcial com o ICES, NQF e o Ontario Health</p>
<p>Percentagem de pessoas que ficaram satisfeitas com a sua transição nos cuidados, durante o período de avaliação</p> <p>Numerador: Número de pessoas que ficaram satisfeitas com a sua transição no cuidado, durante o período de avaliação</p> <p>Denominador: Número total de pessoas que experienciaram uma transição no cuidado, durante o período de avaliação</p>	<p>Alinhamento parcial com o ICES, NQF, Ontario Health e o Statistics Canada</p>

INDICADORES DE RESULTADO	ALINHAMENTO COM INDICADORES EM REPOSITÓRIOS/ INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS
<p>Taxa de readmissões hospitalares não planeadas nos 30 dias após a alta hospitalar para qualquer uma das seguintes condições: pneumonia, diabetes, acidente vascular cerebral, doença gastrointestinal, insuficiência cardíaca congestiva, doença pulmonar obstrutiva crónica, enfarte agudo do miocárdio e outras condições cardíacas (condições selecionadas pelo HBAM Inpatient Grouper (HIG))</p> <p>Numerador: Número de readmissões não eletivas subsequentes (todas as causas) para um hospital de cuidados agudos nos 30 dias após a alta hospitalar para qualquer uma das seguintes condições: pneumonia, diabetes, acidente vascular cerebral, doença gastrointestinal, insuficiência cardíaca congestiva, doença pulmonar obstrutiva crónica, enfarte agudo do miocárdio e outras condições cardíacas (condições selecionadas do HBAM Inpatient Grouper (HIG))</p> <p>Denominador: Número total de altas hospitalares após hospitalização para qualquer uma das seguintes condições: pneumonia, diabetes, acidente vascular cerebral, doença gastrointestinal, insuficiência cardíaca congestiva, doença pulmonar obstrutiva crónica, enfarte agudo do miocárdio e outras condições cardíacas (condições selecionadas do HBAM Inpatient Grouper per (HIG))</p>	<p>Adaptado de Ontario Health (22)</p> <p>Alinhamento parcial com o Canadian Institute for Health Information (CIHI), Institute for Clinical Evaluative Sciences (ICES), National Database of Nursing Quality Indicators (NDNQI), National Quality Forum (NQF), Public Health Ontario (PHO) e o Statistics Canada</p>
<p>Percentagem de altas psiquiátricas (saúde mental ou adição [consumo de substâncias *]) que são seguidas, no prazo de 30 dias, por outro internamento hospitalar de saúde mental ou adição (consumo de substâncias*)</p> <p>Numerador: Número de pessoas com readmissões hospitalares relacionadas com problemas de saúde mental ou adições (consumo de substâncias*) dentro de (\leq) 30 dias após a alta hospitalar incidente</p> <p>Denominador: Número total de incidentes de saúde mental ou adições (consumo de substâncias*) de altas hospitalares entre os anos civis de interesse</p>	<p>Adaptado de Ontario Health (22)</p> <p>Alinhamento parcial com o CIHI, ICES, NDNQI, NQF, PHO e o Statistics Canada</p>

INDICADORES DE RESULTADO	ALINHAMENTO COM INDICADORES EM REPOSITÓRIOS/ INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS
<p>Taxa, por 100 altas de pessoas, de readmissões não planeadas a um hospital no intervalo de 30 dias após a alta</p> <p>Numerador: Número de episódios de cuidados a pessoas em cuidados médicos e cirúrgicos com readmissão urgente nos 30 dias seguintes à alta anterior</p> <p>Denominador: Número de episódios de cuidados dispensados entre 1 de abril e 1 de março do ano fiscal para pessoas em cuidados cirúrgicos e médicos</p>	<p>Adaptado de Ontario Health (22)</p> <p>Alinhamento parcial com o Canadian Institute for Health Information (CIHI), Institute for Clinical Evaluative Sciences (ICES), National Database of Nursing Quality Indicators (NDNQI), National Quality Forum (NQF), Public Health Ontario (PHO) e o Statistics Canada</p>

*RNAO utiliza a terminologia "saúde mental e consumo de substâncias" (23).

Outros recursos de RNAO para a avaliação e monitorização do GOBP:

- [Nursing Quality Indicators for Reporting and Evaluation](#)[®] (NQuIRE[®]), um sistema de dados internacional único alojado no Centro de Assuntos Internacionais e Orientações de Boas Práticas, possibilita que as BPSOs[®] avaliem o impacto da implementação do GOBP. O sistema de dados NQuIRE recolhe, compara e reporta dados sobre indicadores de estrutura de recursos humanos, bem como indicadores específicos de orientações, estruturas sensíveis à enfermagem, processos e resultados. As definições dos indicadores NQuIRE estão alinhadas com os dados administrativos disponíveis e as medidas de desempenho existentes sempre que possível, aderindo ao princípio "recolher uma vez, utilizar muitas vezes". Ao complementar outros sistemas de avaliação de desempenho estabelecidos e emergentes, o NQuIRE esforça-se para alavancar medidas confiáveis e válidas, minimizar a carga de relatórios e alinhar as medidas de avaliação para permitir análises comparativas. O sistema internacional de dados NQuIRE foi lançado em agosto de 2012 para criar e manter culturas de práticas baseadas em evidências, otimizar a segurança das pessoas, melhorar os resultados de saúde e envolver a equipa na identificação de relações entre práticas e resultados para promover a qualidade e apoiar recursos e políticas que apoiem mudanças de boas práticas (24).
- Os [BPG Order Sets](#)[™] incorporado em registos eletrónicos são ferramentas de implementação suportadas em tecnologia que fornecem um mecanismo para captura eletrónica de dados de avaliação de processo e resultado. A capacidade de vincular medidas de estrutura e processo com medidas específicas de resultados da pessoa ajuda a determinar o impacto da implementação do GOBP em resultados de saúde específicos. Nos CLD, os [BPG Order Sets](#)[™] evoluíram para [RNAO Clinical Pathways](#)^{™ G} com o apoio de enfermeiros experientes/seniores com vasta experiência neste contexto. Os RNAO Clinical Pathways foram incorporados dentro de um sistema de **registo de saúde eletrónico**^G comumente usado, estando acessíveis a todas as instituições de CLD canadianas.

Enquadramento

Transições nos Cuidados

A transição nos cuidados é um ponto significativo na prestação de cuidados de saúde, durante a qual as informações e as necessidades de cuidados de uma pessoa são transferidas entre profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais, equipas interprofissionais e contextos (8). Uma transição na prestação de cuidados ocorre quando uma pessoa se desloca de um contexto ou setor para outro ou setor onde são prestados cuidados ou serviços, incluindo (mas não limitado a): cuidados primários; cuidados domiciliários e comunitários; saúde mental e contextos de saúde relacionados com o consumo de substâncias; cuidados agudos; reabilitação; CLD; estabelecimentos prisionais; e abrigos. Os exemplos incluem transições do domicílio para cuidados continuados ou de um hospital para um centro de reabilitação. As transições também podem ocorrer dentro da mesma organização, como quando uma pessoa transita de uma unidade de cuidados intensivos para uma enfermaria hospitalar. Uma transição nos cuidados pode também representar um acontecimento importante na vida. Isso pode ser real para pessoas em transição para CLD, tornando-se esta a sua residência permanente. É importante notar que as transições nem sempre são simples, pois podem ocorrer transições não lineares, com pessoas a transitarem entre as várias áreas do sistema de cuidados. Por exemplo, uma pessoa pode fazer a transição para o domicílio após uma longa estadia hospitalar, apenas para ser readmitida no hospital após alguns dias. As transições nos cuidados exigem especial atenção e compaixão por parte dos profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais e uma forte ênfase na segurança.

Num sistema integrado de saúde, as pessoas e a sua rede de suporte são atendidas por vários profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais dentro do sistema: elas nunca recebem "alta" de uma instituição de saúde ou serviço social, mas passam de um contexto ou setor para outro. Para sustentar esta realidade, o termo "transição" tem sido intencionalmente usado nesta orientação em vez de "alta", sempre que possível.



Desafios para as Pessoas e para a sua Rede de suporte durante as Transições nos Cuidados

O processo de transição é complicado nos casos em que os cuidados são prestados em diferentes contextos por múltiplos profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais com diferentes níveis de responsabilização (25). Estima-se que, no Canadá, 30% das pessoas experienciam falhas na coordenação durante as transições nos cuidados, como a falta de partilha de informações ou receber informações contraditórias dos profissionais de saúde (26). Os processos de comunicação e cuidado podem, infelizmente, falhar em vários aspetos durante uma transição no cuidado, incluindo: ao preparar as pessoas e a sua rede de suporte para a próxima etapa da transição; ao comunicar o plano de cuidados da pessoa à equipa assistida; durante a **reconciliação de medicação**^G; ou na avaliação das necessidades de cuidados, providenciando o transporte e coordenando os cuidados de acompanhamento (25). Estes problemas podem subsequentemente conduzir a riscos de segurança e a eventos adversos, tais como:

- ausência de informação para gerir as necessidades de cuidados;
- exames de diagnóstico ou tratamentos desnecessários;
- atrasos e cancelamentos de exames médicos, procedimentos e cirurgias;
- erros de medicação;
- lesão;
- cuidados tardios ou de má qualidade;
- os profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais não receberem os resultados dos exames e os relatórios necessários para os cuidados de acompanhamento;
- subdiagnóstico de novas condições de saúde, e ainda
- frustração entre as pessoas e a sua rede de suporte e profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais (8,25,27,28).

Além disso, as ineficiências podem contribuir para o sofrimento emocional, agravamento dos sintomas e experiências negativas para as pessoas e a sua rede de suporte durante as transições no cuidado (8,25,29).

As readmissões hospitalares não planeadas, as idas ao serviço de urgência e o aumento dos custos dos cuidados de saúde são outras consequências que resultam da má coordenação dos cuidados (25). Na verdade, as readmissões hospitalares não planeadas após uma transição do hospital exigem grande esforço em todo o país e afetam quase 200.000 canadianos todos os anos (30). No Canadá, aproximadamente 1 em cada 11 pessoas que saem do hospital são readmitidas no prazo de 30 dias após uma transição (31). Especificamente, em Ontário, aproximadamente 20% das pessoas com condições crónicas graves são readmitidas no hospital nos 30 dias após uma transição do hospital (25). Isto tem consequências financeiras significativas, uma vez que as readmissões custam mais de 2,3 mil milhões de dólares por ano no Canadá (31). Embora nem todas as readmissões possam ser evitadas, cerca de 25% das readmissões hospitalares não planeadas são retrospectivamente determinadas como evitáveis (30).

As taxas de readmissão podem ser reduzidas através de um melhor acompanhamento e coordenação dos cuidados após as transições (31). Muitas pessoas com doenças crónicas graves têm alta hospitalar sem uma consulta de acompanhamento agendada com um prestador de cuidados primários no prazo de sete dias após a transição do hospital (25). Além disso, cerca de 44% das pessoas em Ontário não comparecem às consultas de acompanhamento após uma transição do hospital devido à baixa **literacia em saúde**^G, barreiras financeiras e falta de apoio social (25). Há também muitas pessoas em Ontário que não têm um prestador de cuidados primários para fornecer cuidados de acompanhamento (32).

Barreiras Relacionadas com os Determinantes Sociais de Saúde e Preocupações com a Equidade em Saúde

O acesso aos cuidados de saúde é geralmente definido como uma oportunidade para as pessoas obterem os serviços e cuidados de saúde necessários (33). Uma iniquidade em saúde é definida como diferenças que ocorrem no estado de saúde e bem-estar de uma pessoa que são sistémicas, evitáveis e identificadas como injustas (34). A investigação indica que as barreiras relacionadas com os determinantes sociais da saúde, tais como habitação instável, falta de transporte, apoio social insuficiente, custo dos cuidados prestados à pessoa (por exemplo, pagamento das prescrições médicas, equipamento médico e transporte), baixa literacia em saúde, falta de necessidades básicas, desemprego e dificuldades financeiras, falta de estruturas de acolhimento de crianças a preços acessíveis e estatuto/ cobertura de seguro complicam as transições nos cuidados e impactam negativamente o acesso aos serviços de saúde e os resultados de saúde (35–38). Outros obstáculos podem incluir a falta de acesso atempado aos cuidados primários e a especialistas, em especial para as pessoas em comunidades rurais e remotas (25).

Há muitas populações que são particularmente vulneráveis e enfrentam barreiras nos cuidados, e as disparidades socioeconómicas pré-existentes complicam ainda mais o acesso e as desigualdades em saúde (36,39). Uma lista não exaustiva destas populações inclui: pessoas residentes em comunidades rurais; pessoas com diversidade sexual ou de género; pessoas que se encontram alojadas de forma inadequada; crianças e jovens com condições médicas complexas; pessoas com deficiência; novos migrantes e refugiados no país, pessoas que consomem substâncias e pessoas que experimentam barreiras socioeconómicas, culturais e linguísticas (25,40). Pessoas de cor que enfrentam racismo histórico e sistémico, como **povos indígenas**^G (Primeiras Nações, Inuit e Métis) podem enfrentar barreiras adicionais durante as transições nos cuidados, incluindo a falta de acesso a cuidados culturalmente seguros (25,28). O sistema de saúde canadiano tem sido chamado a resolver lacunas nos resultados de saúde para os povos indígenas e fornecer acesso a serviços de saúde culturalmente seguros (41).

Simplificar o suporte ao longo das transições no cuidado

Para garantir que as decisões de cuidados respeitem as necessidades, valores e preferências únicas das pessoas e da sua rede de suporte – e para garantir uma transição suave, segura, coordenada e bem-sucedida nos cuidados – os profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais precisam de colaborar com as pessoas e a sua rede de suporte (25,27), uma vez que são especialistas nas suas próprias circunstâncias (42). Uma abordagem colaborativa da equipa interprofissional facilitará a identificação das necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais da pessoa, o desenvolvimento de um **plano de transição**^G e a coordenação da referenciação e serviços essenciais. No caso das pessoas que não dispõem de uma rede de suporte, devem ser feitas considerações adicionais para garantir que são adequadamente apoiadas durante a transição.

É importante assegurar que todas as pessoas que passam por uma transição nos cuidados recebem informações e apoio para gerir as suas necessidades de cuidados de saúde e de assistência social após uma transição (25). Isto envolve educação em saúde, informações sobre medicamentos, consultas de acompanhamento, recursos na comunidade e a quem contactar se surgirem dúvidas ou preocupações (25). Deve também ser prestado apoio adequado aos cuidadores e a outros membros da rede de suporte de uma pessoa, tais como informações sobre grupos de apoio familiar ou cuidados temporários (25). Pessoas com necessidades de cuidados complexos podem beneficiar de apoio adicional para ajudá-las a se orientarem através sistema de saúde e assistência social, como acompanhamento de rotina de um profissional de saúde e prestador de serviços sociais que pode avaliar e abordar barreiras aos cuidados e atender às necessidades de cuidados em evolução (43,44).

Cocriação com as OHT (Equipas de Saúde de Ontário)

Na região de Ontário, o lançamento das OHTs em 2019 representou um marco na jornada rumo aos cuidados integrados (6). As OHTs são grupos de profissionais/prestadores e organizações de serviços de saúde e sociais que trabalham em conjunto para proporcionar um continuum de cuidados coordenados à respetiva população

(9). As OHTs estão a mudar a forma como os cuidados são prestados em Ontário e, como tal, estas equipas estão bem posicionadas para melhorar a prestação de serviços de saúde mediante colaboração intersectorial e ajudar a garantir que as pessoas experimentam transições perfeitas nos cuidados (9).

O modelo BPSO® para as OHTs foi estabelecido para responder à transformação do sistema de saúde em Ontário, através de uma abordagem adaptada para ampliar e difundir as boas práticas dentro dos sistemas integrados de cuidados. O programa fornece estrutura e usa abordagens para mobilizar equipas de diferentes disciplinas e setores em direção aos seus objetivos coletivos e avaliar resultados. A RNAO tem parcerias formais com OHTs em toda a região para apoiá-las no avanço dos Quatro Objetivos Globais (Quadruple Aim) e dos ODS das Nações Unidas, abordando a saúde da população, apoiando populações carenciadas e promovendo a equidade em saúde (consultar **Figura 1**). Os Quatro Objetivos Globais (Quadruple Aim) constituem uma estrutura reconhecida internacionalmente para a prestação de cuidados de saúde que está centrada em torno de quatro objetivos abrangentes: (1) melhores experiências para as pessoas que recebem cuidados; (2) melhores experiências para os profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais; (3) melhores resultados em termos de saúde; e (4) redução dos custos dos cuidados de saúde (45). Os ODS das Nações Unidas foram lançados em 2015 como um apelo universal à ação para erradicar a pobreza, proteger o planeta e garantir a paz e a prosperidade para todas as pessoas (46).

Os BPSO OHTs são apoiados pela RNAO para implementar sistemática e coletivamente GOBP baseados em evidências em todo o continuum de cuidados, usando uma abordagem de saúde da população. A BPSO OHTs implementará o GOBP *Transições nos Cuidados e Serviços*, este GOBP foi desenvolvido através da cocriação com BPSO OHTs para garantir que as recomendações estão alinhadas com as necessidades das pessoas e a sua rede de suporte, organizações e sistema de saúde. O painel de peritos para este GOBP incluiu profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais e pares provenientes de quatro BPSO OHTs. Outras BPSO OHTs forneceram feedback sobre o GOBP durante a etapa de **revisão dos stakeholders (partes interessadas)**^G.

Figura 1: O Programa BPSO Apoiar a Realização dos Quatro Objetivos Globais (Quadruple Aim) e dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável



Reimpresso de: Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Nurse practitioner task force report: vision for tomorrow [Internet]. Toronto (ON): RNAO; 2021. Disponível em: [RNAO.ca/sites/rnao-ca/files/NP_TF_Feb_25_FINAL_3.pdf](https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/NP_TF_Feb_25_FINAL_3.pdf)

Conclusão

Este GOBP fornece recomendações baseadas em evidências para enfermeiros, membros da equipa interprofissional, organizações e o sistema de saúde para apoiar transições seguras e eficazes no cuidado de populações pediátricas e adultas, juntamente com as suas redes de suporte. Em colaboração com os pares e uma ampla gama de membros do painel de peritos, incluindo representantes das BPSO OHTs, este GOBP foi desenvolvido para garantir que as recomendações apoiam cuidados integrados em todos os contextos e setores e que, em última análise, melhoram os resultados de saúde e a equidade em saúde para pessoas que enfrentam transições em cuidados e serviços.

Recomendações e Declarações de Boas Práticas

COLABORAÇÃO COM AS PESSOAS E A SUA REDE DE SUPORTE

DECLARAÇÃO DE BOAS PRÁTICAS 1.0:

É boa prática que os prestadores de serviços de saúde e sociais colaborem com as pessoas e a sua rede de suporte antes, durante e após uma transição nos cuidados, para garantir uma transição segura e eficaz.

Esta declaração de boas práticas é uma declaração abrangente que é fundamental para a implementação de todas as outras recomendações e declarações de boas práticas.

Trata-se de uma declaração de boas práticas que não exige a aplicação do sistema GRADE (18). Colaborar ativamente com as pessoas ao desenvolver um plano de cuidados — e identificar os seus objetivos, desejos e preferências — é um padrão da prática profissional (47–50): não colaborar com elas seria antiético. Como tal, colaborar com as pessoas e a sua rede de suporte antes, durante e após uma transição nos cuidados é uma boa prática clínica.

Durante uma transição nos cuidados, as informações de saúde e as necessidades de cuidados de uma pessoa são transferidas entre profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais, equipas interprofissionais e contextos (8). Para alcançar os melhores resultados durante uma transição nos cuidados, é imperativo que os profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais utilizem um processo de tomada de decisão informado e partilhado (38,51,52). A tomada de decisão partilhada é um processo colaborativo que envolve um trabalho conjunto de uma pessoa e o seu profissional de saúde ou de serviços sociais, para chegar a consenso mútuo sobre os seus cuidados atuais ou futuros (53). A tomada de decisão partilhada é mais do que transmitir conhecimento às pessoas e à sua rede de suporte, implica também determinar e integrar os desejos e preferências de uma pessoa (53). A investigação indica que quando as pessoas recebem informações que compreendem e sobre as quais podem agir — e quando o apoio é personalizado para satisfazer as suas necessidades — estão mais preparadas para gerir a sua saúde após a transição nos cuidados (51).

Ao se prepararem para uma transição na prestação de cuidados, as pessoas devem ter oportunidade de participar em diálogos significativos com os profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais. Esses diálogos devem, com o consentimento da pessoa, envolver também a rede de suporte da pessoa, pois desempenham um papel essencial na transição da pessoa (25,38). Por exemplo, a rede de suporte da pessoa pode fornecer informações relevantes sobre o seu estado de saúde e necessidades físicas e psicossociais (25). Esta rede de suporte também pode estar diretamente envolvida nos cuidados à pessoa (por exemplo, administrar medicamentos, realizar cuidados a feridas, ajudar nas atividades diárias, providenciar transporte para consultas de acompanhamento, monitorizar sinais e sintomas de alarme, e advogar em nome da pessoa) (25,54). Apesar do papel essencial que os cuidadores e outros membros da rede de suporte de uma pessoa desempenham durante as transições nos cuidados, muitas vezes não estão envolvidos no processo de planeamento (55,56).

Quando as perspetivas de ambas as pessoas e da sua rede de suporte são negligenciadas, isto pode resultar em frustração, desequilíbrios de poder, não adesão ao plano de cuidados ou planos de cuidados inadequados (51,57–59). As pessoas e as suas redes de suporte também relataram sentir-se abandonadas, sem confiança na altura de se orientarem através do sistema de saúde e ansiosas devido à falta de preparação para a transição e/ou

falta de recursos para autogerir a sua condição (60). É importante que os profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais ouçam as necessidades das pessoas e da sua rede de suporte e tenham genuinamente em conta as suas preferências. Quando são feitas recomendações que não refletem os desejos ou preferências de uma pessoa, é vital explicar a razão pela qual diferentes tratamentos/atividades clínicas foram recomendados (51). Uma prática colaborativa que respeite as necessidades, desejos e capacidades das pessoas e a sua rede de suporte é de extrema importância para garantir uma transição segura, suave, coordenada e bem-sucedida no cuidado (8,27,51).

Dicas de implementação

Dicas de implementação do Painel de Peritos

- Ao apoiar as pessoas e a sua rede de suporte que estão a experienciar uma transição nos cuidados, é importante que os profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais façam perguntas abertas para garantir que a voz e as preocupações da pessoa são ouvidas e que os cuidados são personalizados de acordo com as suas necessidades, desejos e preferências individuais. Exemplos de perguntas incluem:
 - Quais são os seus objetivos de cuidados e como podemos ajudá-lo/a alcançá-los?
 - O que podemos fazer para melhorar o apoio durante a transição?
 - Há mais alguma coisa sobre as suas preferências de saúde ou cuidados que queira dizer-me e que eu não perguntei?
- Envolvimento e criação de confiança: ao colaborar com pessoas para planear uma transição, os profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais devem fazer o seguinte:
 - Primeiro reflita sobre os próprios vieses e perceções que as pessoas trazem para a relação.
 - Estabeleça uma relação de confiança com a pessoa, sendo claro sobre o seu papel, porque está a fazer determinadas perguntas, com quem a informação será partilhada e como a informação recolhida irá apoiar o plano de cuidados.
 - Identifique os membros da rede de suporte de uma pessoa que estarão envolvidos durante a transição nos cuidados. Isto deve ser feito antes de ocorrer uma transição nos cuidados ou serviços e deve ser documentado no seu plano de transição.
 - Peça permissão antes de fazer perguntas e garanta que a confidencialidade será mantida. Uma abordagem sem julgamentos e empática pode ajudar as pessoas e a sua rede de suporte a sentirem-se apoiadas e seguras quando discutem as suas preocupações.
 - Certifique-se de que as pessoas e a sua rede de suporte estejam envolvidas em diálogos desde o início, ao planear uma transição.
 - Garanta que as pessoas e a sua rede de suporte tenham uma voz ativa e estejam verdadeiramente envolvidas na discussão. Os sinais de envolvimento podem incluir fazer perguntas, solicitar informações e partilhar observações e/ou preocupações.
 - Faça uma reunião para planear a transição num momento que seja oportuno para a pessoa que recebe cuidados e a sua rede de suporte. A reunião deve ser realizada, sempre que possível, pelo menos alguns dias antes da transição para permitir que a pessoa que recebe cuidados e a sua rede de suporte tenham tempo para se ajustar à transição, assimilar informações e fazer perguntas.
 - Concentre-se nas intervenções que melhor se adequam aos objetivos de cuidado da pessoa.
 - Use uma **abordagem baseada nos pontos fortes**^G, que envolve o reconhecimento de conhecimentos, capacidades e as relações entre pessoas que podem ajudá-las a alcançar os seus objetivos de cuidados.
 - Defenda o respeito pela autonomia de cada pessoa e entenda que as pessoas têm o direito de tomar decisões com as quais os profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais podem não concordar.
 - Forneça uma cópia do plano de transição à pessoa que recebe cuidados e à sua rede de suporte.

- Deve ser tida em consideração a comunicação com pessoas com deficiência, pessoas com dificuldades cognitivas ou problemas de saúde mental, ou quando existem barreiras linguísticas. Os profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais devem reduzir o vocabulário médico e garantir que o material impresso seja escrito em linguagem simples no nível 5 ou 6. Quando necessário, devem ser providenciados serviços de tradução e intérpretes.
- Os cuidados devem ser prestados de forma culturalmente segura, psicologicamente segura, respeitosa e **informada sobre traumas**^G. As relações terapêuticas seguras e de confiança são desenvolvidas quando os profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais compreendem como a experiência vivida por uma pessoa – incluindo como o impacto de traumas ou experiências negativas anteriores dentro do sistema de saúde – pode afetar os comportamentos de saúde de uma pessoa.
- Os profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais devem explorar as realidades socioeconômicas, as preocupações e as sensibilidades culturais para garantir que as pessoas e a sua rede de suporte dispõem dos recursos e serviços necessários para otimizar a transição.
- Identificação de barreiras aos cuidados: os profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais devem explorar as barreiras que as pessoas podem enfrentar quando se deparam com uma transição na prestação de cuidados e quais as barreiras que podem ser ultrapassadas. Os profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais devem considerar se a pessoa:
 - dispõe de uma rede de suporte para prestar assistência durante a transição;
 - tem acesso a recursos de cuidados de saúde, incluindo acesso a apoio na orientação da pessoa;
 - tem histórico de trauma relacionado com o acesso aos serviços de saúde;
 - tem limitações físicas ou comprometimento cognitivo;
 - é capaz de ler e compreender documentos escritos e instruções;
 - pode pagar os tratamentos, equipamentos ou medicamentos propostos;
 - tem acesso a um telefone para marcar consultas ou à Internet para participar em consultas virtuais;
 - tem acesso a transporte para comparecer às consultas presenciais;
 - enfrenta obstáculos à comparência de consultas devido a regulamento de trabalho (por exemplo, ausência de horários de trabalho flexíveis, licenças ou benefícios remunerados);
 - dispõe de habitação estável e de uma situação de vida segura, e ainda
 - pode pagar alimentos e outras necessidades.
- Os profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais devem colaborar com as pessoas para avaliar a qualidade da transição e até que ponto os serviços estão a satisfazer as necessidades da pessoa.
- Se a transição não ocorrer como planeado, certifique-se de que a pessoa e a sua rede de suporte sabem quem contactar e quando.

Recursos de apoio

RECURSO	DESCRIÇÃO
RECURSOS PARA AS PESSOAS E A SUA REDE DE SUPORTE	
Alzheimer Society of Canada. All about me – a conversation starter [Internet]. Vaughan (ON): Alzheimer Society of Canada; c2014. Disponível em: https://alzheimer.ca/sites/default/files/documents/all_about_me_a_conversation_starter_e.pdf	<ul style="list-style-type: none"> ■ Documento que descreve as informações que as pessoas gostariam que os profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais soubessem. ■ Exemplos incluem: "Gosto de ser chamado..." e "Um dia típico para mim poderia incluir..."
PODS (Patient Oriented Discharge Summary). In: OpenLab [Internet]. Toronto (ON): OpenLab; 2019. Disponível em: http://uhnopenlab.ca/project/pods/	<ul style="list-style-type: none"> ■ O Resumo de Alta Adaptado à Pessoa (RAAC/PODS) é um resumo de alta⁶ fácil de utilizar projetado para pessoas em transição do hospital para o domicílio. Não se destina a substituir um resumo de alta tradicional enviado a um prestador de cuidados primários. ■ O RAAC contém informações úteis que as pessoas devem saber, incluindo informações sobre medicamentos, mudanças na dieta e atividades, consultas de acompanhamento e sintomas a serem observados após uma transição. ■ Consulte o Apêndice G para o modelo RAAC/PODS.
RECURSOS PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE E PRESTADORES DE SERVIÇOS SOCIAIS	
Adams S, Nicholas D, Mahant S, et al. Care maps for children with medical complexity. <i>Developmental Medicine & Child Neurology</i> [Internet]. 2017;59(12):1299-306. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/dmcn.13576	<ul style="list-style-type: none"> ■ Este estudo explora o significado dos mapas de cuidados para as famílias. ■ Um mapa de cuidados é um diagrama que mapeia visualmente a complexa rede de serviços que as crianças com complexidades médicas e as suas famílias necessitam. O mapa é criado pela pessoa/família.

RECURSO	DESCRIÇÃO
<p>Agency for Healthcare Research (AHRQ). AHRQ health literacy universal precautions toolkit. 2nd ed. [Internet]. Rockville (MD): AHRQ; 2020. Tool 5: use the teach-back method. Disponível em: https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/quality-resources/tools/literacy-toolkit/healthlittoolkit2_tool5.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fornece factos, instruções e dicas úteis sobre como aprender e, posteriormente, usar o método de <i>teach-back</i> (voltar a ensinar) com as pessoas e a sua rede de suporte. ■ Isto ajuda a garantir que a educação em saúde será explicada de uma forma que as pessoas e a sua rede de suporte entendam.
<p>Building Rapport with Patients: OARS Communication Skills. In: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) [Internet]. Rockville (MD): AHRQ; 2016. Disponível em: https://www.ahrq.gov/evidencenow/tools/oars-model.html</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Delineia a abordagem de Perguntas Abertas, Afirmação, Escuta Reflexiva e Resumo (PAER/OARS), um conjunto de habilidades de comunicação verbal e não verbal que os profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais podem usar para construir relacionamento com as pessoas e a sua rede de suporte e para obter os seus objetivos de cuidado.
<p>Engaging Patients and Families in Their Health Care. In: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) [Internet]. Rockville (MD): AHRQ; 2022. Disponível em: https://www.ahrq.gov/patient-safety/patients-families/index.html</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Inclui ferramentas e recursos para melhorar o envolvimento com as pessoas e a sua rede de suporte durante as consultas de cuidados de saúde em vários contextos, incluindo hospitais, cuidados de saúde primários e CLD.
<p>Engaging persons with lived experience. In: Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) [Internet]. Toronto (ON): RNAO; 2021. Disponível em: https://RNAO.ca/leading-change-toolkit/engaging-persons</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Uma secção do <i>Leading Change Toolkit</i> que se centra no envolvimento dos pares em iniciativas de mudança para apoiar melhorias duradouras através da integração de conhecimentos de conhecimento e sustentabilidade. ■ Fornece orientação sobre como os agentes de mudança e as equipas de mudança podem colaborar com pessoas, famílias e/ou comunidades para planear, fornecer e avaliar iniciativas de mudança.
<p>Healthcare Excellence Canada (HEC). Engagement capable environments: organizational self-assessment tool [Internet]. Ottawa (ON): HEC; 2022. Disponível em: https://healthcareexcellence.ca/media/0n0hfkwj/20220321_ece_organizationalselfassessmenttool_en.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Esta ferramenta ajuda a identificar características das organizações que apoiam o envolvimento intencional e significativo com os pares.

RECURSO	DESCRIÇÃO
<p>Essential Together. In: Healthcare Excellence Canada (HEC) [Internet]. Ottawa (ON): HEC; 2023. Disponível em: https://www.healthcareexcellence.ca/en/what-we-do/all-programs/essential-together</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Programa destinado a apoiar a integração de cuidadores essenciais em organizações de saúde e serviço social. ■ A página Web inclui links para uma variedade de recursos, incluindo uma autoavaliação organizacional.
<p>Healthcare Excellence Canada (HEC). How safe is your care? Measurement and monitoring of safety through the eyes of patients and their care partners [Internet]. Ottawa (ON): HEC; 2022. Disponível em: https://www.healthcareexcellence.ca/media/dnrgw10m/20220525_howsafeisyourcare_final_en.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Relatório que fornece uma abordagem para compreender como as pessoas e a sua rede de suporte vivenciam a segurança no sistema de saúde, e como esse conhecimento pode ser usado para influenciar a prática de cuidados de saúde.
<p>Patient, Family and Caregiver Declaration of Values for Ontario. In: Government of Ontario [Internet]. Toronto (ON): Government of Ontario; 2021. Disponível em: https://www.ontario.ca/page/patient-family-caregiver-declaration-values-ontario</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ O objetivo desta Declaração de Valores da Pessoa, Família e Cuidador, elaborada pelo Conselho Consultivo de Pessoas e Familiares de Ontário, é articular as expectativas das pessoas, familiares e cuidadores do sistema de saúde de Ontário. ■ A Declaração serve de orientação para as pessoas e organizações envolvidas nos cuidados de saúde e apresenta um resumo dos princípios e valores que as pessoas, famílias e cuidadores dizem ser importantes para elas. ■ Consultar o Apêndice F para a Declaração de Valores da Pessoa, Família e Cuidador de Ontário.
<p>Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Person- and family-centred care [Internet]. Toronto (ON): RNAO; 2015. Disponível em: RNAO.ca/bpg/guidelines/person-and-family-centred-care</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ RNAO GOBP. ■ Apresenta recomendações de boas práticas para enfermeiros e membros da equipa interprofissional para melhorar a qualidade das parcerias com as pessoas que acedem aos cuidados.

RECURSO	DESCRIÇÃO
<p>RNAO Clinical Pathways for long-term care homes. In: Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) [Internet]. Toronto (ON): RNAO; c2023. Available from: https://RNAO.ca/bpg/implementation/clinicalpathways</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ RNAO Clinical Pathways™ é uma versão digitalizada dos GOBP da RNAO que pode ser incorporada num sistema de registo de saúde eletrónico para promover cuidados baseados em evidências. ■ As RNAO Clinical Pathways atualmente disponíveis foram contextualizadas para o setor de CLD em Ontário. As RNAO Clinical Pathways estão disponíveis para o GOBP de Cuidados Centrados na Pessoa e na Família. ■ Nota: este é um recurso para o qual existe uma taxa.
<p>About The Canadian Quality & Patient Safety Framework for Health Services. In: Healthcare Excellence Canada (HEC) [Internet]. Ottawa (ON): HEC; c2023. Disponível em: https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/Canadian-Quality-and-Patient-Safety-Framework-for-Health-and-Social-Services/Pages/About-the-Framework.aspx</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Quadro que fornece orientações para as organizações sobre segurança e qualidade, com cinco objetivos abrangentes (cuidados centrados na pessoa, cuidados seguros, cuidados acessíveis, cuidados adequados e cuidados integrados). ■ O segundo objetivo estabelece que as pessoas que utilizam os serviços de saúde devem ser parceiras de igual forma no planeamento, desenvolvimento e acompanhamento dos cuidados.
<p>Norma técnica para disponibilização de notas de alta estruturadas no Registo de Saúde Eletrónico a partir dos sistemas hospitalares de registo clínico. In: Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. [Internet]. Lisboa; 2019. Disponível em: https://www.spms.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/Norma-t%C3%A9cnica-para-disponibiliza%C3%A7%C3%A3o-de-notas-de-alta-estruturadas-no-RSE-a-partir-dos-sistemas-hospitalares-de-registo-cl%C3%ADnico.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Esta norma portuguesa contribui para que os profissionais de saúde partilhem notas de alta estruturadas, e que o cidadão aceda a essas notas a partir do Registo de Saúde Eletrónico.

AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES DE CUIDADOS E PREPARAÇÃO PARA UMA TRANSIÇÃO

DECLARAÇÃO DE BOAS PRÁTICAS 2.0:

É boa prática que os prestadores de serviços de saúde e sociais avaliem com as pessoas e a sua rede de suporte as suas necessidades de cuidados e a preparação para uma transição.

Trata-se de uma declaração de boas práticas que não exige a aplicação do sistema GRADE (18). A realização de uma avaliação inicial antes de desenvolver um plano de cuidados ou implementar qualquer intervenção é um padrão de prática profissional (61). É antiético se não for concluído. Como tal, completar uma avaliação para identificar os cuidados e determinar a preparação para a transição é uma boa prática clínica e um pré-requisito para o desenvolvimento de um plano de transição.

A avaliação da preparação para uma transição é uma componente central do planeamento da transição (62). As avaliações de preparação são baseadas em critérios clínicos, tais como: estabilidade clínica, capacidade funcional para gerir o autocuidado, e possuir os conhecimentos, as competências, a confiança e os apoios necessários para gerir a transição e fazer face aos desafios comuns que possam surgir (62). Quando as avaliações de preparação não são feitas, as pessoas que vivenciam uma transição nos cuidados e os membros da sua rede de suporte frequentemente relatam sentir-se inaptos para autogerir o cuidado ou assumir responsabilidades de cuidar após a transição (63,64). Quando as transições são apressadas, as pessoas e os cuidadores ficam com receios, sentem-se inseguros e inaptos para a transição (38,64). Baixos níveis de preparação para uma transição também têm sido associados a dificuldades de lidar com as situações após a transição e maior probabilidade de readmissão hospitalar (65,66). É importante salientar que as perceções de preparação podem diferir entre os profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais e as pessoas em transição (67). É, por conseguinte, crucial que os profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais determinem a perceção que a pessoa tem da sua preparação para a transição.

Além de ajudar a identificar quando uma pessoa está pronta para uma transição, as avaliações também podem ajudar a identificar o tipo de cuidados e assistência necessários durante e após uma transição (63). Isto é especialmente importante para pessoas com necessidades complexas. As avaliações desempenham um papel fundamental na deteção de obstáculos que possam impedir uma transição suave e na identificação de intervenções, recursos e apoios adequados que possam orientar o planeamento e a coordenação dos cuidados. Na procura da equidade em saúde e da saúde da população, é imprescindível que os profissionais procurem compreender os determinantes sociais da saúde que afetam a pessoa ao realizar avaliações, como rendimento, habitação e inclusão social (68). As **populações carenciadas**^G estão em maior risco de maus resultados clínicos durante as transições nos cuidados devido a fatores que afetam a sua saúde e o acesso aos serviços e recursos de saúde (36). Compreender o impacto destes fatores pode ajudar os profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais a adaptar os planos de transição às necessidades específicas das pessoas.

Embora existam muitos fatores a considerar ao realizar uma avaliação, é fundamental que a avaliação se concentre nas necessidades que são identificadas pela pessoa e pela sua rede de suporte, uma vez que são especialistas nas suas próprias circunstâncias (42). As informações recolhidas durante a avaliação podem servir de base para: desenvolver colaborativamente um plano de transição, educar a pessoa e a sua rede de suporte sobre a transição e adaptar a informação às suas necessidades e fase de cuidados. Esta abordagem pode incluir: partilhar informações sobre estratégias **de autogestão**^G, oferecer informações e fornecer acesso a serviços e meios de suporte e informar sobre mudanças de medicação.



O painel de peritos destacou que, embora as avaliações sejam fundamentais para preparar uma transição nos cuidados, os prestadores de serviços de saúde e sociais devem evitar repetir avaliações desnecessariamente. Pode ser frustrante para as pessoas repetirem a sua história várias vezes a diferentes profissionais de saúde ou prestadores de serviço sociais, na medida em que isto pode levá-las a sentir falta de atenção por parte destes profissionais e levar à desconfiança no sistema de saúde. O painel de especialistas destacou ainda que podem ocorrer danos quando as avaliações são repetidas devido a falhas de comunicação e ao trabalho isolado dos prestadores de serviços de saúde e sociais.

Existe o risco de a informação ser perdida ou não revista pelos prestadores envolvidos no cuidado da pessoa.

Para evitar a repetição desnecessária de avaliações, os prestadores de serviços de saúde e sociais devem rever as avaliações anteriores e destacar semelhanças e mudanças quando são realizadas novas avaliações. Os prestadores de serviços de saúde e sociais devem também receber formação sobre a utilização adequada dos instrumentos de avaliação, incluindo o papel de realizar e documentar a avaliação e o momento em que esta deve ser realizada.

Quando for necessário repetir as avaliações, os prestadores de serviços de saúde e sociais devem explicar à pessoa e à sua rede de suporte por que razão é importante completar a avaliação.

Consultar **Tabela 5** em "Dicas de implementação" (abaixo) para mais detalhes do painel de peritos sobre: quem deve realizar a avaliação, o que deve ser avaliado, onde, quando e como a avaliação deve ocorrer e que considerações de equidade em saúde os profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais devem estar atentos ao completar uma avaliação.

Tenha em atenção que estes fatores dependerão do tipo de transição e das necessidades da pessoa e da sua rede de suporte que se deparam com a transição.

Dicas de implementação

Tabela 5: Dicas de implementação do Painel de Peritos

COMPONENTES DA AVALIAÇÃO	PORMENORES DA AVALIAÇÃO
<p>Quem deve realizar a avaliação</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ A avaliação deve ser realizada em colaboração com a pessoa que está a viver a transição e com a sua rede de suporte. ■ A avaliação deve envolver a colaboração entre os profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais nos contextos envolvidos na transição. ■ Os membros da equipa interprofissional envolvidos na realização de uma avaliação podem incluir (mas não estão limitados a): enfermeiros; médicos (médicos de família e especialistas); assistentes sociais; coordenadores assistenciais; farmacêuticos; fisioterapeutas; terapeutas ocupacionais; audiologistas e terapeutas da fala; terapeutas respiratórios; nutricionistas; psicólogos; profissionais em saúde mental e consumo de substâncias; pessoal de apoio comportamental; orientadores de pessoas indígenas; gestores de risco; gestores de caso; pares; e profissionais de apoio espiritual. ■ O nome e os dados de contacto do(s) prestador(es) de serviços de saúde e sociais que realiza(m) a avaliação devem ser claramente documentados para garantir que podem ser contactados para acompanhamento, sempre que necessário. ■ Para as pessoas com necessidades complexas, é benéfico que uma equipa interprofissional esteja envolvida na conclusão da avaliação para garantir uma visão abrangente da pessoa e que as suas necessidades são bem abordadas. ■ Ter um profissional de saúde e prestador de serviços sociais a realizar uma avaliação principal em colaboração com outros membros da equipa pode ajudar a garantir que as mesmas perguntas não são feitas várias vezes. Permite também a consistência na informação recolhida, garante uma maior responsabilização, reduz o atraso na recolha de informação relevante e minimiza os erros de comunicação que podem resultar quando estão envolvidas várias pessoas. ■ Os profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais devem avaliar as suas próprias competências e certificar-se de que possuem os conhecimentos, as competências e o discernimento adequados antes de realizarem a avaliação.

COMPONENTES DA AVALIAÇÃO	PORMENORES DA AVALIAÇÃO
<p>Que fatores devem ser avaliados</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ A avaliação deve ser adaptada às prioridades de cuidados que são relevantes para o processo de transição e aos resultados desejados da pessoa e aos objetivos de cuidados após a transição. ■ A lista que se segue não pretende ser exaustiva. Os profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais familiarizados com os serviços que prestam devem acrescentar a esta lista com base nas necessidades da pessoa que apoiam. As informações a considerar incluem (mas não estão limitadas a): <ul style="list-style-type: none"> □ Os objetivos da pessoa e da sua rede de suporte, incluindo o que é uma boa transição nos cuidados para ela e quais os resultados que são importantes. □ O estado de saúde física, cognitiva e mental da pessoa, incluindo a apresentação de preocupações e outras comorbilidades que podem afetar a função e a recuperação. □ Capacidade funcional, incluindo a capacidade de cuidar de necessidades pessoais de saúde, realizar atividades da vida diária (por exemplo, alimentar-se, tomar banho, vestir-se e usar o sanitário) e atividades instrumentais da vida diária (por exemplo, gerir finanças, lida da casa e medicamentos). □ Os recursos, serviços e apoios que a pessoa tem e precisa (por exemplo, serviços de cuidados domiciliários, entrega de refeições, transporte de e para consultas ou equipamento médico) e o sistema de saúde da pessoa ou capacidade para pagar esses serviços e recursos. □ Segurança e adequação do ambiente doméstico ou do destino para o qual a pessoa está em transição (por exemplo, se a unidade de cuidados continuados pode satisfazer as necessidades de reabilitação da pessoa ou se uma pessoa em transição para o domicílio pode estar em risco de quedas ou maus-tratos a idosos). □ Literacia em saúde e educação para a saúde necessárias para promover a autogestão. □ Medicamentos (incluindo a consciência da pessoa sobre novos medicamentos e potenciais efeitos secundários), o que a pessoa tem prescrito em comparação com o que está a tomar efetivamente e que medicamentos a pessoa pode pagar ou tem participação (para mais detalhes, consulte a Declaração de Boas Práticas 4.0). □ A compreensão da pessoa sobre o plano de cuidados e a sua capacidade de se envolver em cuidados/cumprir com consultas. □ Apoio social disponível, incluindo o empenho e capacidade do cuidador para prestar apoio, bem como informação e recursos de que os cuidadores necessitam para prestar cuidados.

COMPONENTES DA AVALIAÇÃO	PORMENORES DA AVALIAÇÃO
<p>Que fatores devem ser avaliados, cont.</p>	<ul style="list-style-type: none"> □ Fatores que podem tornar a transição mais complexa (por exemplo, barreiras linguísticas, habitação inadequada, deficiências cognitivas, comportamentos reativos⁶, pobreza, automutilação, necessidades de cuidados paliativos ou de fim de vida, acesso limitado a planos de saúde, etc.). □ Informações de contacto da pessoa que está a passar pela transição, ou o nome e as informações de contacto de alguém que sabe onde ela está, caso a pessoa não tenha telefone, email ou endereço de casa/correio. □ Informações de contacto de pessoas em quem a pessoa confia e com quem consente partilhar informações, e quaisquer representantes legais nomeados através de uma Procuração para Cuidados Pessoais. □ Informações de contacto do prestador de cuidados primários da pessoa (se tiver um) para garantir que recebe uma atualização sobre o estado de saúde da pessoa e/ou os cuidados recebidos. □ Aspectos relacionados com a personalidade, como valores, rotinas, dieta e história de vida, que podem ajudar os prestadores a obter uma imagem detalhada da pessoa e das suas preferências únicas. ■ No final da avaliação, os profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais devem perguntar se há algo mais que a pessoa e a sua rede de suporte desejem discutir, que seja útil para a equipa interprofissional.

COMPONENTES DA AVALIAÇÃO	PORMENORES DA AVALIAÇÃO
<p>Como realizar uma avaliação</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Os profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais devem utilizar uma abordagem baseada nos pontos fortes aquando da realização das avaliações. Isto envolve reconhecer os conhecimentos, capacidades e conexões existentes da pessoa e a sua rede de suporte que podem ajudá-la a alcançar os seus objetivos de cuidado. ■ Abordagens e ferramentas padronizadas para conduzir avaliações podem ser úteis porque fornecem uma maneira consistente de concluir avaliações e podem ajudar a garantir que as necessidades de cuidados não sejam perdidas. No entanto, as avaliações padronizadas devem ser equilibradas com diálogos com a pessoa e a sua rede de suporte usando perguntas abertas para garantir que a voz e as preocupações da pessoa sejam ouvidas, as informações não sejam perdidas e o atendimento seja personalizado de acordo com as suas necessidades. ■ As avaliações devem ser claramente documentadas. Algumas avaliações padronizadas são longas, e pode ser útil incluir um resumo rigoroso de uma página para que os profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais possam rever rapidamente o conteúdo principal da avaliação. ■ Uma boa avaliação não deve ser vista como se o prestador de serviços de saúde ou social estivesse a seguir "caixas de verificação", porque isso pode quebrar a confiança entre a pessoa que recebe cuidados e o prestador. A pessoa e a sua rede de suporte devem envolver-se e participar ativamente na discussão. ■ Iniciar uma avaliação requer o estabelecimento de uma relação de confiança entre a pessoa e o prestador de serviços de saúde ou social. É importante que o prestador: <ul style="list-style-type: none"> □ Seja claro sobre o seu papel, porque que razão está a formular certas perguntas, com quem serão partilhadas as informações e como as informações recolhidas irão ajudar no plano de cuidados. □ Peça permissão antes de fazer perguntas e garanta que a confidencialidade será mantida. □ Use uma abordagem empática e sem julgamentos para ajudar as pessoas e a sua rede de suporte a sentirem-se apoiadas e seguras discutindo as suas preocupações e fazendo perguntas. ■ A avaliação documentada deve conter informações precisas e atualizadas. Tal contribuirá para garantir que os profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais no contexto de destino para o qual a pessoa está a transitar terão os recursos e a capacidade para cuidar adequadamente da pessoa (por exemplo, informações sobre comportamentos reativos). ■ Os profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais devem partilhar uma cópia da avaliação com a pessoa e a sua rede de suporte.

COMPONENTES DA AVALIAÇÃO	PORMENORES DA AVALIAÇÃO
<p>Como realizar uma avaliação, cont.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Quando as ferramentas de avaliação são implementadas, os programas e as organizações devem: <ul style="list-style-type: none"> □ Trabalhar com a equipa interprofissional para determinar processos para a realização de avaliações, o que inclui identificar claramente o objetivo de cada avaliação e a frequência recomendada. Estas decisões devem basear-se na compreensão de como as pessoas transitam em todo o sistema de saúde. □ Avaliar a adequação dos instrumentos de avaliação (por exemplo, a sua receção e utilidade) com base no feedback direto das pessoas que recebem cuidados e dos profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais. □ Avaliar a eficácia das ferramentas de avaliação.
<p>Definição e momento da avaliação</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ As avaliações devem ser realizadas num momento que permita a participação da pessoa que recebe cuidados e da sua rede de suporte. Isso garante que eles possam ter um papel ativo na avaliação. Os profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais devem dar tempo e espaço às pessoas e à sua rede de suporte para fazerem perguntas e/ou expressarem preocupações. ■ Deve ser realizada uma avaliação antes e depois de uma transição nos cuidados e em resposta a quaisquer alterações no estado de saúde da pessoa ou nas necessidades de cuidados. Também pode haver casos em que a pessoa ou a sua rede de suporte solicitem uma avaliação adicional. ■ Uma avaliação deve ser realizada, ou uma avaliação conduzida anteriormente deve ser revista, 48 a 72 horas antes de uma transição. Assim, irá garantir que as informações estão atualizadas. ■ Após a transição da pessoa para um novo contexto, deve ser efetuada uma avaliação de acompanhamento para garantir que as necessidades da pessoa serão atendidas e os serviços adequados estarão a ser prestados. Esta avaliação deve ser feita o mais rapidamente possível, para evitar atrasos nos cuidados após a transição. Devem ser realizadas reavaliações contínuas, conforme necessário. ■ Alguns aspetos da avaliação podem ter de ser concluídos apenas uma vez, como a recolha de informações sobre a personalidade. Outras avaliações, no entanto, como as relacionadas com a mudança de comportamento, podem precisar ser efetuadas com mais frequência. ■ As reavaliações devem ser uma continuação da avaliação inicial, centrada na identificação de alterações em relação à avaliação anterior. ■ Em algumas circunstâncias, é adequado adotar uma abordagem de cuidados escalonados, em que uma breve avaliação é inicialmente realizada e uma avaliação mais abrangente é posteriormente realizada, se necessário, com base nas necessidades de cuidados da pessoa.

COMPONENTES DA AVALIAÇÃO	PORMENORES DA AVALIAÇÃO
<p>Considerações de equidade em saúde ao realizar uma avaliação</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Os profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais devem considerar a melhor forma de comunicar com as pessoas e a sua rede de suporte, para garantir que estas possam participar ativamente na avaliação. Há que ter em conta a comunicação com pessoas surdas, cegas ou com baixos níveis de literacia em matéria de saúde, ou quando existem barreiras linguísticas. Os profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais devem utilizar uma linguagem simples e reduzir o vocabulário médico. Quando necessário, devem ser providenciados serviços de tradução. ■ As relações terapêuticas seguras e de confiança são desenvolvidas quando os profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais compreendem como a experiência vivida por uma pessoa, incluindo traumas ou experiências negativas anteriores dentro do sistema de saúde, pode afetar os comportamentos de saúde de uma pessoa. Os cuidados devem ser prestados de forma culturalmente segura, psicologicamente segura, respeitosa e informada sobre traumas. ■ Para os cuidadores e membros da rede de suporte de uma pessoa, pode haver um encargo financeiro associado à necessidade de se ausentar do trabalho para prestar apoio e responder a perguntas quando as avaliações são realizadas, especialmente se tiverem de percorrer longas distâncias. A redução do número de avaliações desnecessárias pode ajudar a reduzir este encargo. Muitas avaliações podem ser facilitadas remotamente para diminuir os custos inerentes às deslocações. As organizações devem considerar formas criativas e híbridas de colaborar e conduzir avaliações durante as transições no cuidado. ■ Os profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais devem explorar as barreiras que as pessoas podem enfrentar quando se deparam com uma transição na prestação de cuidados e quais as barreiras que podem ser ultrapassadas. Os profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais devem considerar se a pessoa: <ul style="list-style-type: none"> □ dispõe de uma rede de suporte para prestar assistência durante a transição; □ tem acesso a recursos de cuidados de saúde, incluindo apoio na orientação da pessoa; □ tem histórico de trauma relacionado com o acesso aos serviços de saúde; □ tem limitações físicas ou comprometimento cognitivo; □ é capaz de ler e compreender documentos escritos e instruções; □ pode pagar os tratamentos, equipamentos ou medicamentos propostos; □ tem acesso a telefone para marcação de consultas ou à Internet para participar em consultas virtuais;

COMPONENTES DA AVALIAÇÃO	PORMENORES DA AVALIAÇÃO
<p>Considerações de equidade em saúde ao realizar uma avaliação, cont.</p>	<ul style="list-style-type: none"> □ tem acesso a transporte para comparecer às consultas; □ enfrenta obstáculos à comparência às consultas devido ao regulamento de trabalho (por exemplo, ausência de horários de trabalho flexíveis, licenças ou benefícios remunerados); □ dispõe de habitação estável e de uma situação de vida segura, e ainda □ pode pagar alimentos e outras necessidades. ■ Para as pessoas que sofreram racismo, discriminação ou uma experiência traumática dentro do sistema de saúde, é importante que esteja presente uma pessoa em quem confiem quando as avaliações estão a ser realizadas. ■ As avaliações devem centrar-se nas intervenções que melhor se adequam aos objetivos de cuidados da pessoa. Os profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais devem respeitar a autonomia de cada pessoa e compreender que as pessoas têm o direito de tomar decisões com as quais os prestadores podem não concordar.

Recursos de apoio

RECURSO	DESCRIÇÃO
<p>Behavioural Supports Ontario (BSO). Making connections: recommendations to enhance the use of personhood tools to improve person-centered care delivery across sectors. [Internet]. [place unknown]: BSO; 2018. Disponível em: https://brainxchange.ca/Public/Special-Pages/BSO/Files/Personhood-Tools/Making-Connections-BSO-Lived-Experience-Advisory-A.aspx</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recurso da Behavioural Supports Ontario. ■ Lista de ferramentas que podem ser usadas para avaliar a personalidade durante uma transição no cuidado.
<p>Comprehensive Assessment Instruments. In: inteRAI [Internet]. [place unknown]: inteRAI; [date unknown]. Disponível em: https://interrai.org/instrument-category/comprehensive-assessment-instruments/</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Avaliações abrangentes para ajudar os profissionais de saúde a identificar, avaliar e priorizar problemas físicos, cognitivos e psicossociais comuns. ■ Estão disponíveis avaliações para cuidados agudos e reabilitação, cuidados a adultos e idosos, crianças e jovens e saúde mental. ■ Nota: este é um recurso para o qual existe uma taxa.

RECURSO	DESCRIÇÃO
<p>Health Quality Ontario (HQO). Transitions between hospital and home: care for people of all ages [Internet]. Toronto (ON): HQO; 2020. Disponível em: https://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/evidence/quality-standards/qs-transitions-between-hospital-and-home-quality-standard-en.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Quality Standard de Health Quality Ontario. ■ Aborda os cuidados a pessoas de todas as idades que estão em transição entre o hospital e o domicílio. ■ Inclui uma secção detalhada sobre como realizar uma avaliação abrangente das necessidades de saúde e assistência social de uma pessoa.
<p>Inquest into the death of Bradley Chapman. Verdict of Coroner's Jury [Internet]. Office of the Chief Coroner. [place unknown]: Ministry of the Solicitor General (Ontario); 2018. Disponível em: https://www.toronto.ca/legdocs/mmis/2019/ec/bgrd/backgroundfile-136740.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Descreve as recomendações do júri na sequência do inquérito de um médico legista sobre uma morte por overdose de opiáceos. ■ Recomenda a realização de uma avaliação atempada ao planear a transição de um estabelecimento prisional. Consultar a Recomendação 34.
<p>Kessler D, Provencher V, MacLeod H. The Living with Risk: Decision Support Approach Research Project [Internet]. [place unknown: publisher unknown; date unknown]. Available from: https://lwrdsa-vivreaveclesrisques.recherche.usherbrooke.ca/?lang=en</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Uma ferramenta desenvolvida para ajudar os prestadores a avaliar a situação de risco dos idosos associado à permanência no domicílio ou ao regresso ao domicílio depois da hospitalização. ■ O site inclui uma variedade de recursos, incluindo um documento de análise de risco para preenchimento. ■ Também disponível em francês.
<p>National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Transition between inpatient hospital settings and community or care home settings for adults with social care needs. [Internet]. London (UK): NICE; 2015 Dec 01. Disponível em: https://www.nice.org.uk/guidance/ng27</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Guideline from National Institute for Health and Care Excellence. ■ Contém recomendações relacionadas com a avaliação e o planeamento dos cuidados durante as transições nos cuidados (Recomendações 1.3.9 e 1.3.10).

RECURSO	DESCRIÇÃO
<p>PATH-s is a freely accessible, evidence-based tool designed to assess caregiver's preparedness to transition stroke patients home. In: Association of Rehabilitation Nurses (ARN) [Internet]. Chicago (IL): ARN; [date unknown]. Disponível em: https://rehabnurse.org/advance-your-practice/practice-tools/path-s-instrument</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Instrumento projetado para avaliar a preparação do cuidador antes da transição de um sobrevivente de AVC de uma instalação de reabilitação hospitalar para o domicílio.
<p>Readiness for Hospital Discharge Scale (RHDS). In: Marquette University, College of Nursing [Internet]. Milwaukee (WI): Marquette University, College of Nursing; c2022. Disponível em: https://www.marquette.edu/nursing/readiness-hospital-discharge-scale.php</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ferramentas desenvolvidas para avaliar a preparação para a transição do hospital ao domicílio. ■ As versões estão disponíveis tanto para a pessoa que está a passar pela transição quanto para o enfermeiro preencher.
<p>RNAO Clinical Pathways for long-term care homes. In: Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) [Internet]. Toronto (ON): RNAO; 2022. Disponível em: https://RNAO.ca/bpg/implementation/clinicalpathways</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ RNAO Clinical Pathways™ é uma versão digitalizada dos GOBP da RNAO que pode ser incorporada num sistema de registo de saúde eletrónico para promover cuidados baseados em evidências e ajudar a orientar avaliações. ■ As RNAO Clinical Pathways estão atualmente disponíveis e foram contextualizadas para o setor de CLD em Ontário. ■ Nota: este é um recurso para o qual existe uma taxa.

RECURSO	DESCRIÇÃO
<p>The Family Caregiver Activation in Transitions® (FCAT®) tool. In: The Care Transitions Program® (CTP®) [Internet]. [place unknown]: CTP®; 2015. Disponível em: https://secureservercdn.net/72.167.242.33/253.582.myftpupload.com/wp-content/uploads/2019/09/Family-Caregiver-Activation-in-Transitions-FCAT-tool.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ferramenta desenvolvida para orientar a equipa interprofissional na compreensão das necessidades da pessoa e da família antes de uma transição no cuidado.
<p>Toronto Paramedic Services. In case of emergency information sheet [Internet]. Toronto (ON): Toronto Paramedic Services; 2016. Disponível em: https://www.toronto.ca/wp-content/uploads/2017/10/903f-ICE-Sheet2016-1.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Permite que as pessoas e a sua rede de suporte forneçam detalhes importantes para paramédicos e funcionários do hospital, como detalhes dos contactos de emergência, histórico médico relevante, medicamentos, alergias, mobilidade e contactos de cuidados com animais de estimação. ■ Disponível numa variedade de idiomas, incluindo Inglês, Francês, Chinês, Farsi, Polaco, Espanhol e Tâmil.
<p>Manual de Articulação - Saúde e Segurança Social (S + SS) – para o Planeamento das Altas Hospitalares. In: Instituto da Segurança Social, I.P. (ISS, I.P.), Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS, I.P.), Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I.P. (DE-SNS, I.P.) [Internet]. Lisboa; 2023. Disponível em: https://www.seg-social.pt/documents/10152/25948515/Manual+de+Articula%C3%A7%C3%A3o+-+Sa%C3%BAde+e+Seguran%C3%A7a+Social+para+o+Planeamento+das+Altas+Hospitalares/b815925f-90a5-40e1-b339-c27299282473</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ O Manual pretende agilizar o funcionamento da articulação Saúde+Segurança Social, por forma a garantir uma atenção integral e centrada no cidadão, respeitando a sua dignidade, segurança e bem-estar, através de: Cooperação interinstitucional no planeamento das altas dos hospitais; Identificação de todos os recursos da comunidade face à necessidade; Harmonização de procedimentos e instrumentos para a concretização da alta; Garantir os procedimentos e qualidade na continuidade de cuidados de saúde e sociais.

COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL

DECLARAÇÃO DE BOAS PRÁTICAS 3.0:

É uma boa prática que os membros da equipa interprofissional colaborem para desenvolver um plano de transição que apoie as necessidades únicas das pessoas e da sua rede de suporte.

Trata-se de uma declaração de boas práticas que não exige a aplicação do sistema GRADE (18). A colaboração interprofissional ocorre quando os prestadores de serviços de saúde e sociais de diferentes origens profissionais assumem papéis complementares, partilham a responsabilidade pela tomada de decisões e trabalham em conjunto para prestar cuidados de elevada qualidade (69). A colaboração com outros membros da equipa de saúde é um padrão de prática profissional (48,50,61,70). Por conseguinte, é uma boa prática clínica colaborar com a equipa interprofissional para desenvolver um plano de transição que apoie as necessidades únicas das pessoas e da sua rede de suporte. Embora esta declaração de boas práticas se concentre na colaboração entre profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais, é essencial que a equipa interprofissional também colabore com as pessoas e a sua rede de suporte aquando do desenvolvimento do plano de transição (consultar **Declaração de Boas Práticas 1.0**).

São necessários planos de transição para promover a **continuidade dos cuidados**^G e assegurar que os serviços, apoios e recursos necessários foram organizados para a pessoa que enfrenta a transição (71). Quando os profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais se reúnem para partilhar perspetivas e entendimentos profissionais, pode ser criado um plano de transição mais abrangente (72). Pode ser especialmente benéfico que os profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais de diferentes disciplinas contribuam para o desenvolvimento do plano de transição, uma vez que as suas competências e conhecimentos combinados podem ajudar a garantir que as necessidades das pessoas são bem atendidas (73). Reuniões de equipa e equipas clínicas interprofissionais responsáveis pela alta clínica são dois exemplos em que equipas interprofissionais se reúnem para coordenar um plano de cuidados (72,74).

O desenvolvimento efetivo de um plano de transição depende de uma boa comunicação e colaboração entre a equipa interprofissional (75). As evidências indicam que, quando os profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais não têm clareza sobre os papéis e responsabilidades de outros prestadores, pode ocorrer tensão ao desenvolver um plano de transição (71,76). Oportunidades limitadas de interação e tomada de decisão significativas, diferenciais de poder percebidos e hierarquias profissionais e respeito inadequado pela experiência de outros membros da equipa podem impedir ainda mais a colaboração (72,73,76,77). Além disso, quando os membros da equipa interprofissional comunicam informações contraditórias às pessoas e à sua rede de suporte e não colaboram, isso pode gerar confusão entre as pessoas e falta de confiança na equipa (78). No entanto, muitas práticas podem ser implementadas para promover a colaboração interprofissional ao desenvolver um plano de transição. As organizações podem estabelecer uma cultura que apoie a igualdade de valor de todos os membros da equipa envolvidos no planeamento da transição (78), e os profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais podem esforçar-se para comunicar de forma eficaz e demonstrar confiança e respeito pelos outros membros da equipa e pelos seus papéis (71,76). Essas práticas promovem espaços seguros e colaborativos onde os membros da equipa interprofissional se sentem à vontade para contribuir para as discussões e tomadas de decisão da equipa.

Dicas de implementação

Dicas de implementação do Painel de Peritos

- Considere quais os profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais que devem ser envolvidos no desenvolvimento do plano de transição para melhor responder às necessidades da pessoa e da sua rede de suporte:
 - Os profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais que melhor entendem as experiências de uma comunidade ou de uma pessoa — como orientadores de pessoas indígenas, gestores de risco ou pares — podem oferecer informações valiosas durante o planeamento da transição.
 - Se a pessoa apresentar comportamentos reativos associados a demência, saúde mental complexa, consumo de substâncias ou condições neurológicas, envolver profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais adequados para desenvolver um plano de apoio comportamental pode ajudar a reduzir a incidência de comportamentos reativos durante a transição nos cuidados.
- Cada membro da equipa interprofissional deve estar consciente do seu papel no desenvolvimento do plano de transição.
- É benéfico ter um prestador de serviços de saúde ou social designado para liderar a equipa e coordenar os cuidados.
- As populações carenciadas podem enfrentar desafios relacionados com barreiras linguísticas, literacia ou racismo sistémico quando se trata de participar na tomada de decisões. A colaboração interprofissional — usando uma abordagem de cuidados informada sobre traumas e culturalmente segura — deve ser a medida padrão no apoio às populações carenciadas para expressar e gerir as suas necessidades de cuidados. Deve ser colocada uma forte ênfase na prestação de apoio psicossocial e pragmático aquando do desenvolvimento do plano de transição.
- Como parte do desenvolvimento de um plano de transição, os prestadores devem colaborar para garantir a criação de um sistema "sem falhas" para que as pessoas tenham acesso a necessidades básicas, como habitação, medicamentos e alimentação, bem como conhecimento sobre os serviços sociais locais na sua área e como aceder aos mesmos.
- Os planos de transição devem ser informados por avaliações que identifiquem as necessidades de cuidados atuais e em evolução de uma pessoa. Isso pode incluir, mas não está limitado a informações sobre alergias, decisão de não reanimar, medicamentos, testes de diagnóstico, resultados laboratoriais e solicitações especiais feitas por pessoas e/ou sua rede de suporte. Para obter informações sobre os fatores a ter em conta no desenvolvimento de um plano de transição, ver **Declaração de Boas Práticas 2.0**.
- O desenvolvimento de um plano de transição exige também a colaboração entre os profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais, tanto no contexto de envio como de acolhimento, bem como a compreensão dos recursos disponíveis em cada setor. Para mais informações sobre o desenvolvimento de uma abordagem interprofissional transetorial para apoiar as transições nos cuidados de saúde, consultar **Recomendação 3.1**.
- Deve ser ministrada formação aos profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais e aos estudantes para que desenvolvam as competências necessárias para uma coordenação eficaz durante as transições nos cuidados. A formação deve incluir conteúdos sobre os papéis da equipa, a comunicação interprofissional e o processo de desenvolvimento de um plano de transição para garantir que as contribuições de cada profissional sejam incorporadas.

Tabela 6: Dicas de implementação baseadas na evidência**PORMENORES SEGUNDO A EVIDÊNCIA**

Os estudos abaixo descrevem exemplos de equipas interprofissionais a colaborar para desenvolver um plano de transição. Eles foram identificados através de uma revisão bibliográfica realizada sobre o tema.

Baldwin et al., 2018

- Os participantes foram atendidos numa clínica de alta interprofissional afiliada a um hospital.
- A equipa interprofissional foi constituída por um enfermeiro, farmacêutico clínico, enfermeiro gestor de caso e assistente social.
- A equipa discutiu a hospitalização recente, reviu os resultados laboratoriais e de imagem e desenvolveu um plano de cuidados individualizado. Providenciaram equipamento médico, coordenaram encaminhamentos e consultas com especialistas, realizaram revisão da medicação e avaliação psicossocial. A assistente social forneceu às pessoas recursos relacionados com o apoio ao cuidador, prestação de cuidados a longo prazo, assistência financeira, serviços de transporte e apoio às refeições, conforme a necessidade (79).

Otsuka et al., 2019

- Os participantes foram observados numa clínica interprofissional de cuidados pós-agudos num grande centro médico académico.
- A equipa interprofissional era composta por um enfermeiro, assistente médico, farmacêutico clínico, médico residente, médico assistente e assistente social que se reuniram com cada participante para realizar a reconciliação de medicação, desenvolver um plano para otimizar a gestão da medicação, estabelecer encaminhamentos e organizar serviços e acompanhamento (74).

Reidt et al., 2016

- Os participantes estavam em transição de uma instalação de reabilitação de curto prazo para o domicílio.
- O modelo envolveu um geriatra, um enfermeiro e um farmacêutico que cuidavam de pessoas no centro de reabilitação.
- Antes da transição, o farmacêutico reviu medicamentos e colaborou com o enfermeiro para determinar o regime de medicação. O farmacêutico acompanhou o participante em casa ou por telefone uma semana após a transição, com foco na reconciliação de medicação e avaliação da adesão. O enfermeiro recomendou itens para o farmacêutico abordar no acompanhamento, como monitorizar efeitos adversos específicos de medicamentos e lembrar as pessoas de consultas de acompanhamento (80).

Recursos de Apoio

RECURSO	DESCRIÇÃO
<p>Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Care transitions from hospital to home: IDEAL discharge planning implementation handbook. Rockville (MD): AHRQ; 2017. Disponível em: https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/systems/hospital/engagingfamilies/strategy4/Strat4_Implement_Hndbook_508_v2.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> Um conjunto de ferramentas de implementação que destaca os elementos-chave necessários para envolver as pessoas e a sua rede de suporte no processo da alta clínica de modo a garantir uma transferência de informação bem-sucedida.
<p>Interprofessional Education Collaborative (IPEC). Core competencies for interprofessional collaborative practice: 2016 update [Internet]. Washington (DC): IPEC; 2016. Disponível em: https://ipec.memberclicks.net/assets/2016-Update.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> Descreve as quatro competências essenciais do <i>Interprofessional Education Collaborative</i> (IPEC) para a prática colaborativa interprofissional que podem ser utilizadas como guia para o desenvolvimento curricular nas escolas de saúde.
<p>Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Developing and sustaining interprofessional health care: optimizing patients/clients, organizational and system outcomes. Toronto (ON): RNAO; 2013. Disponível em: https://RNAO.ca/sites/rnao-ca/files/DevelopingAndSustainingBPG.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> RNAO BPG. Descreve recomendações de boas práticas ao nível do sistema, da organização e individuais para desenvolver e manter a colaboração interprofissional nos cuidados de saúde.
<p>TeamSTEPPS Canada Essentials Course. In: Healthcare Excellence Canada (HEC). [Internet]. Ottawa (ON): HEC; 2023. Available from: https://www.healthcareexcellence.ca/en/what-we-do/all-programs/teamstepps-canada-essentials-course/</p> <p>Pocket Guide: TeamSTEPPS. Team Strategies & Tools to Enhance Performance and Patient Safety. In: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). [Internet]. Rockville (MD): AHRQ; [created January 2014; revised January 2020]. Disponível em: https://www.ahrq.gov/teamstepps/instructor/essentials/pocketguide.html</p>	<ul style="list-style-type: none"> <i>TeamSTEPPS</i> consiste numa ferramenta, baseada em evidência, com o objetivo de otimizar a comunicação e colaboração da equipa multidisciplinar em todo o Sistema de saúde. <p>A Healthcare Excellence Canada é a líder educacional do TeamSTEPPS Canada. O Curso Essencial do TeamSTEPPS Canada é um curso de e-learning gratuito de 20 minutos.</p> <p>O guia de bolso da ARHQ contém estratégias e ferramentas para melhorar o desempenho da equipa e a segurança.</p>

RECURSO	DESCRIÇÃO
<p>My Transitional Care Plan®: Tool Download & Permissions. In: Behavioural Supports Ontario (BSO) [Internet]. [place unknown]: BSO Collaborative; [date unknown]. Disponível em: https://brainxchange.ca/Public/Special-Pages/BSO/Clinical-Tools-and-Resources/My-Transitional-Care-Plan/My-Transitional-Care-Plan%C2%A9-Tool-Download-Permis</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ My Transitional Care Plan® resume informações para facilitar transições bem-sucedidas nos cuidados a idosos que apresentam ou estão em risco de comportamentos reativos ou condições complexas de saúde mental, uso de substâncias ou problemas neurológicos. ■ Consulte o modelo no Apêndice H. O formulário também pode ser criado dentro dos sistemas eletrônicos de registos clínicos.



RECOMENDAÇÃO 3.1:

O painel de peritos sugere que as organizações de saúde e serviços sociais colaborem para implementar uma abordagem formal interprofissional e intersectorial para apoiar as pessoas que passam por transições nos cuidados.

Força da recomendação: Condicional

Certeza da evidência dos efeitos: Muito baixa

Discussão de Evidências:**Benefícios e danos**

Para efeitos deste GOBP, uma abordagem interprofissional intersectorial refere-se a uma abordagem colaborativa em que dois ou mais profissionais de saúde ou sociais, de diferentes disciplinas, e em diferentes setores trabalham formalmente em conjunto para garantir que as pessoas e a sua rede de suporte experimentem uma transição segura nos cuidados. Os estudos analisaram a colaboração intersectorial entre profissionais que estavam a apoiar adultos na transição do hospital para o domicílio (81–84) ou do hospital para um centro de reabilitação (85,86) quando comparados com os cuidados padrão. Os cuidados padrão incluíram alta para o domicílio ou para um serviço de reabilitação com um resumo da alta e o agendamento de uma consulta de follow-up (seguimento) por um especialista ou profissional dos cuidados de saúde primários (81) e/ou falta de comunicação formal e acompanhamento entre profissionais de diferentes setores (82–86).

Os membros da equipa interprofissional que se envolveram numa abordagem formal intersectorial para apoiar as pessoas em transição variaram entre os estudos. Os membros da equipa interprofissional incluíam, mas não se limitavam a: enfermeiros; assistentes sociais; farmacêuticos; médicos de clínica geral; psicólogos; especialistas em reabilitação; e fisioterapeutas (81–86). Os tipos de abordagens transectoriais interprofissionais formais também variaram entre os estudos. Os exemplos incluíram: sessões de videoconferência com a participação de profissionais do internamento hospitalar e serviços de reabilitação para discutir o plano de cuidados para pessoas que estão a vivenciar uma transição (86) e um programa em que um enfermeiro avaliou as pessoas antes da alta hospitalar e após a alta hospitalar num centro de reabilitação e, em seguida, discutiu a avaliação diretamente com o pessoal de reabilitação (85). Para mais detalhes sobre os tipos de abordagens intersectoriais interprofissionais formais estudadas, consulte as "Dicas de implementação" abaixo.

As evidências indicam que as abordagens interprofissionais formais intersectoriais podem aumentar os follow-ups (seguimento) com um profissional de saúde ou da área social (81) e que podem reduzir as taxas de readmissão no prazo de 30 dias após a alta hospitalar (81–86). Um estudo registou um maior número de consultas externas de especialidade no grupo de intervenção, que recebeu cuidados transitórios através de uma unidade de prática integrada (81). Dos seis estudos que relataram taxas de readmissão (81–86), quatro relataram taxas de readmissão mais baixas (81,82,84,86), um estudo relatou um ligeiro aumento nas taxas de readmissão (85) e um estudo não relatou diferenças importantes quando foi implementada uma abordagem intersectorial interprofissional formal para apoiar as pessoas durante as transições nos cuidados (83). Dois estudos avaliaram o efeito de abordagens interprofissionais formais intersectoriais nas visitas ao serviço de urgência dentro de 30 dias após a alta hospitalar (81,84). No entanto, houve algumas inconsistências nos resultados, com um estudo a relatar uma redução de 40% nas visitas ao serviço de urgência no grupo de intervenção em comparação com o grupo de controlo (81), e um estudo a relatar que não houve diferenças importantes (84).

O painel de peritos observou que a qualidade de vida e a satisfação das pessoas eram resultados críticos nos quais as revisões sistemáticas se deveriam concentrar. No entanto, existia falta de evidências diretas relacionadas com este tipo de resultados. Como consequência, estes resultados foram avaliados através de um inquérito que recolheu sistematicamente as experiências e observações do painel de peritos relacionadas com abordagens transeitoriais interprofissionais formais que estavam a ser implementadas para apoiar as pessoas durante as transições nos cuidados. Os dados do inquérito que captam as observações sistemáticas foram compilados e a qualidade avaliada. Treze dos 20 membros do painel de peritos responderam ao inquérito, a maioria dos quais relatou observações das suas experiências de trabalho em hospitais, onde vigorava um processo formal para apoiar as transições nos cuidados. Em termos do impacto das abordagens interprofissionais formais intersectoriais na qualidade de vida das pessoas, nove membros do painel de peritos (69,2 %) relataram que as abordagens interprofissionais formais intersectoriais melhoraram a qualidade de vida da pessoa, dois membros do painel de peritos (15,4%) não relataram nenhuma mudança na qualidade de vida e um membro do painel de peritos (7,7%) relatou uma redução na qualidade de vida. Um membro do painel (7,7%) não pôde fornecer informações sobre este resultado.

Em termos dos efeitos das abordagens interprofissionais formais intersectoriais na satisfação da pessoa, oito membros do painel de peritos (61,6%) relataram que as abordagens interprofissionais formais intersectoriais melhoram a satisfação da pessoa, e dois membros do painel de peritos (15,4%) relataram uma redução na satisfação da pessoa. Três membros do painel (23,1%) não puderam fornecer informações sobre este resultado.

Não foram identificados riscos relacionados com a utilização de abordagens interprofissionais intersectoriais formais nas evidências nem pelo painel de peritos.

O grau de evidência foi muito baixo devido a limitações na forma como os estudos foram conduzidos, inconsistência no uso de ferramentas de avaliação e resultados do estudo, e um pequeno número de participantes do estudo ou poucas oportunidades de avaliação.

Para obter informações mais pormenorizadas sobre o impacto nos resultados considerados prioritários resultantes de uma abordagem interprofissional formal que estão a ser implementadas para apoiar as pessoas durante as transições nos cuidados, consulte os [perfis da evidência](#).

Valores e Preferências

Das Evidências da Revisão Sistemática

Não foram identificadas evidências na revisão sistemática que avaliou diretamente os valores e preferências das pessoas em relação às abordagens transeitoriais interprofissionais formais que estavam a ser implementadas durante as transições no cuidado.

Do Painel de Peritos (Observação Sistemática)

Os membros do painel de peritos indicaram que as pessoas valorizaram o uso de abordagens interprofissionais formais intersectoriais durante as transições no cuidado, pois essas abordagens podiam:

- assegurar a continuidade e a coordenação dos cuidados;
- aumentar a segurança e reduzir erros de medicação, falhas de comunicação e readmissões;
- apoiar a participação da pessoa e o envolvimento regular da família em atividades na prestação de cuidados e processos de tomada de decisões, e ainda
- dar às pessoas uma sensação de segurança e confiança no sistema de saúde.

Equidade em Saúde

Das Evidências da Revisão Sistemática

Não foram identificadas evidências na revisão sistemática que avaliassem diretamente o impacto das abordagens interprofissionais intersectoriais formais na equidade na saúde.

Do Painel de Peritos (Observação Sistemática)

Alguns membros do painel de peritos enfatizaram que as abordagens interprofissionais formais intersectoriais devem ser a norma e não a exceção durante as transições nos cuidados, especialmente para populações carentes. Se a comunicação entre os profissionais de saúde e de serviços sociais falhar e as informações não forem partilhadas com exatidão durante as transições entre os contextos de cuidados, isso pode resultar em danos significativos, especialmente para pessoas que não têm condições habitacionais adequadas, idosos, pessoas com défices cognitivos, pessoas com problemas de saúde mental, pessoas que consomem substâncias e pessoas que enfrentam racismo histórico e sistémico, como os povos indígenas. Um membro do painel de peritos referiu que as equipas interprofissionais devem colaborar para fornecer, de forma pragmática, apoio psicossocial às populações carentes durante uma transição, juntamente com as informações de contacto de um membro da equipa interprofissional para que as pessoas e a sua rede de suporte possam entrar em contacto quando surgirem dúvidas ou desafios após uma transição nos cuidados.

Justificação da Recomendação pelo Painel de Peritos

O painel de peritos constatou que pode haver benefícios na implementação de uma abordagem interprofissional formal e intersectorial para apoiar as transições nos cuidados de saúde, tais como o aumento dos follow-ups (seguimento) com os profissionais de saúde ou dos serviços sociais, o aumento da satisfação das pessoas, a melhoria da qualidade de vida e a redução das readmissões hospitalares nos 30 dias seguintes à transição. A literatura não refere quaisquer riscos. No entanto, o grau de segurança da evidência é muito baixo. Por conseguinte, o painel de peritos classificou a força da recomendação como condicional.

Dicas de implementação

Dicas de implementação do Painel de Peritos

- Embora a evidência se tenha centrado numa abordagem interprofissional formal e intersectorial para apoiar as transições do hospital para o domicílio ou do hospital para a reabilitação, o painel de peritos sublinhou que esta recomendação deve ser extensiva a todos os contextos com que as pessoas e a sua rede de suporte se deparam ao longo de uma transição de cuidados.
- As organizações de saúde e de serviços sociais devem assegurar que os profissionais estejam cientes de quem faz parte da equipa interprofissional e das suas respetivas funções e responsabilidades. Isso ajudará a garantir um caminho claro de comunicação entre todos os membros envolvidos.
- É benéfico ter um profissional de saúde ou de serviço social designado para liderar a equipa e coordenar os cuidados. Esta colaboração tem o potencial de promover uma comunicação e transferência de informação eficazes, reduzir a duplicação de serviços e, em última análise, assegurar uma transição suave para as pessoas e a sua rede de suporte. É útil que este prestador designado trabalhe dentro da organização onde a pessoa terá um envolvimento mais longo (por exemplo, cuidados ao domicílio ou CLD).
- É benéfico que os profissionais de ambos os contextos (ou seja, o contexto de onde a pessoa está a ser transferida e o novo contexto) comuniquem diretamente por telefone ou videoconferência para discutir o plano de cuidados e garantir que as necessidades de cuidados da pessoa são compreendidas. Isto é especialmente importante para pessoas com necessidades complexas. Por exemplo, quando a pessoa transita entre o hospital e CLD, é conveniente que o profissional com maiores responsabilidades no hospital (ou seja, um médico ou enfermeiro) comunique diretamente com o médico ou enfermeiro da unidade de cuidados de longa duração.

- As pessoas devem ser informadas de que os membros da equipa interprofissional - de quem as pessoas consentiram receber tratamento - irão discutir os seus cuidados em conjunto. Isto significa que a informação será partilhada com a equipa interprofissional recetora como uma componente do planeamento da transição.
- As organizações de saúde e de serviços sociais devem estabelecer sistemas de comunicação de informações pertinentes sobre a pessoa e/ou a sua rede de suporte durante as transições de cuidados, de modo a cumprir todos os requisitos de privacidade, segurança e regulamentação legislada.
- As organizações de saúde e de serviços sociais devem utilizar ferramentas de documentação padronizadas e estratégias de comunicação para a troca clara e atempada de informações relativas à pessoa e à sua rede de suporte antes, durante e após as transições nos cuidados.
- Para garantir a qualidade e a segurança das transições, as organizações devem estabelecer as transições nos cuidados como uma prioridade estratégica. Isto permitirá desenvolver abordagens a nível de todo o sistema e encorajará o desenvolvimento de melhores processos e RNAO Clinical Pathways.

Tabela 7: Dicas de implementação baseadas na Evidência**PORMENORES DA EVIDÊNCIA**

Os tipos de abordagens interprofissionais intersectoriais formais implementados para apoiar as pessoas durante as transições de cuidados variaram entre os estudos.

Enzinger et al., 2021

- No estudo, os participantes estavam a fazer a transição de um serviço de medicina do hospital para o domicílio.
- O profissional hospitalar contactou o médico dos cuidados primários da pessoa por telefone nas 72 horas anteriores à alta, fazendo um máximo de três tentativas de chamada. Durante a chamada telefónica, os profissionais de saúde discutiram o motivo e a duração da hospitalização, os cuidados médicos prestados, as alterações da medicação, as questões sociais relevantes, a data da alta e todas as informações necessárias para prestar cuidados de acompanhamento após a transição (83).

Krol et al., 2019

- O Health Optimization Program for Elders (HOPE) é um programa para idosos de alto risco em transição de um hospital para um centro de reabilitação.
- A equipa do HOPE no hospital incluía um enfermeiro (que lidera o programa), um geriatra, internistas, bolseiros de geriatria, chefias de enfermagem, gestores de casos, representantes das chefias do hospital e um chefe do pessoal administrativo.
- A equipa de reabilitação incluía enfermeiros, profissionais de saúde, fisioterapeutas, assistentes sociais e coordenadores de transporte.
- O tipo de apoio prestado incluía uma consulta única de internamento pela equipa HOPE e uma avaliação cerca de 72 horas após a transição pelo enfermeiro, que comunicava com a equipa de reabilitação por telefone ou pessoalmente sobre o internamento da pessoa no hospital, os medicamentos, o progresso da reabilitação, as consultas de follow-up (seguimento) em ambulatório e os objetivos dos cuidados (85).

PORMENORES DA EVIDÊNCIA

Low et al., 2017

- Os participantes do grupo de intervenção receberam cuidados de transição antes da alta através de uma unidade de prática integrada, que incluía uma equipa de cuidados em regime de internamento e uma equipa de ambulatório virtual.
- A equipa de internamento incluía o médico de família responsável, um diretor clínico, um enfermeiro gestor de casos, um farmacêutico e um assistente social.
- A equipa do ambulatório virtual incluía o médico de família assistente, dois enfermeiros gestores de caso e um assistente social. No momento da transição, os cuidados foram assegurados pela equipa de ambulatório virtual.
- O tipo de apoio prestado pela equipa de internamento incluía: planeamento da alta; revisão da medicação; orientação para a autogestão; agendamento de follow-ups (seguimento); e partilha de informações de contacto para o enfermeiro da enfermaria virtual.
- A equipa da enfermaria virtual acompanhou de perto as pessoas durante três meses e efetuou um contacto telefónico nas 72 horas seguintes à transição, uma avaliação domiciliária e contactos telefónicos regulares para identificar complicações precoces (81).

Moore et al., 2017

- As sessões de videoconferência do Extension for Community Healthcare Outcomes Care Transitions (ECHO-CT) centram-se nos idosos que transitam do hospital para um centro de reabilitação.
- A equipa do hospital incluía um farmacêutico, um assistente social, um chefe da equipa médica e um gestor de projeto.
- A equipa do centro de reabilitação incluía enfermeiros, médicos e, ocasionalmente, fisioterapeutas e estagiários.
- As sessões de videoconferência do ECHO-CT foram realizadas semanalmente durante 1,5 horas e consistiram em discussões discretas frente-a-frente de 15 minutos entre as equipas do hospital e do centro de reabilitação, utilizando tecnologia segura de comunicação por vídeo.
- As sessões de videoconferência incluíam uma discussão sobre o internamento da pessoa no hospital, o seu estado clínico atual, os medicamentos e as preocupações/questões relacionadas com o seu plano de cuidados (86).

Paolini et al., 2022

- A intervenção *Careggi Re-Engineered Discharge* (CaRED) foi concebida para apoiar a transição de adultos para o domicílio a partir de um serviço de medicina de alta complexidade de um hospital universitário.
- *CaRED* é um protocolo de alta reestruturado, que envolve a comunicação direta entre os hospitais e os médicos de medicina geral e familiar dos cuidados primários.
- Os médicos de medicina geral e familiar receberam um email informando-os de que um dos seus clientes tinha sido hospitalizado. O e-mail autorizava o médico de medicina geral e familiar a aceder ao registo de saúde eletrónico do hospital durante o internamento da pessoa. Os médicos de medicina geral e familiar também podiam contactar e discutir diretamente com o pessoal do hospital os dados de saúde e as decisões relativas aos cuidados de saúde. No momento da alta, os médicos de medicina geral e familiar receberam um e-mail com a carta de alta, alertando-os diretamente para a alta (84).

PORMENORES DA EVIDÊNCIA

Schubert et al., 2016

- O *Geriatric Resources for Assessment and Care of Elders (GRACE)* é uma intervenção para veteranos com 65 anos ou mais que estão a fazer a transição para o domicílio depois de uma hospitalização.
- Um enfermeiro e um assistente social (a equipa GRACE) realizaram uma avaliação no domicílio uma semana após o idoso ter tido alta do hospital. A visita centrou-se na identificação de preocupações pós-alta relacionadas com a medicação, *follow-ups* (seguimento), etc.
- A equipa GRACE entrou então em contacto com uma equipa mais alargada (o painel interdisciplinar GRACE) - composta por um geriatra, um farmacêutico e um psicólogo ou um especialista em saúde mental - para transmitir os resultados da avaliação e elaborar um plano de cuidados pormenorizado. A equipa do GRACE contactava com a pessoa e com o profissional de saúde dos cuidados primários para rever, modificar e implementar o plano de cuidados, de modo a garantir que estava de acordo com os objetivos e preferências da pessoa.
- Uma vez finalizado o plano, a equipa GRACE efetuou visitas domiciliárias de acompanhamento mensais, ou sempre que necessário, para continuar a sua participação nos cuidados do veterano (presencialmente ou por telefone) (82).

Recursos de apoio

RECURSO	DESCRIÇÃO
<p>Provincial Geriatrics Leadership Ontario (PGLO). Designing integrated care for older adults living with complex and chronic health needs: a scoping review. [place unknown]: PGLO; 2020. Disponível em: https://rgps.on.ca/wp-content/uploads/2020/11/PGLO-Scoping-Review-FINAL.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Literatura que analisa elementos de conceção para ajudar os responsáveis, os decisores políticos, os líderes da saúde e os clínicos a conceber formas de integrar sistemas de cuidados para idosos com problemas de saúde complexos.
<p>Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Developing and sustaining interprofessional health care: optimizing patients/clients, organizational and system outcomes. Toronto (ON): RNAO; 2013. Disponível em: https://RNAO.ca/sites/rnao-ca/files/DevelopingAndSustainingBPG.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ RNAO BPG. ■ Apresenta recomendações de boas práticas ao nível do sistema, da organização e da pessoa para desenvolver e manter a colaboração interprofissional nos cuidados de saúde.
<p>SBAR Tool: Situation-Background-Assessment-Recommendation. In: Institute for Healthcare Improvement (IHI) [Internet]. Boston (MA): IHI; 2013. Disponível em: https://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/sbartoolkit.aspx</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ SBAR (Situation-Background-Assessment-Recommendation/Situação-Antecedentes-Avaliação-Recomendações) é uma ferramenta para estruturar as discussões sobre o estado de saúde de uma pessoa entre os membros da equipa interprofissional. ■ Incentiva a partilha clara e concisa de informações.
<p>TeamSTEPPS Canada Essentials Course. In: Healthcare Excellence Canada (HEC). [Internet]. Ottawa (ON): HEC; 2023. Disponível em: https://www.healthcareexcellence.ca/en/what-we-do/all-programs/teamstepps-canada-essentials-course/</p> <p>Pocket Guide: TeamSTEPPS. Team Strategies & Tools to Enhance Performance and Patient Safety. In: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) [Internet]. Rockville (MD): AHRQ; [created January 2014; revised January 2020]. Disponível em: https://www.ahrq.gov/teamstepps/instructor/essentials/pocketguide.html</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ <i>TeamSTEPPS</i> é uma ferramenta baseada em evidências para aperfeiçoar a comunicação e a colaboração da equipa em todo o sistema de saúde. ■ <i>Healthcare Excellence Canada</i> é a <i>TeamSTEPPS Canada</i> educational lead. A <i>TeamSTEPPS Canada Essential Course</i> é um curso de e-learning, gratuito com a duração de 20 minutos. ■ O guia de bolso da <i>ARHQ</i> contém estratégias e ferramentas para melhorar o desempenho e a segurança da equipa.

REVISÃO DA HISTÓRIA DE MEDICAÇÃO

DECLARAÇÃO DE BOAS PRÁTICAS 4.0:

Para garantir a segurança da medicação, é uma boa prática que os profissionais de saúde realizem, em colaboração com a pessoa que se depara com uma transição e a sua rede de suporte, o seguinte:

- obter a melhor história possível de medicação, e ainda
- fazer a verificação de medicação em todos os momentos da transição.

Trata-se de uma declaração de boas práticas que não exige a aplicação do sistema GRADE (18). As transições nos cuidados incluem a transferência de informações e cuidados de uma pessoa através de diferentes contextos, profissionais de saúde e de serviços sociais e equipas interprofissionais (8,87). Durante estas transições, a medicação é frequentemente interrompida, ajustada ou prescrita de novo. Os processos de transmissão de informação e cuidado podem falhar em vários pontos durante uma transição no cuidado, resultando em erros de medicação não intencionais ou discrepâncias (88). Como tal, a segurança da administração terapêutica é um padrão de prática profissional (89), sendo uma boa prática clínica que os profissionais de saúde colaborem com as pessoas e a sua rede de suporte na implementação de estratégias que garantam a segurança da gestão terapêutica durante as transições nos cuidados.

Os tipos comuns de discrepâncias de medicação que ocorrem durante as transições no cuidado incluem omissão de medicação, erros de prescrição e falha na comunicação de alterações terapêuticas (88). Embora seja difícil estimar a prevalência de discrepâncias de medicação durante as transições nos cuidados devido aos vários métodos de definição e classificação de discrepâncias, uma revisão Cochrane de 2018 relatou que 559 em cada 1000 pessoas estão em risco de ter uma ou mais discrepâncias de medicação durante uma transição no cuidado (88,90). Uma parte considerável das discrepâncias de medicação resulta em **reações adversas relacionadas com a medicação**^G, incluindo reações adversas evitáveis (por exemplo, devido a um erro de medicação) ou um acontecimento adverso não evitável do medicamento (por exemplo, uma reação adversa) (88). A Health Quality Ontario relata que as seguintes populações em Ontário estão em maior risco de sofrer um dano relacionado com a medicação: crianças e jovens; idosos; pessoas a tomar múltiplos medicamentos (polimedicação); pessoas com problemas de saúde mental; pessoas com demência ou défice cognitivo ligeiro; pessoas cuja primeira língua não seja o inglês; pessoas com baixa literacia ou baixa literacia em saúde; pessoas com deficiência; pessoas com baixo nível socioeconómico; e aqueles sem plano de seguro que participe medicação (91).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2019), as seguintes estratégias-chave podem ajudar a melhorar a segurança da medicação durante as transições nos cuidados (88):

1. Implementação de um processo estruturado de reconciliação de medicação em cada etapa da transição:
 - a) Obter uma **Melhor História Possível de Medicação (MHPM)**^G, que inclui entrevistar a pessoa ou um membro da sua rede de suporte e verificar a história de medicação com pelo menos uma outra fonte confiável de informação para reunir uma lista completa e precisa de medicamentos utilizados no momento da transição. Para obter uma lista de perguntas que os profissionais de saúde podem fazer ao conduzir uma **MHPM**, consultar [Apêndice I](#).
 - b) Reconciliar e atualizar a lista de medicamentos, o que inclui comparar a **MHPM** com os medicamentos prescritos, identificar e resolver eventuais discrepâncias, documentar alterações e atualizar a lista de medicamentos. Isso é feito em parceria com as pessoas para garantir a transferência completa e precisa de informações sobre medicamentos em cada etapa da transição.

- c) Comunicar a lista atual de medicamentos e as razões para quaisquer alterações aos medicamentos, à pessoa, à sua rede de suporte e aos profissionais de saúde para os quais os cuidados estão a ser transferidos (88).

Para um exemplo de questões sobre reconciliação de medicação que os profissionais de saúde podem usar, consultar [Apêndice J](#).

2. Colaborar com as pessoas e a sua rede de suporte para garantir que as pessoas possam gerir os seus medicamentos de forma segura, o que inclui compreender a ação e a forma como os medicamentos devem ser tomados.

A educação e a literacia em matéria de medicação são cruciais para prevenir os danos relacionados com a medicação e melhorar a segurança da medicação durante as transições nos cuidados. A colaboração entre as pessoas, a sua rede de suporte e os profissionais de saúde é desejável para informar e capacitar as pessoas para a autogestão terapêutica e a melhoria de resultados em termos de saúde e segurança. É importante fornecer às pessoas informações sobre os seus medicamentos e como usá-los com segurança. A distribuição de folhetos informativos e a oferta de aconselhamento ou consultoria podem contribuir para este efeito. A segurança da medicação também pode ser melhorada fornecendo instruções relacionadas com a medicação, follow-ups (seguimento) após a transição e um número de contacto para o qual as pessoas podem ligar em caso de dúvidas ou problemas relacionados com os seus medicamentos (88).

Para obter uma lista de perguntas que as pessoas devem fazer sobre os seus medicamentos antes de uma transição, consultar [Apêndices K e L](#).

3. Prestar um maior apoio às pessoas com elevado risco de danos relacionados com a medicação antes e depois das transições de cuidados.
4. Melhorar a qualidade e a prontidão da informação sobre medicamentos durante as transições de cuidados.

É importante identificar as fontes de informação mais fidedignas para verificar o historial de medicação nos momentos das transições de cuidados. O conhecimento e a compreensão que a pessoa tem dos seus medicamentos podem ser apoiados pela utilização de uma lista de medicamentos, na posse da pessoa. Pode ser em papel (por exemplo, um cartão ou passaporte de medicação) ou formato eletrónico (por exemplo, uma aplicação no telemóvel) para ajudar as pessoas a controlar os medicamentos e partilhar informações com os profissionais de saúde, quando necessário (88).

Dicas de implementação

Dicas de implementação do Painel de Peritos

- Uma MHPM deve ser completada antes da ocorrência da reconciliação de medicação. Quando possível, é útil que a MHPM seja concluída antes de uma transição no cuidado, pois permite que a reconciliação da medicação ocorra muito mais facilmente e rapidamente após a transição. Se não for possível completar uma MHPM antes de uma transição, ela deve ser realizada após a transição de cuidados antes da reconciliação de medicação.
- Ao realizar uma MHPM com a pessoa e a sua rede de suporte, o vocabulário médico não deve ser utilizado. A história da medicação deve incluir medicamentos prescritos, medicamentos de venda livre, suplementos à base de plantas e/ou outros produtos de saúde, colírios e cremes tópicos. Cuidados culturalmente seguros envolvem o reconhecimento de medicamentos tradicionais que podem ser utilizados para fins medicinais, espirituais, sagrados e cerimoniais para promover a cura.
- Os profissionais de saúde que obtêm um historial de saúde e conduzem a reconciliação de medicação devem considerar cuidadosamente as interações, efeitos colaterais e contraindicações de novos medicamentos antes de prescrevê-los. Isto é especialmente importante para pessoas com condições de saúde complexas ou crónicas.
- A reconciliação de medicação é uma responsabilidade partilhada dos profissionais de saúde em colaboração com as pessoas e a sua rede de suporte em todos os contextos onde ocorrem transições nos cuidados.

- É fundamental que as pessoas e a sua rede de suporte sejam informadas e recebam material impresso que as notifiquem das alterações introduzidas nos seus medicamentos e das razões pelas quais essas alterações foram efetuadas. A falta de compreensão sobre as mudanças de medicação pode resultar em polimedicação e na toma de medicamentos que já não são necessários cuja dose foi alterada após a transição. No ambiente de admissão, é importante que as pessoas tenham acesso a um farmacêutico que possa responder a perguntas sobre os seus medicamentos.
- Quando está a ocorrer uma transição, um relatório com a lista do(s) medicamento(s) atual(atuais) e passado(s) deve ser enviado aos profissionais da instituição acolhedora que os notifica sobre as alterações terapêuticas efetuadas. Sempre que possível, este relatório deve ser transferido eletronicamente. Quando as pessoas estão em transição do hospital para os cuidados continuados, é benéfico que o profissional mais responsável no hospital (ou seja, o médico ou enfermeiro comuniquem esta informação diretamente com o médico ou enfermeiro que recebe a pessoa nos CLD).
- Os profissionais de saúde devem ter em atenção se as pessoas podem aceder e pagar os medicamentos prescritos e os dispositivos (por exemplo, insulina e seringas) e se os medicamentos são comparticipados por programas especiais de aquisição de medicamentos. Os profissionais de saúde devem estar cientes de que certos medicamentos só são comparticipados em contextos específicos (por exemplo, o *Ontario Drug Benefit* cobre certos medicamentos no hospital, mas não nos CLD).
- Os profissionais de saúde devem igualmente avaliar:
 - Se as pessoas têm a capacidade de seguir as instruções (por exemplo, se alguém está disponível para as lembrar de tomar os medicamentos, se necessário).
 - Se as pessoas são capazes de aderir a regimes de medicação específicos com base no seu estilo de vida pessoal, preferências, etc.
 - Se as pessoas entendem ou não as mudanças feitas na medicação. Isto inclui compreender o que o medicamento faz e como deve ser tomado.
- Uma vez realizada a reconciliação de medicação, também pode ocorrer uma revisão terapêutica. Uma revisão terapêutica é uma avaliação estruturada dos medicamentos que uma pessoa está a tomar com o objetivo de otimizar o uso de medicação (88). Os riscos e benefícios de cada medicamento são considerados à luz das condições atuais de saúde e vida da pessoa, e são tomadas decisões sobre a terapêutica futura. Isto pode ocorrer antes ou depois de uma transição nos cuidados (88).
- As organizações devem desenvolver políticas padronizadas e processos estruturados para orientar a reconciliação de medicação durante as transições no cuidado. Isto garante que as informações completas e precisas sobre medicamentos sejam comunicadas durante todas as etapas de transição. Isto também se alinha com a Accreditation Canada's Required Organizational Practice que visa manter uma lista de medicamentos precisa nas transições de cuidados (disponível em breve, implementação em 2024) (92).

Recursos de apoio

RECURSO	DESCRIÇÃO
<p>Alberta Health Services (AHS). Best possible medication history (BPMH) interview guide [Internet]. Edmonton (AB): AHS; 2014. Disponível em: https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/hp/medrec/if-hp-medrec-provider-interview-brochure.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Guia de entrevista para a realização de uma MHPM. ■ Lista de perguntas que os profissionais de saúde podem fazer para obter uma lista completa e precisa dos medicamentos tomados na altura da transição.
<p>Hospital to Home – Facilitating Medication Safety at Transitions. A Toolkit and Checklist for Healthcare Providers. In: The Institute for Safe Medication Practices (ISMP) Canada [Internet]. Toronto (ON): ISMP Canada; [date unknown]. Disponível em: https://www.ismp-canada.org/transitions/</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Um conjunto de ferramentas para ajudar os profissionais de saúde a evitar erros de medicação durante as transições do hospital para o domicílio. ■ Inclui uma lista de verificação e um modelo de formulário de fax para facilitar a comunicação com os farmacêuticos comunitários.
<p>The Institute for Safe Medication Practices Canada (ISMP). Medication reconciliation. Frequently asked questions [Internet]. Toronto (ON): ISMP Canada; [date unknown]. Disponível em: https://www.ismp-canada.org/download/MedRec/FAQ-RolesResponsibilitiesMedRec.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Descreve quais os membros da equipa interprofissional que devem estar envolvidos na reconciliação de medicação e quais as suas funções e responsabilidades. ■ Descreve também o papel das pessoas e da sua rede de suporte no processo de reconciliação de medicação.
<p>Reconciliação da medicação. Norma n° 018/2016 de 30/12/2016. In: Direção-Geral da Saúde (DGS) [Internet]. Lisboa; 2016. Disponível em: https://normas.dgs.min-saude.pt/2016/12/30/reconciliacao-da-medicacao/</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Norma portuguesa que promove a implementação do processo de reconciliação da medicação.

APOIO NA ORIENTAÇÃO DA PESSOA

DECLARAÇÃO DE BOAS PRÁTICAS 5.0:

É boa prática que os prestadores de serviços sociais e de saúde forneçam às pessoas e à sua rede de suporte informações e apoio para gerirem as suas necessidades durante e após as transições nos cuidados.

Trata-se de uma declaração de boas práticas que não exige a aplicação do sistema GRADE (18). Dar informações e apoio às pessoas e à sua rede de suporte é um requisito de prática profissional (61) e faz parte do College of Nurses of Ontario's Code of Conduct (93). Como tal, quando as pessoas e a sua rede de suporte se deparam com uma transição nos cuidados, é uma boa prática clínica e um pré-requisito para a saúde e bem-estar, que os profissionais de saúde e de serviços sociais e de saúde garantam que lhes são fornecidas informações e apoio.

Os profissionais de saúde e de serviços sociais devem fornecer às pessoas e à sua rede de suporte informações claras e oportunas, envolvê-las e apoiá-las na tomada de decisões em matéria de cuidados e defendê-las e ajudá-las a aceder aos cuidados de saúde de que necessitam (93). Os tipos de informação e apoio que os profissionais de saúde e de serviços sociais fornecem às pessoas e às suas famílias podem variar, e podem incluir o seguinte: educação individualizada em saúde ou coaching para promover a autogestão (43,44,94–97); agendamento de consultas, encaminhamento ou orientação sobre os serviços ou recursos comunitários (43,44,94,96,98–104); ajudar as pessoas a identificar e responder a complicações ou sinais de alerta (43,95,97); e abordar as barreiras ao cuidado (44,94,99). A educação para a saúde deve ser adaptada às necessidades da pessoa e à sua rede de suporte, bem como à sua capacidade e preparação para gerir os cuidados após a transição (25). Exemplos incluem educação sobre cuidados com feridas, administração de medicamentos e como usar equipamentos médicos em segurança.

Quando os profissionais de saúde e de serviços sociais partilham informações com as pessoas e a sua rede de suporte, isso dá à pessoa e à sua rede de suporte os meios para avaliar os benefícios, danos e resultados de potenciais necessidades de cuidados e tratamentos. Por sua vez, isso capacita as pessoas a tomar decisões sobre o que é certo para elas e os seus cuidados (105). Por exemplo, pessoas num estudo relataram que, quando recebiam informações precisas e assistência de um profissional de saúde, sentiam uma sensação de alívio, o que lhes permitia «conhecer um pouco mais os seus direitos» (99). Sentimentos de autoeficácia para se orientar através do sistema de saúde e autoconfiança na gestão das condições de saúde também foram referidos por várias pessoas (99).

É fundamental que as necessidades dos cuidadores e dos membros da rede de suporte de uma pessoa não sejam negligenciadas, uma vez que são muitas vezes a principal fonte de apoio para a pessoa após uma transição (55). Uma revisão sistemática que estudou as necessidades dos cuidadores durante as transições no cuidado relatou que muitas vezes há falta de formação para que os cuidadores possam prestar os melhores cuidados aos seus entes queridos após uma transição (55). Além disso, os cuidadores muitas vezes relatam sentir-se emocionalmente e fisicamente exaustos (55,106) e preocupados por não terem as habilidades ou conhecimentos para cuidar da pessoa que está a vivenciar uma transição (107). Deve ser prestada atenção à educação, formação e apoio prático adequados tanto às pessoas como à sua rede de suporte.

Dicas de implementação

Dicas de implementação do Painel de Peritos

- É da responsabilidade do profissional de saúde ou de serviço social demonstrar a sua fiabilidade, indicando claramente as suas funções e responsabilidades, ouvindo atentamente as preocupações da pessoa, reconhecendo a apreensão que as pessoas podem sentir e cumprindo os seus compromissos. Quando se desenvolve uma relação de confiança entre a pessoa e o profissional de saúde ou de serviços sociais, é mais provável que as pessoas se sintam à vontade para expressar as suas preocupações e fazer perguntas.
- Os desequilíbrios de poder são inerentes à prestação de serviços de saúde, e os profissionais de saúde e de serviços de sociais podem atuar como defensores dos serviços e tratamentos. Os profissionais de saúde e de serviços sociais devem minimizar as diferenças de poder, ouvindo ativamente, fazendo perguntas e indicando opções. As pessoas podem não saber que apoios potencialmente benéficos estão disponíveis. Para resolver este problema, os profissionais devem partilhar os recursos disponíveis e os serviços financiados para os quais as pessoas são elegíveis.
- Nem todos os serviços e apoios podem estar disponíveis em zonas rurais e remotas e, sempre que possível, os profissionais de saúde e de serviços sociais devem trabalhar para reduzir as lacunas nos cuidados e aumentar o acesso aos serviços. Quando tal não for possível, os profissionais devem ser transparentes quanto aos serviços disponíveis e comunicá-los claramente às pessoas e à sua rede de suporte.
- Os profissionais de saúde e de serviços sociais devem assegurar que a informação é fornecida e compreendida, que existem apoios e que foram agendadas consultas de acompanhamento a que a pessoa pode comparecer antes de transitar para o próximo contexto.
- Ao fornecer educação em saúde, os profissionais de saúde e de serviços sociais devem usar linguagem simples, reduzir o vocabulário médico e garantir que o material impresso seja escrito num nível de grau 5 ou 6. Para acomodar diferentes estilos de aprendizagem, as informações devem ser fornecidas de várias maneiras, incluindo formatos verbais e escritos. A formação prática pode proporcionar oportunidades para as pessoas aprenderem e praticarem novas competências, tais como mudanças de vestuário, antes de uma transição.
- Os profissionais de saúde e de serviços sociais devem utilizar a abordagem *teach-back* para garantir que as pessoas e a sua rede de suporte compreendem as informações e as instruções antes da transição. O método *teach-back* implica pedir a uma pessoa que partilhe o que lhe foi explicado, usando as suas próprias palavras (108).

Recursos de apoio

RECURSO	DESCRIÇÃO
Agency for Healthcare Research (AHRQ). AHRQ Health Literacy Universal Precautions Toolkit. 2nd ed. [Internet]. Rockville (MD): AHRQ; 2020. Tool 5: use the teach-back method. Disponível em: https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/quality-resources/tools/literacy-toolkit/healthlitttoolkit2_tool5.pdf	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fornece factos, instruções e dicas úteis sobre como aprender e, subsequentemente, utilizar o método <i>teach-back</i> com as pessoas e a sua rede de suporte. ■ Isso ajuda a garantir que a educação em saúde ou educação para a saúde seja explicada de uma forma que as pessoas e a sua rede de suporte entendam.
Health Quality Ontario (HQP). Transitions between hospital and home: care for people of all ages [Internet]. Toronto (ON): HQO; 2020. Disponível em: https://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/evidence/quality-standards/qs-transitions-between-hospital-and-home-quality-standard-en.pdf	<ul style="list-style-type: none"> ■ Quality Standard from Health Quality Ontario. ■ Dirige-se aos cuidados prestados a pessoas de todas as idades em transição entre o hospital e o domicílio. ■ Inclui uma secção sobre informação, educação e apoio que deve ser fornecido às pessoas e à sua rede de suporte durante as transições nos cuidados.
The Ontario Caregiver Helpline. In: Ontario Caregiver Organization (OCO) [Internet]. Toronto (ON): OCO; 2023. Disponível em: https://ontariocaregiver.ca/helpline/	<ul style="list-style-type: none"> ■ Linha de apoio onde os cuidadores podem falar com um especialista em recursos comunitários para os encaminhar para serviços e apoios baseados na comunidade em todo o Ontário, com base nas suas necessidades individuais. ■ Os serviços de interpretação estão disponíveis em mais de 150 línguas.
The Ontario Caregiver Organization (OCO). I am a caregiver toolkit [Internet]. Toronto (ON): OCO; 2023. Disponível em: https://ontariocaregiver.ca/wp-content/uploads/2023/04/OCO-starter-kit-March-24-2023-Web_FINAL-es.pdf	<ul style="list-style-type: none"> ■ Toolkit from the Ontario Caregiver Organization. ■ Inclui informações e recursos educacionais para cuidadores que apoiam familiares, parceiros ou amigos. ■ Ajuda os cuidadores a identificar e refletir sobre as suas próprias necessidades para tornar as responsabilidades de prestação de cuidados mais fáceis de gerir.

RECOMENDAÇÃO 5.1:

O painel de peritos sugere que o apoio na orientação da pessoa seja prestado por profissionais de saúde ou prestadores de serviços sociais para pessoas com necessidades de cuidados complexos que se deparem com uma transição nos cuidados. Este apoio inclui o acompanhamento regular pelo(s) prestador(es) para avaliar e responder às necessidades de cuidados de saúde e sociais atuais e evolutivas da pessoa.

Força da recomendação: Condicional

Certeza da evidência dos efeitos: Muito baixa

Discussão de Evidências:**Benefícios e danos**

O apoio na orientação da pessoa refere-se ao apoio individualizado e coordenado assegurado por profissionais de saúde ou de serviços sociais para ajudar as pessoas e a sua rede de suporte a superar os desafios relacionados com a orientação da pessoa através do sistema de saúde e assistência social durante as transições nos cuidados. Neste GOBP, o apoio na orientação da pessoa envolve o acompanhamento regular por um profissional de saúde ou de serviço social que atende às necessidades individuais de uma pessoa e as conecta com os serviços e apoios certos. Tal pode incluir fornecer às pessoas as informações e os recursos de que necessitam para atingir os seus objetivos de prestação de cuidados, conectar as pessoas a outros profissionais de saúde e de serviços sociais, ajudar a reduzir as barreiras que impedem as pessoas de aceder a cuidados atempados, prestar apoio social e emocional e melhorar o acesso a cuidados culturalmente seguros. Nos estudos incluídos, a alternativa a este tipo de cuidados foi o cuidado habitual sem apoio de um orientador da pessoa através do sistema. Os cuidados habituais geralmente envolviam instruções padrão pós-alta, encaminhamentos e consultas de acompanhamento de follow-up (seguimento) em ambulatório. Ao longo dos estudos, o apoio na orientação da pessoa foi prestado tanto por profissionais de saúde e de serviços sociais regulamentados (por exemplo, enfermeiros e assistentes sociais) (98–100,104,109,110) como por profissionais de saúde e de serviços sociais não regulamentados (por exemplo, pares e técnicos de transição) (43,44,60,94–96,99,101–103). Este apoio foi prestado a pessoas com necessidades de cuidados complexos que tiveram um elevado número de internamentos prévios ou visitas ao serviço de urgência num período específico (94,96,99,103,104,110), ou pessoas que receberam um diagnóstico associado a um elevado risco de internamento ou readmissão hospitalar (43,60,95,97,98,100–102,109,111).

O apoio geral na orientação da pessoa incluiu o acompanhamento das pessoas após uma transição nos cuidados, para avaliar as suas necessidades atuais e evolutivas de cuidados de saúde ou assistência social. Os check-ins regulares permitiram aos profissionais de saúde e de serviços sociais determinar se as circunstâncias, necessidades ou objetivos de uma pessoa tinham evoluído, se os serviços prestados satisfaziam as necessidades da pessoa e se eram necessários novos apoios ou serviços. O contacto foi prestado principalmente através de visitas presenciais ou telefonemas, e a duração do acompanhamento variou entre um mês e um ano. A maioria dos estudos centrou-se na prestação de apoio durante as transições do hospital para o domicílio. Os componentes específicos da intervenção observados na literatura são descritos abaixo em "Dicas de implementação".

As evidências sugerem que oferecer apoio na orientação de pessoas com necessidades de cuidados complexos durante uma transição nos cuidados pode aumentar as visitas de acompanhamento com um profissional de saúde ou de serviços sociais (44,60,96,103,109,110), pode reduzir as readmissões dentro de 30 dias após uma transição nos cuidados (43,44,94,96,104,109,111) e pode aumentar a satisfação dos clientes (95,97,99,100,102,103). No entanto, houve algumas inconsistências nos resultados, com alguns estudos a mostrar que não houve diferenças importantes

nas visitas de acompanhamento (60), na satisfação dos clientes (97,103) e nas readmissões dentro de 30 dias (111). Nos estudos, as visitas de acompanhamento com um profissional de saúde ou de serviços sociais foram definidas como consultas ambulatoriais para avaliar o estado de saúde de uma pessoa após uma transição na prestação de cuidados.

Não foram encontradas diferenças importantes nos estudos que avaliaram o efeito do apoio na orientação da pessoa na qualidade de vida (97,98,100,101) e nas visitas ao serviço de urgência no prazo de 30 dias após uma transição no cuidado (44,96,109,111). De um modo geral, a certeza da evidência foi muito baixa em todos os estudos. Na literatura não foram encontrados danos relacionados com o apoio na orientação para pessoas com necessidades complexas de cuidados durante as transições no cuidado. Num estudo em que foi prestado apoio na orientação de adultos em transição de equipas de resolução de crises de saúde mental, os acontecimentos adversos (readmissão, tentativa de suicídio, tentativa de homicídio e morte) foram avaliados de forma independente por um comité de orientação e nenhum foi considerado relacionado com o estudo (95).

A certeza das evidências foi muito baixa devido a limitações na forma como os estudos foram conduzidos, inconsistência no uso de ferramentas de medição e resultados do estudo e imprecisão relacionada com o pequeno número de participantes do estudo ou poucos acontecimentos notificados. A evidência também foi indireta, pois muitos dos estudos incluíram um orientador da pessoa como parte de uma intervenção multicomponente, e diferentes tipos de apoio na orientação foram fornecidos em cada estudo com base nas necessidades dos participantes. Para obter informações mais detalhadas sobre o impacto que a prestação de apoio na orientação da pessoa durante uma transição no cuidado tem sobre os resultados priorizados, consulte os [perfis de evidência](#).

Valores e Preferências

Em quatro estudos que relataram valores e preferências, as pessoas valorizaram o apoio na orientação que receberam dos profissionais de saúde e de serviços sociais (43,99,101,102). Num estudo, as pessoas descreveram sentirem-se aliviadas por finalmente receberem a assistência de que necessitavam (99). As pessoas valorizaram estar ligadas a recursos de base comunitária (102); receber apoio emocional e prático, como assistência com transporte (102); e ter um profissional de saúde ou de serviços sociais a acompanhar as suas necessidades de cuidados (43) e consultas de cuidados de saúde (99). Os participantes também relataram que o apoio na orientação ajudou a fazer a ponte entre os serviços de internamento e ambulatório durante a transição do hospital psiquiátrico para o domicílio (101). Alguns indivíduos sentiram que as pessoas com necessidades complexas de saúde mental beneficiariam de apoio de acompanhamento que durasse mais de seis semanas (101). Num estudo realizado (99), as pessoas valorizaram a continuidade dos cuidados e o apoio individualizado, e sentiram que isso era especialmente importante para aqueles sem redes fortes de cuidados de saúde.

Equidade em Saúde

Resultante da Evidência da Revisão Sistemática

A desconfiança em relação ao sistema de saúde é frequentemente elevada em comunidades carenciadas, o que pode resultar numa menor utilização dos serviços de saúde de prevenção e em atrasos na procura de tratamento médico (94). Se os profissionais compreenderem as comunidades e as experiências das pessoas que apoiam, isso pode ajudar a construir confiança entre as pessoas e o sistema de saúde. A partir da revisão sistemática, três estudos abordaram a equidade em saúde: em dois estudos, as intervenções foram desenhadas para apoiar usuários frequentes do sistema de saúde em comunidades carenciadas que tinham necessidades médicas e sociais complexas (99,104), num outro estudo, os participantes eram crianças e cuidadores de famílias de baixos rendimentos (43). Após receber apoio na orientação, foi identificada em 2 estudos uma redução nas readmissões de 30 dias (43,104), e os participantes de um estudo relataram alta satisfação com o apoio recebido (99). Um estudo também relatou que receber apoio na orientação de profissionais de serviços de saúde ou sociais foi fundamental para o sucesso do programa, uma vez que a intervenção estava direcionada para uma maioria de população falante de língua espanhola (43).

Resultante do Painel de Peritos

O painel de peritos observou que as pessoas com necessidades complexas são vulneráveis a lacunas na coordenação dos cuidados, o que as coloca em maior risco de eventos adversos durante as transições nos cuidados. Além disso, o apoio na orientação pode ser especialmente benéfico para pessoas de comunidades carentes que muitas vezes experimentam maiores disparidades e barreiras de saúde para se orientarem através de um sistema de saúde complexo. Nessas comunidades, os orientadores das pessoas através do sistema podem trabalhar para defender e conectar as pessoas e a sua rede de suporte aos serviços de saúde e de assistência social de que necessitam. Podem também apoiar a prestação de serviços de saúde tradicionais e ocidentais, trabalhando em conjunto com as comunidades locais para aumentar o acesso e a coordenação dos serviços de saúde ocidentais e tradicionais para os povos indígenas. O painel de peritos referiu também que as barreiras estruturais, como o racismo sistémico e a discriminação dentro do sistema de saúde, criam mais riscos para as pessoas que se tentam orientar através do sistema de saúde. O painel fez referência aos casos de Brian Sinclair e Joyce Echaquan, Indígenas que morreram devido ao racismo sistémico quando acediam aos serviços de saúde no Canadá (112.113).

Justificação da Recomendação pelo Painel de Peritos

Apesar de as evidências serem muito incertas sobre os efeitos da prestação de apoio na orientação na qualidade de vida das pessoas, visitas ao serviço de urgência, visitas de acompanhamento, satisfação dos clientes e taxas de readmissão, as pessoas que recebem apoio na orientação valorizam muito o apoio que recebem. Além disso, na literatura não foram relatados danos. Acresce que, o apoio na orientação pode ser benéfico para populações vulneráveis e com necessidades de cuidados complexas, pois pode ajudar a superar barreiras comumente enfrentadas no sistema de saúde. Por conseguinte, o painel determinou que esta recomendação era condicional.

Dicas de implementação

Dicas de implementação do Painel de Peritos

- O tipo de profissional de saúde e prestador de serviços sociais que presta apoio na orientação da pessoa, bem como o tipo de apoio que prestam, irá variar em função das necessidades físicas, mentais e sociais da pessoa que se depara com uma transição. Pode ser adequado que o apoio na orientação da pessoa seja prestado por prestadores de serviços de saúde ou sociais regulamentados ou não regulamentados.
- As descrições de funções existentes podem ser modificadas para incluir apoio na orientação da pessoa, dependendo das funções e conhecimentos da equipa atual.
- Pode haver benefícios em ter o mesmo prestador de serviços de saúde ou social a prestar apoio na orientação durante várias transições nos cuidados. A integração deste prestador nos cuidados primários ou no setor comunitário pode permitir o desenvolvimento de uma relação contínua entre a pessoa e o prestador. No entanto, as pessoas também podem receber apoio na orientação de organizações da comunidade que funcionam para ajudar as pessoas a se orientarem através sistema de saúde durante as transições no cuidado. Estas organizações podem ter vários prestadores de serviços de saúde ou sociais com os quais a pessoa pode desenvolver relações de confiança.
- Independentemente de quem presta apoio na orientação, deve haver uma compreensão clara do seu papel e responsabilidades.
- A duração do suporte de acompanhamento dependerá das necessidades da pessoa que está a receber cuidados. Para muitas pessoas, especialmente aquelas que necessitam de apoio para condições crónicas, pode ser necessário um período mais longo de suporte de acompanhamento.
- Embora o acompanhamento ocorra frequentemente através de visitas presenciais, as ferramentas virtuais também podem ser úteis para facilitar o acompanhamento entre as pessoas e os profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais.

- Os profissionais de serviços de saúde ou sociais devem avaliar e responder às necessidades de assistência social aquando da realização de visitas de acompanhamento. Isto é particularmente importante para as pessoas de populações carenciadas, incluindo as pessoas que não têm alojamento adequado. Os profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais devem estar cientes e facilitar o encaminhamento para serviços que possam apoiar os membros da comunidade em termos de segurança alimentar e habitação.
- É útil que os prestadores de serviços de saúde ou sociais que oferecem apoio na orientação compreendam a língua, a cultura e a visão de mundo da pessoa que apoiam. É fundamental que os prestadores de serviços compreendam a sua própria posição social, valores e pontos de vista e como isso pode afetar as suas relações com os outros. É também muito importante que os profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais aprendam e desenvolvam práticas culturalmente seguras e prestem cuidados informados sobre traumas.
- Ao prestar apoio na orientação da pessoa, é importante que os profissionais de saúde ou prestadores de serviços sociais compreendam quais os valores, objetivos e apoios mais importantes para a pessoa e para a sua rede de suporte.
- Além de garantir que o apoio na orientação está disponível para pessoas com necessidades complexas, também é importante considerar a estruturação geral do sistema de saúde para garantir que todas as pessoas que acedam ao sistema se possam orientar facilmente nele. A necessidade de apoio na orientação é ainda maior quando há fragmentação no sistema de saúde e lacunas na prestação de serviços. O desenvolvimento de OHTs oferece uma oportunidade única de co-conceber o sistema de saúde de uma forma integrada, para que as pessoas e a sua rede de suporte possam orientar-se facilmente através do sistema durante as transições nos cuidados.
- Devem ser recolhidas informações das pessoas e da sua rede de suporte sobre o grau de apoio que sentem quando recebem apoio na orientação. Isso dará à pessoa e à sua rede de suporte a oportunidade de expressar quaisquer preocupações

Tabela 8: Dicas de implementação baseadas na Evidência

COMPONENTES DOS ESTUDOS	PORMENORES DAS EVIDÊNCIAS
Pessoas que recebem apoio na orientação	<ul style="list-style-type: none"> ■ Em todos os estudos, o apoio na orientação e o acompanhamento foram fornecidos a pessoas com necessidades de cuidados complexas que estavam a deparar-se com uma transição nos cuidados. ■ Em 16 estudos, foi prestado apoio aos adultos (44,60,94–104,109–111) e, num estudo, foi prestado apoio às crianças e aos seus cuidadores (43). ■ Pessoas com necessidades de cuidados complexas tiveram um alto número de internamentos anteriores ou visitas ao serviço de urgência dentro de um período de tempo definido (94,96,99,103,104,110) ou um diagnóstico associado a um alto risco de readmissão (por exemplo, doença pulmonar obstrutiva crónica, acidente vascular cerebral, sepsis, insuficiência cardíaca, pneumonia, enfarte do miocárdio, doença falciforme, doença mental ou complexidade médica) (43,60,95,97,98,100–102,109,111). ■ Num estudo, o risco de readmissão foi baseado numa combinação de fatores relacionados com a idade, admissão hospitalar prévia, duração do internamento e diagnóstico (44).

COMPONENTES DOS ESTUDOS	PORMENORES DAS EVIDÊNCIAS
Tipo de transição	<ul style="list-style-type: none"> ■ A maioria dos estudos centrou-se nas transições do hospital para o domicílio (43,60,94,97,99–102,104,109–111). ■ Os outros estudos centraram-se nas transições do hospital para o domicílio ou para um centro de reabilitação (44), do hospital para o domicílio ou um centro de reabilitação antes de regressar ao domicílio (96,98), ou do serviço de urgência para o domicílio (103). ■ Um estudo centrou-se nas transições de uma equipa de resolução de crises de saúde mental para a comunidade (95). As equipas de resolução de crises prestam tratamento intensivo no domicílio durante uma crise de saúde mental e oferecem uma alternativa para pessoas que, de outra forma, necessitariam de internamento psiquiátrico. ■ Num estudo, as pessoas estavam a fazer a transição para o domicílio para receber cuidados paliativos (100).
Prestadores de serviços de saúde e sociais que prestam apoio na orientação	<ul style="list-style-type: none"> ■ O apoio na orientação da pessoa foi prestado por uma variedade de profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais regulamentados e não regulamentados. ■ Em nove estudos, o apoio foi prestado por profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais não regulamentados, descritos como pares (60,95,101,102), orientadores de pessoas (44,103), agentes comunitários de saúde (60,96), orientadores comunitários (94) e técnicos de transição (43). ■ Em seis estudos, o apoio foi prestado por técnicos regulamentados de serviços de saúde e sociais, incluindo enfermeiros (100,109,110), assistentes sociais (98,104) e profissionais de saúde mental (111). ■ Num outro estudo, o apoio foi prestado por um enfermeiro orientador e por um orientador de pessoas (99). ■ Num outro estudo, a intervenção foi realizada por um gestor de caso (97).
Tipos de apoio fornecidos na orientação	<ul style="list-style-type: none"> ■ Os estudos incluídos descreveram uma variedade de formas de apoio na orientação que foram fornecidas para garantir que as pessoas tivessem a informação e o apoio de que necessitavam para gerir as suas necessidades de saúde e assistência social. Isto inclui: <ul style="list-style-type: none"> □ proporcionar educação individualizada em saúde ou orientação para promover a autogestão (43,44,60,94–97,109,111); □ agendar consultas, fazer encaminhamentos ou orientar sobre serviços ou recursos comunitários (43,44,60,94,96,98–104,110,111); □ ajudar as pessoas a identificar sinais de alerta precoces e saber como reagir a eles (43,95,97); □ promover a adesão à medicação (43,44,98,103,111); □ abordar questões de segurança (98); □ partilhar informação com prestadores de cuidados primários para apoiar a continuidade dos cuidados (110,111); □ abordar as barreiras aos cuidados (44,60,94,99,110), tais como o transporte de e para as consultas (44,103,110,111); □ fornecer às pessoas os produtos básicos necessários (101).

COMPONENTES DOS ESTUDOS	PORMENORES DAS EVIDÊNCIAS
Modalidade de apoio	<ul style="list-style-type: none"> ■ O apoio na orientação e acompanhamento foi prestado através de visitas presenciais (94,95,101), chamadas telefónicas (109–111), uma combinação de visitas presenciais e chamadas telefónicas (43,44,60,97,99,100,102-104), ou uma combinação de visitas presenciais, chamadas telefónicas e mensagens de texto (96,98). ■ Os profissionais de serviços de saúde e sociais reuniram-se frequentemente com pessoas hospitalizadas antes da transição e continuaram a prestar apoio de acompanhamento após a transição (44,96,97,103,104,109).
Duração e frequência do acompanhamento	<ul style="list-style-type: none"> ■ A duração do acompanhamento variou, entre: <ul style="list-style-type: none"> □ um a dois meses (43,44,60,96,98,101,102,109,110); □ três a quatro meses (95.100.111); □ seis meses (104), e ainda □ um ano (94,97,99,103). ■ O contacto de acompanhamento muitas vezes ocorreu mais frequentemente nas primeiras semanas ou meses após uma transição, tornando-se menos frequente depois disso (97,99,100,104). ■ Em três estudos, a frequência de contacto e o tempo de acompanhamento foram determinados pelas necessidades da pessoa (98,104,110).

Recursos de apoio

RECURSO	DESCRIÇÃO
<p>Budde H, Williams GA, Scarpetti G et al., editors. Policy brief 44: what are patient navigators and how can they improve integration of care? [Internet]. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2022. Disponível em: https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/what-are-patient-navigators-and-how-can-they-improve-integration-of-care</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Resumo da política que descreve as funções desempenhadas por orientadores de pessoas e como eles podem contribuir para melhorar a integração dos cuidados.
<p>Carmichael C, Smith L, Aldasoro E, et al. Exploring the application of the navigation model with people experiencing homelessness: a scoping review. J Soc Distress Homeless [Internet]. 2022 Jan. Disponível em: https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10530789.2021.2021363</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Revisão scoping que descreve como os modelos de orientação têm sido usados para apoiar pessoas que estão inadequadamente alojadas. ■ Descreve barreiras e facilitadores para a implementação de modelos de orientação.

RECURSO	DESCRIÇÃO
<p>Carter N, Valaitis RK, Lam A, et al. Navigation delivery models and roles of navigators in primary care: a scoping literature review. BMC Health Serv Res [Internet]. 2018 Dec;18(96). Disponível em: https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-018-2889-0</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Revisão scoping que descreve a prestação de serviços de orientação nos cuidados de saúde primários.
<p>Entité2. Report on lessons learned from French-language health system navigators [Internet]. Welland (ON): Entité2; 2019. Disponível em: http://www.entitesante2.ca/sante-en-francais/wp-content/uploads/2019/11/E2-Report-on-Lessons-Learned-Navigators-January-2019-FINAL.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Relatório que descreve como o apoio na orientação pode melhorar o acesso aos serviços de saúde e assistência social para a população francófona em Ontário. ■ Descreve as condições necessárias para estabelecer serviços de orientação.
<p>Funk LM. Relieving the burden of navigating health and social services for older adults and caregivers [Internet]. Montreal (QC): Institute for Research on Public Policy; 2019. Disponível em: https://cnpea.ca/images/irpp_study_no_73_fr.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Propõe orientações políticas para atenuar os problemas que os idosos e cuidadores enfrentam na orientação através dos cuidados de saúde.
<p>Inquest into the death of Bradley Chapman. Verdict of Coroner's Jury [Internet]. Office of the Chief Coroner. [place unknown]: Ministry of the Solicitor General (Ontario); 2018. Disponível em: https://www.toronto.ca/legdocs/mmis/2019/ec/bgrd/backgroundfile-136740.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Descreve as recomendações do júri na sequência do inquérito de um médico legista sobre uma morte por overdose de opiáceos. ■ Recomenda a prestação de apoio na orientação para pessoas que cumprem penas de prisão e têm necessidades complexas para garantir transições seguras dos estabelecimentos prisionais de volta para a comunidade.
<p>Peart A, Lewis V, Brown T, et al. Patient navigators facilitating access to primary care: a scoping review. BMJ Open [Internet]. 2018 Mar;8(3):e019252. Disponível em: https://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2017-019252</p> <p>Rankin A, Baumann A, Downey B, et al. The role of the Indigenous patient navigator: a scoping review. Can J Nurs Res [Internet]. 2022 Jul;54(2):199-210. Disponível em: http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/08445621211066765</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Revisão scoping que descreve como o apoio na orientação tem sido usado para facilitar o acesso aos cuidados primários. ■ Revisão scoping que mapeia o papel dos orientadores de pessoas indígenas no Canadá, Estados Unidos, Austrália e Nova Zelândia.

RECURSO	DESCRIÇÃO
<p>RISE: Rapid-Improvement Support and Exchange. RISE brief 6: population health management [Internet]. Hamilton (ON): RISE; [last updated 12 February 2020]. Disponível em: https://www.mcmasterforum.org/docs/default-source/rise-docs/ohr-forum/4_rise_rb6_population-health-management.pdf?sfvrsn=8be657d5_3</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recurso ao Rapid-Improvement Support and Exchange (RISE) que fornece suporte para aprendizagem e melhoria rápidas por OHTs. ■ Descreve a pirâmide de risco populacional que pode ser usada para dividir uma população em grupos de alto, médio e baixo risco, com base na complexidade das suas necessidades de cuidados de saúde e sociais e das suas necessidades de coordenação dos cuidados.

RECOMENDAÇÃO 5.2:

O painel de peritos sugere que os pares ofereçam apoio a pessoas com necessidades de saúde mental que se encontram numa transição nos cuidados.

Força da recomendação: Condicional

Certeza da evidência dos efeitos: Muito baixa

Discussão de Evidências:**Benefícios e danos**

Os pares com idêntica experiência vivida (doravante referidos como "pares") são prestadores não regulamentados que viveram experiências semelhantes às dos seus pares (por exemplo, um desafio ou doença de saúde mental) e são treinados para apoiar os outros no seu percurso, proporcionando uma presença assídua, e dando apoio emocional e prático (14). Este tipo de apoio, que ocorre entre duas pessoas que partilham uma experiência comum, é designado por "apoio entre pares" (14). Os estudos incluídos centraram-se no apoio entre pares prestado a pessoas após uma transição de um hospital de saúde mental (101,102) ou no apoio entre pares a pessoas após a transição de uma equipa de resolução de crises de saúde mental (ou seja, uma equipa que presta tratamento domiciliar intensivo após uma crise de saúde mental) (95). O elemento de comparação nestes estudos não foi o apoio prestado pelos pares ou os cuidados habituais.

Os tipos de apoio prestado pelos pares variaram de acordo com as evidências. O apoio incluiu: avaliação das necessidades antes da transição (101); conectar as pessoas a apoios e recursos de base comunitária (101,102); partilhar estratégias de adaptação (95); e ajudar as pessoas a preencher um livro de recuperação pessoal (95). Para mais detalhes sobre o apoio prestado pelos pares, consulte as "Sugestões de Implementação" abaixo.

As evidências sugerem que o apoio entre pares pode melhorar a satisfação das pessoas e a qualidade de vida das pessoas com necessidades de saúde mental que se encontram numa transição nos cuidados, mas as evidências são muito incertas (95,101,102). Um estudo relatou uma melhoria na qualidade de vida referida nos domínios "situação de vida", com um efeito de grande dimensão, e "relações sociais", com um efeito de baixa a média dimensão, após a intervenção (101). Dois estudos relataram que melhorou a satisfação depois de as pessoas com necessidades de saúde mental terem recebido apoio dos pares (95,102). Não foram encontrados estudos no âmbito da revisão sistemática que avaliassem o efeito dos pares durante as transições nos cuidados sobre os seguintes resultados: visitas ao serviço de urgência (no intervalo de 30 dias após uma transição nos cuidados); visitas de acompanhamento com um prestador de serviços de saúde ou social; ou taxas de readmissão (no intervalo de 30 dias após uma transição nos cuidados).

A literatura não refere quaisquer danos relacionados com o apoio dos pares. Num estudo em que o apoio dos pares foi prestado a adultos que transitavam de uma equipa de resolução de crises de saúde mental, os eventos adversos (readmissão hospitalar, tentativa de suicídio, tentativa de homicídio e morte) foram avaliados independentemente por um comité de orientação, e nenhum foi considerado relacionado com o estudo (95).

A evidência apresentou uma certeza muito baixa devido a limitações na forma como os estudos individuais foram conduzidos e ao pequeno número de participantes do estudo.

Para obter informações mais detalhadas sobre o impacto do apoio entre pares nos resultados priorizados durante as transições nos cuidados, consulte os [perfis de evidência](#).

Valores e Preferências

As evidências indicam que as pessoas valorizaram o apoio recebido durante a transição nos cuidados. Estas observaram que a experiência vivida pelos pares acrescentou credibilidade, ajudou-os a sentirem-se compreendidos e ofereceu-lhes esperança para o futuro (101,102). Num estudo, as pessoas descreveram os pares como modelos a seguir durante um período de transição vulnerável e valorizaram a forma como os pares os conectaram a recursos na comunidade e ofereceram apoio prático (102). Noutro estudo, as pessoas relataram sentirem-se menos ansiosas e tiveram uma maior compreensão do processo de recuperação depois de receberem apoio de um par (101). Os pares ajudaram a fazer a ponte entre os serviços de internamento e ambulatório e ajudaram as pessoas a sentirem-se menos isoladas à medida que transitavam do hospital para a comunidade, onde havia menos apoio social. Neste estudo, o apoio foi prestado durante seis semanas e alguns participantes desejavam que o apoio estivesse disponível por um período mais longo (101).

Equidade em Saúde

Um estudo referiu que eram necessários tempo e recursos para formar e supervisionar os pares (95). No entanto, é necessária mais investigação sobre o impacto do apoio entre pares na equidade em saúde durante as transições nos cuidados de saúde.

Justificação da Recomendação pelo Painel de Peritos

Pode haver benefícios quando os pares oferecem apoio a pessoas com necessidades de saúde mental durante uma transição nos cuidados, incluindo o aumento da satisfação dos clientes e a melhoria da qualidade de vida. Os estudos incluídos não identificaram danos. No entanto, a certeza das evidências é muito baixa. Além disso, nenhum dos estudos avaliou o efeito dos pares durante as transições nos cuidados sobre os seguintes resultados: visitas ao serviço de urgência (no intervalo de 30 dias após uma transição nos cuidados); visitas de acompanhamento com um prestador de serviços de saúde ou social; ou taxas de readmissão (no intervalo de 30 dias após uma transição nos cuidados). Os participantes nos estudos valorizaram muito o apoio dos pares.

O painel de peritos também observou que as pessoas com necessidades de saúde mental valorizariam esse apoio, pois ninguém sabe mais sobre como se orientar através do sistema de saúde do que as próprias pessoas que fizeram a transição pelo sistema. No entanto, o painel de peritos observou que nem todas as pessoas com necessidades de saúde mental podem querer receber apoio de um dos pares.

Assim, com base nos benefícios e danos relatados nas evidências, nos valores e preferências relatados pelas pessoas na literatura e na certeza muito baixa das evidências, o painel de peritos determinou que a força dessa recomendação era condicional.

Dicas de implementação

Dicas de implementação do Painel de Peritos

- Embora as evidências se centrassem em pares que prestam apoio às pessoas após a transição de um hospital de saúde mental, esta recomendação inclui transições entre todos os contextos para garantir que o apoio está disponível (e é prestado) a pessoas com necessidades de saúde mental, independentemente do tipo de transição.
- Embora a evidência fosse específica para casos de pessoas com necessidades de saúde mental, as pessoas com outras necessidades de saúde também podem beneficiar de apoio entre pares durante as transições nos cuidados. Ver Tabela 10 (na página 81) para lacunas de investigação e implicações futuras.
- Deve ser oferecida às pessoas a possibilidade de escolherem se gostariam de receber apoio de um par durante a transição na prestação de cuidados.

- Os pares devem reunir qualificações específicas e possuir as competências e capacidades adequadas para prestar apoio entre pares. Isso inclui a necessidade de ter uma representação adequada para abordar a interseccionalidade. Consulte "Recursos de suporte" para obter uma descrição das competências dos pares e orientações de formação, e para obter informações sobre a certificação de suporte entre pares.
- Os pares devem também compreender a importância da confidencialidade e da privacidade, bem como as consequências em caso de violação das mesmas.
- Embora as evidências se centrassem no apoio entre pares prestado durante um período de seis semanas a quatro meses, as pessoas que vivem com doenças mentais podem beneficiar do apoio entre pares a longo prazo à medida que transitam pelo continuum dos cuidados.
- As contribuições dos pares devem ser muito valorizadas pelos membros da equipa interprofissional, pois muitas vezes eles têm uma maior compreensão das experiências da pessoa que está a vivenciar uma transição. Tanto o pessoal remunerado como os voluntários devem ser igualmente reconhecidos pela organização.
- É importante notar que o valor do apoio entre pares dependerá da preparação da pessoa para uma transição nos cuidados.

Tabela 9: Dicas de implementação baseadas na Evidência

COMPONENTES DOS ESTUDOS	PORMENORES DAS EVIDÊNCIAS
Tipo de transição	<ul style="list-style-type: none"> ■ Em dois estudos, os pares prestaram apoio a adultos em transição de hospitais de saúde mental para os contextos comunitários (101,102). ■ Num estudo, as pessoas estavam a transitar das equipas de resolução de crises de saúde mental para a comunidade (95). As equipas de resolução de crises prestam tratamento intensivo ao domicílio durante uma crise de saúde mental e têm como objetivo oferecer uma alternativa para pessoas que, de outra forma, necessitariam de internamento psiquiátrico.
Calendário	<ul style="list-style-type: none"> ■ O tempo de intervenção variou de seis semanas (101.102) a quatro meses (95). Mais especificamente, foi prestado apoio: <ul style="list-style-type: none"> □ durante seis a oito semanas após a transição do hospital (102); □ durante um período de seis semanas (começando duas semanas antes da transição do hospital e durando até quatro semanas após a transição), ocorrendo semanalmente (geralmente durante duas horas por sessão) (101), e ainda □ durante um período de quatro meses, em 10 sessões de uma hora (95).
Modalidade de apoio	<ul style="list-style-type: none"> ■ O apoio entre pares foi prestado pessoalmente em dois estudos (95.101). ■ Num estudo, foi facultado quer o contacto presencial, quer o contacto telefónico (102).

COMPONENTES DOS ESTUDOS	PORMENORES DAS EVIDÊNCIAS
Tipo de transição	<ul style="list-style-type: none"> ■ Os seguintes tipos de apoio foram prestados pelos pares: <ul style="list-style-type: none"> □ Avaliação das necessidades antes de uma transição (101). □ Ligação a pessoas com apoios e recursos de base comunitária (101.102). □ Oferecer escuta solidária e partilhar estratégias e competências de adaptação (95). □ Ajudar as pessoas a completar um manual de recuperação pessoal. Isso incluiu estabelecer metas de recuperação pessoal, fazer planos para restabelecer uma rede de suporte, identificar sinais de alerta precoce, formular um plano de ação para evitar recaídas e identificar estratégias para promover o bem-estar (95). □ Fornecer às pessoas um cabaz de itens necessários/desejados (por exemplo, produtos essenciais, cupões, itens de conforto e calendários) (101). □ Prestar apoio prático e emocional (102).
Qualificações	<ul style="list-style-type: none"> ■ Todos os pares tiveram a sua própria experiência vivida com doença mental e recuperação (95.101.102). ■ Num estudo, os pares receberam formação centrada nas competências de escuta, sensibilização cultural, auto-divulgação e confidencialidade (95). Também receberam supervisão de clínicos a cada duas semanas e apoio de um par.

Recursos de apoio

RECURSO	DESCRIÇÃO
RECURSOS PARA AS PESSOAS E A SUA REDE DE SUPORTE	
Buddy up. In: Centre for Suicide Prevention. [Internet]. [place unknown]: Centre for Suicide Prevention; [date known]. Disponível em: https://www.buddyup.ca/	<ul style="list-style-type: none"> ■ Uma campanha de comunicação de prevenção do suicídio para homens efetuada por homens. ■ Inclui ferramentas e recursos para proporcionar conversas autênticas entre homens e os seus pares.
Connect with a community of support. In: Wellness Together Canada [Internet]. [place unknown]: Wellness Together Canada; 2022. Disponível em: https://www.wellnesstogether.ca/en-CA/service/connect	<ul style="list-style-type: none"> ■ Acesso a numerosas comunidades de apoio entre pares para a saúde mental e o consumo de substâncias.

RECURSO	DESCRIÇÃO
<p>Get help. In: Talk Suicide Canada [Internet]. [place unknown]: Talk Suicide Canada; 2023. Disponível em: https://talksuicide.ca/</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Uma lista de recursos para pessoas que estão a pensar em suicídio, incluindo conexões (via telefone e texto) a pessoas que respondem a situações de crise.
<p>Mental Health Commission of Canada. Toolkit for people who have been impacted by a suicide attempt [Internet]. Toronto (ON): Mental Health Commission of Canada; 2018. Disponível em: https://mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/2018/05/Toolkit-for-people-who-have-been-impacted-by-a-sucide-attempt.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fornece um resumo de recursos e ferramentas para pessoas que tentaram suicídio e aqueles que perderam alguém por suicídio. ■ As páginas 5–6 descrevem especificamente os grupos de apoio entre pares (ou seja, quem é um par e o seu papel), bem como onde podem ser encontrados.
<p>Welcome to the hope for wellness helpline. In: Hope for Wellness Helpline [Internet]. [place unknown]: Hope for Wellness Helpline; 2022. Disponível em: https://www.hopeforwellness.ca/</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Uma linha de ajuda disponível para todos os povos indígenas em todo o Canadá, fornecendo serviços de telefone e serviços <i>online</i> em inglês, francês, Cree, Ojibway e Inuktitut.
RECURSOS PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E PRESTADORES DE SERVIÇOS SOCIAIS	
<p>Canadian Mental Health Association North and West Vancouver (CMHA NWV). Reenergizing wellness: a resource for peer-led wellness programs in Indigenous communities [Internet]. North Vancouver (BC): CMHA NWV; 2021. Disponível em: https://northwestvancouver.cmha.bc.ca/wp-content/uploads/2021/05/ReenergizingWellness-TrainingManual-May2021.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Manual de formação da Canadian Mental Health Association, que destaca as definições emergentes de apoio entre pares que estão enraizadas na cultura. ■ Fornece uma estrutura para criar ou desenvolver o trabalho interpares existente, que já está a decorrer em contextos da comunidade.
<p>Mental Health Commission of Canada (MHCC). Guidelines for the practice and training of peer support [Internet]. Calgary (AB): MHCC; 2013. Disponível em: https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/peer_support_guidelines.pdf.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Orientação de formação desenvolvida por pares em todo o Canadá. ■ A orientação descreve os valores, competências e habilidades fundamentais exigidos para pares e serve como base para a certificação de suporte de pares.

RECURSO	DESCRIÇÃO
<p>National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Transition between inpatient mental health settings and community or care home settings [Internet]. London (UK): NICE; 2016 Aug 30. Disponível em: https://www.nice.org.uk/guidance/ng53</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Orientação de National Institute for Health and Care Excellence. ■ Contém duas recomendações relacionadas com o apoio entre pares durante as transições nos cuidados de saúde (1. 5.13 e 1.5.14).
<p>Peer Support Accreditation and Certification (Canada) (PSACC). National certification handbook [Internet]. Version 3. [place unknown]: PSACC; 2016. Disponível em: https://peersupportcanada.ca/wp-content/uploads/2019/06/Certification_Handbook_v3-ENG.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Manual de Peer Support Accreditation and Certification do Canadá que descreve a experiência, as competências e os conhecimentos que compõem os Padrões de Prática e o processo de Certificação de Suporte entre Pares.
<p>Peer Support Canada. Peer supporter competencies [Internet]. Toronto (ON): Peer Support Canada; [date unknown]. Disponível em: https://peersupportcanada.ca/wp-content/uploads/2019/06/Peer_Supporter_Competencies-ENG.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recurso do Apoio entre Pares no Canadá que descreve as competências e habilidades que um par deve demonstrar.
<p>Phillips K, Harrison J, Jabalee C. A toolkit for implementing and supporting successful peer staff roles in mainstream mental health and addiction organizations [Internet]. Kitchener (ON): Centre for Excellence in Peer Support, Canadian Mental Health Association Waterloo Wellington; 2019. Disponível em: https://peerrecoverynow.org/wp-content/uploads/Supervising-Peer-Workers-Toolkit-CMHA-WW-2019.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Conjunto de ferramentas do Centre for Excellence in Peer Support, que fornece orientações sobre a implementação da função de par.

Lacunas na investigação e implicações futuras

A equipa de desenvolvimento e investigação dos guias orientadores de boas práticas da RNAO e o painel de peritos identificaram áreas prioritárias para investigação futura (descritas no **Tabela 10**). Os estudos realizados nestas áreas forneceriam mais evidência para um apoio de elevada qualidade e equitativo às pessoas que enfrentam transições na prestação de cuidados. A lista não é exaustiva, sendo que outras áreas de investigação podem ser necessárias.

Tabela 10: Áreas de investigação prioritárias por pergunta de recomendação

PERGUNTA DE RECOMENDAÇÃO	DOMÍNIO PRIORITÁRIO DE INVESTIGAÇÃO
<p>PERGUNTA DE RECOMENDAÇÃO #1:</p> <p>O apoio de um orientador do sistema deve ser recomendado ou não para pessoas que enfrentam uma transição nos cuidados?</p> <p>Resultados: Qualidade de vida da pessoa, deslocações ao serviço de urgência (no intervalo de 30 dias após uma transição nos cuidados), visita de acompanhamento com um prestador de serviços de saúde ou social, satisfação da pessoa e taxas de readmissão (no intervalo de 30 dias após uma transição no cuidado)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Estudos que identifiquem os componentes essenciais do apoio na orientação das pessoas e que tipo de apoio deve ser prestado na perspetiva das pessoas que vivenciam uma transição nos cuidados. ■ Os estudos centraram-se no apoio na orientação durante as transições nos cuidados às populações pediátricas e à sua rede de suporte. ■ O impacto de receber apoio entre pares durante mais de quatro meses após uma transição nos cuidados de saúde, nos resultados para pessoas com necessidades de saúde mental. ■ O impacto de receber apoio entre pares durante as transições nos cuidados em deslocações ao serviço de urgência (no intervalo de 30 dias após uma transição nos cuidados), visitas de acompanhamento com um prestador de serviços de saúde ou social e taxas de readmissão (no intervalo de 30 dias após uma transição nos cuidados). ■ O impacto do apoio entre pares durante as transições na prestação de cuidados a pessoas com problemas de saúde física. ■ O valor do apoio entre pares durante as transições de cuidados para cuidadores e membros da rede de suporte de uma pessoa.
<p>PERGUNTA DE RECOMENDAÇÃO #2:</p> <p>Deve ou não ser recomendada uma abordagem intersectorial interprofissional formal para apoiar as pessoas que estão a vivenciar uma transição na prestação de cuidados?</p> <p>Resultados: Visita de acompanhamento com um profissional de saúde e prestador de serviços sociais, deslocações ao serviço de urgência (no intervalo de 30 dias após uma transição nos cuidados), qualidade de vida da pessoa, satisfação da pessoa, taxas de readmissão (no intervalo de 30 dias após uma transição nos cuidados)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ O impacto de uma abordagem interprofissional formal intersectorial durante as transições nos cuidados na qualidade de vida e satisfação da pessoa. ■ O impacto da abordagem intersectorial interprofissional formal para pessoas em transição de um ambiente comunitário para outro (por exemplo, cuidados primários, reabilitação ambulatorial, cuidados continuados e cuidados domiciliários). ■ A investigação centrou-se em abordagens transectoriais interprofissionais formais para a população pediátrica e a sua rede de suporte.

PERGUNTA DE RECOMENDAÇÃO	DOMÍNIO PRIORITÁRIO DE INVESTIGAÇÃO
<p>PERGUNTA DE RECOMENDAÇÃO #5:</p> <p>O acesso a registos de saúde eletrónicos partilhados para os profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais deve ou não ser recomendado durante as transições nos cuidados?</p> <p>Resultados: Danos relacionados com a medicação, satisfação do prestador de serviços de saúde e sociais, visita de acompanhamento com um prestador de serviços de saúde ou social, satisfação da pessoa.</p> <p><i>*Nenhuma recomendação resultou desta pergunta. Para obter mais informações, consulte o Apêndice C.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> Os estudos centraram-se nos sistemas em vigor que fornecem acesso a registos de saúde eletrónicos partilhados para profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais durante as transições nos cuidados e no impacto nos danos relacionados com medicamentos, na satisfação dos profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais e na satisfação dos clientes.

Tabela 11: Áreas de investigação prioritárias adicionais identificadas pelo painel de peritos

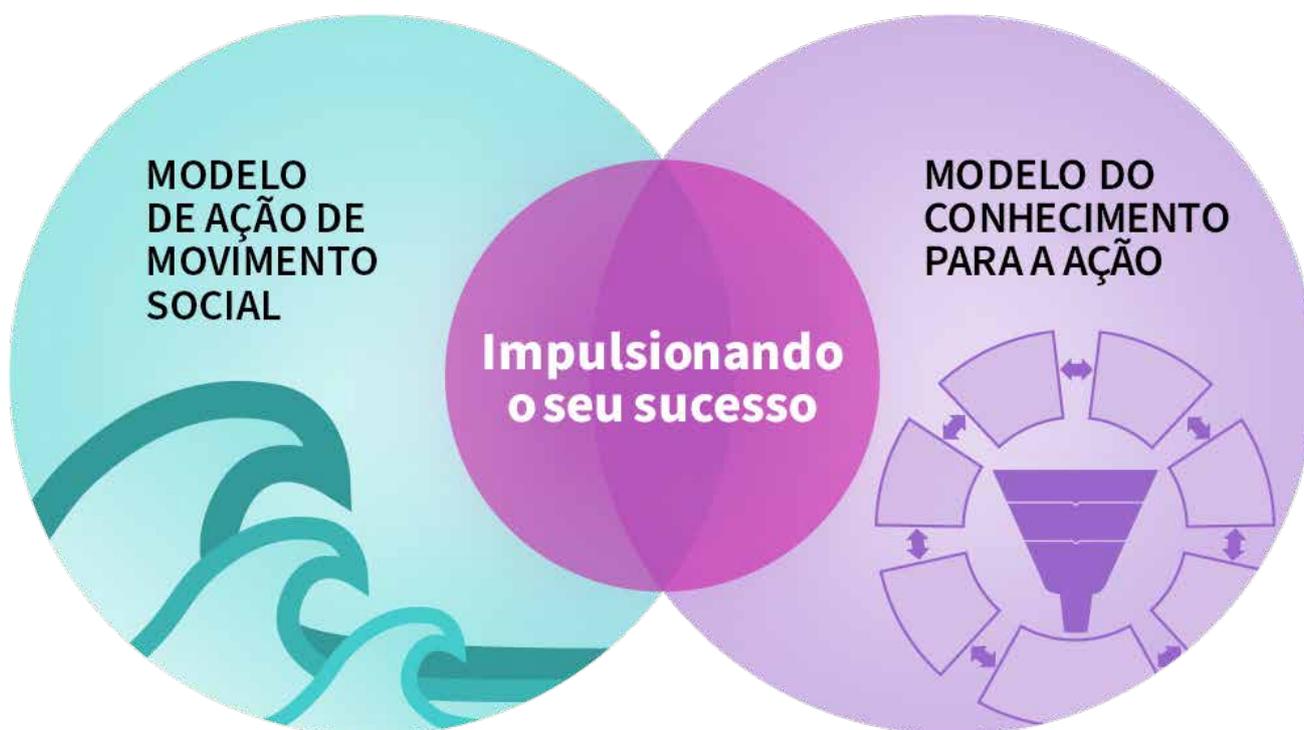
CATEGORIAS	ÁREA PRIORITÁRIA DE INVESTIGAÇÃO
Configurações e setores	<ul style="list-style-type: none"> De que forma os profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais nos cuidados primários, cuidados domiciliários e contextos comunitários podem apoiar melhor as pessoas durante as transições nos cuidados. (A literatura de investigação centra-se em grande parte nas transições de e para contextos hospitalares. A investigação futura deverá também centrar-se nas transições de e para outros contextos e sectores.) De que forma os sistemas integrados de cuidados podem apoiar as transições nos cuidados.
Populações	<ul style="list-style-type: none"> Os estudos centraram-se em populações pediátricas durante transições no cuidado.

Estratégias de implementação

A implementação de orientações no local de prestação de cuidados é multifacetada e desafiadora. É preciso mais do que consciência e acesso ao GOBP para que a prática mude: os GOBP devem ser adaptados para cada ambiente de prática, de forma sistemática e participativa, para assegurar que as recomendações se adequam ao contexto local (114). Para tal, o *Leading Change Toolkit* (desenvolvido pela RNAO, em parceria com a Healthcare Excellence Canada) fornece processos baseados em evidências (consultar **Apêndice M**) (4).

O *Leading Change Toolkit* utiliza dois quadros complementares para orientar a incorporação de evidências e a sustentabilidade (ver **Figura 2**). Eles podem ser associados para maximizar e acelerar a mudança.

Figure 2: O *Leading Change Toolkit*: Duas Estruturas Complementares para Acelerar Seu Sucesso



Reimpresso de: Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO), Healthcare Excellence Canada (HEC). *Leading change toolkit* [Internet]. 3rd ed. Toronto (ON): RNAO; 2021. Disponível em: [RNAO.ca/leading-change-toolkit](https://www.rnao.ca/leading-change-toolkit)

O Modelo de Ação de Movimento Social (1,2) é descritivo e identifica os elementos definidores de **movimento social para a incorporação do conhecimento e sustentabilidade**^G. Integra uma abordagem de mudança ascendente, orientada para pessoas, para uma preocupação partilhada (ou causa comum), na qual os agentes de mudança e as equipas de mudança mobilizam ações individuais e coletivas para alcançar objetivos. Os elementos da estrutura – categorizados como pré-condições, características-chave e resultados – são dinâmicos, inter-relacionados e desenvolvem-se espontaneamente à medida que a movimento social evolui.

O Modelo Conhecimento-para-a-Ação utiliza um modelo de processo de fases do ciclo de ação para orientar sistematicamente a adaptação dos novos conhecimentos (por exemplo, um GOBP) ao contexto local e à implementação. Este modelo sugere a identificação e a utilização de ferramentas/produtos de conhecimento (tais como orientações) para determinar lacunas e iniciar o processo de adaptação dos novos conhecimentos aos contextos locais.

O *Leading Change Toolkit* baseia-se em evidências emergentes nas ciências sociais e da saúde de que a adoção bem-sucedida e a sustentabilidade das boas práticas no domínio dos cuidados de saúde é mais provável quando:

- Os GOBP são selecionados para implementação através de um processo participativo liderado por agentes de mudança e equipas de mudança.
- Os GOBP selecionados refletem áreas prioritárias credíveis, valorizadas e significativas ou uma ação urgente, para uma preocupação compartilhada.
- Os *stakeholders* (partes interessadas) são identificadas e envolvidas ao longo da implementação para se envolverem em ações individuais e coletivas.
- A receptividade para a implementação de GOBP, incluindo a preparação ambiental, é avaliada.
- As estratégias de execução são adaptadas ao contexto local e concebidas para eliminar os obstáculos.
- O uso do GOBP é monitorizado e sustentado.
- A avaliação do impacto do GOBP está incorporada no processo para determinar se os objetivos e resultados foram atingidos.
- Existem recursos adequados para completar todos os aspetos da adoção e sustentabilidade do GOBP.
- O GOBP é alargado, ampliado ou aprofundado, sempre que possível, para ampliar a sua influência e criar melhorias duradouras na saúde.

A RNAO está empenhada na disseminação, implementação e sustentabilidade generalizadas dos nossos GOBP. Usamos uma abordagem sistemática e a implementação de várias estratégias, incluindo:

1. A RNAO Best Practice Champion Network[®], que potencia a capacidade dos agentes de mudança para promover a consciencialização, envolvimento, adoção e sustentabilidade de GOBP. Os defensores de boas práticas da RNAO são pessoas e organizações que estão verdadeiramente empenhados em implementar práticas baseadas em evidências e mobilizar outras pessoas para que, juntas, melhorem os cuidados e a saúde. Os defensores incluem enfermeiros e outros profissionais de saúde de todas as funções e setores de saúde, estudantes, advogados, pares e cuidadores.
2. RNAO BPG Order Sets[™] fornecem declarações de intervenção claras e concisas derivadas de recomendações práticas. Os BPG Order Sets podem ser facilmente incorporados em registos eletrónicos e também podem ser usados em ambientes baseados em papel ou híbridos. No setor CLD, os BPG Order Sets evoluíram para RNAO Clinical Pathways[™] com o apoio de enfermeiros com ampla experiência nesta área. O RNAO Clinical Pathways[™] têm incorporados um sistema de registo de saúde eletrónico comumente usado e são acessíveis a todos as instituições de CLD canadianos e internacionais.
3. A designação BPSO[®] apoia a implementação a nível organizacional e sistémico. Os BPSOs centram-se no desenvolvimento de culturas baseadas em evidências, com o mandato específico de implementar, avaliar e sustentar múltiplos GOBP da RNAO.

Além disso, oferecemos anualmente aos institutos de educação para a capacitação sobre a implementação da mudança de práticas:

A informação sobre as nossas estratégias de implementação, pode ser consultada em:

- RNAO Best Practice Champions Network[®]: [RNAO.ca/bpg/get-involved/champions](https://rnao.ca/bpg/get-involved/champions)
- RNAO BPG Order Sets[™]: [RNAO.ca/ehealth/bpgordersets](https://rnao.ca/ehealth/bpgordersets)
- RNAO BPSO[®]: [RNAO.ca/bpg/bpsos](https://rnao.ca/bpg/bpsos)
- RNAO capacity-building learning institutes and other professional development opportunities: [RNAO.ca/events](https://rnao.ca/events)
- RNAO Clinical Pathways[™]: [RNAO.ca/bpg/implementation/clinicalpathways](https://rnao.ca/bpg/implementation/clinicalpathways)

Apêndice A: Glossário de termos

Abordagem baseada nos pontos fortes: As abordagens baseadas nos pontos fortes centram-se na identificação e apoio dos vários pontos fortes, motivações e formas de pensar e comportar-se, bem como dos fatores de proteção – dentro da pessoa ou do ambiente – que apoiam as pessoas nas suas jornadas para a saúde e o bem-estar (138).

Abordagem interprofissional intersetorial: Refere-se a uma abordagem colaborativa onde dois ou mais profissionais de saúde ou prestadores de serviços sociais de diferentes disciplinas e setores que trabalham juntos formalmente para garantir que as pessoas e a sua rede de suporte vivenciem uma transição segura nos cuidados. Por exemplo, os prestadores de CLD podem colaborar com os prestadores num ambiente hospitalar para coordenar os cuidados prestados a uma pessoa em transição de CLD para hospitalais.

Apoio na orientação de pessoas: Refere-se ao apoio individualizado e coordenado prestado por profissionais de saúde ou prestadores de serviços sociais para ajudar as pessoas e a sua rede de suporte a superar os desafios de se orientar no sistema de cuidados de saúde e assistência social durante as transições nos cuidados. Neste GOBP, o apoio na orientação envolve o acompanhamento regular por um prestador de serviços de saúde ou social que atende às necessidades individuais de uma pessoa e o conecta com os serviços e apoios adequados. Isto pode incluir fornecer às pessoas as informações e os recursos de que necessitam para atingir os seus objetivos de prestação de cuidados, conectar as pessoas a outros profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais, ajudar a reduzir as barreiras que impedem as pessoas de aceder a cuidados atempados, prestar apoio social e emocional e melhorar o acesso a cuidados culturalmente seguros.

Autogestão: Este termo é frequentemente associado ao autocuidado e inclui uma série de atividades que as pessoas realizam para viver bem com uma ou mais condições crónicas (135).

Best Practice Spotlight Organization® Ontario Health Team (BPSO OHT): Ontario Health Team (OHT) são grupos de prestadores e organizações que são responsáveis por fornecer um continuum completo e coordenado de cuidados a uma população atribuída em Ontário, Canadá (9). The Best Practice Spotlight Organization® (BPSO) modelo para as OHTs oferece um programa personalizado para ampliar e difundir os RNAO GOBP dentro de sistemas integrados de cuidados. O modelo BPSO OHT ajuda as OHTs a alcançar todos os elementos dos Quatro Objetivos Globais (Quadruple Aim) e dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) das Nações Unidas, abordando a saúde da população, apoiando as populações carenciadas e promovendo a equidade em saúde. As BPSO OHTs são ativamente apoiadas pela RNAO para implementar sistematicamente GOBP baseados em evidências, mobilizando as equipas em direção aos seus objetivos coletivos e avaliando os resultados. O programa BPSO OHT está inserido dentro das OHT, e os resultados do programa são projetados para promover os objetivos das OHT.

Centrada na pessoa: Uma abordagem do cuidado em que a pessoa é vista como um todo. O processo de conhecer a pessoa como um todo é sustentado através do estabelecimento de uma relação terapêutica entre a pessoa, aqueles que são significativos para ela e os profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais. Esta abordagem dos cuidados envolve a advocacia, o empoderamento, o respeito mútuo e a compreensão do direito da pessoa a ser autónoma, a autodeterminar-se e a participar ativamente nas decisões sobre a sua saúde (tanto na doença quanto no bem-estar) (131).

Ciência da implementação: Definida como "o estudo científico de métodos para promover a incorporação sistemática dos resultados da investigação e outras práticas baseadas em evidências, na prática de clínica e, portanto, para melhorar a qualidade e a eficácia dos serviços e cuidados de saúde" (126).

Comportamentos reativos: Refere-se a palavras, ações ou gestos apresentados por pessoas com demência ou outras condições neurológicas em resposta a algo frustrante, confuso ou importante no seu ambiente social ou físico (134).

Continuidade dos cuidados: A continuidade dos cuidados diz respeito à qualidade da transição nos cuidados. É a medida em que os cuidados são bem coordenados e conectados interligados à medida que as pessoas se deslocam entre contextos e através do sistema de saúde (118).

Cuidado informado sobre o trauma: As abordagens informadas sobre o trauma baseiam-se na compreensão de que muitas pessoas que acedem a serviços de saúde e sociais e tiveram experiências traumáticas nas suas vidas. As abordagens de informação sobre o trauma não se focam em fornecer tratamento para o trauma, em vez disso, a abordagem é aplicada para garantir que as pessoas não fiquem ainda mais traumatizadas quando acedem aos cuidados e serviços. Estas abordagens são baseadas em princípios de segurança, confiabilidade, colaboração e escolha, capacitação e construção de pontos fortes e competências (139).

Cuidador: "Um membro da família, amigo ou pessoa de escolha que presta cuidados não remunerados a alguém que tem necessidades de cuidados devido a uma deficiência, uma condição física, neurológica ou mental, uma doença crónica, fragilidade ou idade" (117). Os cuidadores são muitas vezes elementos-chave da rede de suporte de uma pessoa.

Cuidados culturalmente seguros: As pessoas que prestam cuidados culturalmente seguros estão a tentar estabelecer uma relação de respeito mútuo que reconhece e visa abordar os desequilíbrios de poder inerentes ao sistema de saúde (119). Os cuidados culturalmente seguros visam criar e manter um ambiente livre de racismo e discriminação, onde as pessoas se sintam seguras quando recebem cuidados de saúde. Os povos indígenas, as famílias e as comunidades devem poder partilhar as suas perspetivas, fazer perguntas e fazer com que as suas crenças, comportamentos e valores sejam respeitados pelos profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais (119).

Danos relacionados com a medicação: Danos sofridos por uma pessoa como resultado da exposição a um medicamento que podem ser evitáveis (por exemplo, devido a um erro de medicação) ou não evitáveis (por exemplo, uma reação adversa a um medicamento) (88).

Declaração de boas práticas: As declarações de boas práticas são direcionadas principalmente aos enfermeiros e às equipas interprofissionais que prestam cuidados às pessoas e à sua rede de suporte em todo o continuum de cuidados, incluindo (mas não se limitando a): cuidados primários, cuidados domiciliários e comunitários, cuidados agudos e CLD.

As declarações de boas práticas são recomendações que devem ser implementadas na prática (16). Acredita-se que, devido aos benefícios dessas declarações, seria imprudente resumir as evidências e uma má gestão do tempo e dos recursos do painel de peritos (16). Além disso, os investigadores podem já não estar a realizar estudos sobre o tópico, ou a alternativa ao procedimento pode ser antiética ou o estudo das alternativas pode ser considerado uma violação dos direitos humanos (16,17). Dado o elevado grau de certeza de que os benefícios decorrentes das declarações de boas práticas superam os danos, estas não se baseiam numa revisão sistemática das evidências. Também não recebem uma classificação da certeza das evidências, nem uma avaliação de força (ou seja, uma classificação condicional ou forte, que será discutida mais adiante) (18). No entanto, isso não diminui a certeza das evidências. Embora possam ser sustentadas por evidências indiretas, existe uma fundamentação clara e bem documentada que liga as evidências indiretas à declaração (16). Assim, as declarações de boas práticas devem ser interpretadas como recomendações fortes, uma vez que existe um pressuposto subjacente de uma elevada confiança nos benefícios da implementação da ação (16).

Determinantes sociais da saúde: Os determinantes sociais da saúde são "fatores não médicos que influenciam os resultados de saúde. São as condições em que as pessoas nascem, crescem, trabalham, vivem e envelhecem, e o conjunto mais amplo de forças e sistemas que moldam as condições da vida diária. Estas forças e sistemas incluem políticas e sistemas económicos, agendas de desenvolvimento, normas sociais, políticas sociais e sistemas políticos" (136).

Diagrama Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA): Um diagrama que descreve o fluxo de informação através das diferentes fases de uma revisão sistemática. Mapeia o número de artigos identificados, incluídos e excluídos (132).

Domicílio: Local habitual de residência de uma pessoa. Pode ser uma residência pessoal, uma residência com apoio, CLD, uma unidade de cuidados paliativos ou um centro de acolhimento (25).

Downgrade: No GRADE, quando as limitações nos estudos individuais enviesam potencialmente os resultados, a certeza da evidência diminuirá (122). Por exemplo, um conjunto de evidências quantitativas para um resultado prioritário pode começar com elevada certeza, mas devido a sérias limitações num ou mais dos cinco critérios GRADE, este conjunto será classificado para baixo em um ou dois níveis (122).

Enfermeiro: Refere-se a enfermeiros registados, enfermeiros da prática licenciados (referidos como "enfermeiros da prática registados" em Ontário), enfermeiros de psiquiatria registados e enfermeiros com maior especialização, tais como, enfermeiros clínicos e enfermeiros especialistas em enfermagem clínica (10).

Ensaio clínico randomizado e controlado (ERC): Um estudo experimental, no qual o investigador atribui uma ou mais intervenções aos participantes, que são aleatoriamente alocados ao grupo experimental (recebe intervenção) e ao grupo de comparação (tratamento convencional) ou grupo de controlo (sem intervenção ou placebo) (130).

Equipa interprofissional: Equipa composta por múltiplos profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais (regulamentados e não regulamentados) que trabalham em colaboração na prestação de serviços de saúde abrangentes e de qualidade às pessoas dentro, entre e através dos contextos de cuidados de saúde e sociais (13). Os principais membros da equipa interprofissional que apoiam crianças e adultos, bem como as suas redes de suporte durante as transições nos cuidados incluem, mas não se limitam a: enfermeiros, médicos, farmacêuticos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e paramédicos. É importante enfatizar que as pessoas e as suas redes de suporte que estão a vivenciar uma transição nos cuidados ocupam o centro da equipa interprofissional como participantes ativos.

Estudo não randomizado: Estudo quantitativo que estima a eficácia de uma intervenção, onde as pessoas são alocadas a diferentes intervenções usando métodos que não são aleatórios (130).

Evidence-to-Decision (EtD) frameworks: Uma tabela que ajuda os painéis de peritos a tomar decisões ao passar de evidências para recomendações. O objetivo da Evidence-to-Decision framework (EtD) é resumir as evidências da pesquisa, descrever fatores importantes que podem determinar a recomendação, informar os membros do painel sobre os benefícios e danos de cada intervenção considerada e aumentar a transparência sobre o processo de tomada de decisão na elaboração de recomendações (19).

Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE): A Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) é uma abordagem metodológica para avaliar a certeza de um conjunto de evidências de forma consistente e transparente, bem como desenvolver recomendações de forma sistemática. A avaliação das evidências em todos os resultados importantes e/ou críticos é baseada em diversos fatores, incluindo o risco de viés, a consistência dos resultados, a relevância dos estudos, a precisão das estimativas, o viés de publicação, o tamanho do efeito, a relação dose-resposta e variáveis de confusão (19).

Ao usar o GRADE, existem cinco componentes que contribuem para a avaliação da certeza da evidência para cada resultado. Esses componentes são:

1. Risco de enviesamento, que incide sobre falhas na conceção de um estudo ou problemas na sua execução.
2. Incoerência, que analisa um conjunto de evidências e avalia se os resultados apontam na mesma direção ou se são divergentes.
3. Imprecisão, que se refere à precisão dos resultados com base no número de participantes e/ou eventos incluídos e na largura dos intervalos de confiança num conjunto de evidências.
4. Indireta, em que cada estudo primário que suporta um resultado é avaliado e é tomada uma decisão sobre a aplicabilidade dos resultados à população, intervenção e resultado delineado na pergunta de pesquisa.
5. Viés de publicação, quando é tomada uma decisão sobre se o conjunto da literatura publicada sobre um resultado inclui apenas resultados positivos ou estatisticamente significativos (19).

Guia orientador de boas práticas (GOBP): “Os guias orientadores de boas práticas são sistematicamente desenvolvidos, baseados em evidências que incluem recomendações para enfermeiros e para a equipa interprofissional, formadores, líderes e decisores políticos, pessoas e as suas famílias, sobre temas clínicos e de ambiente de trabalho saudáveis. Os GOBP promovem a consistência e a excelência nos cuidados clínicos, nas políticas de saúde e na educação para a saúde, conduzindo, em última análise, a resultados de saúde otimizados para as pessoas e comunidades e para o sistema de saúde”(116).

Guias clínicos de educação: Abordagens organizacionais para a oferta de formação em organizações de serviços de saúde e instituições académicas para apoiar a prática baseada em evidências. Os guias clínicos de educação são baseados numa análise de recomendações educacionais em vários GOBP sobre diversos tópicos clínicos e populações. Os guias clínicos de educação podem ser aplicáveis a todos os GOBP e podem ser contextualmente adaptados dentro de organizações de serviços de saúde e instituições académicas para apoiar a implementação de recomendações clínicas.

Indígena: Termo introduzido e utilizado num contexto global após os esforços internacionais dos povos aborígenes para alcançar uma maior representação na Organização das Nações Unidas (ONU). A ONU define amplamente os povos indígenas como povos há muito enraizados e com ligação a terras específicas que praticam tradições únicas e mantêm características sociais, culturais, económicas e políticas distintas das sociedades dominantes nas quais residem (127). De acordo com a definição da ONU, indígena é geralmente entendido para incluir: autoidentificação a nível individual e aceitação por uma comunidade indígena como membro; continuidade histórica com sociedades pré-coloniais ou pré-colonizadoras; fortes ligações aos territórios e recursos naturais circundantes; sistemas sociais, económicos ou políticos distintos; e língua, cultura e crenças únicas. Os povos indígenas formam grupos não dominantes na sociedade e que resolvem manter e reproduzir os seus ambientes e sistemas ancestrais como povos e comunidades distintos (127).

A Constituição do Canadá reconhece três grupos de povos indígenas: Primeiras Nações, Inuit e Métis. Estes são três povos distintos com histórias, línguas, práticas culturais e crenças espirituais únicas (128).

Literacia em saúde: Capacidade de uma pessoa obter e interpretar conhecimentos e informações para manter e melhorar a saúde de forma adequada aos contextos individuais e sistémicos. A literacia em saúde abrange três grandes elementos: (1) conhecimento sobre a saúde, os cuidados de saúde e os sistemas de saúde; (2) processamento e utilização da informação em diversos formatos relacionados com a saúde e os cuidados de saúde; e (3) capacidade de manter a saúde através da autogestão e do trabalho em parceria com os profissionais de saúde (125).

Melhor História Possível de Medicação (MHPM): A melhor história possível de medicação (MHPM) é uma história de medicação obtida por um profissional de saúde utilizando: (1) um processo sistemático de entrevista com a pessoa ou sua rede de suporte e (2) uma revisão de pelo menos uma outra fonte confiável de informação para obter e verificar todo o uso regular de medicamentos. A MHPM inclui o nome do medicamento, dose, via e frequência de todos os medicamentos (prescritos e não prescritos) que uma pessoa toma atualmente. A MHPM é uma visão geral do uso real de medicamentos da pessoa, que pode ser diferente do que está indicado nos seus registos (115).

Movimento social para a adoção do conhecimento e sustentabilidade: Pessoas, grupos e/ou organizações que, como agentes de mudança voluntários e intrinsecamente motivados, se mobilizam para transformar os resultados de saúde (2).

Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS): Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) foram adotados pelas Nações Unidas em 2015 como um apelo universal e urgente à ação para erradicar a pobreza, proteger o planeta e garantir que todas as pessoas desfrutem de paz e prosperidade até 2030 (46).

Organizações de saúde e serviço social: No contexto deste GOBP, as organizações de saúde e serviço social referem-se a qualquer contexto em que uma pessoa, juntamente com a sua rede de suporte, recebe cuidados ou serviços durante uma transição de cuidados.

As organizações de serviços de saúde são organizações que prestam cuidados de saúde a comunidades ou populações específicas. Isto inclui, mas não se limita a equipas de saúde familiar, organizações de cuidados domiciliários e hospitais.

As organizações de serviço social são organizações que ajudam pessoas com problemas sociais, incluindo (mas não se limitando a) habitação, violência doméstica e uso de substâncias.

Orientador da pessoa através do sistema: Um prestador de serviços de saúde ou sociais que presta apoio na orientação durante uma transição de cuidados de saúde durante um longo período (por exemplo, durante 30 dias ou seis meses). Neste GOBP, o termo "orientador da pessoa através do sistema" é utilizado como um termo abrangente para todos os profissionais de saúde ou prestadores de serviços sociais em diferentes funções que fornecem apoio na orientação durante uma transição de cuidados, incluindo prestadores regulamentados e não regulamentados (por exemplo, enfermeiros, assistentes sociais, pares, facilitadores de transição e orientadores de pessoas).

Consultar apoio na orientação.

Par: Pessoa que viveu experiências semelhantes às dos seus pares, tais como um desafio ou doença de saúde mental, e que é treinada para apoiar os outros na sua jornada, fornecendo apoio prático e emocional (14). Neste GOBP, os pares também são referidos como "pares". Estes trabalhadores não são regulamentados.

Pergunta de investigação PICO: Um quadro para delinear uma pergunta focalizada. Especifica quatro componentes:

1. A pessoa ou população que está a ser estudada.
2. A intervenção a investigar.
3. A intervenção alternativa ou de comparação.
4. O resultado que é de interesse (19).

Pergunta de recomendação: Uma área de investigação prioritária da prática, política ou educação identificada pelos membros do painel de peritos que requer evidências para ser respondida. A pergunta de recomendação também pode ter como objetivo responder a uma área temática em torno da qual há ambiguidade ou controvérsia. A pergunta de recomendação informa sobre a pergunta de investigação, que orienta a revisão sistemática.

Pesquisa quantitativa: Uma abordagem de investigação que analisa fenómenos através de ferramentas que produzem medidas estatísticas/dados numéricos (133).

Pessoa: Indivíduo com quem um prestador de serviços de saúde ou social estabeleceu uma relação terapêutica com o objetivo de estabelecer uma parceria para a saúde. Substitui os termos "doente", "cliente" e "residente" que são usados em organizações de saúde e serviços sociais (131).

Pessoas com experiência vivida: Membros da comunidade que têm experiência e conhecimento em primeira mão sobre o tópico de interesse, seja como pessoa, cuidador não remunerado ou defensor. As pessoas com experiência vivida são um grupo diversificado com uma variedade de origens e experiências.

Plano de transição: Plano adaptado às necessidades de uma pessoa que é projetado para apoiar uma transição de cuidados. É criado pela equipa interprofissional em parceria com a pessoa e a sua rede de suporte e descreve a coordenação dos cuidados e do apoio necessário durante e após a transição de cuidados.

Populações carenciadas e desfavorecidas: As populações carenciadas podem incluir indígenas, pessoas que não falam nenhuma das línguas oficiais do Canadá, pessoas com orientação sexual alternativa, imigrantes, refugiados, populações étnica ou racialmente diversas, pessoas com deficiência, pessoas em situação de sem abrigo, profissionais do sexo e pessoas com rendimentos baixos. Desfavorecido significa que existe uma maior probabilidade de que as pessoas que pertencem a uma determinada comunidade (e as pessoas podem pertencer a mais do que uma) possam ter dificuldades em obter os cuidados necessários, receber menos cuidados ou um nível inferior de cuidados, experimentar tratamentos diferentes por parte dos profissionais de saúde ou receber um tratamento que não satisfaça adequadamente as suas necessidades, ou que fiquem menos satisfeitos com os serviços de saúde do que a população em geral (140).

Prática baseada em evidência: A integração de evidências de pesquisa com a experiência clínica e os valores da pessoa. Unifica as evidências de pesquisa com a perícia clínica e incentiva a inclusão das preferências das pessoas (123).

Prestadores de serviços de saúde e sociais: Refere-se tanto a prestadores de serviços de saúde e sociais regulamentados (por exemplo, enfermeiros, médicos, farmacêuticos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e paramédicos) como a prestadores não regulamentados (por exemplo, profissionais de apoio pessoal, pares) que fazem parte da equipa interprofissional.

Prestadores de serviços de saúde e sociais regulamentados: A *Regulated Health Professions Act, 1991 (RHPA)* regula as profissões de saúde em Ontário, a fim de proteger o público. Esta Act descreve o âmbito da prática e os atos controlados ou autorizados específicos da profissão que cada profissional regulamentado está autorizado a praticar na prestação de cuidados e serviços de saúde (10). Os regulamentos aplicáveis aos assistentes sociais e aos profissionais dos serviços sociais estão descritos na *Social Work and Social Service Work Act, 1998* (11). Nesta GOBP, enfermeiros, médicos, terapeutas ocupacionais e farmacêuticos são exemplos de prestadores de cuidados de saúde regulamentados, e os assistentes sociais são um exemplo de prestador de serviços sociais regulamentado.

Prestadores de serviços de saúde e sociais não regulamentados: Estes profissionais desempenham uma variedade de funções em áreas que não estão sujeitas à RHPA. Eles são responsáveis perante os seus empregadores, mas não perante um organismo profissional regulador externo (por exemplo, o Colégio de Enfermeiros de Ontário). Os prestadores de serviços de saúde e sociais não regulamentados só têm autoridade para realizar um ato controlado, tal como estabelecido na RHPA, se o procedimento for abrangido por uma das isenções previstas na Act (12).

Quatro Objetivos Globais (Quadruple Aim): Um quadro reconhecido internacionalmente para a prestação de cuidados de saúde centrado em quatro objetivos abrangentes: (1) experiências melhoradas para as pessoas que recebem cuidados; (2) experiências melhoradas para os profissionais de saúde e de serviços sociais; (3) melhores resultados em termos de saúde para as pessoas que recebem cuidados; e (4) redução dos custos dos cuidados de saúde (45).

Recomendação: Um curso de ação que responde diretamente a uma pergunta de recomendação (também conhecida como "pergunta de investigação PICO"). Uma recomendação que se baseia numa revisão sistemática da literatura e é feita tendo em consideração os seus: (a) benefícios e danos; b) valores e preferências; e (c) equidade em saúde. Todas as recomendações recebem uma força – forte ou condicional – através do consenso do painel.

De notar que as recomendações não devem ser vistas como regras, porque as recomendações não podem levar em consideração todas as características únicas das circunstâncias individuais, organizacionais e clínicas (19).

Reconciliação de medicação: Um processo formal no qual os profissionais de saúde trabalham em conjunto com a pessoa e a sua rede de suporte para garantir que a informação sobre medicamentos é comunicada de forma precisa e abrangente durante uma transição nos cuidados. A reconciliação de medicação requer uma revisão sistematizada e abrangente de todos os medicamentos que a pessoa está a tomar (conhecida como "melhor história possível de medicação") para garantir que os medicamentos que estão a ser adicionados, alterados ou descontinuados são cuidadosamente avaliados. Este processo é um componente da gestão da medicação e permitirá que os prescritores tomem as decisões de prescrição mais adequadas para a pessoa (115).

Consultar melhor história possível de medicação (MHPM)

Rede de suporte: Indivíduos identificados por uma pessoa como sendo significativos na sua vida. A rede pode incluir pessoas relacionadas (biológica, emocional ou legalmente) e/ou com laços estreitos (amizades, compromissos, responsabilidades domésticas e de educação dos filhos partilhadas e vínculos românticos) (15). Neste GOBP, este termo inclui familiares, amigos e cuidadores que prestam apoio durante uma transição no cuidado.

Registo de saúde eletrónico: Um registo de saúde eletrónico é um registo digital seguro, privado e vitalício do histórico de saúde e cuidados de uma pessoa que dá aos profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais autorizados acesso em tempo real a informações médicas relevantes (124). O acesso a registos de saúde eletrónicos partilhados refere-se a profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais autorizados em diferentes organizações e setores que têm acesso conjunto ao registo de saúde eletrónico de uma pessoa, para agilizar a comunicação e coordenar os cuidados.

RNAO Clinical Pathways™: RNAO Clinical Pathways é uma versão digitalizada dos GOBP da RNAO que pode ser incorporada num sistema de registo eletrónico de saúde para promover cuidados baseados em evidências, centrados na pessoa e na família.

Resultados: Uma variável dependente ou o estado clínico e/ou funcional de uma pessoa ou população utilizado para avaliar se uma intervenção é bem-sucedida. No GRADE, os resultados são priorizados com base em se: (a) são críticos para a tomada de decisão; (b) são importantes, mas não críticos para a tomada de decisões; ou (c) não são importantes. O uso desses resultados ajuda a tornar as pesquisas bibliográficas e as revisões sistemáticas mais focadas (19).

Resumo da alta: Um resumo do que acontece durante o internamento de uma pessoa num hospital, centro de reabilitação ou outro contexto de cuidados de saúde (120). Muitas vezes, inclui o diagnóstico médico da pessoa, resultados de testes e resultados de testes pendentes, alterações feitas em tratamentos ou medicamentos (incluindo os motivos) e necessidades de acompanhamento. O resumo da alta é uma forma de comunicar o plano de transição de uma pessoa aos prestadores no contexto para o qual a pessoa está em transição (121). Os resumos de alta escritos em linguagem simples também podem ser criados para as pessoas e a sua rede de suporte, para lhes fornecer informações importantes, como mudanças em medicamentos e consultas de acompanhamento.

Revisão sistemática: Uma revisão abrangente da literatura que utiliza questões claramente formuladas e métodos sistemáticos e explícitos para identificar, selecionar e avaliar criticamente pesquisas relevantes. Uma revisão sistemática recolhe e analisa os dados dos estudos incluídos e apresenta-os, utilizando, por vezes, métodos estatísticos (130).

Consultar meta-análise

Sistemas integrados de cuidados: Serviços organizados através de setores e fronteiras organizacionais para que as pessoas que recebem cuidados recebam serviços coordenados e abrangentes, no momento certo, do prestador certo e no lugar certo (129).

Stakeholder (parte interessada): Uma pessoa, grupo ou organização que tem um interesse direto nas decisões e ações das organizações e que pode tentar influenciar essas decisões e ações (137). Os stakeholders (partes interessadas) incluem todas as pessoas e grupos que serão direta ou indiretamente afetados pela mudança ou solução do problema.

Transição no cuidado: Um ponto significativo na prestação de cuidados de saúde durante o qual as informações e necessidades de cuidados de uma pessoa estão a ser transferidas entre profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais, equipas interprofissionais e contextos (8). Uma transição na prestação de cuidados ocorre quando uma pessoa se desloca de um contexto ou setor onde os cuidados ou serviços são prestados para outro contexto ou setor, incluindo (mas não se limitando a): cuidados primários, cuidados domiciliários e comunitários; contextos de saúde mental e de consumo de substâncias; cuidados agudos; reabilitação; CLD; estabelecimentos prisionais; e abrigos. Alguns exemplos incluem transições do domicílio para CLD, ou de hospital para uma unidade de cuidados paliativos. Uma transição também pode ocorrer dentro da mesma organização, como quando uma pessoa se muda de uma unidade de cuidados intensivos para uma enfermaria geral num hospital. Durante a sua trajetória de cuidados, uma pessoa também pode experimentar múltiplas transições, como uma transição do hospital para uma instalação de reabilitação e, em seguida, para o domicílio. Embora o termo "transição de cuidados" seja usado ao longo deste GOBP o título da orientação reflete de que forma pode ocorrer uma transição entre quaisquer contextos onde os cuidados ou serviços são prestados.

Visita de acompanhamento com um prestador de serviços de saúde ou social: Refere-se à participação numa consulta de acompanhamento ambulatorio para avaliar o estado de saúde de uma pessoa após uma transição nos cuidados.

Apêndice B: Orientações e recursos dos guias orientadores de boas práticas da RNAO que se alinham com este guia

A seguir são apresentados alguns tópicos e sugestões de orientações da Associação de Enfermeiros Registrados de Ontário (RNAO) e recursos de outras organizações que estão alinhados com este Guia Orientador de Boas Práticas (GOBP).

TÓPICO	RECURSOS
Promover a equidade em saúde 2SLGBTQI+	Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Promoting 2SLGBTQI+ health equity [Internet]. Toronto (ON): RNAO; 2021. Disponível em: RNAO.ca/bpg/guidelines/promoting-2slgbtqi-health-equity
Uma abordagem paliativa dos cuidados nos últimos 12 meses de vida	Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). A palliative approach to care in the last 12 months of life [Internet]. Toronto (ON): RNAO; 2020. Disponível em: RNAO.ca/bpg/guidelines/palliative-approach-care-last-12-months-life
Ciência da implementação, estruturas de implementação e recursos	<p>Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO), Healthcare Excellence Canada (HEC). Leading change toolkit. [Internet]. 3rd ed. Toronto (ON): RNAO; 2021. Disponível em: RNAO.ca/leading-change-toolkit</p> <p>The National Implementation Research Network's Active Implementation Hub. Get Started [Internet]. [place unknown]: AI Hub; c2013–2018. Disponível em: http://implementation.fpg.unc.edu/</p> <p>Canadian Patient Safety Institute. Improvement frameworks: getting started kit [Internet]. [place unknown]: safer healthcare now!; 2015 Aug. Disponível em: http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/ImprovementFramework/Documents/Improvement%20Frameworks%20GSK%20EN.PDF</p> <p>Helping navigate dissemination and implementation models. In: The Dissemination and Implementation Models in Health Research and Practice Webtool [Internet]. Denver (CO): University of Colorado Denver; c2014-2023. Available from: https://dissemination-implementation.org/</p>

TÓPICO	RECURSOS
Colaboração interprofissional	Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Developing and sustaining interprofessional health care: optimizing patients/clients, organizational and system outcomes [Internet]. Toronto (ON): RNAO; 2013. Disponível em: RNAO.ca/bpg/guidelines/interprofessional-team-work-healthcare
Cuidados centrados na pessoa e na família	Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Person- and family-centred care [Internet]. Toronto (ON): RNAO; 2015. Disponível em: RNAO.ca/bpg/guidelines/person-and-family-centred-care
Determinantes sociais da saúde	Registered Nurses Association of Ontario (RNAO). Social determinants of health [Internet]. Toronto (ON). Registered Nurses' Association of Ontario; 2013. Disponível em: RNAO.ca/sites/rnao-ca/files/rnao_sdh_brochure_2013.pdf



Apêndice C: Métodos de desenvolvimento do Guia Orientador de Boas Práticas

Este apêndice apresenta uma visão geral do processo e métodos de desenvolvimento da orientação da RNAO. A RNAO mantém um firme compromisso para que cada GOBP seja baseado nas melhores evidências disponíveis. Os métodos Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) foram implementados para fornecer uma estrutura rigorosa e atender aos padrões internacionais para o desenvolvimento das orientações.

Definição do Âmbito das Orientações de Boas Práticas

O âmbito estabelece o que um GOBP da RNAO irá ou não abranger (consultar **Objetivo e Âmbito** na página 7). Para determinar o âmbito deste GOBP em particular, a equipa de desenvolvimento e investigação do Guia Orientador de Boas Práticas (GOBP) da RNAO seguiu os seguintes passos:

1. **Uma revisão de GOBP anteriores.** O GOBP da RNAO sobre as transições nos cuidados (5) foi revisto para informar o objetivo e o alcance deste GOBP.
2. **Pesquisa de orientações sobre contextos de cuidados.** Dois metodologistas especialistas em desenvolvimento de orientações realizaram uma pesquisa numa lista pré-estabelecida de sites de orientações e conteúdos relevantes publicados entre janeiro de 2012 e janeiro de 2020. O objetivo desse levantamento foi obter uma visão geral das orientações existentes sobre transições de cuidados, identificando oportunidades para definir o propósito e o alcance deste GOBP. A lista das orientações foi compilada com base no conhecimento de sites de práticas baseadas em evidências e nas recomendações da literatura. Além disso, os membros do painel de peritos da RNAO foram convidados a sugerir orientações adicionais (consulte o diagrama *online Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)*^c [online](#)). Para obter informações mais detalhadas, consulte a [estratégia de pesquisa](#) para orientações existentes, incluindo a lista de sites pesquisados e os critérios de inclusão utilizados.

As orientações foram analisadas quanto ao conteúdo, aplicabilidade ao âmbito da prática de enfermagem, acessibilidade e qualidade. Os dois metodologistas especialistas em desenvolvimento de orientações avaliaram quatro orientações internacionais usando a ferramenta AGREE II (141). Orientações com pontuação geral de 6 ou 7 (numa escala de Likert de 7 pontos) foram consideradas de alta qualidade e, portanto, consideradas para o GRADE-ADOLPMENT (142). O GRADE-ADOLPMENT fornece um quadro para a adoção ou adaptação de recomendações fidedignas das orientações existentes (142). No entanto, o painel de peritos não identificou nenhuma recomendação prioritária das orientações existentes a serem adotadas ou adaptadas para este GOBP.

Foram avaliadas as seguintes orientações, conforme indicado:

- Canadian Association of Pediatric Health Centres (CAPHC). A guideline for transition from paediatric to adult health care for youth with special health care needs: a national approach [Internet]. [place unknown]: CAPHC; Jun 2016. Disponível em: https://www.childhealthbc.ca/sites/default/files/caphc_transition_to_adult_health_care_guideline_may_2017.pdf
 - Pontuação: 3 de 7.
 - Este guia não foi utilizado para este GOBP.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Transition between inpatient hospital settings and community or care home settings for adults with social care needs [Internet]. London (UK): NICE; 2015 Dec 01. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng27>
 - Pontuação: 6 de 7.
 - Este guia foi utilizado como recurso de apoio.

- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Transition between inpatient mental health settings and community or care home settings [Internet]. London (UK): NICE; 2016 Aug 30. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng53>
 - Pontuação: 6 de 7.
 - Este guia foi utilizado como recurso de apoio.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Transition from children's to adults' services for young people using health or social care services [Internet]. London (UK): NICE; 2016 Feb 24. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng43>
 - Pontuação: 6 de 7.
 - Este guia não foi utilizado para este GOBP, uma vez que se concentrou nas transições dos serviços pediátricos para os serviços para adultos.

3. **Pesquisa de normas nos contextos de cuidados.** Dois metodologistas de desenvolvimento de orientações também procuraram normas publicadas no Canadá entre janeiro de 2012 e janeiro de 2020 para melhor compreensão das normas existentes sobre transições no cuidado e identificar a sua abrangência. As normas foram revistas quanto ao conteúdo, aplicabilidade no âmbito de prática de enfermagem e acessibilidade. As normas não foram avaliadas pela qualidade.

As seguintes normas foram revistas conforme indicado:

- Health Quality Ontario (HQO). Transitions between hospital and home: care for people of all ages [Internet]. Toronto (ON): HQO Quality Standards; 2020. Disponível em: <https://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/evidence/quality-standards/qs-transitions-between-hospital-and-home-quality-standard-en.pdf>
 - O conteúdo desta norma foi utilizado no contexto e no glossário deste GOBP e como recurso de apoio.
- Health Standards Organization (HSO). Integrated people-centred health systems [Internet]. Ottawa (ON): HSO; 2021. Disponível em: <https://healthstandards.org/standard/integrated-people-centred-health-systems/>
 - O conteúdo desta norma foi utilizado no glossário deste GOBP.
 - Esta norma não é de acesso livre e pode ser adquirida mediante o pagamento de uma taxa.

4. **Revisão da literatura.** Foi realizada uma revisão da literatura para determinar as intervenções e os resultados relacionados com as transições no cuidado que têm sido estudados na literatura. Dois metodologistas em desenvolvimento de orientações procuraram literatura publicada entre 2012 e 2020. Os resultados comuns entre os estudos foram resumidos e partilhados com o painel de peritos durante as reuniões iniciais de planeamento.

5. **Entrevistas virtuais com informadores-chave.** Foram realizadas vinte e seis entrevistas com especialistas na área – incluindo os pares, prestadores de cuidados diretos de saúde e prestadores de serviços sociais e investigadores – para compreender as necessidades dos membros da equipa interprofissional de saúde e dos pares durante as transições nos cuidados.

6. **Sessão virtual do grupo de discussão.** Foi convocada uma sessão com nove representantes de quatro BPSO OHTs para compreender as necessidades dos enfermeiros, dos membros da equipa interprofissional de saúde e dos pares, dentro dos sistemas integrados de cuidados.

Composição do Painel de Peritos

A RNAO tem como objetivo a diversidade na composição de um painel de peritos. Esta ação está em consonância com a sua Declaração Organizacional sobre Diversidade e Inclusão, que faz parte da Missão e dos Valores da RNAO (143). A RNAO também pretende que as pessoas afetadas pelas recomendações do GOBP, especialmente os pares que passaram por essa experiência de vida, sejam incluídas como membros do painel de peritos.

A RNAO utiliza diversas formas para encontrar e selecionar membros de um painel de peritos. Estas incluem:

- pesquisa na literatura para encontrar investigadores na área temática;
- solicitar recomendações a partir de entrevistas com informadores-chave;
- recorrer a redes profissionais estabelecidas, tais como os Grupos de Interesse RNAO, a Best Practice Champions Network® e os BPSO;® e ainda;
- contactar outras associações de enfermagem e de profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais, associações ou organizações técnicas relevantes para o tema e organismos de defesa.

Para este GOBP, a equipa de desenvolvimento e pesquisa de guias orientadores de boas práticas da RNAO reuniu um painel de peritos da prática de enfermagem, da investigação, da educação e de política de saúde, bem como outros membros da equipa interprofissional, e pares, representando uma variedade de setores e áreas de prática. O painel de peritos incluiu também representantes de diferentes áreas geográficas, incluindo zonas rurais, urbanas e internacionais (consultar o Painel de Peritos sobre os **Guias Orientadores de Boas Práticas da RNAO** na página 137).

O painel de peritos empenhou-se nas seguintes atividades:

- desenvolveu e aprovou o objetivo e âmbito deste GOBP
- determinou as perguntas de recomendação e os resultados a serem abordados neste GOBP
- participou num processo de desenvolvimento para finalizar as recomendações
- forneceu feedback sobre a elaboração deste GOBP
- participou no desenvolvimento de indicadores de avaliação
- identificou os *stakeholders* (partes interessadas) apropriadas para rever a versão preliminar da orientação antes da publicação.

Além do mencionado acima, os copresidentes do painel de peritos também:

- participaram em reuniões com os metodologistas responsáveis pelo desenvolvimento das orientações e com o coordenador do projeto de desenvolvimento das orientações;
- promoveram reuniões de painéis de peritos
- forneceram orientações aprofundadas sobre questões clínicas e/ou de investigação
- moderaram processos de votação.

Declaração de conflito de interesses

No contexto do desenvolvimento de guias orientadores de boas práticas da RNAO, o termo "conflito de interesses" (CI) refere-se a situações em que as relações financeiras, profissionais, intelectuais, pessoais, organizacionais ou outras de um membro do painel de peritos da RNAO possam comprometer a sua capacidade de conduzir o trabalho do painel de forma independente. Declarações de CI que podem ser interpretadas como constituindo um conflito percebido e/ou real foram feitas por todos os membros do painel de peritos da RNAO antes da sua participação no trabalho de desenvolvimento das orientações, usando um formulário padrão. Os membros do painel de peritos também atualizaram o seu CI no início de cada reunião do painel de peritos e antes da publicação das orientações. Qualquer CI declarado por um membro do painel de peritos foi revisto pela equipa de desenvolvimento e pesquisa de guias orientadores de boas práticas da RNAO e pelos copresidentes do painel de peritos. Os membros do painel de peritos não identificaram conflitos restritivos. Consultar [Resumo das Declarações de Conflitos de Interesse](#)

Identificação de perguntas e resultados prioritários das recomendações

As perguntas de revisão sistemática da RNAO são desenvolvidas de acordo com o formato PICO (população, intervenção, comparação e resultados).

Entre março e abril de 2021, a equipa de desenvolvimento e pesquisa dos guias orientadores de boas práticas da RNAO e o painel de peritos participaram em três reuniões virtuais para determinar as perguntas de recomendação prioritárias e os resultados para este GOBP. As três reuniões incluíram uma reunião de orientação e duas reuniões de planeamento. Nestas reuniões foi desenvolvida uma lista abrangente de perguntas de recomendação que o GOBP poderia potencialmente abordar. Esta lista foi baseada em:

- análise de guias orientadores nos contextos de cuidados
- revisão da literatura
- entrevistas com informadores-chave e um grupo de discussão
- inquérito realizado pelo painel de peritos, concluído antes da primeira reunião de planeamento
- discussão do painel de peritos durante as reuniões de planeamento

Esta lista de potenciais perguntas de recomendação foi enviada ao painel de peritos, através de um inquérito online confidencial depois de o painel de peritos ter tido a oportunidade de discutir as áreas de recomendação durante a primeira reunião de planeamento. Foi pedido aos membros do painel de peritos que ordenassem as perguntas de recomendação por ordem de prioridade, da mais alta para a mais baixa. Os resultados foram apresentados ao painel de peritos durante a segunda reunião de planeamento. As seis principais perguntas de recomendação foram consideradas as perguntas de recomendação finais. Os copresidentes dos painéis de peritos não participaram na ordenação por classificação de prioridade.

Após a ordenação, o painel de peritos determinou que seriam realizadas revisões sistemáticas para quatro das áreas de recomendação e que as restantes duas áreas seriam mais adequadas como declarações de boas práticas. Para mais pormenores, consultar "**Desenvolvimento de Declarações de Boas Práticas**".

Em consonância com os padrões GRADE para avaliar e apresentar as evidências, os potenciais resultados foram debatidos pelo painel de peritos, para cada pergunta de recomendação que seria o foco de uma revisão sistemática. A lista de resultados foi elaborada com base na revisão da literatura, entrevistas com informadores-chave e grupo de discussão, e painel de discussão de peritos.

Considerou-se viável ter de três a cinco resultados por pergunta de recomendação. Na sessão de *brainstorming* realizada na segunda reunião de planeamento, o painel de peritos identificou entre nove e 12 potenciais resultados por pergunta de recomendação. No passo seguinte, a equipa de desenvolvimento e investigação do guia orientador da RNAO consultou a equipa de avaliação e monitorização da RNAO para uma visão mais detalhada de todos os resultados. Durante a consulta foram considerados os seguintes fatores para refinar os resultados: quais os resultados que são mensuráveis; sobreposição entre resultados; consistência nos resultados entre as áreas de recomendação e resultados que podem ser capturados por outros meios (por exemplo, dicas de implementação ou valores e preferências associados a cada área de recomendação). Após esse processo de revisão interna, a equipa reduziu a lista inicial e alterou alguns resultados.

Após o processo de revisão interna, foi enviado ao painel de peritos um questionário online confidencial para avaliar a importância relativa de cada resultado (por pergunta de recomendação). Os copresidentes do painel de peritos não participaram na classificação da importância relativa dos resultados. A equipa de desenvolvimento e pesquisa do guia orientador RNAO reviu, então, os resultados e calculou os três a cinco resultados mais críticos e importantes por pergunta de recomendação. O painel de peritos recebeu uma atualização por e-mail sobre a lista final de resultados priorizados para cada pergunta de recomendação.

As seis perguntas de recomendação e as respetivas questões de investigação do PICO são apresentadas a seguir.

Pergunta de Pesquisa PICO #1: Deve ser recomendado ou não o apoio de um orientador da pessoa através do sistema de saúde para pessoas que estão a vivenciar uma transição nos cuidados?

Pergunta de Pesquisa PICO #1

População: Populações adulta e pediátrica em transição de cuidados.

Intervenção: Suporte a partir de um orientador da pessoa através do sistema de saúde.

Comparação: Não há suporte de um orientador da pessoa através do sistema de saúde.

Resultados: Qualidade de vida da pessoa, visitas ao serviço de urgência (no intervalo de 30 dias após uma transição no cuidado), visita de acompanhamento com um profissional de saúde e prestador de serviços sociais, satisfação da pessoa e taxas de readmissão (no intervalo de 30 dias após uma transição no cuidado).

Pergunta de Recomendação #2: Deve ou não ser recomendada uma abordagem interprofissional intersectorial formal para apoiar as pessoas que enfrentam uma transição nos cuidados?

Pergunta de Pesquisa PICO #2

População: Populações adulta e pediátrica em transição de cuidados.

Intervenção: Uma abordagem interprofissional formal intersectorial.

Comparação: Não existe uma abordagem interprofissional intersectorial formal.

Resultados: Visita de acompanhamento com um prestador de serviços de saúde ou social, deslocações ao serviço de urgência (no intervalo de 30 dias após uma transição no cuidado), qualidade de vida da pessoa,*satisfação da pessoa* e taxas de readmissão (no intervalo de 30 dias após uma transição no cuidado).

*Para a pergunta de recomendação 2, não foram encontrados na literatura resultados para "qualidade de vida da pessoa" e "satisfação da pessoa". Como tal, foram medidos através de um inquérito de observação sistemática preenchido pelo painel de peritos. Consulte "Atualizações das perguntas e resultados da recomendação" para obter detalhes.

Pergunta de recomendação #3: A realização de uma avaliação centrada na pessoa deve ser recomendada ou não para pessoas que enfrentam uma transição nos cuidados?

O painel de peritos inicialmente debateu os resultados para esta pergunta, com o objetivo de realizar uma revisão sistemática. No entanto, após um debate mais aprofundado, o painel de peritos determinou que se tratava de uma área de boas práticas.

Pergunta de recomendação #4: A realização de uma revisão da história de medicação deve ser recomendada ou não para pessoas que enfrentam uma transição no cuidado?

O painel de peritos determinou que esta é uma área de boas práticas. Portanto, não foram selecionados quaisquer resultados nem foi realizada uma revisão sistemática.

Pergunta de recomendação #5: O acesso a registros de saúde eletrônicos compartilhados para profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais deve ser recomendado ou não durante as transições nos cuidados?

Pergunta de Pesquisa PICO #5

População: Prestadores de serviços de saúde e sociais e pessoas em transição de cuidados.

Intervenção: Acesso a registros de saúde eletrônicos partilhados para profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais.

Comparação: Não há acesso a registros de saúde eletrônicos partilhados para profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais.

Resultados: Danos relacionados com a medicação,* satisfação do prestador de serviços de saúde e sociais,* visita de acompanhamento com um prestador de serviços de saúde ou social, satisfação da pessoa.*

*Para a pergunta de recomendação 5, os resultados "danos relacionados com a medicação", "satisfação do prestador de serviços de saúde e sociais" e "satisfação da pessoa" foram medidos usando uma pesquisa de observação sistemática preenchida pelo painel de peritos. Consultar "Atualizações das perguntas e resultados da recomendação" para obter detalhes.

Pergunta de recomendação #6: A colaboração interprofissional nos contextos de cuidados deve ser recomendada ou não para pessoas que enfrentam uma transição no cuidado?

O painel de peritos determinou que esta é uma área de boas práticas. Portanto, não foram selecionados quaisquer resultados nem foi realizada uma revisão sistemática.

Atualizações das perguntas e resultados da recomendação

Foram realizadas revisões sistemáticas para as **Perguntas de Recomendação 1, 2, 3 e 5**. Não foram realizadas revisões sistemáticas para as **Perguntas de Recomendação 4 e 6**, uma vez que foram consideradas áreas de boas práticas pelo painel de peritos no início do processo de elaboração do GOBP.

Para a **Pergunta de Recomendação 2**, os resultados "qualidade de vida da pessoa" e "satisfação da pessoa" não foram encontrados nas evidências. Na ausência de evidências diretas, o GRADE indica que as observações sistemáticas podem ser recolhidas pelo painel de peritos (144). Por conseguinte, foi concebido um inquérito *online* para reunir sistematicamente as informações do painel de peritos, observações e experiências sobre abordagens transetoriais interprofissionais formais que estão a ser utilizadas para apoiar transições nos cuidados e o impacto que estas abordagens têm na qualidade de vida e satisfação dos clientes. Foram também colocadas questões sobre benefícios e danos, valores e preferências, e o impacto da implementação de uma abordagem interprofissional intersetorial formal na equidade na saúde. Treze membros do painel de peritos forneceram dados observacionais com base nas suas experiências. Os dados de observação sistemática foram colhidos, sendo a qualidade avaliada usando ROBINS-I, e a certeza da evidência determinada pelos dois metodologistas de desenvolvimento de orientações. Os dados foram resumidos dentro da orientação e documentos complementares. Estes resultados foram identificados como uma lacuna que pesquisas futuras podem explorar.

Embora tenha sido originalmente realizada uma revisão sistemática para a **Pergunta de Recomendação 3**, o painel concordou mais tarde que a realização de uma avaliação antes de uma transição nos cuidados de saúde é uma área de prática estabelecida e mais adequada para ser uma declaração de boas práticas de acordo com os métodos GRADE. Por conseguinte, foi elaborada uma declaração de boas práticas e foi obtido consenso definindo que se tratava de uma área de boas práticas. Para mais pormenores, consultar "Desenvolvimento de declarações de boas práticas".

Para a **Pergunta de Recomendação 5**, foi identificado apenas um estudo que incluiu o resultado "visita de acompanhamento com um prestador de serviços de saúde ou social". Não foram encontrados na literatura resultados sobre "danos relacionados com a medicação", "satisfação dos profissionais de saúde ou prestadores de serviços sociais" e "satisfação da pessoa". Por conseguinte, foi elaborado um inquérito *online* para recolher sistematicamente as observações e experiências do painel de peritos relativamente ao acesso a registros de saúde eletrônicos partilhados para profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais e o impacto nos danos

relacionados com medicamentos, a satisfação dos profissionais de saúde e de serviços sociais e satisfação da pessoa. Também foram colocadas questões sobre os benefícios e danos, valores e preferências, e o impacto na equidade em saúde do acesso a registos eletrónicos de saúde partilhados para profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais. Doze membros do painel de peritos forneceram dados observacionais com base nas suas experiências. Os dados de observação sistemática foram colhidos, a qualidade avaliada usando ROBINS-I (Risk Of Bias In Non-randomised Studies - of Interventions), e a certeza da evidência foi determinada pelos dois metodologistas de desenvolvimento de orientações. Os dados foram resumidos em documentos complementares. Foi inicialmente elaborada uma recomendação para esta pergunta de recomendação, com base num estudo extraído da revisão sistemática e nas observações sistemáticas do painel de peritos. No entanto, dada a limitada investigação disponível para responder a esta pergunta, o painel de peritos decidiu não prosseguir com a recomendação. É necessária mais investigação sobre este tema.

Elaboração de declarações de boas práticas

O processo de determinação das declarações de boas práticas evoluiu ao longo do processo de elaboração do GOBP, à medida que se tornaram disponíveis novas orientações GRADE. As declarações de boas práticas são declarações passíveis de recurso que devem ser feitas na prática e os benefícios da ação superam claramente os danos (16).

Durante as duas reuniões iniciais de planeamento, a equipa de desenvolvimento e investigação de orientações de boas práticas da RNAO analisou a lista das seis áreas de recomendações prioritárias e apresentou três potenciais áreas de boas práticas para serem consideradas para votação pelo painel de peritos. Estes incluíram a realização de uma avaliação, revisão da história de medicação e colaboração interprofissional dentro dos contextos. O painel de peritos discutiu cada uma dessas áreas e decidiu se deveria ou não prosseguir com uma votação para confirmar que eram áreas de boas práticas. Os copresidentes do painel de peritos não participaram no processo de votação. Em vez disso, facilitaram a discussão e agiram como critérios de desempate, se necessário.

Para a área de recomendação potencial sobre a realização de uma avaliação, o painel de peritos sugeriu a realização de uma revisão sistemática. Por esta razão, não foi inicialmente realizada uma votação em sessão virtual para determinar se esta era uma boa área de prática. Para as áreas potenciais de boas práticas relacionadas com a revisão da história médica e a colaboração interprofissional dentro dos contextos, o painel de peritos participou numa discussão e procedeu a uma votação. O painel de peritos foi solicitado a responder a quatro perguntas:

1. A mensagem é realmente necessária no que concerne à prática real dos cuidados de saúde? (Sim/Não/Não tenho certeza)
2. A aplicação da declaração de boas práticas resultará em grandes benefícios e em danos muito reduzidos? (Sim/Não/Não tenho certeza)
3. É necessária uma revisão sistemática das evidências neste domínio de boas práticas? (Sim/Não/Não tenho certeza)
4. Existe uma fundamentação clara e explícita para apoiar este domínio de boas práticas? (Sim/Não/Não tenho certeza)

Foi necessário obter um consenso de 70% do painel de peritos para que cada pergunta fosse aprovada como uma área de boas práticas. Para ambas as áreas de recomendação, não foi alcançado um consenso de 70% para uma das perguntas, pelo que os copresidentes atuaram como moderadores e tomaram a decisão final de prosseguir com a *revisão da história de medicação* e a *colaboração interprofissional dentro dos contextos* como áreas de boas práticas.

Para desenvolver um plano de transição, foi redigida uma declaração de boas práticas com foco na *colaboração interprofissional dentro dos contextos*. A colaboração interprofissional dentro dos contextos foi definida como a colaboração de dois ou mais profissionais de saúde ou prestadores de serviços sociais de diferentes disciplinas dentro do mesmo contexto ou organização para coordenar os cuidados. Após discussão adicional, o painel considerou que é uma boa prática que todos os membros da equipa interprofissional (tanto dentro como entre contextos) colaborem no desenvolvimento de um plano de transição. A decisão foi, portanto, remover a expressão "dentro dos contextos" da declaração de boa prática. Para informar esta declaração de boas práticas, foi realizada uma revisão da literatura de uma base de dados, procurando literatura publicada entre 2016 e 2021.

A meio do processo de desenvolvimento do GOBP, o painel de peritos identificou uma área adicional de boas práticas que abordou a importância da colaboração dos profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais com as pessoas e a sua rede de suporte antes, durante e após as transições nos cuidados. O painel de peritos concordou que esta declaração deveria ser incluída no GOBP e que a colaboração com as pessoas e a sua rede de suporte durante as transições nos cuidados resultaria em benefícios claros e sem danos. Assim, foi redigida uma declaração de boas práticas sobre este tópico e foi realizada uma votação numa sessão virtual, pelo painel de peritos durante a reunião de elaboração das recomendações para confirmar esta área como uma boa prática. Nesta fase, o processo para determinar as declarações de boas práticas tinha evoluído à medida que novas orientações GRADE se tornaram disponíveis e as questões da sessão virtual foram revistas para melhorar a clareza. Além disso, através de discussão com um consultor do GRADE, ficou determinado que os copresidentes do painel de peritos deixariam de atuar como moderadores, passando a participar na sessão virtual de discussão.

Para a potencial área de boas práticas sobre a *colaboração com as pessoas e a sua rede de suporte*, solicitou-se ao painel de peritos que respondesse a cinco perguntas (perguntas 2a e 2b pertencentes a uma única área):

1. A mensagem é necessária para comunicar? (Sim/Não)
- 2a. As evidências são difíceis de recolher e resumir? (Sim/Não)
- 2b. A não realização da ação poderia ser considerada antiética ou contrária aos direitos humanos? (Sim/Não)
3. A implementação da ação resultaria em grandes benefícios e danos reduzidos? (Sim/Não)
4. Existe uma fundamentação clara para a ação? (Sim/Não)
5. Existem outras razões pelas quais esta declaração não deve ser feita (por exemplo, custos elevados, inaceitáveis, inviáveis)? (Sim/Não)

Se fosse alcançado um consenso de 70% para um dos dois itens da Pergunta 2 (2a ou 2b), a pergunta seria aprovada. Foi alcançado um consenso de 70% no painel de peritos para as cinco perguntas. Por conseguinte, a *colaboração com as pessoas e a sua rede de suporte* foi considerada uma área de boas práticas.

Durante as reuniões de elaboração de recomendações, foi também reexaminada a necessidade de uma declaração de boas práticas em matéria de avaliação. Através da discussão, o painel de peritos determinou que a realização de uma avaliação antes de uma transição nos cuidados é uma área essencial de prática e seria ilógico não completar uma avaliação. Isso indicou ao painel que deveria considerar o desenvolvimento de uma declaração de boas práticas em vez de uma recomendação sobre avaliação, e o painel de peritos procedeu a sessões virtuais do grupo de discussão. Setenta por cento do consenso do painel de peritos foi alcançado para as cinco áreas de perguntas acima mencionadas e a realização de uma avaliação foi determinada como uma declaração de boas práticas.

Perto do final do processo de desenvolvimento do GOBP, o painel discutiu uma declaração adicional de boas práticas sobre *como fornecer às pessoas e à sua rede de suporte informações e apoio para gerir as suas necessidades durante e após as transições nos cuidados*. Embora o GOBP contenha uma recomendação sobre a prestação de apoio na orientação da pessoa através dos sistemas de saúde, direcionada a pessoas com necessidades de cuidados complexos, o painel considerou necessário comunicar que todas as pessoas deveriam receber informações básicas e apoio para facilitar uma transição bem-sucedida. Apesar dos benefícios claros de garantir que este apoio é prestado, as pessoas que passam por transições nem sempre recebem esse apoio.

Por esta altura, estavam disponíveis novas orientações GRADE sobre como determinar as declarações de boas práticas (17) e as perguntas foram novamente revistas para utilizar uma linguagem mais clara. Através da discussão com um consultor do GRADE, determinou-se que o consenso sobre cada uma das cinco perguntas poderia ser obtido através da discussão com o painel, em vez de votação formal.

Para a área de potenciais boas práticas sobre *o fornecimento de informações e apoio às pessoas e à sua rede de suporte para gerir as suas necessidades durante e após as transições nos cuidados*, solicitou-se ao painel de peritos que respondesse a cinco perguntas:

1. A recolha e o resumo das evidências constituem uma má utilização do tempo e da energia? (Sim/Não)
2. A mensagem é necessária para comunicar? (Sim/Não)
3. A implementação da ação resultaria em grandes benefícios e danos reduzidos? (Sim/Não)
4. Existe uma fundamentação clara para a ação? (Sim/Não)
5. A declaração é clara e acionável? (Sim/Não)

Através da discussão, o painel de peritos determinou que cada um dos cinco critérios tinha sido cumprido, pelo que esta área também se tornou uma declaração de boas práticas.

Recolha sistemática da evidência

As recomendações fortes e condicionais baseiam-se numa revisão abrangente e sistemática da literatura.

Para este GOBP, foi desenvolvida uma estratégia de pesquisa pela equipa de desenvolvimento e investigação de boas práticas da RNAO e por um bibliotecário de ciências da saúde para cada uma das questões de investigação PICO acima mencionadas. Uma busca por estudos de pesquisa relevantes publicados em inglês entre janeiro de 2016 e agosto de 2021 foi conduzida nas seguintes bases de dados: Cumulative Index to Nursing and Allied Health (CINAHL), Medline, Medline in Process, Cochrane Central, Cochrane Database of Systematic Reviews, Embase, Emtree e PsycInfo.

Foi pedido aos membros do painel de peritos que revissem os seus arquivos pessoais em busca de estudos importantes que não foram encontrados através das estratégias de pesquisa anteriormente referidas (ver diagramas [PRISMA](#)). Estão disponíveis *online* informações pormenorizadas sobre a estratégia de pesquisa para as revisões sistemáticas, incluindo os critérios de inclusão e exclusão e os termos de pesquisa.

As datas de pesquisa da revisão sistemática foram limitadas aos últimos cinco anos, a partir da data das reuniões de planeamento iniciais, para recolher as evidências mais atualizadas (janeiro de 2016 a junho de 2021). Todos os desenhos de estudo foram incluídos na pesquisa.

Todos os estudos foram avaliados de forma independente quanto à relevância e elegibilidade por dois metodologistas de desenvolvimento de orientações com base nos critérios de inclusão e exclusão. Quaisquer divergências foram resolvidas por consenso.

Todos os estudos incluídos foram avaliados de forma independente quanto ao risco de viés pelo desenho do estudo, com recurso a ferramentas validadas e confiáveis. **Os ensaios clínicos randomizados e controlados^G** foram avaliados usando a ferramenta Risk of Bias 2.0 (145), e **os estudos não randomizados^G** foram avaliados usando a ferramenta ROBINS-I (146). Através da discussão, os dois metodologistas responsáveis pelo desenvolvimento de orientações chegaram a um consenso sobre todas as pontuações.

Para a extração dos dados, os estudos incluídos foram divididos igualmente entre os metodologistas de desenvolvimento de orientações. Cada metodologista de desenvolvimento de orientações extraiu informações dos estudos que lhe foram atribuídos, as quais foram revistas pelo outro metodologista de desenvolvimento de orientações para verificar a sua exatidão.

Em janeiro de 2023, um bibliotecário de ciências da saúde realizou uma pesquisa atualizada de estudos de investigação relevantes, publicados em inglês entre junho de 2021 e janeiro de 2023, que respondiam às perguntas de pesquisa 1 e 2. A pesquisa foi realizada nas seguintes bases de dados: CINAHL e Medline. O bibliotecário descobriu que um novo termo tinha sido criado e que não estava disponível na altura em que a pesquisa original

foi realizada em 2021, pelo que foi adicionado às estratégias de pesquisa originais para as questões 1 e 2. Os resultados de 6 estudos foram incorporados nas discussões de evidências para as **Recomendações 3.1 e 5.1**. Consulte os diagramas PRISMA [online](#) para estudos incluídos na pesquisa de atualização.

Determinação da Certeza da Evidência

Certeza da Evidência

A certeza da evidência quantitativa (ou seja, até que ponto se pode ter certeza de que uma estimativa de um efeito é verdadeira) é determinada aplicando os métodos GRADE (19). Em primeiro lugar, a certeza da evidência é classificada para cada resultado priorizado em todos os estudos (ou seja, para um corpo de evidências) por recomendação (19). Este processo começa com o estudo e, em seguida, requer uma análise de cinco domínios — riscos de viés, inconsistência, imprecisão, evidência indireta e viés de publicação — para potencialmente *downgrade*^G a certeza das evidências para cada resultado. Ver **Tabela 12** para uma definição de cada um destes critérios de certeza.

Tabela 12. GRADE critérios de avaliação da certeza

CERTEZA GLOBAL DA EVIDÊNCIA	DEFINIÇÃO
Risco de viés	Limitações no desenho e execução do estudo que podem enviesar os resultados do estudo. São utilizadas ferramentas de avaliação da qualidade válidas e fiáveis para avaliar o risco de enviesamento. Primeiro, o risco de viés é examinado para cada estudo individual e, em seguida, examinado em todos os estudos por resultado definido.
Inconsistência	Diferenças inexplicáveis (heterogeneidade) dos resultados entre os estudos. Para cada resultado definido, a inconsistência é avaliada explorando a magnitude da diferença e possíveis explicações na direção e tamanho dos efeitos relatados nos estudos.
Evidência indireta	Variabilidade entre a pergunta de pesquisa e revisão e o contexto em que as recomendações seriam aplicadas (aplicabilidade). São avaliadas quatro fontes de evidência indireta: <ul style="list-style-type: none"> ■ diferenças na população ■ diferenças nas intervenções ■ diferenças nos resultados medidos ■ diferenças nas comparações
Imprecisão	O grau de incerteza da estimativa do efeito. O grau de incerteza está geralmente relacionado com o tamanho da amostra e com o número de eventos. Os estudos são analisados quanto ao tamanho da amostra, número de eventos e intervalos de confiança.
Viés de publicação	Publicação seletiva de estudos com base nos resultados do estudo. Se houver fortes suspeitas de viés na publicação, é considerado o <i>downgrading</i> .

Fonte: Adaptado com a permissão de: Schunemann H, Brozek J, Guyatt G, et al., editors. Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach [Internet]. [place unknown: publisher unknown]; 2013. Disponível: <https://gdt.grade.org/app/handbook/handbook.html#h.wsfivfhuxv4r>.

Após a consideração inicial para classificar a certeza da evidência quantitativa, são avaliados três fatores que podem potencialmente permitir classificar a certeza da evidência para estudos não randomizados.

1. **Grande magnitude do efeito:** Se o conjunto de evidências não tiver sido classificado como baixo relativamente a qualquer outro critério que não o risco de viés e estiver presente uma grande estimativa da magnitude do efeito da intervenção, considera-se a possibilidade de aumentar a classificação.
2. **Gradiente dose-resposta:** Se o conjunto de evidências não tiver sido classificado como baixo por nenhum critério que não seja o risco de viés e se estiver presente um gradiente dose-resposta, deve-se ponderar uma classificação superior.
3. **Efeito de confusão plausível:** Se o conjunto de evidências não tiver sido classificado como baixo por qualquer critério que não seja o risco de viés e todos os fatores de confusão residuais resultarem numa subestimação do efeito do tratamento, deve-se ponderar uma classificação superior (19).

O GRADE categoriza a certeza geral da evidência em alta, moderada, baixa ou muito baixa. Ver **Tabela 13** para as definições destas categorias.

Para este GOBP, os cinco critérios de qualidade GRADE foram avaliados de forma independente pelos dois metodologistas de desenvolvimento de orientações, para potencialmente realizar o *downgrading* de evidências quantitativas, e os três critérios de qualidade GRADE, para potencialmente classificar evidências. Quaisquer divergências foram resolvidas por consenso. Com base nestas avaliações, foi atribuída uma certeza global de evidência por recomendação. A certeza da evidência atribuída a cada recomendação baseou-se na certeza dos resultados priorizados nos estudos que integraram a recomendação.

Tabela 13: Certeza da Evidência

CERTEZA GLOBAL DA EVIDÊNCIA	DEFINIÇÃO
Alta	Estamos muito confiantes de que o verdadeiro efeito está próximo do efeito estimado.
Moderada	Estamos moderadamente confiantes na estimativa do efeito: é provável que o verdadeiro efeito esteja próximo da estimativa do efeito, mas existe a possibilidade de ser substancialmente diferente.
Baixa	A nossa confiança na estimativa do efeito é limitada: o efeito real pode ser substancialmente diferente da estimativa do efeito.
Muito Baixa	A nossa confiança na estimativa do efeito é limitada: o verdadeiro efeito pode ser substancialmente diferente da estimativa do efeito.

Fonte: Reimpresso com a permissão de: The GRADE Working Group. Quality of evidence. In: Schunemann H, Brozek J, Guyatt G, et al., editors. Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach [Internet]. [place unknown: publisher unknown]; 2013 [cited 2018 Aug 31]. Table 5.1, Quality of evidence grades. Disponível em: <https://gdt.grade.org/app/handbook/handbook.html#hwsfvfhuxv4r>.

Elaboração de recomendações

Resumo das Evidências

Os metodologistas de desenvolvimento de orientações analisaram todos os estudos relativos a cada pergunta de recomendação e elaboraram recomendações que respondem às questões formuladas. Para cada recomendação preliminar, foram construídos perfis de evidência GRADE pelos dois metodologistas de desenvolvimento de orientações. Os perfis de evidência GRADE são utilizados para apresentar decisões sobre a determinação da certeza da evidência e para apresentar informações gerais sobre o corpo de evidências de pesquisa, incluindo resultados estatísticos ou narrativos chave (19).

Os perfis de evidência para o conjunto de estudos quantitativos apresentaram as decisões tomadas pelos dois metodologistas de desenvolvimento de orientações sobre os cinco critérios principais de certeza GRADE para classificar a evidência. Esses critérios incluem a avaliação da população incluída nos estudos, os países onde os estudos foram realizados, os resultados chave e os julgamentos transparentes sobre a certeza subjacente à evidência para cada resultado (19). Para este GOBP, não foram realizadas **meta-análises**^G.

Para mais detalhes, consulte os perfis de evidência GRADE para cada recomendação, organizados por resultado. Dado que nenhuma recomendação resultou da pergunta sobre o acesso a registros de saúde eletrônicos partilhados pelos prestadores, este perfil de evidência não está apresentado no site da RNAO. Para mais informações sobre este perfil de evidência, contacte a RNAO.

Estrutura da Evidência-para-Decisão

Estruturas da Evidência-para-Decisão (EtD)^G descrevem as recomendações propostas e resumem todos os fatores e considerações necessários com base nas evidências disponíveis e nas apreciações do painel de peritos para a formulação das recomendações. Os quadros de EtD são usados para ajudar a garantir que todos os fatores importantes (ou seja, certeza das evidências, benefícios/danos, valores e preferências e equidade na saúde) necessários para formular recomendações, sejam considerados pelo painel de peritos (19). As evidências quantitativas e qualitativas são incorporadas nos quadros. Os metodologistas de desenvolvimento de orientações elaboram as estruturas de EtD com as evidências disponíveis das revisões sistemáticas.

Para este GOBP, as estruturas EtD incluíram as seguintes áreas de consideração para cada recomendação elaborada (consultar **Tabela 14**):

- Informações gerais sobre a magnitude do problema.
 - Inclui a pergunta PICO e o contexto geral relacionado com a pergunta de investigação.
- O equilíbrio dos benefícios e danos de uma intervenção.
- Certeza das evidências.
- Valores e preferências.
- Equidade na saúde.

Tomada de Decisão: Determinar a Direção e a Força das Recomendações

Os membros do painel de peritos receberam as estruturas do EtD para revisão antes da realização de duas reuniões virtuais de meio-dia, para determinar a direção (ou seja, uma recomendação a favor ou contra uma intervenção) e a força (ou seja, forte ou condicional) das recomendações do GOBP. Os membros do painel de peritos também tiveram acesso aos perfis completos da evidência e ao texto integral dos artigos.

Os copresidentes do painel de peritos e os dois metodologistas de desenvolvimento de orientações facilitaram as reuniões para permitir uma discussão adequada para cada recomendação proposta.

A decisão sobre a direção e a força de cada recomendação foi determinada por discussão e um voto de consenso de pelo menos 70% dos membros do painel votante. O processo de votação foi anônimo e foi moderado pelos copresidentes do painel de peritos e metodologistas de desenvolvimento de orientações. Os copresidentes eram também membros com direito de voto. Para determinar a força de uma recomendação, foi solicitado ao painel de peritos que considerasse o seguinte (ver **Tabela 14**):

- o equilíbrio entre os benefícios e os danos de uma intervenção
- certeza da evidência
- valores e preferências
- equidade na saúde

Tabela 14: Principais considerações para determinar a força das recomendações

FATOR	DEFINIÇÃO	FONTES
Benefícios e danos	<p>Resultados potenciais desejáveis e indesejáveis relatados na literatura quando a prática ou a intervenção recomendada é usada.</p> <p>"Quanto maior for a diferença entre os efeitos desejáveis e indesejáveis, maior a probabilidade de se justificar uma recomendação forte. Quanto mais estreito for o gradiente, maior será a probabilidade de se justificar uma recomendação condicional" (147).</p>	Inclui pesquisas exclusivamente provenientes da revisão sistemática.
Certeza da evidência	<p>O grau de confiança de um efeito que estima se o efeito é adequado para apoiar uma recomendação. O grau de confiança de que uma conclusão de revisão é uma representação razoável do fenômeno de interesse (148).</p> <p>As recomendações são feitas com diferentes níveis de certeza: quanto maior a certeza, maior a probabilidade de se justificar uma recomendação forte (147).</p>	Inclui pesquisas exclusivamente provenientes da revisão sistemática.

FATOR	DEFINIÇÃO	FONTES
Valores e preferências	<p>A importância relativa ou o valor dos resultados de saúde ao seguir uma ação clínica específica a partir de uma perspectiva centrada na pessoa.</p> <p>"Quanto mais os valores e preferências variarem ou quanto maior for a incerteza nos valores e preferências, maior será a probabilidade de justificar uma recomendação condicional" (147).</p>	<p>Inclui evidências da revisão sistemática (quando disponíveis) e outras fontes, como insights do painel de peritos.</p> <p>Durante o processo de triagem da revisão sistemática, se os estudos não responderam diretamente à pergunta de investigação (ou seja, não discutiram os resultados de interesse), mas eram relevantes para as preferências pela intervenção a partir de uma perspectiva centrada na pessoa, esses estudos também foram incluídos nesta seção.</p>
Equidade na saúde	<p>Representa o impacto potencial da prática ou intervenção recomendada nos resultados de saúde ou na qualidade da saúde em diferentes populações.</p> <p>Quanto maior for o potencial para aumentar a iniquidade em saúde, maior será a probabilidade de justificar uma recomendação condicional (149).</p>	<p>Inclui evidências da revisão sistemática (quando disponíveis) e outras fontes, como <i>insights</i> do painel de peritos.</p>

Fonte: Adaptado com permissão de: Schunemann H, Brozek J, Guyatt G, et al., editors. Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach [Internet]. [place unknown: publisher unknown]; 2013. Disponível em: <https://gdt.gradeapro.org/app/handbook/handbook.html#h.svwngs6pm0f2>

Recursos de Apoio e Apêndices

O conteúdo dos recursos de apoio e apêndices foi apresentado durante todo o processo de desenvolvimento das orientações por membros do painel de peritos e *stakeholders* (partes interessadas). Os dois metodologistas de desenvolvimento de orientações reviram o conteúdo com base nos seguintes cinco critérios:

1. **Relevância:** Os recursos de apoio e os apêndices devem estar relacionados com o tema do GOBP ou recomendação. Por outras palavras, o recurso ou apêndice deve ser adequado e apropriado em relação à finalidade e ao âmbito do GOBP ou da(s) recomendação/recomendações específica(s).
2. **Atualidade:** Os recursos devem ser atuais e pertinentes. Os recursos devem ter sido publicados nos últimos 10 anos ou estar de acordo com as evidências atuais.
3. **Credibilidade:** Ao avaliar a credibilidade, considera-se a fiabilidade e a competência do autor ou da organização autora do material de origem. Os potenciais enviesamentos também são avaliados, como a presença de publicidade ou a afiliação dos autores a uma empresa privada que vende produtos de saúde.

4. **Qualidade:** Este critério avalia a exatidão da informação e o grau em que a fonte é baseada em evidências. A avaliação da qualidade está relacionada com o tema do recurso. Por exemplo, se uma ferramenta está a ser sugerida, essa ferramenta é confiável e/ou válida?
5. **Acessibilidade:** Este critério considera se o recurso está disponível gratuitamente e acessível online.

Redação da orientação

Os elementos de desenvolvimento da orientação redigiram o rascunho deste GOBP. O painel de peritos analisou o rascunho e forneceu comentários por escrito. O GOBP foi então submetido a revisão de *stakeholders* (partes interessadas externas).

Revisão por *stakeholder* (partes interessadas)

Como parte do processo de desenvolvimento de orientações, a RNAO está empenhada em obter feedback de: (a) enfermeiros e outros profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais de uma ampla gama de contextos de prática e funções; b) pares; e (c) educadores e administradores experientes, em todo o Canadá e em todo o mundo.

Os revisores *stakeholders* (partes interessadas) para os GOBP da RNAO são identificados de duas formas. Primeiro, os *stakeholders* (partes interessadas) são recrutados através de uma [chamada pública](#) publicada no *website* da RNAO. Em segundo lugar, as pessoas e organizações com experiência na área temática da orientação são identificadas pela equipa de desenvolvimento e pesquisa de guias orientadores de boas práticas da RNAO e pelo painel de peritos, e são diretamente convidados a participar na revisão.

Os revisores *stakeholders* (partes interessadas) são pessoas com conhecimento especializado na área temática da orientação ou aquelas que possam ser afetadas pela sua implementação. Os revisores podem ser enfermeiros, membros da equipa interprofissional, administradores, especialistas em pesquisa, educadores, estudantes de enfermagem ou pares e a sua rede de suporte.

Os revisores são convidados a ler um rascunho completo do GOBP e a participar na sua revisão antes da sua publicação. O feedback dos parceiros é submetido *online* através do preenchimento de um questionário de pesquisa.

São colocadas aos *stakeholders* (partes interessadas) as seguintes perguntas sobre cada recomendação e declaração de boas práticas:

- Esta recomendação/declaração de boas práticas é clara?
- Concorda com esta recomendação/declaração de boas práticas?
- Existe uma fundamentação clara e explícita para apoiar esta recomendação/declaração de boas práticas?

Além disso, solicita-se aos *stakeholders* (partes interessadas) o seguinte:

- Sobre os apêndices:
 - Os apêndices incluídos nesta orientação são adequados?
 - Existem lacunas no conteúdo fornecido?
- Sobre o título do guia:
 - Acha que este título é adequado?
 - Acha que este título é claro?

- Sobre o guia como um todo:
 - Tem algum comentário/sugestão adicional sobre a seção de contexto deste guia?
 - Concorde com a redação dos conceitos-chave e das definições que os acompanham?
- Em relação aos indicadores de avaliação, pergunta-se aos *stakeholders* (partes interessadas):
 - Estes indicadores são relevantes para o seu ambiente de prática?
 - Tem sugestões para outros indicadores e/ou medidas?

Além disso, *stakeholders* (partes interessadas) têm a opção de inserir comentários ou sugestões adicionais. As submissões de pesquisa são compiladas e o feedback é resumido pela equipa de desenvolvimento e pesquisa do guia orientador de boas práticas da RNAO. Juntamente com o painel de peritos, eles analisam e consideram os resultados da pesquisa, modificando o conteúdo do GOBP e as recomendações antes da publicação para refletir o feedback recebido, conforme necessário.

Para este GOBP, o processo de revisão escrita aos *stakeholders* (partes interessadas) foi concluído entre 13 de outubro de 2022 e 15 de novembro de 2022. Os *stakeholders* (partes interessadas) com perspectivas diversas forneceram feedback (consultar **Agradecimento aos stakeholders (partes interessadas)**).

Como parte do processo de revisão dos *stakeholders* (partes interessadas), os metodologistas de desenvolvimento de orientações partilharam o rascunho do guia com representantes de BPSO OHTs que implementaram esse GOBP nos seus contextos de prática. Foram realizados dois grupos de discussão com representantes das BPSO OHTs para recolher feedback verbal, e foram colocadas as seguintes questões:

- De que forma as recomendações potenciam os objetivos das BPSO OHTs (por exemplo, cuidados integrados e gestão da saúde da população)?
- Existem aspetos incongruentes ou particularmente desafiadores para as BPSO OHTs?
- Que recursos de apoio ou apêndices podemos incluir no GOBP que seriam úteis para as BPSO OHTs?
- Existem alguns aspetos dos indicadores que devem ser considerados para apoiar as BPSO OHTs?

Além disso, o resumo das recomendações e as declarações de boas práticas foram partilhados com representantes dos BPSO centrados nos povos indígenas. Dois metodologistas de GOBP participaram de uma reunião com representantes para recolher feedback. Foram colocadas as seguintes questões:

- As recomendações e declarações de boas práticas são relevantes para os membros da comunidade locais da sua organização? Em caso negativo, que aspetos das recomendações ou declarações de boas práticas são incongruentes para os BPSO centrados nos indígenas?
- Existem recomendações ou declarações de boas práticas com as quais se identifica? Em caso afirmativo, como podem as recomendações e as declarações de boas práticas potenciar o trabalho dos BPSO centrados nos indígenas?

Finalmente, a Ontario Health, a Health Standards Organization e a Healthcare Excellence Canada tiveram a oportunidade de rever o rascunho de das recomendações e indicadores e forneceram feedback.

Juntamente com o painel de peritos, a equipa de pesquisa e desenvolvimento dos guias orientadores de boas práticas da RNAO analisou o feedback recebido e modificou o conteúdo do GOBP, quando necessário.

Procedimento de Atualização da Orientação

A RNAO compromete-se a atualizar todos os GOBP, da seguinte forma:

1. Cada GOBP será revisto por uma equipa de peritos na área temática, a cada cinco anos após a publicação da edição anterior.
2. A equipa do RNAO International Affairs and Best Practice Guidelines Centre monitoriza regularmente novas revisões sistemáticas, ensaios clínicos randomizados e controlados e outra literatura relevante na área.
3. Com base nesse acompanhamento, a equipa pode recomendar um período de revisão antecipado para um GOBP específico. Uma consulta adequada aos membros do painel de peritos original e a outros especialistas e peritos na área ajudarão a fundamentar a decisão de rever e atualizar o GOBP antes do previsto.
4. Três meses antes da etapa de revisão, a equipa inicia o planeamento da revisão através das seguintes ações:
 - a. Compilar o feedback recebido e as questões encontradas durante a implementação, incluindo comentários e experiências dos BPSOs® e de outros locais de implementação relativamente às suas experiências.
 - b. Compilar uma lista de novas orientações de prática clínica na área e refinar o objetivo e o âmbito.
 - c. Desenvolver um plano de trabalho detalhado com datas e resultados para o desenvolvimento de uma nova edição do GOBP.
 - d. Identificar potenciais copresidentes do painel GOBP em consulta com o CEO da RNAO.
 - e. Compilar uma lista de especialistas e peritos na área para potencial participação no painel de peritos. O painel de peritos será composto por membros do painel de peritos original e por novos membros.
5. Novas edições dos GOBP serão divulgadas com base em estruturas e processos estabelecidos.

Apêndice D: Guia clínico de educação

Os guias clínicos de educação para este GOBP

A RNAO tem estado na vanguarda da criação de GOBP desde 1999, com os seus primeiros GOBP emitidos em 2001. Desde o início, a RNAO reconheceu a importância das abordagens individuais e organizacionais para a formação sobre conteúdo clínico do GOBP, com o objetivo de apoiar mudanças de práticas baseadas em evidências. Como tal, os GOBP da RNAO incluíram recomendações formativas dirigidas aos responsáveis pela formação académica e ao serviço de estudantes de enfermagem, enfermeiros e equipa interprofissional. Estas recomendações delinearão os conteúdos essenciais e as estratégias de formação necessárias para programas de saúde de nível básico, formação contínua e desenvolvimento profissional.

Em 2018 foi realizada uma análise aprofundada das recomendações formativas da RNAO. Incluiu GOBP publicados num intervalo de cinco anos, uma vez que todos os GOBP publicados neste período são baseados em revisões sistemáticas da literatura. Foram analisadas 26 recomendações formativas de nove GOBP diferentes com tópicos clínicos e diversas populações.

Uma análise temática rigorosa mostrou semelhanças entre os GOBP. Assim, considerou-se apropriado criar guias clínicos de educação padrão que seriam aplicáveis a todos os GOBP para apoiar mudanças de práticas baseadas em evidências. Os guias clínicos de educação resultantes e a discussão associada da literatura são descritas a seguir. Essas declarações podem ser adaptadas contextualmente dentro de organizações de saúde e serviços sociais e instituições académicas para apoiar a implementação de recomendações clínicas para várias áreas temáticas das orientações.

GUIA CLÍNICO DE EDUCAÇÃO 1: AS INSTITUIÇÕES ACADÉMICAS INTEGRAM ORIENTAÇÕES BASEADAS EM EVIDÊNCIAS NOS CURRÍCULOS DOS ENFERMEIROS PRÉ E PÓS-LICENCIADOS E OUTROS PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE E SOCIAIS REGULAMENTADOS

Discussão de Literatura:

A análise temática das recomendações dos guias clínicos de educação acima descritas identificou um tema específico como sendo a base para o desenvolvimento da capacitação para a prática baseada em evidências:

As instituições acadêmicas integram orientações baseadas em evidências nos currículos para enfermeiros pré e pós-licenciatura e outros profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais regulamentados.

Foram analisados os seguintes GOBP:

- *Assessment and Management of Pain, Third Edition (2013)*
- *Care Transitions (2014)*
- *Preventing and Addressing Abuse and Neglect of Older Adults: Person-centred, Collaborative, System-wide Approaches (2014)*
- *Primary Prevention of Childhood Obesity, Second Edition (2014)*
- *Working with Families to Promote Safe Sleep in Infants 0–12 Months of Age (2014)*
- *Engaging Clients who use Substances (2015)*
- *Person- and Family-centred Care (2015)*
- *Delirium, Dementia and Depression in Older Adults: Assessment and Care, Second Edition (2016)*

As instituições acadêmicas devem considerar a integração do conteúdo do GOBP em cursos teóricos e práticos para enfermeiros e outros profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais regulamentados, incluindo assistentes sociais, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas e farmacêuticos em pré-licenciatura (por exemplo, certificado e graduação) e programas de pós-licenciatura (por exemplo, pós-graduação). A formação pré-licenciatura estabelece conhecimentos fundamentais que podem ser fortalecidos e aumentados, conforme necessário, dentro das organizações de saúde e serviço social. A formação pós-licenciatura a nível de pós-graduação pode incluir a preparação de enfermeiros e profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais regulamentados para funções e papéis de prática avançada no âmbito da prática clínica, educação, administração, investigação e política (150). Assim, a integração do conteúdo das orientações nos currículos será diferente em termos de conteúdo educativo e complexidade, com base nos objetivos educativos gerais do programa. Em ambos os casos, a integração de conteúdos das orientações nos currículos apoia a aprendizagem dos estudantes de forma consistente com práticas baseadas em evidências, com o objetivo final de melhorar os resultados de saúde das pessoas e das famílias.

Para apoiar a integração de GOBP baseados em evidências nos currículos, podem ser utilizadas as seguintes abordagens: (1) desenvolver objetivos de aprendizagem relacionados com orientações a vários níveis e (2) conceber estratégias de ensino e aprendizagem relacionadas com o GOBP. Estas abordagens são descritas a seguir.

1. Desenvolvimento de objetivos de aprendizagem relacionados com orientações de vários níveis: Os objetivos de aprendizagem relacionados com orientações em vários níveis de um programa (pré-licenciatura e pós-licenciatura) facilitam a integração do conteúdo de orientações nos currículos.

- No nível do programa, essa integração amplia o conhecimento, a atitude, o julgamento e competências do estudante. Por exemplo, um resultado a nível de programa no ensino de pós-graduação pode incluir a consciencialização dos estudantes sobre os elementos da ciência de implementação para apoiar a adoção e o uso sustentado de orientações em ambientes clínicos (151).
- No nível do curso, a integração do conteúdo de orientações apoia a aprendizagem do estudante que é consistente com práticas baseadas em evidências dentro de contextos académicos e práticos. Por exemplo, os resultados do curso no nível da licenciatura podem incluir que os estudantes sejam capazes de aumentar o conhecimento sobre orientações, seleccionar orientações relevantes para a prática (e fornecer justificação para a sua seleção) e integrar recomendações de orientações em planos de cuidados para pessoas e famílias (151).

2. Desenvolvimento de estratégias de ensino e aprendizagem relacionadas com as orientações: As estratégias de ensino devem ser adaptadas para abordar os objetivos educacionais ao nível do programa e as necessidades dos estudantes e para capacitar o/a estudante para melhorar a prática e promover resultados positivos (152). As várias estratégias de ensino e aprendizagem relacionadas com as orientações são descritas a seguir.

- **Aulas:** Os professores podem utilizar as aulas como meio de proporcionar uma compreensão ampla das orientações, especificamente o rigoroso processo de desenvolvimento dos guias orientadores e das suas várias recomendações. As aulas teóricas podem proporcionar aos estudantes uma compreensão do alcance e da força das evidências que fundamentam as recomendações (151).

- **Atividades interativas em sala de aula:** As atividades de aprendizagem interativas em contexto de sala de aula podem ajudar os estudantes a obter informações adicionais, participar na resolução de problemas e articular o conhecimento adquirido. Os exemplos incluem: atribuir trabalho em grupo para ajudar os estudantes a aprender como se orientar através de um guia orientador e a familiarizar-se com as suas recomendações, utilizar estudos de caso para proporcionar aos estudantes oportunidades de identificar e aplicar recomendações dos guias em planos de cuidados e utilizar vídeos e simulações para promover competências em articular a justificação para a seleção de orientações/recomendações específicas em planos de cuidados (151).
- **Simulação:** A simulação digital de alta qualidade de competências em ambientes de laboratório pode diminuir a insegurança dos estudantes em relação à prática clínica, além de aumentar a aquisição de competências, a autoconfiança e a satisfação. Os professores com formação em pedagogia podem utilizar a simulação para ensinar aos estudantes conteúdos relacionados com cuidados seguros e eficazes centrados na pessoa e na família dentro de um ambiente clínico padronizado. Os professores também podem apoiar os estudantes a incorporar o conteúdo das orientações em sessões de prática simulada ao ensinar práticas baseadas em evidências (151).
- **Discussões pré e pós-conferência clínica:** Concentrar-se numa orientação nas discussões pré e pós-conferências clínicas pode apoiar o pensamento crítico dos estudantes quando eles desenvolvem planos de cuidados, consideram modificações com base em recomendações das orientações, articulam justificação para decisões clínicas e avaliam o resultado das intervenções. Os estudantes têm a oportunidade de avaliar se as políticas e procedimentos no contexto de prática estão alinhadas com as melhores evidências, e podem identificar áreas potenciais para mudança da prática e considerar como iniciar a mudança (151).
- **Acesso a recursos relacionados com GOBP:** Os educadores/formadores podem promover e facilitar o acesso a ligações e recursos relacionados com o GOBP (151).
- **Trabalhos e testes:** Os alunos podem ser solicitados a incorporar orientações nos seus planos de aprendizagem ou a escrever um diário reflexivo relacionado com uma orientação que seja importante para a sua área de prática. Também podem ser utilizados testes ou perguntas de exame que demonstrem pensamento crítico relacionado com as orientações. De um modo geral, os trabalhos e testes relacionados com as orientações podem ajudar os estudantes a refletir sobre elas, compreender a sua aplicação e a criticá-las (151).
- **Preceptoria ou mentoria em estágios clínicos:** Os preceptores dentro dos ambientes clínicos desempenham um papel fundamental no ensino de competências práticas que complementam a aprendizagem teórica dos estudantes. Os preceptores são responsáveis por fornecer ensino clínico e supervisão, e realizam a avaliação formal dos estudantes (153). Os preceptores podem apoiar os estudantes a integrar o conteúdo das orientações nos seus objetivos de aprendizagem e atividades clínicas para promover o conhecimento e a prática baseada em evidências.

GUIA CLÍNICO DE EDUCAÇÃO 2: AS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE E SERVIÇOS SOCIAIS UTILIZAM ESTRATÉGIAS PARA INTEGRAR ORIENTAÇÕES BASEADAS EM EVIDÊNCIA NA EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO DE ENFERMEIROS E OUTROS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E PRESTADORES DE SERVIÇOS SOCIAIS

Discussão de Literatura:

A análise temática das recomendações do guia clínico de educação em vários GOBP encontrou um segundo tema como fundamental para a capacitação de práticas baseadas em evidências:

As organizações de saúde e de serviços sociais utilizam estratégias para integrar orientações baseadas em evidências na educação e formação de enfermeiros e outros profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais.

Foram analisados os seguintes GOBP:

- *Assessment and Management of Pain, Third Edition (2013)*
- *Care Transitions (2014)*
- *Preventing and Addressing Abuse and Neglect of Older Adults: Person-centred, Collaborative, System-wide Approaches (2014)*
- *Primary Prevention of Childhood Obesity, Second Edition (2014)*
- *Working with Families to Promote Safe Sleep in Infants 0–12 Months of Age (2014)*
- *Engaging Clients who use Substances (2015)*
- *Person- and Family-centred Care (2015)*
- *Delirium, Dementia and Depression in Older Adults: Assessment and Care, Second Edition (2016)*

Os enfermeiros e outros profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais devem procurar continuamente novos conhecimentos, identificar oportunidades de crescimento profissional e prosseguir a aprendizagem contínua ao longo das suas carreiras. A participação na educação e na formação assegura a congruência com práticas baseadas em evidências, reforça as competências e melhora a qualidade dos cuidados e os resultados individuais (154). A integração do conteúdo das orientações em programas de educação e formação dentro de organizações de saúde e serviços sociais pode melhorar o conhecimento e as competências baseadas em evidências dos enfermeiros pós-licenciados e outros profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais.

Os programas de educação e formação devem basear-se nos princípios da educação de adultos, incluindo os seguintes:

- Os adultos têm consciência das necessidades/objetivos de aprendizagem.
- Os adultos são independentes e autónomos.
- Os adultos valorizam e utilizam experiências de vida anteriores.
- Os adultos estão dispostos a aprender.
- Os adultos estão motivados para aprender.
- São apresentados aos adultos conhecimentos e competências no contexto de situações práticas e da vida real (155).

Além disso, a educação e a formação devem ser adequadas ao âmbito da atuação do profissional de saúde e prestador de serviços sociais e ao seu papel. As estratégias de educação e formação podem incluir o seguinte:

- **Sessões de formação em serviço:** As sessões de formação em serviço podem ser planeadas por especialistas clínicos dentro dos contextos de prática para apoiar a utilização de um GOBP específico ou recomendações, estimulando a prática baseada em evidências entre a equipa. A formação pode incluir sessões individuais ou em grupo e deve atender às necessidades dos formandos. Recomenda-se que as sessões de formação sejam seguidas com sessões de atualização ou reforço para fornecer feedback e melhorar a aprendizagem da equipa (156,157).
- **Workshops/seminários:** Workshops/seminários altamente interativos ajudam enfermeiros e profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais a manter a prática com base nas melhores evidências quando incorporam uma variedade de estratégias de ensino-aprendizagem, incluindo materiais previamente distribuídos, discussões em pequenos grupos utilizando estudos de caso e recursos multimédia, como apresentações em Power Point e vídeos que integram GOBP/recomendações relevantes. O workshop RNAO's Best Practice Champions Workshop and BPG Learning Institutes são exemplos de programas que fornecem formação sobre como implementar GOBP em contextos de prática (158).
- **Melhoria da qualidade:** A participação na melhoria da qualidade no local de trabalho pode ajudar enfermeiros e profissionais de saúde a reconhecer eventos-sentinela e examinar formas de melhorar os cuidados. O cumprimento das normas de acreditação é uma importante atividade de melhoria da qualidade que colmata as lacunas entre as práticas atuais e as boas práticas e apoia o desenvolvimento de competências. Exemplos de estratégias que os enfermeiros e outros profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais podem utilizar para cumprir as normas de acreditação incluem o seguinte:
 - Participar num processo de implementação de orientações na comunidade para promover a segurança da pessoa, reduzir riscos e melhorar os resultados dos cuidados.
 - Escolher recomendações específicas de orientações para facilitar a mudança de práticas.
 - Partilhar, com a comissão de acreditação, os conhecimentos e lições aprendidas com a revisão das orientações (159, 160).

Outras oportunidades de melhoria da qualidade incluem a participação em relatórios de notificação de incidentes, iniciativas de segurança da pessoa e outras iniciativas de saúde nas áreas de prática.

- **Mentoria pós-licenciatura:** A mentoria pós-licenciatura consiste em fornecer aos recém-licenciados ou profissionais menos experientes, orientação para o desenvolvimento de competências e apoio para o crescimento de funções profissionais. A investigação indica que trabalhar com mentores reduz o stress e melhora a satisfação dos novos profissionais durante o processo de transição (161). Os mentores podem apoiar a integração de conteúdos de orientação enquanto ensinam práticas baseadas em evidências.

AVALIAÇÃO

Todas as estratégias de formação requerem avaliação para: (a) monitorizar a adoção de conhecimentos e (b) medir o impacto nos resultados clínicos. A RNAO desenvolveu o Practice Education in Nursing BPG (162) para fornecer recomendações baseadas em evidências que apoiem a aplicação do conhecimento por estudantes de enfermagem a diversos contextos de prática. O GOBP também auxilia enfermeiros formadores, preceptores e outros membros da equipa interprofissional a compreender o uso efetivo de estratégias de ensino-aprendizagem nos contextos clínicos.

O *Leading Change Toolkit* (4) identifica muitas estratégias para apoiar a avaliação dos resultados de saúde ao nível da pessoa, do prestador de serviços, da organização e do sistema de saúde. Exemplos de estratégias de avaliação podem incluir:

- pré e pós-testes para sessões de formação da equipa
- grupos focais/entrevistas aos elementos da equipa
- observação de contactos pessoa-prestador de serviços
- auditorias de processos para determinar o impacto nos resultados da pessoa e da família
- questionários ou entrevistas sobre a satisfação das pessoas e das famílias.

Apêndice E: Processo de desenvolvimento de indicadores

Segue-se um resumo do processo de desenvolvimento de indicadores da RNAO (ver Diagrama de Fluxo de Desenvolvimento de Indicadores [online](#)).

1. **Seleção de orientações:** São desenvolvidos indicadores para orientações focadas nas prioridades do sistema de saúde, com ênfase no preenchimento de lacunas na avaliação e simultaneamente na redução do volume de relatórios.
2. **Extração de recomendações:** Recomendações para a prática, resultados gerais de orientações e BPG Order Sets™ (se aplicável) são revistos para extrair medidas potenciais para o desenvolvimento de indicadores.
3. **Seleção e desenvolvimento de indicadores:** Os indicadores são selecionados e desenvolvidos através de metodologia estabelecida, incluindo o alinhamento com repositórios de dados externos e bibliotecas de dados de saúde.
4. **Teste prático e validação:** Os indicadores propostos são validados internamente através da validade de face e de conteúdo, e validados externamente por representantes de organizações nacionais e internacionais.
5. **Implementação:** Os indicadores são publicados no gráfico de Avaliação e Monitorização no BPG, e os dicionários de dados são publicados no website do NQuIRE® para utilização pelos BPSOs®.
6. **Avaliação e análise da qualidade dos dados:** A avaliação e a análise da qualidade dos dados, bem como o feedback contínuo dos BPSOs, garantem uma evolução intencional dos indicadores GOBP recolhidos no NQuIRE.

Apêndice F: Declaração de valores da pessoa, da família e do profissional de saúde de Ontário

A Declaração de Valores da Pessoa, Familiares e Prestadores de Cuidados foi redigida pelo Conselho Consultivo da Pessoa e Familiares, consultando os cidadãos de Ontário, para comunicar as expectativas das pessoas, familiares e profissionais de saúde relativamente ao sistema de cuidados de saúde do Ontário (163). A Declaração pode servir de orientação para pessoas e organizações envolvidas nos cuidados de saúde e reflete um resumo dos valores importantes da pessoa, família e profissional de saúde. A Declaração de Valores da Pessoa, da Família e do Cuidador de Ontário também está disponível em [Francês](#).

Figura 3: Declaração de Valores da Pessoa, da Família e do Profissional de Saúde de Ontário

Declaração de Valores da Pessoa, da Família e do Profissional de Saúde de Ontário

RESPONSABILIDADE	<ul style="list-style-type: none"> ● Esperamos uma comunicação aberta e sem interrupções sobre os nossos cuidados. ● Esperamos que todos os elementos da nossa equipa de cuidados sejam responsáveis e apoiados para desempenharem eficazmente as suas funções e responsabilidades. ● Esperamos uma cultura de cuidados de saúde que demonstre que valoriza as experiências das pessoas, das famílias e dos profissionais de saúde e que incorpore este conhecimento nas políticas, no planeamento e na tomada de decisões. ● Esperamos que as experiências e os resultados das pessoas, das famílias e dos profissionais de saúde impulsionem a responsabilização do sistema de cuidados de saúde e daqueles que prestam serviços, programas e cuidados. ● Esperamos que os profissionais de saúde atuem com integridade, reconhecendo as suas capacidades, preconceitos e limitações. ● Esperamos que os profissionais de saúde cumpram as suas responsabilidades profissionais e prestem cuidados seguros.
EMPAZIA E COMPAIXÃO	<ul style="list-style-type: none"> ● Esperamos que os profissionais de saúde atuem com empatia, bondade e compaixão. ● Esperamos planos de cuidados individualizados que reconheçam as nossas necessidades físicas, mentais, emocionais, culturais e espirituais únicas. ● Esperamos ser tratados de uma forma isenta de estigmas, suposições, preconceitos e culpas. ● Esperamos que os profissionais de saúde e os líderes compreendam que as suas palavras, ações e decisões têm um forte impacto na vida das pessoas, das famílias e dos profissionais de saúde.
EQUIDADE E COMPROMISSO	<ul style="list-style-type: none"> ● Esperamos um acesso igual e justo ao sistema e aos serviços de saúde para todos, independentemente das capacidades, raça, etnia, língua, antecedentes, local de origem, identidade de género, orientação sexual, idade, religião, estatuto socioeconómico, educação ou localização em Ontário. Esperamos ainda um acesso equitativo e justo aos serviços de saúde para as pessoas com deficiência e para aqueles que historicamente enfrentaram estigma. ● Esperamos ter a oportunidade de ser incluídos no desenvolvimento de políticas de cuidados de saúde e na conceção de programas a nível local, regional e provincial do sistema de cuidados de saúde. ● Esperamos uma tomada de consciência e esforços para eliminar o racismo e a discriminação sistémicos, incluindo a identificação e a eliminação de barreiras sistémicas que contribuem para resultados de cuidados de saúde injustos (com especial atenção para as pessoas mais afetadas pelo racismo sistémico).
RESPEITO E DIGNIDADE	<ul style="list-style-type: none"> ● Esperamos que a nossa identidade individual, crenças, história, cultura e capacidade sejam respeitadas nos nossos cuidados. ● Esperamos que os profissionais de saúde se apresentem e identifiquem o seu papel nos nossos cuidados. ● Esperamos ser reconhecidos como parte da equipa de cuidados, ser plenamente informados sobre a nossa doença e ter o direito de fazer escolhas nos nossos cuidados. ● Esperamos que as pessoas, as famílias e os profissionais de saúde sejam tratados com respeito e considerados parceiros valiosos na equipa de cuidados. ● Esperamos que as nossas informações pessoais de saúde nos pertençam e que permaneçam privadas, respeitadas e protegidas.
TRANSPARÊNCIA	<ul style="list-style-type: none"> ● Esperamos que sejamos envolvidos de forma proativa e significativa nas discussões sobre os nossos cuidados, na consideração de opções para os nossos cuidados e nas suas decisões. ● Esperamos que os nossos registos de saúde sejam precisos, completos, disponíveis e acessíveis em todo o sistema de saúde, a nosso pedido. ● Esperamos um processo transparente, claro e justo para expressar uma queixa, preocupação ou elogio sobre os nossos cuidados que não afete a qualidade dos cuidados que recebemos.

Atualização: Julho 2021

Nota: O objetivo desta Declaração de Valores das Pessoas, Familiares e Prestadores de Cuidados, elaborada pelo Conselho Consultivo de Pessoas e Familiares consultando cidadãos de Ontário, é articular as expectativas das pessoas, familiares e profissionais de saúde relativamente ao sistema de cuidados de saúde do Ontário. A Declaração destina-se a servir de orientação para as pessoas e organizações envolvidas nos cuidados de saúde e reflete um resumo dos princípios e valores que as pessoas, famílias e profissionais de saúde consideram importantes. A Declaração não se destina a estabelecer, alterar ou afetar quaisquer direitos ou obrigações legais e deve ser interpretada em conformidade com a legislação aplicável.



© Queen's Printer for Ontario, 2021.

Fonte: Reproduzido com autorização de Government of Ontario. Patient family and caregiver declaration of values for Ontario [Internet]. Toronto (ON): Government of Ontario; 2021. Disponível em: <https://files.ontario.ca/moh-patient-family-caregiver-declaration-of-values-for-ontario-en-2021-08-31.pdf>.

Apêndice G: Resumo de alta adaptado à pessoa

O Resumo de Alta Adaptado à Pessoa (Patient Oriented Discharge Summary) (RAAC/PODS) é um resumo da alta fácil de utilizar, concebido para pessoas em transição do hospital para o domicílio (164). A maioria dos resumos de alta tradicionais são documentos densos, com termos técnicos e concebidos para comunicar informações aos prestadores de cuidados primários, e não às pessoas que recebem os cuidados.

O RAAC/PODS foi criado em conjunto com as pessoas e a sua rede de suporte, incluindo pessoas com literacia limitada em saúde e barreiras linguísticas, para ajudar as pessoas a compreender informações importantes quando saem de um hospital. O recurso utiliza uma linguagem simples, tipos de letra grandes, espaço para as pessoas tomarem notas e está disponível em [15 línguas](#).

O RAAC/PODS contém informações úteis sobre medicamentos, alterações na dieta e nas atividades, consultas de acompanhamento e sintomas a ter em atenção após uma transição (164). As organizações são incentivadas a utilizar o modelo de exemplo e a adaptá-lo para satisfazer as necessidades das populações específicas que acompanham. Os RAAC/PODS devem ser preenchidos na presença das pessoas e da sua rede de suporte, utilizando o método *Teach-Back*. A implementação do RAAC/PODS também pode ser apoiada através do registo eletrónico de saúde, uma vez que alguns registos eletrónicos de saúde exigem o preenchimento obrigatório do RAAC/PODS antes de cada transição (165). O RAAC/PODS não se destina a substituir um resumo de alta tradicional enviado a um prestador de cuidados primários (164).

Figura 4: Resumo da alta adaptado à pessoa (RAAC/PODS)

Guia de cuidados de _____

Dei entrada no hospital em ___/___/___ e regresssei em ___/___/___  *As minhas notas*

Dei entrada no hospital porque tenho _____

 **Medicação que preciso tomar**

Nome	Finalidade	Time			
		morning	noon	afternoon	night
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 **O que posso sentir e o que fazer**

Posso sentir	O que fazer	Ir às urgências se:

 **Alterações à minha rotina diária**

Atividade (p. ex. dieta alimentar, exercício físico)	Instruções

 **Consultas a que tenho de ir**

Ir à consulta de _____ para _____
no dia ___/___/___ às __:___

Local _____ marcada

 **Onde encontrar mais informação**

Para instruções sobre medicação contacte/dirija-se à farmácia _____

Para _____ contacte/dirija-se a _____

Fonte: Reproduzido com autorização de: Patient Oriented Discharge Summary (PODS). In: Open Lab [Internet]. Toronto (ON): Open Lab; 2019. Disponível em: <http://uhnopenlab.ca/project/pods/>.

Apêndice H: My Transitional Care Plan[®]

O My Transitional Care Plan[®] (O meu Plano de Cuidados para a Transição[®]) resume a informação para facilitar transições bem-sucedidas no cuidado de idosos que apresentem, ou estejam em risco de apresentar, comportamentos reativos ou condições complexas de saúde mental, de consumo de substâncias ou neurológicas (166). Fornece um resumo da informação essencial que deve ser comunicada aos membros da equipa interprofissional para preparar e facilitar a transição dos cuidados. A ferramenta está redigida na primeira pessoa para promover os cuidados centrados na pessoa, os profissionais de saúde e prestadores de serviços sociais devem colaborar com as pessoas e a sua rede de suporte ao preencher o formulário. O My Transitional Care Plan[®] pode ser desenvolvido no âmbito de um registo de saúde eletrónico. O formulário também está disponível em [Francês](#) (166).

Figura 5: My Transitional Care Plan[®]

 Behavioural Supports Ontario Soutiens en cas de troubles du comportement en Ontario		 brainXchange		Nome: Data de Nascimento (dia/mês/ano): N.º Utente Saúde: Outro ID:	
 My Transitional Care Plan [®]					
1. O meu sistema de suporte antes e no dia da minha Mudança:					
Representante legal na tomada de decisão:			N.º de contacto:		
Responsável de apoio na transição – Localização Atual:			N.º de contacto:		
Responsável de apoio na transição – Nova Localização:			N.º de contacto:		
Profissionais de saúde / Equipas disponíveis para apoiar a minha mudança:					
Localização Atual: <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> ERPI <input type="checkbox"/> Habitação Própria <input type="checkbox"/> Outros:					
Outra informação:					
Destino:			Data & Hora da Mudança:		
Plano de Transporte:			Plano de chegada: <input type="checkbox"/> Sozinho(a) <input type="checkbox"/> Acompanhado(a)		
Configuração do meu quarto:					
Quem vai preparar o meu quarto:			Itens favoritos necessários para sentir-me em casa no quarto:		
<input type="checkbox"/> Com antecedência <input type="checkbox"/> No dia da mudança					
Caraterísticas da minha Pessoa (ex. contexto social/ cultural):			A minha rotina habitual diária (ex., sono, refeições, cuidados pessoais):		
			O meu plano de tabagismo/álcool/consumo de substâncias:		
Secção 1 preenchida por:					
2. O meu estado funcional:					
Os meus dispositivos de assistência (assinalar todos os que se aplicam e incluir pormenores relativos à sua utilização):					
<input type="checkbox"/> Auxiliares de mobilidade <input type="checkbox"/> Ajudas de comunicação/cognição <input type="checkbox"/> Dispositivos de audição/visão/dentária <input type="checkbox"/> Outros:					
Outra informação:					
Posso precisar de ajuda/indicações para as seguintes tarefas:					
Higiene/Cuidados Pessoais: <input type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Apenas supervisão <input type="checkbox"/> Alguma Assistência <input type="checkbox"/> Assistência Total					
Outra informação:					
Cuidados de eliminação: <input type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Relembra/Rotina <input type="checkbox"/> Incontinente					
Outra informação:					
Marcha/Transferências: <input type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Supervisão <input type="checkbox"/> Assistência Total					
Outra informação:					
Nutrição/Alimentar-se: <input type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Apenas supervisão <input type="checkbox"/> Assistência Total					
Outra informação:					
Administração de medicamentos: <input type="checkbox"/> Inteiro <input type="checkbox"/> Triturado					
Outra informação & Alterações Recentes:					
Secção 2 preenchida por:					

3. Riscos atuais <i>(assinale tudo o que se aplica)</i>				
<input type="checkbox"/> Delirium <input type="checkbox"/> Quedas <input type="checkbox"/> Explorar/Procurar/Abandonar <input type="checkbox"/> Ideação suicida <input type="checkbox"/> Fogo <i>(p. ex. fumar, cozinhar)</i> <input type="checkbox"/> Segurança <i>(p. ex. finanças, habitação, refeições)</i> <input type="checkbox"/> Outros:				
Detalhes:				
Comportamentos responsivos/Expressões pessoais <i>(assinale tudo o que se aplica e descreva o(s) comportamento(s)/expressão(ões) e o contexto em que ocorrem (p. ex. durante os cuidados pessoais. Identifique os fatores associados e as abordagens/estratégias personalizadas para a prevenção e/ou resposta)</i>				
<input type="checkbox"/> Expressão vocal:				
<input type="checkbox"/> Expressão motora:				
<input type="checkbox"/> Expressão sexual de risco:				
<input type="checkbox"/> Expressão verbal de risco:				
<input type="checkbox"/> Expressão física de risco:				
Fatores que contribuem para a(s) minha(s) expressão(ões) de comportamento:				
Abordagens/estratégias personalizadas para me apoiar:				
Secção 3 preenchida por:				
4. As minhas relações familiares e apoio social <i>(p. ex. como irão os meus familiares/amigos estar em contacto comigo a seguir à minha mudança?)</i>				
<input type="checkbox"/> Visitas pessoais:				
<input type="checkbox"/> Visitas virtuais/contacto telefónico:				
<input type="checkbox"/> Outro(s):				
Os seguintes serviços irão apoiar-me após a minha mudança:				
Os relatórios seguintes estão disponíveis para ajudar a conhecerem-me melhor:				
<input type="checkbox"/> Registo de vacinas <input type="checkbox"/> Registo de medicação <input type="checkbox"/> Avaliação comportamental <input type="checkbox"/> Avaliação da saúde mental <input type="checkbox"/> Ferramenta de personalidade <input type="checkbox"/> Plano de cuidados em isolamento <input type="checkbox"/> Outro:				
Secção 4 preenchida por:				
5. Os seguintes profissionais de saúde/indivíduos contribuiriam para este plano de transição:				
Nome e designação	Organização:	Número de telefone:	Data: (dd/mm/aaaa)	Assinatura:

O plano de transição de cuidados foi desenvolvido com base na presença do indivíduo dentro do seu meio ambiente, no momento da transição. Este plano pode necessitar de uma adaptação ao novo meio ambiente, uma vez que podem manifestar-se diferentes comportamentos ao longo do período de transição.

Fonte: Reproduzido com autorização de: Behavioural Supports Ontario (BSO). My Transitional Care Plan© [Internet]. [place unknown]: BSO; [date unknown]. Disponível em: <https://brainxchange.ca/Public/Special-Pages/BSO/Clinical-Tools-and-Resources/My-Transitional-Care-Plan/My-Transitional-Care-Plan%2%A9-Tool-Download-Permis>.

Apêndice I: Guia de entrevista para recolha da melhor história possível de medicação

Este guia de entrevista de Alberta Health Services fornece uma lista de questões que os profissionais de saúde podem colocar quando recolhem a melhor história possível da medicação.

Figura 6: Guia de entrevista para a melhor história possível de medicação

Preparação

Antes de iniciar a entrevista, recolher todas as informações sobre a medicação da pessoa que possam estar facilmente disponíveis.

Introdução

Apresente-se a si e à sua profissão.

- Gostaria de analisar os medicamentos que toma em casa.
- Tenho uma lista de medicamentos da sua ficha/ficheiro e gostaria de certificar-me de que está correta e atualizada.
- Seria possível discutir a sua medicação consigo (ou com um familiar) neste momento?
- Este é um momento oportuno para si?
- Tem algum familiar que conheça os seus medicamentos e que ache que deveria acompanhar-nos?
- Como podemos contactá-los?

Recolha de informações

- Tem consigo a sua lista de medicamentos ou embalagens dos comprimidos/cápsulas?
- Questionar quando trouxerem as embalagens dos medicamentos:
 - Como é que toma (nome do medicamento)?
 - Com que frequência ou quando toma (nome do medicamento)?
- Recolher informações sobre a dose, a via de administração e a frequência de cada medicamento. Se a pessoa estiver a tomar um medicamento diferente do prescrito, registar o que está realmente a tomar e anotar a discrepância.
- Há algum medicamento que você (ou o seu médico) tenha suspenso ou mudado recentemente?
- Qual foi o motivo desta alteração?

Alergias a medicamentos

- Tem alergia a algum medicamento?
- Em caso afirmativo, o que acontece quando toma (nome do medicamento que tem alergia)?

Farmácia Comunitária

- Qual é o nome e a localização da farmácia a que se dirige habitualmente? (Solicitar mais do que uma).
- Podemos contactar a sua farmácia para esclarecer os seus medicamentos, se necessário?

Medicamentos sujeitos a receita médica

- Estes incluem todos os que só podem ser obtidos mediante receita médica, como comprimidos para o coração, inaladores, comprimidos para dormir.

Antibióticos

- Utilizou algum antibiótico nos últimos 3 meses? Em caso afirmativo, quais?

Inaladores/Adesivo/Creme/Pomadas/Injetáveis/Amostras

- Utiliza:
 - Inaladores?
 - Medicamentos adesivos?
 - Medicamentos em cremes ou pomadas?
 - Medicamentos Injetáveis (ex. insulina)?
- Para cada um, em caso afirmativo:
 - Como é que o toma/aplica (nome do medicamento)?
 - Inclua o nome, a quantidade, a frequência.
- O seu médico deu-lhe alguma amostra de medicamentos para experimentar nos últimos meses? Em caso afirmativo, quais são os nomes?

Gotas para os olhos/ouvidos/nariz

- Utiliza algum colírio para os olhos? Em caso afirmativo,
 - Qual o nome?
 - Quantas gotas utiliza? Com que frequência?
 - Em que olho?
- Utiliza gotas para os ouvidos? Em caso afirmativo,
 - Qual o nome?
 - Quantas gotas utiliza? Com que frequência?
 - Em que ouvido?
- Utiliza gotas nasais ou sprays nasais? Em caso afirmativo,
 - Qual o nome?
 - Como os utiliza?
 - Com que frequência?

Medicamentos de venda livre

- Toma algum medicamento que compre sem receita médica? Dê exemplos, (ex., Aspirina). Em caso afirmativo,
 - Como é que toma (nome do medicamento de venda livre)?

Vitaminas/Minerais/Suplementos

- Toma algumas:
 - vitaminas (ex., multivitaminas)?
 - minerais (ex., cálcio, ferro)?
 - suplementos (ex., glucosamina, erva de S. João)?
- Em caso afirmativo, como é que os toma?
- Consome drogas recreativas (ex., álcool, marijuana)? Em caso afirmativo, como é que as consome? Com que frequência?

Dicas para Concluir a entrevista

- Terminámos a entrevista.
- Obrigado pela sua atenção.
- Tem alguma questão?
- Se se lembrar de alguma coisa depois da nossa conversa, por favor entre em contacto com o seu profissional de saúde para atualizar as suas informações.

**LIMA BOA MHPM
UTILIZA PELO MENOS DUAS
FONTES DE INFORMAÇÃO.**

albertahealthservices.ca/medlist



Fontes: Reproduzido com autorização de: Alberta Health Services (AHS). Best possible medication history (BPMH) interview guide [Internet]. Edmonton (AB): AHS; 2014. Disponível em: <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/hp/medrec/if-hp-medrec-provider-interview-brochure.pdf>

© 2014 Alberta Health Services. Este material está protegido pela Lei canadiana dos direitos de autor. Salvo disposição em contrário da Lei canadiana sobre direitos de autor, este material não pode ser copiado, publicado ou distribuído sem a autorização prévia por escrito do proprietário dos direitos de autor. Este material foi originalmente publicado por Alberta Health Services e foi reimpresso com permissão.

Estes materiais destinam-se apenas a informação geral e são fornecidos numa base “tal como está, onde está”. Embora tenham sido realizados esforços razoáveis para confirmar a exatidão das informações, os Alberta Health Services não fazem qualquer declaração ou garantia, expressa ou implícita, oral ou escrita, estatutária ou outra, quanto à exatidão, fiabilidade, integralidade, aplicabilidade ou adequação a um determinado fim de tais informações, incluindo, sem limitação, garantias implícitas ou garantias de não-infração ou de comercialização. Estes materiais não substituem o aconselhamento de um profissional de saúde qualificado. Os Alberta Health Services renunciam expressamente a qualquer responsabilidade pela utilização destes materiais e por quaisquer reclamações, ações, exigências ou processos decorrentes dessa utilização.

Apêndice J: Modelo de Formulário de Reconciliação de Medicação

O Guia de Reconciliação de Medicação nos Cuidados Primários de Ontário (Ontário Primary Care Medication Reconciliation Guide) fornece estratégias de melhoria da qualidade para implementar, manter e avaliar a reconciliação de medicação nos cuidados primários em Ontário (167). Um exemplo de formulário de reconciliação da medicação pode ser encontrado nas páginas 43 e 44 do guia. O Guia de Reconciliação de Medicação dos Cuidados Primários de Ontário também está disponível em [Francês](#).

Figura 7: Formulário de reconciliação de medicação

Figura 6
FRENTE



FORMULÁRIO DE RECONCILIAÇÃO DE MEDICAÇÃO



Institute for Safe Medication Practices Canada
Institut pour l'Évaluation sécuritaire des



Ontario
Health Quality Ontario
Qualité des services de santé Ontario

Este é um exemplo de apresentação de formulário de registo clínico, para utilizar em papel ou fichas clínicas eletrónicas.

MELHOR HISTÓRIA POSSÍVEL DE MEDICAÇÃO

Fontes de informação utilizadas para completar o histórico clínico

(assinale todas as que se aplicam)

- Entrevista com o doente
- Entrevista com o cuidador
- Frascos/caixas de medicação
- Blisters
- Lista do próprio doente
- Farmácia comunitária
- MedsCheck
- Ontario Drug Benefits Drug Profile Viewer
- Carta do especialista
- Resumo da alta hospitalar
- Melhor plano possível para aviar receitas
- Enfermeiro de resposta rápida à MHPM
- Rede de telemedicina de Ontário
- Outro: _____

Data: _____

NOME DO DOENTE: _____

NOME DA FARMÁCIA COMUNITÁRIA: _____
Número de telefone: _____

Gestão da medicação:

Auto-administração

Administração pelo cuidador

Pacotes de dispensadores de medicação:

Não

Sim Se sim, Dispensador blister organizado pela farmácia Dose pessoal

Alergias à medicação:

Reações: _____

Nome da medicação	Dose	Via de administração	Frequência	Indicação	Início	Prescritor	Comentários

MHPM preenchida por: _____

PLANO DE RECONCILIAÇÃO

Discrepâncias identificadas	Plano de resolução sugerido	Decisão de reconciliação

Reconciliação preenchida por: _____

Apêndice K: 5 questões a colocar sobre a sua medicação (para adultos)

5 Questões a colocar sobre a sua medicação (para adultos) é um guia para ajudar as pessoas e a sua rede de suporte a iniciar diálogos com os profissionais de saúde sobre os seus medicamentos (168). Garantir que as pessoas são parceiras ativas nos seus cuidados e que recebem informações importantes sobre os seus medicamentos ajuda a promover a segurança da medicação. Pode ser particularmente útil para as pessoas fazerem as seguintes cinco perguntas sobre os seus medicamentos quando comparecem a consultas com os seus prestadores de cuidados primários, quando comunicam com o seu farmacêutico comunitário e quando se preparam para uma transição do hospital para o domicílio. O recurso 5 perguntas a fazer sobre a sua medicação está disponível em [30 idiomas](#).

Figura 8: 5 Questões a colocar sobre a sua medicação

5 QUESTÕES A COLOCAR SOBRE OS SEUS MEDICAMENTOS durante uma consulta médica, enfermagem ou farmacêutica.

1. ALTERAÇÃO?
Alguma medicação foi adicionada, parada ou alterada, e porquê?

2. CONTINUAÇÃO?
Quais são os medicamentos que eu necessito de continuar a tomar e porquê?

3. USO ADEQUADO?
De que forma tomo os meus medicamentos e durante quanto tempo?

4. MONITORIZAÇÃO?
Como saberei se a minha medicação estará a resultar e que efeitos secundários poderei esperar?

5. SEGUIMENTO?
Necessito de fazer algumas análises? Quando posso marcar a próxima consulta?



Mantenha os registos sobre a sua medicação atualizados.

Lembre-se de incluir:

- ✓ Alergias
- ✓ Suplementos vitamínicos e minerais
- ✓ Produtos de ervanária e naturais
- ✓ Todos os medicamentos, incluindo os medicamentos não sujeitos a receita médica

Pergunte ao seu médico, enfermeiro ou farmacêutico que faça a revisão terapêutica de todos os seus medicamentos para verificar se algum pode ser suspenso ou reduzida a dose.



Institute for Safe Medication Practices Canada
Institut pour la Sécurité des Médicaments
et des Produits de Santé



Canadian Patient Safety Institute
Institut canadien de sécurité des médicaments
et des produits de santé

Visitem safemedicationuse.ca para mais informação.



SafeMedicationUse.ca



Canadian Society of Hospital Pharmacists



Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux



CANADIAN PHARMACISTS ASSOCIATION
ASSOCIATION DES PHARMACIENS DU CANADA



ONTARIO PHARMACISTS ASSOCIATION
ASSOCIATION DES PHARMACIENS D'ONTARIO

© 2016 ISMP Canada

Fonte: Reproduzido com autorização de: Institute for Safe Medication Practices (ISMP) Canada, The Canadian Patient Safety Institute (CPSI), Patients for Patient Safety Canada (PPSC), et al. 5 questions to ask about your medications [Internet]. Toronto (ON): ISMP Canada; 2016. Co-published with CPSI and CFPSC. Disponível em: https://www.ismp-canada.org/download/MedRec/MedSafety_5_questions_to_ask_poster.pdf.

Apêndice L: 5 questões a colocar sobre a tua medicação (para crianças)

5 Questões a colocar sobre a tua medicação é um recurso de segurança dos medicamentos para ajudar as crianças e os jovens a compreenderem as perguntas que devem fazer quando recebem medicamentos de profissionais de saúde (168). Este recurso foi concebido em conjunto com as crianças, as suas redes de suporte e os profissionais de saúde para facilitar o diálogo sobre medicamentos e está disponível em [Francês](#).

Figura 9: 5 Questões a Colocar Sobre a Tua Medicação

5 Questões a colocar sobre a tua medicação

Porque preciso deste medicamento?
Quando o devo tomar?
Durante quanto tempo devo tomar?
Como é que me pode fazer sentir?
Quando voltarei a ver a minha equipa de saúde?

Manter uma lista de todos os seus medicamentos.

Nunca partilhe os seus medicamentos!

Mantenha os seus medicamentos num local seguro.

Escreva ou desenhe aqui as suas perguntas: _____

Download this app to keep track of your medicine. **MyMedRec**

izmp
Institute for Safe Medication Practices Canada
Institut canadien de pratiques sécuritaires
pour l'utilisation des médicaments

SafeMedicationUse.ca

cpsi-icsp
Canadian Patient Safety Institute
Institut canadien de sécurité des patients

PROTECTOR GENERAL DE LA SALUD
PROTECTOR GENERAL DE LA SALUD
PROTECTOR GENERAL DE LA SALUD

Made by Kids, for Kids © 2021 ISMP Canada

Fonte: Reproduzido com autorização de: Institute for Safe Medication Practices (ISMP) Canada, The Canadian Patient Safety Institute (CPSI), Patients for Patient Safety Canada (PFPSC). 5 questions to ask about my medicine (for kids) [Internet]. Toronto (ON): ISMP Canada; 2021. Co-published with CPSI and PFPSC. Disponível em: https://safemedicationuse.ca/tools_resources/downloads/5QuestionsKids-EN.pdf.

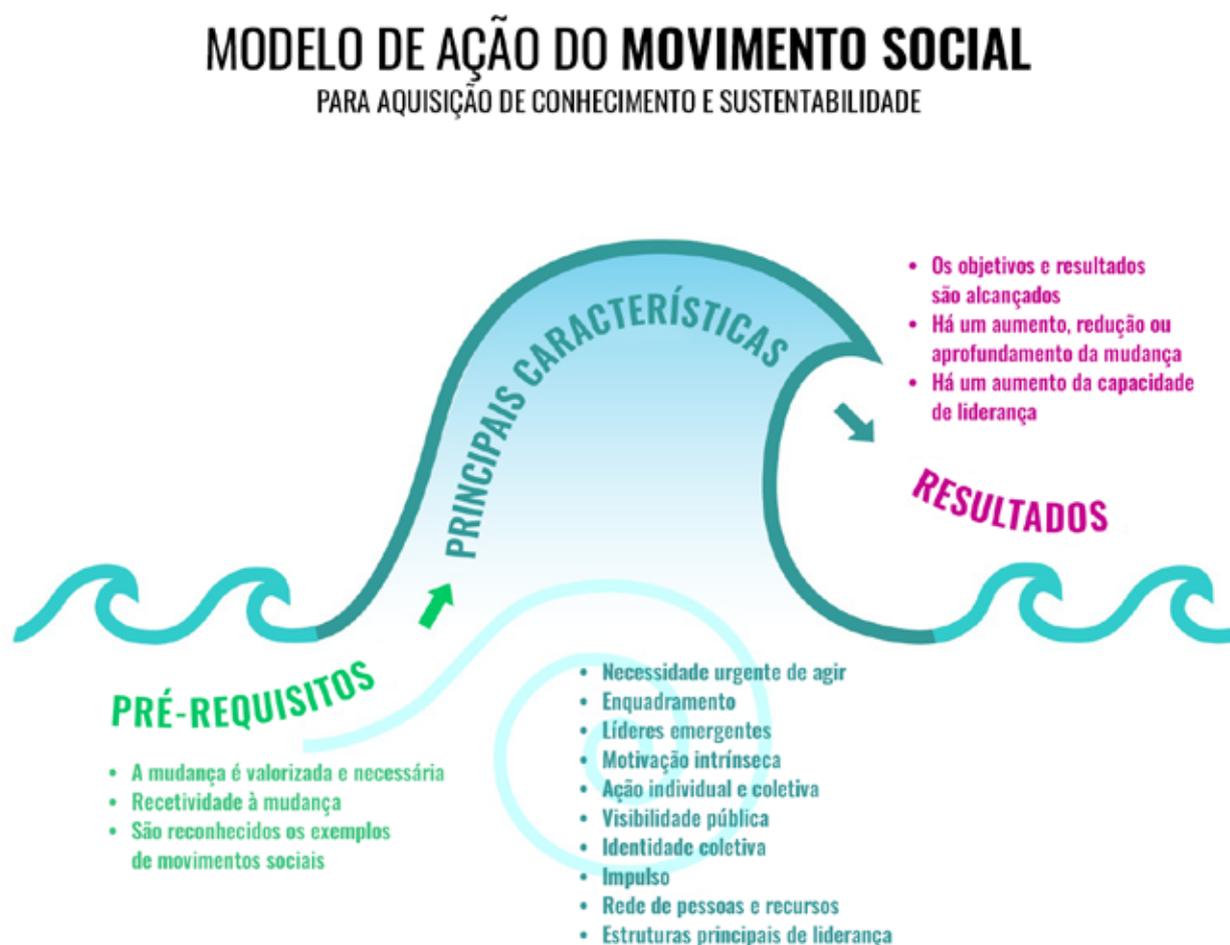
Apêndice M: Descrição do *Leading Change Toolkit*

Os GOBP só podem ser implementados e mantidos com êxito se o planejamento, os recursos, os apoios organizacionais e administrativos forem adequados e se houver uma facilitação apropriada. A participação ativa e o envolvimento de líderes formais e informais (por exemplo, agentes de mudança e pares influentes) são também essenciais. Com o objetivo de incentivar uma implementação bem-sucedida e a sua prevalência, um painel de peritos internacionais de enfermeiros, investigadores, representantes de clientes/pessoas, ativistas de movimentos sociais e administradores desenvolveu o *Leading Change Toolkit* (4). O conjunto de ferramentas baseia-se nas evidências disponíveis, nas perspectivas teóricas e de consenso. Recomendamos o *Leading Change Toolkit* para orientar a implementação de qualquer GOBP em organizações de saúde ou de serviços sociais, incluindo instituições académicas.

O *Leading Change Toolkit* inclui dois modelos – o Modelo de Ação de Movimento Social (Social Movement Action (SMA) Framework) (1,2) e o Modelo de Conhecimento-para-a-Ação (Knowledge-to-Action (KTA) Framework) (3) - para agentes e equipas de mudança que lideram a implementação e sustentabilidade dos GOBP. Ambos os modelos descrevem o conceito de implementação e os seus componentes interrelacionados. Como tal, qualquer um dos modelos - o Modelo de Ação de Movimento Social ou o Modelo de Conhecimento-para-a-Ação - podem ser usados para orientar iniciativas de mudança, incluindo a implementação de GOBP. A utilização de ambos os modelos servem para melhorar e acelerar a mudança (1).

O Modelo de Ação de Movimento Social inclui elementos de movimentos sociais para a adoção de conhecimentos e sustentabilidade que demonstraram um impacto significativo e efeitos a longo prazo. Com base nos resultados de uma análise de conceitos, o modelo inclui 16 elementos categorizados como condições prévias (ex., o que deve estar presente antes da ocorrência do movimento social), características-chave (ou seja, o que deve estar presente para que o movimento social ocorra) e resultados (ou seja, o que provavelmente acontecerá como resultado do movimento social) (1,169). As três categorias e elementos do Modelo de Ação de Movimento Social são apresentados na **Figura 10**.

Figura 10: Modelo de Ação de Movimento Social



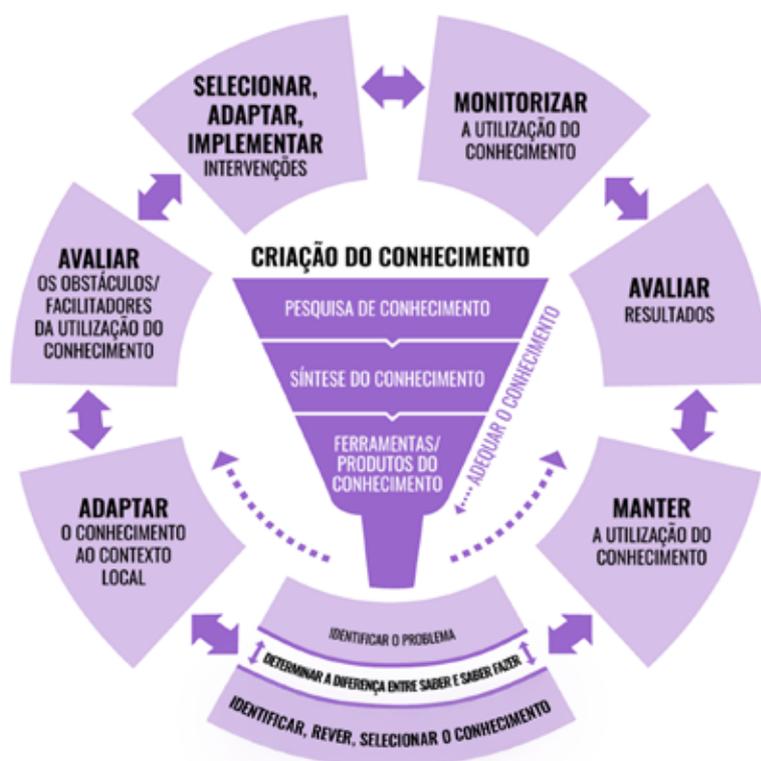
Fonte: Reproduzido com autorização de: Grinspun D, Wallace K, Li SA, McNeill S, Squires JE, et al. Exploring social movement concepts and actions in a knowledge uptake and sustainability context: a concept analysis. *Int J Nurs Sci*. 2022 Oct;9(4):411-21.

Grinspun D, Wallace K, Li SA, McNeill S, Squires J. Leading change through social movement. *Registered Nurse Journal*. 2020.

O Modelo de Conhecimento-para-a-Ação é uma abordagem cíclica planeada para a mudança que integra duas componentes relacionadas: o processo de produção de conhecimentos e o ciclo de ação. O processo de produção de conhecimentos é o que os investigadores e os responsáveis pelo desenvolvimento das orientações utilizam para identificar os resultados das evidências de uma forma crítica, com intuito de desenvolver um documento de conhecimento, como um GOBP da RNAO. O ciclo de ação é composto por sete fases em que o conhecimento produzido é implementado, avaliado e sustentado (3). Muitas das fases do ciclo de ação podem ocorrer ou devem ser consideradas simultaneamente. O Modelo de Conhecimento-para-a-Ação está representado na **Figura 11** (4).

Figure 11: Modelo Conhecimento-para-ação

MODELO DO CONHECIMENTO PARA A AÇÃO



Fonte: Adaptado com permissão de: Graham ID, Logan J, Harrison MB, et al. Lost in translation: time for a map? J Contin Educ Health Prof [Internet]. 2006;26(1):13-24..Disponível em: https://journals.lww.com/jcehp/Abstract/2006/26010/Lost_in_knowledge_translation_Time_for_a_map_.3.aspx

A implementação e manutenção de GOBP para efetuar mudanças de prática bem-sucedidas e resultados de saúde positivos para clientes/pessoas e as suas famílias, prestadores de serviços, organizações e sistemas é uma tarefa complexa. O *Leading Change Toolkit* é um recurso de implementação fundamental para orientar este processo. Pode ser descarregado em [RNAO.ca/leading-change-toolkit](https://rnao.ca/leading-change-toolkit).

Equipa de Investigação e Desenvolvimento do Guia Orientador de Boas Práticas da RNAO

Equipa de desenvolvimento das orientações

Lyndsay Howitt, RN, MPH

Guideline Development Co-Lead

Senior Manager, Guideline Development and Research
International Affairs and Best Practice Guidelines Centre
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, ON

Greeshma Jacob, RN, MScN

Guideline Development Co-Lead

Guideline Development Methodologist
International Affairs and Best Practice Guidelines Centre
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, ON

Giulia Zucal, RN, BScN, MA

Acting Senior Manager, Guideline Development and Research

International Affairs and Best Practice Guidelines Centre
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, ON

Christine Buchanan, RN, MN

Acting Senior Manager, Guideline Development and Research

International Affairs and Best Practice Guidelines Centre
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, ON

Amy Burt, RN, MSc

Senior Manager, Guideline Development and Research
International Affairs and Best Practice Guidelines Centre
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, ON

Glynis Gittens, BA (Hons)

Guideline Development Project Coordinator
International Affairs and Best Practice Guidelines Centre
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, ON

Verity Scott, BSc

Guideline Development Project Coordinator
International Affairs and Best Practice Guidelines Centre
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, ON

Nafsin Nizum, RN, MN

Associate Director, Guideline Development and Research

International Affairs and Best Practice Guidelines Centre
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, ON

Equipa científica de implementação

Stephanie Buchanan, RN, MHSn

Implementation Science Manager and Guideline Development Methodologist

International Affairs and Best Practice Guidelines Centre
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, ON

Kristen Campbell, RN, MN

Implementation Science Manager

International Affairs and Best Practice Guidelines Centre
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, ON

Oliwia Klej, HBSc

Project Coordinator, Implementation Science
International Affairs and Best Practice Guidelines Centre
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, ON

Jennifer Behun, RN, GNC(C)

Long-Term Care Best Practice Coordinator

Long-Term Care Best Practices Program
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, ON

Sue Sweeney, RN

Program Manager, Best Practice Spotlight Organizations®
Long-Term Care Best Practices Program
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, ON

Susan McNeill, RN, MPH

Associate Director, Guideline Implementation and Knowledge Transfer
International Affairs and Best Practice Guidelines Centre
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, ON

Equipa de monitorização e avaliação

Christina Medeiros, RN, BPHE, BEd, BScN, MN, PhD Candidate

Senior Manager, Evaluation and Monitoring
International Affairs and Best Practice Guidelines Centre
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, ON

Shanoja Naik, BSc, BEd, MSc, MPhil, PhD

Lead Scientist
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, ON

Ilustrações

Nishant Bajaj, BTech

Web and Graphic Designer
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, ON

Direção Executiva

Heather McConnell, RN, BScN, MA (Ed)

Director
International Affairs and Best Practice Guidelines Centre
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, ON

Doris Grinspun, RN, BScN, MSN, PhD, LL.D (hon), Dr (hc), DHC, FAAN, FCAN, O. ONT.

Chief Executive Officer
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, ON

Agradecimento

Revisão externa dos métodos GRADE executada por:

Nancy Santesso, RD, MLIS, PhD

Associate Professor
Department of Health Research Methods, Evidence and Impact, McMaster University
Deputy Director, Cochrane Canada

Systematic search completed by:

UHN HealthSearch

Painel de peritos do Guia Orientador de Boas Práticas da RNAO

Rhonda Crocker Ellacott, HBScN, MA, EdD

Expert Panel Co-Chair

President and Chief Executive Officer

Thunder Bay Regional Health Sciences Centre

Chief Executive Officer

Thunder Bay Regional Health Research Institute

Thunder Bay, ON

Shirlee Sharkey, BScN, BA, MHSc, CHE, LLD (hc)

Expert Panel Co-Chair

Former President and Chief Executive Officer

SE Health

Toronto, ON

Alykhan Abdulla, BSc, MD, LMCC, CCFPC,

DipSportMed CASEM, FCFCP, CTH (ISTM), CCPE,

Masters Cert Phys Leader, ICDD

Medical Director, The Kingsway Health Centre, The

Kingsway Travel Clinic, The Kingsway Cosmetic Clinic

Assistant Professor,

University of Ottawa Faculty of Medicine

Ottawa, ON

Chantel Antone, RN, BScN, MPEd

Senior Director, Office of Inclusion & Social

Accountability (Indigenous Health)

London Health Sciences Centre

London, ON

Susan Delisle Gosse, RN, BScN

Registered Nurse

Cambridge, ON

Mary Egan, PhD, FCAOT, OT Reg (Ont.)

Professor and Director, School of Rehabilitation

Sciences, University of Ottawa

Scientist, Bruyère Research Institute

Ottawa, ON

Cindy Fajardo, RN, MSCHI

Lead, Clinical Design and Informatics

Population Health and Value-Based Health Systems

Ontario Health (OTN)

Peterborough, ON

Katherine Hambleton, RN, AEMCA

VP Operations

Ontario Paramedic Association

Toronto, ON

Sasha Hill

Palliative and Community Nurse Coordinator

Palliative Education and Care for the Homeless
(PEACH)

Inner City Health Associates

Toronto, ON

Sabina Iqbal, RN, BN, HBSc

Pediatric Nurse

McMaster Children's Hospital

Hamilton, ON

Sandra Li-James, BScN, MEd

(February 2022–June 2023)

Vice President Quality, Best Practice and
Education and CNE

VHA Home HealthCare

Toronto, ON

Kimberly Moran, BCom, CPA, CA

Chief Executive Officer

Ontario College of Family Physicians

Toronto, ON

Angeline Ng, RPh, BScPhm

Vice President, Professional Affairs

Ontario Pharmacists Association

Toronto, ON

Kathryn Nichol, RN, MHSc, PhD

(March 2021–February 2022)

President and CEO

VHA Home HealthCare

Toronto, ON

Julie Perl

Chair of the Family Council

Villa Colombo Home for the Aged

Toronto, ON

Carolyn Roberts, RN, BScN

Indigenous Patient Nurse Navigator

The Ottawa Hospital

Ottawa, ON

Suzanne Saulnier, RSW

Director of Behavioural Support Services

LOFT Community Services, Toronto

Toronto, ON

Judy Smith, BScN, MEd (DE)

Co-Chair: Patient, Client, Caregiver

Partnership Council

Southlake Community Ontario Health Team

Verónica Tíscar-González, RN, MHS, PhD

Research and Innovation Coordinator

Bilbao-Basurto Integrated Healthcare Organization

Biocruces Bizkaia Health Research Institute

President of Academy of Nursing Sciences of Bizkaia

Basque Country, Spain

Jennifer Thomas, RSW, BA, MSW

Care Coordinator

Home and Care Support Services Toronto Central

Toronto, ON

Dania Versailles, RN, MScN, CPMHN(C)

Director, Clinical Services

Canadian Mental Health Association—Ottawa

Ottawa, ON

Agradecimento aos *stakeholders* (partes interessadas)

Como componente do processo de desenvolvimento das orientações, foi obtido feedback de participantes de um vasto leque de organizações de saúde e de serviços sociais, instituições académicas, áreas e setores da prática clínica. Os participantes incluíam enfermeiros e membros da equipa interprofissional, formadores, estudantes, pessoas com experiências relacionadas, administradores reconhecidos e financiadores de serviços de saúde. Os stakeholders (partes interessadas) que representam diversas perspetivas também foram convidadas a dar a sua opinião (ver **Apêndice C**). RNAO gostaria de agradecer às seguintes pessoas pelo seu contributo para a revisão do presente documento GOBP. Os revisores stakeholders (partes interessadas) deram o seu consentimento para a publicação dos seus nomes e informações relevantes no presente GOBP.

Os seguintes elementos forneceram comentários escritos sobre o rascunho do GOBP.

Shana Alexander, RN

Registered Nurse
Weeneebayko Area Health Authority
Moose Factory, ON

Karimah Alidina, RN, MScN

Chief Nursing Executive
Runnymede Healthcare Centre
Toronto, ON

Lorraine Anderson, RN, BN

Continuous Quality Improvement and
Risk Mitigation Specialist
Holland Christian Homes
Brampton, ON

Gillian Armstrong, NP-Adult, BScN, MN, CHPCN(C)

Palliative Care Nurse Practitioner
Halton Healthcare
Oakville, ON

Susan Ash, RN

Long-Term Care Nurse Specialist
Practice, Innovation and Education Team,
Region of Peel
Mississauga/Brampton, ON

Caroline Assouad, RN, MN, PNC(C)

Clinical Educator
Unity Health Toronto
Toronto, ON

Australian Nursing and Midwifery Federation (SA Branch)

Ridleyton, South Australia

Jason Bartell, RN(EC), BScN, MN, NP-PHC

Nurse Practitioner/Clinical Lead
Chatham-Kent Family Health Team
Chatham, ON

Kim Bazinet, RN, BScN, MHM

Director
Timmins and District Hospital
Timmins, ON

Rachael Beaver, RN, BScN

Registered Nurse
Unity Health Toronto
Toronto, ON

Linda Belcamino, RN, BScN, MN

Coordinator Client Safety and Risk
St. Joseph's Care Group
Thunder Bay, ON

Marissa Bird, RN, PhD

Postdoctoral Fellow
Lunenfeld-Tanenbaum Research Institute, Sinai Health
Toronto, ON

Teresa Birznieks, RN

Registered Nurse
Scarborough, ON

Nancy Boaro, BScN, MN

Public Health Unit Liaison, Provincial Workforce
Public Health Ontario
Toronto, ON

Kaelen Boyd, MSW, RSW

Senior Policy Advisor
Ontario Association of Social Workers
Toronto, ON

Vonnie Burke, RN, CPMHN(C)

RN Manager of Integrated Client Services
Canadian Mental Health Association
Chatham, ON

Sarah Burns, RN, BHScN, MSc, CCHN(C)

Director of Professional Practice and Integrated Care
CarePartners
Kitchener, ON

Melissa Marie Bush Jara, RN, MBA

Chief Nursing Officer
Hospital del Trabajador
Santiago, Chile

Aimee Campbell, BScN, MSN

Nurse Educator
Niagara Health System—Welland Hospital Site
Niagara Falls, ON

Joanne Campbell, RN, BScN

Professional Practice Project Lead
Southlake Regional Health Centre
Newmarket, ON

Sherry Campbell, RN, BScN, BEd, MScN

Clinical Practice Leader, Best Practice Spotlight
Organization® Lead
Lakeridge Health
Oshawa, ON

Jennifer Cao, RN, CCRN, MScN Student

BPSO Clinical Lead
Humber River Hospital
Toronto, ON

Katharine Cecchin, RN

Clinical Nurse Educator
Royal Victoria Regional Health Centre
Barrie, ON

Sonia Chahal, RN, CNCCP(C)

Registered Nurse/Joint Quality and Education Lead
The Hospital for Sick Children
Toronto, ON

Rachael Chin-You, RN, MN

Clinical Nurse Educator
North York General Hospital
North York, ON

Alanna Coleman, NP-PHC, MN

Interim Clinical Practice Lead
Optimal Retirement Care Solutions
Mississauga, ON

Danielle Cornish, RN, BScN

Patient Care Manager
Sault Area Hospital
Sault Ste Marie, ON

Bianca Feitelberg

Project Lead, Strategic Partnerships and Innovation
The Ontario Caregiver Organization
Toronto, ON

Lindsay Femiak, RN, BScN, MN

Professional Practice Advisor
Grand River Hospital
Kitchener, ON

Susan Filax, RN, BScN

Director of Clinical Practice and Informatics
Spectrum Health Care
Toronto, ON

Nicholas Fox, RN, BScN, MN

Clinical Nurse Educator
Trillium Health Partners
Mississauga, ON

Deborah Francis, RN, MN, CHPCN(C)

Advanced Practice Leader
SE Health
Markham, ON

Bene Franquien, RN

Practice Consultant
VON Canada
Halifax, ON

Catherine Galbraith, BScN, RN

Director of Care
Golden Plough Lodge
Cobourg, ON

Cristina Gamboa Gil de Sola, RN

Neonatal Nurse
Servicio Murciano de Salud, Hospital General
Universitario Santa Lucía
Cartagena, Murcia, Spain

Danielle Gibbs, RN, BN, MScN

Registered Nurse
London Health Sciences Centre
London, ON

Louise Gilbert, RN, MScN, IBCLC, PNC(C)

Clinical Nurse Specialist
Ottawa Public Health
Ottawa, ON

Heiwete Girma, RN, MN

Nurse Navigator
Women's College Hospital
Toronto, ON

Esther González-María, RN, MSc, PhD

Coordinator of BPSO Host-Spain
Nursing and Health Care Research Unit, Investén-isciii
Institute of Health Carlos III
Madrid, Spain

Laurie Graham, RN, MN-NP

Lecturer and Coordinator of Nurse
Practitioner Program
Dalhousie University
Halifax, NS

Aleksandra Grzeszczuk, RN, BScN, GNC(C)

Administrator
Holland Christian Homes
Brampton, ON

Julie Harris, RPN

Registered Practical Nurse
North Bay Nurse Practitioner-Led Clinic
North Bay, ON

Maria Luisa Hernandez Gutierrez

Supervisor
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa
Zaragoza, Spain

Sandra Holmes, RN, BScN, GNC(C)

Charge Nurse
St. Joseph's Healthcare Hamilton
Hamilton, ON

Courtney Houldsworth, RN, BScN, BSc, MN Student

Manager, Nursing Residency—Professional Practice
Royal Victoria Regional Health Centre
Barrie, ON

Lorrie Hudd, RN(EC), MN-NP—Adult, CCNE

Professor, School of Nursing, Niagara College
Nurse Practitioner, Hotel Dieu Shaver Health and
Rehabilitation
Grimsby, ON

Tara Hyatt, MA

Regional Manager
Central West Specialized Developmental Services
Oakville, ON

Hellen Jarman, RN(EC), MN, GNC(C)

Geriatric Medicine/Primary Care
Conestoga College Institute of Technology and
Advanced Learning
Kitchener, ON

Kimberly Johnston, RN, MN

Professional Practice Leader
William Osler Health System
Brampton, ON

Willa Jones, RN

Registered Nurse
Solutions Staffing
Vancouver, BC

Joana Maria Julià-Móra, RN, MSc

Palliative Care Nurse
Hospital Manacor
Manacor, Illes Balears, Spain

Lindsay Kellosalmi, PCP

Executive Director
Paramedic Association of Canada
Kelowna, BC

Miran Kim, CPMHN(C)

Mental Health Nurse
Ministry of Solicitor General
Toronto, ON

Margery Konan, MPA

Manager for Integrated Care
East Toronto Health Partners
Toronto, ON

Paula Lambert, RN

Clinical Practice Leader
Bayshore HealthCare
New Lowell, ON

Sierra Land, RN, BScN

Registered Nurse, Community Health
Georgian Bay Family Care Centre and
Indigenous Services Canada
Midland, ON

Janny Lee, RN, BN, MN, GNC(C)

Clinical Nurse Specialist
Unity Health Toronto
Toronto, ON

Crystal Lefebvre, RPN

Registered Practical Nurse
St. Joseph's Continuing Care Centre
Cornwall, ON

Jennifer Lewis, RN, CNCCP(C)

Registered Nurse
Children's Hospital of Eastern Ontario
Ottawa, ON

Rashmy Lobo, RN, MScN, CNS

President
Clinical Nurse Specialist Association of Ontario
Mississauga, ON

Jessica Po Ying Lok, RN, BScN, MN

Clinical Practice Leader
Ontario Shores Centre for Mental Health Services
Whitby, ON

Keisha Lovence, RN, MSN, ACNP-BC, DNP

Associate Professor
Eastern Michigan University
Ypsilanti, MI

Ting Ma, RN

The Second Hospital of Lanzhou University
Lanzhou, China

Tanya MacDonald, RN, BN, CON(C)

Education Practice Lead
Grand River Hospital
Kitchener, ON

Patricia Malloy, RN, MSN

Coordinator of Quality Improvement
Emily's House
Toronto, ON

Jasdeep Mangat, RN, BScN, MEd

Occupational Health Nurse
Trillium Health Partners
Mississauga, ON

Laura Matthews, RN, BScN, MPH

Manager of Clinical Practice
Regional Municipality of Niagara
Thorold, ON

Kathy Mazza, RN, BScN

Manager, Clinical Excellence,
Nursing and Personal Support
CBI Health
Toronto, ON

Nicole McGrath, RN, MScN, FNP-C, IHWCC-CAN

Clinical Nurse Specialist
Home and Community Care Support
Services—Toronto Central
Toronto, ON

Kathleen McKee, RN, MPH

Registered Nurse
Kingston Health Sciences Centre
Kingston, ON

Lori McNamara, RN, BScN

Hospital Care Coordinator
HCCSS-WW
Cambridge, ON

Denika McPherson, MN-NP, PHC-GH, CNCC(C)

Nurse Practitioner
Toronto, ON

Andrea Meghie, RN, MScN, EdD

Nurse Manager
SE Health
Markham, ON

Brenda Mundy, RPN, RN, BScN

Case Manager, BEGIN Program
WeRPN
Newmarket, ON

Jason Nguyen, RPN

Registered Practical Nurse
Trillium Health Partners
Mississauga, ON

Carly O'Brien, RN

Patient Safety Specialist
Unity Health Toronto
Toronto, ON

Melika Onat, RN, BScN

Registered Nurse
Toronto, ON

Alliah Over, RN, MN

Public Health Nurse
York Region Public Health
Newmarket, ON

Kailyn Pasma, RN, MN, CHPCN(C)

Clinical Manager
Queensway Carleton Hospital
Ottawa, ON

Sapna Patel, RN, MN

Advanced Practice Leader
Baycrest Health Sciences
Toronto, ON

Serhii Pinkevych

Nursing Student
UNB-Humber Bachelor of Nursing Program
Toronto, ON

Reeni Susan Rajan, RN, MScN

Registered Nurse
St. Joseph's Healthcare Hamilton
Hamilton, ON

**Jennifer Reguindin, RN, BScN, MScN,
GNC(C), CCNE**

Clinical Resource Leader
Michael Garon Hospital
Toronto, ON

Tiziana Rivera, RN, BScN, MSc, GNC(C), CHE

Vice President, Quality, Research and
Chief Nursing Executive
William Osler Health System
Toronto, ON

Runxi Tian, RN, MMed

Deputy Director of Nursing Department
Dongzhimen Hospital, affiliated with
Beijing University of Chinese Medicine
Beijing, China

Jenny Schiffli, RN(EC), BScN, MScN, CTE

Primary Health Care Nurse Practitioner
Haldimand Family Health Team
Haldimand County, ON

Nicole Serre, RN, MN

Clinical Nurse Educator
Royal Victoria Regional Health Centre
Barrie, ON

Kelsey Shaw, RN, MN

Clinical Nurse Specialist
St. Joseph's Healthcare Hamilton
Hamilton, ON

Megan Simpson, RN, MA

Medical Adjudicator
Employment and Social Development Canada
Toronto, ON

Serena Sookraj, RN

Registered Nurse
William Osler Health System
Bampton, ON

Kathleen Sowinski, RN, MPH-PHN

Nursing Program Manager
Canadian Mental Health Association Ottawa
Ottawa, ON

Lisa Stromquist

Associate Director, Strategy and Engagement
Children's Healthcare Canada
Ottawa, ON

Susanne Swayze, RPN

Registered Practical Nurse
St. Joseph's Healthcare Hamilton
Hamilton, ON

Sarah Tam Lee, PT, CHE, MScPT

Clinical Director, Practice Transformation
SE Health
Markham, ON

Farrah Tran, RN, MScN, GNC(C), CHPCN(C)

Nursing Consultant
Primacare Living Solutions
Ontario

Joyce Tsui, RN, BScN, MN

Professor of Nursing
Centennial College
Toronto, ON

Lori Vandenberg, BScN, MN

Clinical Instructor, Lecturer and Faculty Advisor
Trent University
Norwood, ON

Pamela Belén Vidal López, RN, MSc

Enfermera Gestión del Cuidado, Líder BPSO
Hospital del Trabajador - ACHS
Santiago, Chile

Aarthi Visva, RN, BScN, MN

Clinical Practice Leader
Scarborough Health Network
Scarborough, ON

Xinglei Wang, RN

Deputy Chief Nurse
The Second Hospital of Lanzhou University
Lanzhou, China

Kaitlynn Wilkinson

BScN Student
Nipissing University
North Bay, ON

Susan Woollard, RN, BHS, MAEd, CHE

Vice President, Clinical Services, Quality and Long Term Care, Chief Nursing Executive
North York General Hospital
Toronto, ON

Susan Yates, RN, PhD, CHE, FISQua

Director of Clinical Services and Chief Nursing Officer
Leeds, Grenville and Lanark District Health Unit
Elgin, ON

Stephanie Yi, RN, BScN, MEd

Sessional Faculty—Part-Time Instructor
School of Nursing, McMaster University
Hamilton, ON

Kerry Zimmer, BScN

Practicum Clinician
Georgian College
Barrie, ON

Kasia Zurawski, RN

Clinical Nurse Educator
Royal Victoria Regional Health Centre
Barrie, ON

East Community Health and Wellness Collaborative

The community-based BPSO OHT champion group operated by South Riverdale Community Health Centre

As seguintes pessoas forneceram feedback verbal sobre o rascunho do BPG através de grupos de discussão ou consultas individuais.

Wendy Carroll, RECE

Community Services Manager
Anishnawbe Mushkiki
Thunder Bay, ON

Genevieve Catalan, RN, BScN, CFCN, CWCN

Pre- and Post-Natal Registered Nurse Coordinator
Anishnawbe Mushkiki
Thunder Bay, ON

Cassandra Forget

Indigenous social worker
Chigamik Community Health Centre
Midland, ON

Earl McIvor

Data Management Coordinator
Anishnawbe Mushkiki
Thunder Bay, ON

Karli Storey, HBA, BEd, OCT

Health Promoter
Anishnawbe Mushkiki
Thunder Bay, ON

Kendra Walt, RN, BScN

Director, Health and Community Services
Anishnawbe Mushkiki
Thunder Bay, ON

Representantes de Mnaamodzawin Health Services

Little Current, ON

Representantes das seguintes BPSO OHTs:

Archipel OHT, Chatham-Kent OHT, East Toronto Health Partners OHT, Maamwesying OHT, Nipissing Wellness OHT, North Western Toronto OHT, Sarnia Lambton OHT and Southlake Community OHT.

Para finalizar, a Ontario Health, a Health Standards Organization e a Healthcare Excellence Canada tiveram a oportunidade de rever os projetos das recomendações e indicadores e forneceram feedback.

Equipa responsável pela tradução do Guia Orientador de Boas Práticas da RNAO

Coordenadores

Olga Ribeiro, RN, MSc, PhD

Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem do Porto

Investigadora no CINTESIS@RISE

Rita Fernandes, RN, MScN, PhD

Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem do Porto

Investigadora no CINTESIS@RISE

Outros Membros da Equipa de Tradução

Clemente Sousa, RN, MSc, PhD

Professor Adjunto na Escola Superior de Enfermagem do Porto

Investigador no CINTESIS@RISE

Fernanda Carvalho, RN, MSc, PhD student

Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem do Porto

Investigadora no CINTESIS@RISE

Gilberta Sousa, RN, MSc, PhD student

Professora Adjunta na Universidade da Madeira - Escola Superior de Saúde

Investigadora no CINTESIS@RISE

Margarida Abreu, RN, MSc, PhD

Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem do Porto

Investigadora no CINTESIS@RISE

Olga Valentim, RN, MSc, PhD

Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Investigadora no CINTESIS@RISE e no CIDNUR

Otilia Freitas, RN, MSc, PhD

Professora Coordenadora na Universidade da Madeira - Escola Superior de Saúde

Investigadora no CINTESIS@RISE

Rita Figueiredo, RN, MSc, PhD

Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny

Investigadora no CINTESIS@RISE

Sara Pinto, RN, MSc, PhD

Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem do Porto

Investigadora no CINTESIS@RISE

Soraia Pereira, RN, MSc, PhD student

Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

Investigadora no CINTESIS@RISE

Validação da Tradução

Maria do Amparo Leal Sousa Alves

Tradutora profissional para a área científica na Escola Superior de Enfermagem do Porto

Isabel Cristina Marques Milheiro

Tradutora profissional

Cartas de apoio e aval



People powered health™

Wednesday, September 20, 2023

Dr. Doris Grinspun, RN, BScN, MSN, PhD, LLD (hon), Dr (hc), DHC, FAAN, FCAN, O.ONT.
Chief Executive Officer
Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO)

Dear Dr. Grinspun:

Health Standards Organization (HSO) is delighted to endorse the Registered Nurses' Association of Ontario's (RNAO) best practice guideline *Transitions in Care and Services, Second Edition*. HSO supports RNAO in disseminating this important work. The guideline supports safe and effective transitions in care for pediatric and adult persons and their support network.

Our focus at HSO is on developing standards, assessment programs and other tools to help care providers save and improve lives. HSO is focused on the people that power health systems around the world: patients, providers, and policy-makers. We believe that our people-centred approach to the design of products, standards and assessments makes a real difference in improving quality and health outcomes.

We thank RNAO for this important work that will make a difference to nurses and other health care interprofessional teams. This evidence-based resource will help to meet the needs of patients, providers, and policy-makers.

Congratulations on this important contribution!

Regards,

Executive Director, Global Programs

Nelea Lungu
Interim Executive Director, Canadian Accreditation

Health Standards Organization
1150 Cyrville Road
Ottawa, ON, Canada
K1J 7S9

P 613-738-3800

healthstandards.org



May 9, 2023

Dr. Doris Grinspun, RN, BScN, MSN, PhD, LLD(hon), Dr(hc), DHC, FAAN, FCAN, O.ONT.
Chief Executive Officer
Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO)
4211 Yonge Street, Toronto, Ontario, M2P 2A9

Dear Dr. Grinspun:

Healthcare Excellence Canada is pleased to offer our support for RNAO's second edition best practice guideline *Transitions in Care and Services*.

Healthcare Excellence Canada works with partners to spread innovations, build capability and catalyze policy changes so that everyone in Canada has safe and high-quality healthcare. Supporting safe, quality transitions in care is a key priority for Healthcare Excellence Canada. We're committed to fostering inclusive and equitable care through meaningful partnerships with different groups, including patients and caregivers, First Nations, Inuit and Métis, healthcare providers and more.

Many of our programs are focused on ensuring safe transitions in care in an equitable way. These include but are not limited to: [Bridge-to-Home](#), [Presence of Safety](#), [Essential Together](#), [Engagement-Capable Environments](#) and [TeamSTEPPS Canada](#).

Thank you for the opportunity to review and incorporate our feedback to strengthen transitions with and for people. Healthcare Excellence Canada commends RNAO on the development of this evidence-based guideline that will support the delivery of coordinated and person-centred transitions in care. The implementation of this guideline will also help to remove barriers to system navigation and promote equitable access to services. We congratulate RNAO on their leadership and commitment to promoting safe and high-quality transitions.

Sincerely,

Kim Kinder
Director, Health Innovation Programs



May 19, 2023

Dr. Doris Grinspun,
Chief Executive Officer
Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO)
4211 Yonge Street, Toronto, Ontario, M2P 2A9

Re: Support for and endorsement of RNAO's second edition best practice guideline *Transitions in Care and Services*.

Dear Dr. Grinspun,

The Association of Family Health Teams of Ontario (AFHTO) is pleased to offer our support for and endorsement of RNAO's second edition best practice guideline *Transitions in Care and Services*.

AFHTO works hard to support the implementation and growth of interprofessional primary care teams by promoting best practices, sharing lessons learned, and advocating on behalf of teams across Ontario. Evidence and experience show that team-based comprehensive primary care results in better outcomes for patients and providers. High-quality primary care also delivers better value to health systems.

When it comes to providing care that is timely, accessible, and comprehensive, it takes a team. Team-based primary care involves family doctors, nurse practitioners, nurses, social workers, pharmacists, dietitians, and other professionals, all working collaboratively to support patients and their well-being. With the support of team-based primary care, Ontarians have one door to a team of health care providers who know them, their family, and their history, to support their everyday health and social needs. Team-based primary care leads to:

- Timely access to care
- Better coordination of care
- Fewer hospital visits
- Savings for the health system

The *Transitions in Care and Services* guideline recognizes the essential role primary care plays in supporting people as they transition through the health care system.

AFHTO commends RNAO and the expert panel on their leadership in developing this important guideline.

Sincerely,

Bryn Hamilton
Chief Executive Officer (Interim), AFHTO





July 25, 2023

Dr. Doris Grinspun, RN, BScN, MSN, PhD, LL.D(hon), Dr(hc), DHC, FAAN, FCAN, O.ONT.
Chief Executive Officer
Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO)
4211 Yonge Street, Toronto, Ontario, M2P 2A9

Dear Dr. Grinspun:

Chatham-Kent Best Practice Spotlight Organization Ontario Health Team (BPSO OHT) is pleased to offer our support and endorsement of RNAO's *Transitions in Care and Services, Second Edition* best practice guideline. This guideline provides evidence-based recommendations for nurses and members of the interprofessional team, organizations, and the health system. More specifically the recommendations support safe and effective transitions in care for pediatric and adult persons and their support network.

Our goal at Chatham – Kent BPSO OHT is to bring together health care partners from all sectors, including hospital, home and community care, primary care, long-term care, and community support agencies to provide seamless, fully coordinated care for patients, while creating a more efficient system. Our vision to achieve the best health and well-being together drives our efforts. RNAO's *Transitions in Care and Services* BPG will enable us to provide collaborative, evidence-based, and person-centred care as we support persons during transitions in care.

Congratulations on this important contribution to the health care system. We are certain that this BPG will support persons and their support network during transitions in care.

Sincerely,

The Chatham-Kent Ontario Health Team Collaborative Steering Committee
(inclusive of 15 signatory partners)



June 2, 2023

Dr. Doris Grinspun, RN, BScN, MSN, PhD, LLD(hon), Dr(hc), DHC, FAAN, FCAN, O.ONT.
Chief Executive Officer
Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO)
4211 Yonge Street, Toronto, Ontario, M2P 2A9

Dear Dr. Grinspun,

The Ontario Caregiver Organization is delighted to endorse RNAO's second edition best practice guideline *Transitions in Care and Services*.

The Ontario Caregiver Organization exists to support Ontario's 4 million caregivers; ordinary people who provide physical and emotional support to a family member, partner, friend or neighbour. This guideline recognizes the essential role that caregivers play in supporting persons during care transitions and the need to ensure their information and support needs are adequately met during transitions in care. Collaboration with persons receiving care, caregivers, and other members of a person's support network is critical during any transition in care.

We commend RNAO for the publication of this guideline and their leadership and commitment to improving the safety and quality of transitions in care.

Sincerely,

Amy Coupal,
Chief Executive Officer
Ontario Caregiver Organization

180 Dundas Street West, Suite 1425, Toronto, ON M5G 1Z8
T 416-362-2273 E info@ontariocaregiver.ca ontariocaregiver.ca

Referências

1. Grinspun D, Wallace K, Li SA, et al. Leading change through social movement. Registered Nurse Journal. 2020.
2. Grinspun D, Wallace K, Li SA, et al. Exploring social movement concepts and actions in a knowledge uptake and sustainability context: a concept analysis. Int J Nurs Sci. 2022 Oct;9(4):411–21.
3. Graham ID, Logan J, Harrison MB, et al. Lost in knowledge translation: time for a map? J Contin Educ Health Prof. 2006;26(1):13–24.
4. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO), Healthcare Excellence Canada (HEC). Leading change toolkit [Internet]. 3rd ed. Toronto (ON): RNAO; 2021. Available from: [RNAO.ca/leading-change-toolkit](https://rnao.ca/leading-change-toolkit)
5. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Care transitions [Internet]. Toronto (ON): RNAO; 2014.
6. Embuldeniya G, Gutberg J, Sibbald SS, et al. The beginnings of health system transformation: how Ontario Health Teams are implementing change in the context of uncertainty. Health Policy. 2021 Dec 1;125(12):1543–9.
7. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Nurse practitioner task force: vision for tomorrow [Internet]. Toronto (ON): RNAO; 2021. Available from: [RNAO.ca/sites/rnao-ca/files/NP_TF_Feb_25_FINAL_3.pdf](https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/NP_TF_Feb_25_FINAL_3.pdf)
8. Pinelli V, Stuckey HL, Gonzalo JD. Exploring challenges in the patient's discharge process from the internal medicine service: a qualitative study of patients' and providers' perceptions. J Interprof Care. 2017;31(5):566–74.
9. Government of Ontario. Ontario Health Teams: guidance for health care providers and organizations [Internet]. Toronto (ON): Government of Ontario; [date unknown]. Available from: https://health.gov.on.ca/en/pro/programs/connectedcare/oht/docs/guidance_doc_en.pdf
10. College of Nurses of Ontario (CNO). RHPA: scope of practice, controlled acts model [Internet]. Toronto (ON): CNO; 2018. Available from: http://www.cno.org/globalassets/docs/policy/41052_rhpascope.pdf
11. Legislation and regulations. In: Ontario College of Social Workers and Social Service Workers (OCSWSSW). [Internet]. Toronto (ON): OCSWSSW; c2023. Available from: <https://www.ocswssw.org/about-us/legislation-and-regulations/>
12. College of Nurses of Ontario (CNO). Working with unregulated care providers [Internet]. Toronto (ON): CNO; 2013. Available from: http://www.cno.org/globalassets/docs/prac/41014_workingucp.pdf
13. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Developing and sustaining interprofessional health care: optimizing patient, organizational and system outcomes [Internet]. Toronto (ON): RNAO; 2013. Available from: [RNAO.ca/bpg/guidelines/interprofessional-team-work-healthcare](https://rnao.ca/bpg/guidelines/interprofessional-team-work-healthcare)
14. We believe in the transformative power of peer support. In: Peer Support Canada [Internet]. Toronto (ON): Peer Support Canada; c2023. Available from: <https://peersupportcanada.ca/>
15. Community Living British Columbia (CLBC). Support networks: a guide for self advocates [Internet]. Vancouver (BC): CLBC; 2010. Available from: <https://www.communitylivingbc.ca/wp-content/uploads/2018/02/Support-Networks-A-Guide-for-Self-Advocates.pdf>
16. Dewidar O, Lotfi T, Langendam MW, et al. Good or best practice statements: proposal for the operationalisation and implementation of GRADE guidance. BMJ Evid-Based Med. 2022 Apr 15;bmjebm-2022-111962. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjebm-2022-111962>

17. Lotfi T, Hajizadeh A, Moja L, et al. A taxonomy and framework for identifying and developing actionable statements in guidelines suggests avoiding informal recommendations. *J Clin Epidemiol*. 2022 Jan 1;141:161–71.
18. Guyatt G, Schunemann HJ, Djulbegovic B, et al. Guideline panels should not GRADE good practice statements. *J Clin Epidemiol*. 2015;68(5):597–600.
19. Schunemann HJ, Brozek J, Guyatt G, et al., editors. Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach [Internet]. [place unknown: publisher unknown]; 2013. Available from: <https://gdt.gradeapro.org/app/handbook/handbook.html>
20. Neumann I, Santesso N, Akl EA, et al. A guide for health professionals to interpret and use recommendations in guidelines developed with the GRADE approach. *J Clin Epidemiol*. 2016 Apr;72:45–55.
21. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q*. 2005;83(4):691–729.
22. Welcome to the Ontario health indicator library. In: Ontario Health [Internet]. [place unknown]: Ontario Health; c2023. Available from: <https://indicatorlibrary.hqontario.ca/Indicator/Search/EN#>
23. RNAO Mental Health and Substance Use Best Practices Program. In: Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) [Internet]. Toronto (ON): RNAO; 2023. Available from: [RNAO.ca/in-focus/mental-health-substance-use](https://rnao.ca/in-focus/mental-health-substance-use)
24. VanDeVelde-Coke S, Doran D, Grinspun D, et al. Measuring outcomes of nursing care, improving the health of Canadians: NNQR (C), C-HOBIC and NQuiRE. *Nurs Leadersh*. 2012;25(2):26–37.
25. Health Quality Ontario (HQO). Transitions between hospital and home: care for people of all ages [Internet]. Toronto (ON): HQO; 2020. Available from: <https://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/evidence/quality-standards/qs-transitions-between-hospital-and-home-quality-standard-en.pdf>
26. News Release: Government of Canada invests \$26 million to prevent patients from falling through the cracks. In: Government of Canada [Internet]. Ottawa (ON): Government of Canada; 2019 Jul 19. Available from: <https://www.canada.ca/en/institutes-health-research/news/2019/07/government-of-canada-invests-26-million-to-prevent-patients-from-falling-through-the-cracks.html>
27. Williams LJ, Waller K, Chenoweth RP, et al. Stakeholder perspectives: communication, care coordination, and transitions in care for children with medical complexity. *J Spec Pediatr Nurs*. 2021 Jan;26(1):e12314.
28. Transitions in care. In: Canadian Institutes of Health Research [Internet]. Ottawa (ON): CIHR; 2021 Aug 8. Available from: <https://cihr-irsc.gc.ca/e/50971.html>
29. op 't Hoog SAJJ, Dautzenberg M, Eskes AM, et al. The experiences and needs of relatives of intensive care unit patients during the transition from the intensive care unit to a general ward: a qualitative study. *Aust Crit Care*. 2020 Nov;33(6):526–32.
30. Shuster C, Hurlbert A, Tam P, et al. Unplanned hospital readmissions in British Columbia. *BC Med J* [Internet]. 2018;60(5). Available from: https://bcmj.org/sites/default/files/public/BCMJ_Vol60_No5_hospital_readmissions.pdf

31. Canadian Institute for Health Information (CIHI). All patients readmitted to hospital [Internet]. Ottawa (ON): CIHI; c1996-2023. Available from: <https://yourhealthsystem.cihi.ca/hsp/inbrief?lang=en#!/indicators/006/all-patients-readmitted-to-hospital;/mapC1;mapLevel2/>
32. Primary health care providers, 2019 [Internet]. In: Statistics Canada [Internet]. Ottawa (ON): Government of Canada; 2020 Oct 22. Available from: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-625-x/2020001/article/00004-eng.htm>
33. Núñez A, Sreeganga SD, Ramaprasad A. Access to healthcare during COVID-19. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(6):2980.
34. National Collaborating Centre for Determinants of Health. Let's talk health equity [Internet]. Antigonish (NS): St. Francis Xavier University; 2013. Available from: https://nccdh.ca/images/uploads/Lets_Talk_Health_Equity_English.pdf
35. Jones B, James P, Vijayasiri G, et al. Patient perspectives on care transitions from hospital to home. *JAMA Netw Open*. 2022 May 6;5(5):e2210774.
36. Virapongse A, Misky GJ. Self-identified social determinants of health during transitions of care in the medically underserved: a narrative review. *J Gen Intern Med*. 2018 Nov;33(11):1959–67.
37. Hewner S, Casucci S, Sullivan S, et al. Integrating social determinants of health into primary care clinical and informational workflow during care transitions. *EGEMS (Wash DC)*. 2017;5(2):2.
38. Kiran T, Wells D, Okrainec K, et al. Patient and caregiver experience in the transition from hospital to home — brainstorming results from group concept mapping: a patient-oriented study. *CMAJ Open*. 2020 Feb 25;8(1):E121–33.
39. Campagna V, Mitchell E, Krsnak J. Addressing social determinants of health: a care coordination approach for professional case managers. *Prof Case Manag*. 2022 Dec;27(6):263.
40. Medina-Martínez J, Saus-Ortega C, Sánchez-Lorente MM, et al. Health inequities in LGBT people and nursing interventions to reduce them: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Nov 10;18(22):11801.
41. Truth and Reconciliation Commission of Canada: calls to action [Internet]. Winnipeg (MB): Truth and Reconciliation Commission of Canada; 2015. Available from: https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/british-columbians-our-governments/indigenous-people/aboriginal-peoples-documents/calls_to_action_english2.pdf
42. Lafortune C, Elliott J, Egan MY, et al. The rest of the story: a qualitative study of complementing standardized assessment data with informal interviews with older patients and families. *Patient*. 2017 Apr;10(2):215–24.
43. Coller R, Klitzner T, Lerner C, et al. Complex care hospital use and postdischarge coaching: a randomized controlled trial. *Pediatrics*. 2018;142(2).
44. Balaban R, Zhang F, Vialle-Valentin C, et al. Impact of a patient navigator program on hospital-based and outpatient utilization over 180 days in a safety-net health system. *J Gen Intern Med*. 2017;32(9):981.
45. Sikka R, Morath JM, Leape L. The Quadruple Aim: care, health, cost and meaning in work. *BMJ Qual Saf*. 2015 Oct;24(10):608–10.

46. The SDGs in action. In: United Nations Development Programme (UNDP) [Internet]. New York (NY): UNDP; 2023. Available from: <https://www.undp.org/sustainable-development-goals>
47. College of Nurses of Ontario (CNO). Therapeutic nurse-client relationship, Revised 2006 [Internet]. Toronto (ON): CNO; 2019. Available from: https://www.cno.org/globalassets/docs/prac/41033_therapeutic.pdf
48. College of Physicians and Surgeons of Ontario (CPSO). The practice guide: medical professionalism and college policies. Toronto (ON): CPSO; 2021. Available from: <https://www.cpso.on.ca/admin/CPSO/media/Documents/physician/polices-and-guidance/practice-guide/practice-guide.pdf>
49. Ontario College of Social Workers and Social Service Workers (OCSWSSW). Code of ethics and standards of practice handbook, 2nd ed. [Internet]. Toronto (ON): OCSWSSW; 2008. Available from: <https://www.ocswws.org/wp-content/uploads/Code-of-Ethics-and-Standards-of-Practice-September-7-2018.pdf>
50. Association of Canadian Occupational Therapy Regulatory Organizations (ACOTRO), Association of Canadian Occupational Therapy University Programs (ACOTUP), Canadian Association of Occupational Therapists (CAOT). Competencies for occupational therapists in Canada [Internet]. [place unknown]: ACOTRO, ACOTUP, CAOT; 2021. Available from: <https://acotro-acore.org/wp-content/uploads/2021/11/OT-Competency-Documents-EN-HiRes.pdf>
51. Sather EW, Iversen VC, Svindseth MF, et al. Patients' perspectives on care pathways and informed shared decision making in the transition between psychiatric hospitalization and the community. *J Eval Clin Pr*. 2019;25(6):1131–41.
52. Schusselé Filiettaz S, Moiroux S, Marchand G, et al. Transitional shared decision making processes for patients with complex needs: a feasibility study. *J Eval Clin Pract*. 2021 Dec;27(6):1326–34.
53. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Shared decision making [Internet]. London (UK): NICE; 2021. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng197/resources/shared-decision-making-pdf-66142087186885>
54. Abu HO, Anatchkova MD, Erskine NA, et al. Are we “missing the big picture” in transitions of care? Perspectives of healthcare providers managing patients with unplanned hospitalization. *Appl Nurs Res*. 2018 Dec;44:60–6.
55. Callister C, Jones J, Schroeder S, et al. Caregiver experiences of care coordination for recently discharged patients: a qualitative metasynthesis. *West J Nurs Res*. 2020 Aug;42(8):649–59.
56. Topham EW, Bristol A, Luther B, et al. Caregiver inclusion in IDEAL discharge teaching: implications for transitions from hospital to home. *Prof Case Manag*. 2022;27(4):181–93.
57. Okraïnec K, Hahn-Goldberg S, Abrams H, et al. Patients' and caregivers' perspectives on factors that influence understanding of and adherence to hospital discharge instructions: a qualitative study. *CMAJ Open*. 2019 Jul 11;7(3):E478–83.
58. New PW, McDougall KE, Scroggie CPR. Improving discharge planning communication between hospitals and patients. *Intern Med J*. 2016;46(1):57–62.
59. Cadel L, Kuluski K, Everall AC, et al. Recommendations made by patients, caregivers, providers, and decision-makers to improve transitions in care for older adults with hip fracture: a qualitative study in Ontario, Canada. *BMC Geriatr*. 2022 Apr 7;22(1):291.

60. LaBedz SL, Prieto-Centurion V, Mutso A, et al. Pragmatic clinical trial to improve patient experience among adults during transitions from hospital to home: the PaRTNER study. *JGIM J Gen Intern Med*. 2022 Dec;37(16):4103–11.
61. College of Nurses of Ontario (CNO). Professional standards [Internet]. Revised 2002. Toronto (ON): CNO; 2002. Available from: https://neltoolkit.rnao.ca/sites/default/files/CNO_Professional%20Standards,%20Revised%202002.pdf
62. Galvin EC, Wills T, Coffey A. Readiness for hospital discharge: a concept analysis. *J Adv Nurs*. 2017 Nov;73(11):2547–57.
63. Lutz BJ, Young ME, Creasy KR, et al. Improving stroke caregiver readiness for transition from inpatient rehabilitation to home. *Gerontologist*. 2017 Oct 1;57(5):880–9.
64. Gotlib Conn L, Zwaiman A, DasGupta T, et al. Trauma patient discharge and care transition experiences: identifying opportunities for quality improvement in trauma centres. *Injury*. 2018 Jan 1;49(1):97–103.
65. Bobay KL, Weiss ME, Oswald D, et al. Validation of the registered nurse assessment of readiness for hospital discharge scale. *Nurs Res*. 2018 Jul;67(4):305–13.
66. Weiss ME, Sawin KJ, Gralton K, et al. Discharge teaching, readiness for discharge, and post-discharge outcomes in parents of hospitalized children. *J Pediatr Nurs*. 2017 May;34:58–64.
67. Mehraeen P, Jafaraghaee F, Paryad E, et al. Comparison of nurses' and patients' readiness for hospital discharge: a multicenter study. *J Patient Exp*. 2022 Jan 1;9:23743735221092550.
68. Social Determinants of Health. In: Canadian Nurses Association (CNA) [Internet]. Ottawa (ON): CNA; c2023. Available from: <https://www.cna-aiic.ca/en/nursing/nursing-tools-and-resources/social-determinants-of-health>
69. Joseph R, Brown-Manhertz D, Ikwuazom S, et al. The effectiveness of structured interdisciplinary collaboration for adult home hospice patients on patient satisfaction and hospital admissions and re-admissions: a systematic review. *JBHI Database System Rev Implement Rep*. 2016 Jan;14(1):108–39.
70. National Association of Pharmacy Regulatory Authorities (NAPRA). Model standards of practice for Canadian pharmacists [Internet]. Ottawa (ON): NAPRA; 2009. Available from: <https://www.napra.ca/wp-content/uploads/2022/09/NAPRA-MSOP-Feb-2022-EN-final.pdf>
71. Smith LM, Keiser M, Turkelson C, et al. Simulated interprofessional education discharge planning meeting to improve skills necessary for effective interprofessional practice. *Prof Case Manag*. 2018 Mar;23(2):75–83.
72. Goldman J, MacMillan K, Kitto S, et al. Bedside nurses' roles in discharge collaboration in general internal medicine: disconnected, disempowered and devalued? *Nurs Inq*. 2018 Jul;25(3):e12236.
73. Geese F, Schmitt KU. Interprofessional collaboration in complex patient care transition: a qualitative multi-perspective analysis. *Healthcare*. 2023 Jan 27;11(3):359.
74. Otsuka S, Smith J, Pontiggia L, et al. Impact of an interprofessional transition of care service on 30-day hospital reutilizations. *J Interprof Care*. 2019 Feb;33(1):32–7.
75. Lobchuk M, Bell A, Hoplock L, et al. Interprofessional discharge team communication and empathy in discharge planning activities: a narrative review. *J Interprofessional Educ Pract*. 2021 Jun;23:100393.

76. Goldman J, Reeves S, Wu R, et al. A sociological exploration of the tensions related to interprofessional collaboration in acute-care discharge planning. *J Interprof Care*. 2016 Mar 3;30(2):217–25.
77. Farrell TW, Supiano KP, Wong B, et al. Individual versus interprofessional team performance in formulating care transition plans: a randomised study of trainees from five professional groups. *J Interprof Care*. 2018 May 4;32(3):313–20.
78. Cadel L, Sandercock J, Marcinow M, et al. A qualitative study exploring hospital-based team dynamics in discharge planning for patients experiencing delayed care transitions in Ontario, Canada. *BMC Health Serv Res*. 2022 Dec 3;22(1):1472.
79. Baldwin S, Zook S, Sanford J. Implementing posthospital interprofessional care team visits to improve care transitions and decrease hospital readmission rates. *Prof Case Manag*. 2018;23(5):264–71.
80. Reidt S, Holtan H, Larson T, et al. Interprofessional collaboration to improve discharge from skilled nursing facility to home: preliminary data on postdischarge hospitalizations and emergency department visits. *J Am Geriatr Soc*. 2016 Sep;64(9):1895–9.
81. Low L, Tan S, Ng M, et al. Applying the integrated practice unit concept to a modified virtual ward model of care for patients at highest risk of readmission: a randomized controlled trial. *PloS One*. 2017;12(1):e0168757.
82. Schubert CC, Myers LJ, Allen K, et al. Implementing geriatric resources for assessment and care of elders team care in a veterans affairs medical center: lessons learned and effects observed. *J Am Geriatr Soc*. 2016;64(7):1503–9.
83. Enzinger L, Dumanoir P, Boussat B, et al. Direct phone communication to primary care physician to plan discharge from hospital: feasibility and benefits. *BMC Health Serv Res*. 2021 Dec;21(1):1352.
84. Paolini D, Bonaccorsi G, Lorini C, et al. Careggi Re-Engineered Discharge project: standardize discharge and improve care coordination between healthcare professionals. *Int J Qual Health Care*. 2022 Aug 5;34(3):mzac060.
85. Krol ML, Allen C, Matters L, et al. Health optimization program for elders: improving the transition from hospital to skilled nursing facility. *J Nurs Care Qual*. 2019;34(3):217–22.
86. Moore A, Krupp J, Dufour A, et al. Improving transitions to postacute care for elderly patients using a novel video-conferencing program: ECHO-Care Transitions. *Am J Med*. 2017;130(10):1199–204.
87. Ozavci G, Bucknall T, Woodward-Kron R, et al. A systematic review of older patients' experiences and perceptions of communication about managing medication across transitions of care. *Res Soc Adm Pharm*. 2021 Feb 1;17(2):273–91.
88. World Health Organization (WHO). Medication safety in transitions in care [Internet]. Geneva (CH): WHO; 2019. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-UHC-SDS-2019.9>
89. College of Nurses of Ontario (CNO). Practice standard: medication [Internet]. Toronto (ON): CNO; 2022. Available from: https://www.cno.org/globalassets/docs/prac/41007_medication.pdf
90. Redmond P, Grimes TC, McDonnell R, et al. Impact of medication reconciliation for improving transitions of care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 Aug 23;2018(8):CD010791.
91. Ontario Health. Medication safety: care in all settings. [Internet]. Toronto (ON): Ontario Health; 2021. Available from: <https://hqontario.ca/Portals/0/documents/evidence/quality-standards/qs-medication-safety-quality-standard-en.pdf>

92. Phillips K. Accreditation Canada forthcoming required organizational practice: maintaining an accurate medication list at all care transitions [Internet]. Message to: Lyndsay Howitt. 2023 June 15.
93. College of Nurses of Ontario (CNO). Practice standard: code of conduct [Internet]. Toronto (ON): CNO; 2019. Available from: https://www.cno.org/globalassets/docs/prac/49040_code-of-conduct.pdf
94. Thompson MP, Podila PSB, Clay C, et al. Community navigators reduce hospital utilization in super-utilizers. *Am J Manag Care*. 2018;24(2):70–6.
95. Johnson S, Lamb D, Marston L, et al. Peer-supported self-management for people discharged from a mental health crisis team: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2018;392(10145):409.
96. Carter J, Hassan S, Walton A, et al. Effect of community health workers on 30-day hospital readmissions in an accountable care organization population: a randomized clinical trial. *JAMA Netw Open*. 2021;4(5):e2110936–e2110936.
97. Rose L, Istamboulian L, Carriere L, et al. Program of integrated care for patients with chronic obstructive pulmonary disease and multiple comorbidities (PIC COPD+): a randomised controlled trial. *Eur Respir J*. 2018;51(1):1701567.
98. Reeves M, Fritz M, Woodward A, et al. Michigan stroke transitions trial: a clinical trial to improve stroke transitions. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2019;12(7):e005493.
99. Samuels EA, Kelley L, Pham T, et al. “I wanted to participate in my own care”: evaluation of a patient navigation program. *West J Emerg Med*. 2021;22(2):417–26.
100. Ng A, Wong F. Effects of a home-based palliative heart failure program on quality of life, symptom burden, satisfaction and caregiver burden: a randomized controlled trial. *J Pain Symptom Manage*. 2017;55(1):1–11.
101. Kidd SA, Virdee G, Mihalakakos G, et al. The welcome basket revisited: testing the feasibility of a brief peer support intervention to facilitate transition from hospital to community. *Psychiatr Rehabil J*. 2016;39(4):335–42.
102. Scanlan JN, Hancock N, Honey A. Evaluation of a peer-delivered, transitional and post-discharge support program following psychiatric hospitalisation. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1):307.
103. Seaberg D, Elseroad S, Dumas M, et al. Patient navigation for patients frequently visiting the emergency department: a randomized controlled trial. *Acad Emerg Med*. 2017;24(11):1327–33.
104. Xiang X, Zuverink A, Rosenberg W, et al. Social work-based transitional care intervention for super utilizers of medical care: a retrospective analysis of the bridge model for super utilizers. *Soc Work Health Care*. 2019;58(1):126–41.
105. Shared decision making. In: National Institute for Health and Care Excellence (NICE) [Internet]. London (UK): NICE; c2023. Available from: <https://www.nice.org.uk/about/what-we-do/our-programmes/nice-guidance/nice-guidelines/shared-decision-making>
106. Health Quality Ontario (HQO). The reality of caring: distress among the caregivers of home care patients [Internet]. Toronto (ON): HQO; 2016. Available from: <https://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/system-performance/reality-caring-report-en.pdf>
107. Mitchell SE, Laurens V, Weigel GM, et al. Care transitions from patient and caregiver perspectives. *Ann Fam Med*. 2018 May;16(3):225–31.

108. Teach-back: intervention. In: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). [Internet]. Rockville (MD): AHRQ; [updated 2021 Nov]. Available from: <https://www.ahrq.gov/patient-safety/reports/engage/interventions/teachback.html>
109. Taylor SPM, Murphy SD, Rios AN, et al. Effect of a multicomponent sepsis transition and recovery program on mortality and readmissions after sepsis: the improving morbidity during post-acute care transitions for sepsis randomized clinical trial. *Crit Care Med*. 2022 Mar;50(3):469–79.
110. Pang RK, Srikanth V, Snowdon DA, et al. Targeted care navigation to reduce hospital readmissions in “at-risk” patients. *Intern Med J*. 2021 Nov 29. doi: 10.1111/imj.15634
111. Mitchell SE, Reichert M, Martin Howard J, et al. Reducing readmission of hospitalized patients with depressive symptoms: a randomized trial. *Ann Fam Med*. 2022 Jun 5;20(3):246–54.
112. Logan McCallum MJ, Perry A. Structures of indifference: an Indigenous life and death in a Canadian city. Winnipeg (MB): University of Manitoba Press; 2018.
113. Wylie L, McConkey S, Corrado AM. It’s a journey not a check box: Indigenous cultural safety from training to transformation. *Int J Indig Health* [Internet]. 2021 Jan 19;16(1). Available from: <https://jps.library.utoronto.ca/index.php/ijih/article/view/33240>
114. Harrison M, Graham ID, Fervers B. Adapting knowledge to local context. In: Straus SE, Tetroe J, Graham ID, editors. *Knowledge translation in health care: moving from evidence to practice*. Chichester (UK): John Wiley & Sons; 2013. p. 110–20.
115. Medication reconciliation (MedRec). In: Institute for Safe Medication Practices (ISMP) Canada. [Internet]. Toronto (ON): ISMP Canada; [date unknown; cited 2022 Jul 8]. Available from: <https://www.ismp-canada.org/medrec/>
116. Rey M, Grinspun D, Costantini L, et al. The anatomy of a rigorous best practice guideline development process. In: Grinspun D, Bajnok I, editors. *Transforming nursing through knowledge: best practices for guideline development, implementation science, and evaluation*. Indianapolis (IN): Sigma Theta Tau International; 2018. p. 31–68.
117. Bill 59, Caregiver Recognition Act, 2018 [Internet]. Toronto (ON): Legislative Assembly of Ontario; [date unknown]. Available from: <https://www.ola.org/en/legislative-business/bills/parliament-42/session-1/bill-59>
118. College of Physicians and Surgeons of Ontario (CPSO), Citizen Advisory Group (CAG). Continuity of care: guide for patients and caregivers [Internet]. Toronto (ON): CPSO; 2020. Available from: <https://www.cpso.on.ca/admin/CPSO/media/Documents/public/public-information/coc-guide/coc-guide-patients-caregivers.pdf>
119. First Nation’s Health Authority (FNHA). FNHA’s policy statement on cultural safety and humility [Internet]. West Vancouver (BC): First Nation’s Health Authority (FNHA); [date unknown]. Available from: <https://www.fnha.ca/Documents/FNHA-Policy-Statement-Cultural-Safety-and-Humility.pdf>
120. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Transition between inpatient hospital settings and community or care home settings for adults with social care needs [Internet]. London (UK): NICE; 2015 Dec 01. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng27>

121. Primary Health Care Integration Network, Alberta Health Services. Alberta's home to hospital to home transitions guideline [Internet]. Edmonton (AB): Primary Health Care Integration Network, Alberta Health Services; 2020. Available from: <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/hp/phc/if-hp-phc-phcin-hthth-guideline.pdf>
122. Dijkers M. Introducing GRADE: a systematic approach to rating evidence in systematic reviews and to guideline development. *KT Update*. 2013;1(5):1–9.
123. Stevens K. The impact of evidence-based practice nursing and the next big ideas. *Online J Issues Nurs*. 2013;18(2): Manuscript 4.
124. What's an EHR? In: eHealth Ontario [Internet]. [place unknown]: eHealth Ontario; c2008-2023. Available from: <https://ehealthontario.on.ca/en/patients-and-families/ehrs-explained>
125. Liu C, Wang D, Liu C, et al. What is the meaning of health literacy? A systematic review and qualitative synthesis. *Fam Med Community Health*. 2020 May;8(2):e000351.
126. Eccles MP, Mittman BS. Welcome to implementation science. *Implement Sci*. 2006 Feb 22;1(1):1.
127. United Nations (UN). United Nations permanent forum on Indigenous issues: who are Indigenous peoples? [Internet]. New York (NY): UN; [date unknown]. Available from: https://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/5session_factsheet1.pdf
128. Indigenous communities in Ontario. In: Government of Canada [Internet]. Ottawa (ON): Government of Canada; [updated 2021 Nov 4]. Available from: <https://www.sac-isc.gc.ca/eng/1603371542837/1603371807037>
129. Start where you are: integrated people-centred health systems (IPCHS) standard. In: Health Standards Organization (HSO) [Internet]. Ottawa (ON): HSO; c2023. Available from: <https://healthstandards.org/integratedcare/>
130. Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, et al. Cochrane handbook for systematic reviews of interventions. version 6.3 [Internet]. [place unknown]: Cochrane; 2022. Available from: www.training.cochrane.org/handbook
131. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Person- and family-centred care [Internet]. Toronto (ON): RNAO; 2015. Available from: [RNAO.ca/sites/rnao-ca/files/FINAL_Web_Version_0.pdf](https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/FINAL_Web_Version_0.pdf)
132. PRISMA flow diagram. In: Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) website [Internet]. [place unknown]: PRISMA; c2023. Available from: <http://www.prisma-statement.org/PRISMAStatement/FlowDiagram>
133. Hedges C, Williams B. *Anatomy of research for nurses*. Indianapolis (IN): Sigma Theta Tau International; 2014.
134. Alzheimer Society of Canada. Dementia and responsive behaviours [Internet]. Toronto (ON): Alzheimer Society of Canada; 2019. Available from: https://alzheimer.ca/sites/default/files/documents/conversations_dementia-and-responsive-behaviours.pdf
135. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Best practices for heart disease and stroke: a guide to effective approaches and strategies [Internet]. Atlanta (GA): CDC; 2022. Available from: <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/122290>

136. Social determinants of health. In: World Health Organization (WHO) [Internet]. Geneva (CH): WHO; 2022. Available from: <https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health>
137. Baker C, Ogden SJ, Prapaipanich W, et al. Hospital consolidation: applying stakeholder analysis to merger life-cycle. *J Nurs Adm.* 1999;29(3):11–20.
138. First Nations Information Governance Centre (FNIGC). Strengths-based approaches to Indigenous research and the development of well-being indicators [Internet]. Ottawa (ON): FNIGC; 2020. Available from: https://fnigc.ca/wp-content/uploads/2021/05/FNIGC-Research-Series-SBA_v04.pdf
139. Poole N, Urquhart C, Jasiura F, et al. Trauma-informed practice guide [Internet]. [place unknown: publisher unknown]; 2013. Available from: https://cewh.ca/wp-content/uploads/2012/05/2013_TIP-Guide.pdf
140. Health Canada. “Certain Circumstances:” issues in equity and responsiveness in access to health care in Canada [Internet]. Ottawa (ON): Health Canada; c2001. Available from: https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/migration/hc-sc/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2001-certain-equit-acces-2001-certain-equit-acces-eng.pdf
141. Brouwers M, Kho M, Browman G, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *CMAJ.* 2010;182(18):E839–42.
142. Schunemann HJ, Wierioch W, Brozek J, et al. GRADE evidence to decision (EtD) frameworks for adoption, adaptation, and de novo development of trustworthy recommendations: GRADE-ADOLOPMENT. *J Clin Epidemiol.* 2017;81:101–10.
143. About RNAO. In: Registered Nurses’ Association of Ontario (RNAO) [Internet]. Toronto (ON): RNAO; c2023. Available from: [RNAO.ca/about](https://rnao.ca/about)
144. Pai M, Santesso N, Yeung CHT, et al. Methodology for the development of the NHF-McMaster Guideline on Care Models for Haemophilia Management. *Haemophilia.* 2016;22(S3):17–22.
145. The Cochrane Collaboration. RoB 2: a revised Cochrane risk-of-bias tool for randomized trials [Internet]. [place unknown]: Cochrane; 2020. Available from: <https://methods.cochrane.org/bias/resources/rob-2-revised-cochrane-risk-bias-tool-randomized-trials>
146. Sterne J, Hernán M, Reeves B, et al. ROBINS-I: a tool for assessing risk of bias in non-randomized studies of interventions. *BMJ.* 2016;355:i4919.
147. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, et al. Going from evidence to recommendations. *BMJ.* 2008;336(7652):1049–51.
148. Balshem H, Helfand M, Schünemann HJ, et al. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. *J Clin Epidemiol.* 2011;64(4):401–6.
149. Welch VA, Akl EA, Guyatt GH, et al. GRADE equity guidelines 1: considering health equity in GRADE guideline development: introduction and rationale. *J Clin Epidemiol.* 2017;90:59–67.
150. Canadian Nurses Association (CNA). Advanced nursing practice: a pan-Canadian framework [Internet]. Ottawa (ON): CNA; 2019. Available from: https://hl-prod-ca-oc-download.s3-ca-central-1.amazonaws.com/CNA/2f975e7e-4a40-45ca-863c-5ebf0a138d5e/UploadedImages/documents/nursing/Advanced_Practice_Nursing_framework_e.pdf

151. MacDonald J, Silva-Galleguillos A, Diaz OLG, et al. Enhancing the evidence-based nursing curriculum and competence in evidence-based practice. In: Grinspun D, Bajnok I, editors. Transforming nursing through knowledge: best practices for guideline development, implementation science, and evaluation. Indianapolis (IN): Sigma Theta Tau International; 2018. p. 218–38.
152. Monaghan T. A critical analysis of the literature and theoretical perspectives on theory-practice gap amongst newly qualified nurses within the United Kingdom. *Nurse Educ Today*. 2015;35:e1–e7.
153. Browning M, Pront L. Supporting nursing student supervision: an assessment of an innovative approach to supervisor support. *Nurse Educ Today*. 2015;35(6):740–5.
154. Price S, Reichert C. The importance of continuing professional development to career satisfaction and patient care: meeting the needs of novice to mid- to late-career nurses throughout their career span. *Adm Sci*. 2017;7(17):1–13.
155. Palis AG, Quiros PA. Adult learning principles and presentation pearls. *Middle East Afr Ophthalmol*. 2014;21(2):114–22.
156. Yanamadala M, Wieland D, Heflin MT. Educational interventions to improve recognition of delirium: a systematic review. *J Am Geriatr Soc*. 2013;61(11):1983–93.
157. Eggenberger E, Heimerl K, Bennet MI. Communication skills training in dementia care: a systematic review of effectiveness, training content, and didactic methods in different care settings. *Int Psychogeriatr*. 2013;25(3):345–58.
158. Grinspun D, McConnell H, Virani T, et al. Forging the way with implementation science. In: Grinspun D, Bajnok I, editors. Transforming nursing through knowledge: best practices for guideline development, implementation science, and evaluation. Indianapolis (IN): Sigma Theta Tau International; 2018. p. 96–116.
159. Thompson L. Accreditation Canada - NQuIRE International Advisory Council (IAC) Meeting. Toronto (ON); 2018.
160. About Accreditation Canada. In: Accreditation Canada [Internet]. Ottawa (ON): Accreditation Canada; [date unknown]. Available from: <https://accreditation.ca/about/>
161. Marnocha S, Westphal J, Cleveland B. Pilot program to mentor nurse leaders for the future. In: Wisconsin Nurses Association (WNA) [Internet]. [place unknown]: WNA; c2021. Available from: <https://wisconsinnurses.org/mentor-nurse-leaders-program/>
162. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Practice education in nursing [Internet]. Toronto (ON): RNAO; 2016. Available from: https://RNAO.ca/sites/rnao-ca/files/SHWE_Practice_Education_BPG_WEB_0.pdf
163. Government of Ontario. Patient, family and caregiver declaration of values for Ontario [Internet]. Toronto (ON): Government of Ontario; 2021. Available from: <https://files.ontario.ca/moh-patient-family-caregiver-declaration-of-values-for-ontario-en-2021-08-31.pdf>
164. About PODS. In: OpenLab [Internet]. [place unknown]: OpenLab; 2019. Available from: <https://pods-toolkit.uhnopenlab.ca/about/>

165. Hahn-Goldberg S, Huynh T, Chaput A, et al. Implementation, spread and impact of the Patient Oriented Discharge Summary (PODS) across Ontario hospitals: a mixed methods evaluation. BMC Health Serv Res. 2021 Dec;21(1):361.
166. My Transitional Care Plan© (MTCP). In: Behavioural Supports Ontario (BSO) [Internet]. [place unknown]: BSO; [date unknown]. Available from: <https://brainxchange.ca/MTCP>
167. Institute for Safe Medication Practices (ISMP) Canada. Ontario primary care medication reconciliation guide [Internet]. Toronto (ON): ISMP Canada; 2015. Available from: <https://www.ismp-canada.org/primarycaremedrecguide/about.htm>
168. 5 questions to ask about your medications. In: Institute for Safe Medication Practices (ISMP) Canada [Internet]. Toronto (ON): ISMP Canada; [date unknown]. Available from: <https://www.ismp-canada.org/medrec/5questions.htm>
169. Walker L, Avant KC. Strategies for theory construction in nursing. Vol. 6. Upper Saddle River (NJ): Pearson/Prentice Hall; 2019.

ia BPG

INTERNATIONAL
AFFAIRS & BEST PRACTICE
GUIDELINES

TRANSFORMING
NURSING THROUGH
KNOWLEDGE

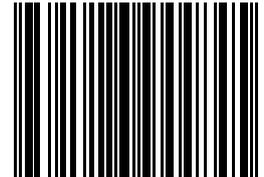
Guia Orientador de Boas Práticas

Este projeto é financiado pelo Governo de Ontário.

Para mais informações sobre
este guia, visite:



ISBN 978-1-926944-84-5



9 781926 944845

 **RNAO**

Registered Nurses' Association of Ontario
L'Association des infirmières et infirmiers
autorisés de l'Ontario

 **Ontario**