



# Residência **RP** Pediátrica

Publicação Oficial da Sociedade Brasileira de Pediatria

ISSN-Online: 2236-6814

Data de Submissão: 29/04/2020

Data de Aprovação: 07/07/2020

ARTIGO ORIGINAL

## **Checklist para desospitalização de pacientes pediátricos portadores de condição crônica complexa internados no Sistema Único de Saúde**

### **Checklist for pediatric patient dehospitalization with complex chronic condition interned in the Unified Health System**

Renata Arabian de Petta<sup>1</sup>, Daniela Valença Silva<sup>1</sup>, Ana Damaris Gonzaga<sup>2</sup>, Joyce Liberali Pekelman Rusu<sup>2</sup>, Karollini Birelo Ferreira<sup>3</sup>

#### Palavras-chave:

alta do paciente,  
pediatria,  
doença crônica,  
sistema único de saúde,  
lista de checagem.

#### Resumo

Atualmente, as unidades de terapia intensiva pediátricas encontram-se sobrecarregadas e repletas de pacientes clinicamente estáveis, contudo dependentes cronicamente de tecnologias médicas. Esses são conhecidos como portadores de condição crônica complexa. Como forma de humanizar o cuidado, minimizar intercorrências e diminuir os custos hospitalares, a desospitalização vem ocorrendo de maneira mais precoce e frequente. Entretanto, ainda existem falhas neste processo que podem ser minimizadas através de ações concretas e bem estabelecidas. Dessa maneira, o objetivo deste estudo foi desenvolver um checklist para desospitalização de pacientes pediátricos internados no Sistema Único de Saúde portadores de condição crônica complexa, a fim de auxiliar os profissionais da área da saúde a conferirem a possibilidade da alta hospitalar de forma segura. Foi realizada uma revisão de literatura no período de fevereiro a agosto de 2019 para a construção do embasamento teórico do checklist. Foram incluídos artigos disponíveis nas bases de dados em saúde (PEDro, PubMed e LILACS), utilizando os seguintes descritores: alta do paciente (*patient discharge*), doença crônica (*chronic disease*) e pediatria (*pediatrics*), datados a partir do ano de 2005 e que disponibilizassem o texto na íntegra. Foram excluídas revisões simples de literatura e artigos referentes à população adulta. Foi desenvolvido um checklist no qual foi descrita a atuação de cada profissional no processo de desospitalização. Pôde-se verificar a importância dos profissionais da saúde em conhecerem esta nova condição e, através de seus conhecimentos, instruir os familiares/cuidadores, a fim de possibilitar ao paciente pediátrico uma alta hospitalar mais segura e evitar reinternações precoces.

<sup>1</sup> Centro Universitário São Camilo, Discente de Fisioterapia - São Paulo - SP - Brasil.

<sup>2</sup> Centro Universitário São Camilo, Docente de Fisioterapia - São Paulo - SP - Brasil.

<sup>3</sup> Pediatra - Chefe da divisão de Pesquisa - IPPMG/UFRJ.

#### Endereço para correspondência:

Renata Arabian de Petta.

Centro Universitário São Camilo. Av. Nazaré, nº 1501, Ipiranga, São Paulo, SP, Brasil. CEP: 04263-200. E-mail: renataarabian@hotmail.com



**Keywords:**

patient discharge,  
pediatrics,  
checklist,  
chronic disease,  
unified health system.

## Abstract

Nowadays, pediatric intensive care units are overwhelmed and full with clinically stable patients; however, chronically dependent on medical technologies. These are known as carriers of complex chronic condition. As a way of humanizing care, minimizing complications and reducing hospital expenditure, dehospitalization has been occurring earlier and more frequently. Meantime, there is no standardization in the process, which can cause failures that can be minimized through concrete and well-established actions. Therefore, this study objective was to develop a checklist for the dehospitalization of pediatric patients admitted to the Unified Health System with complex chronic condition, to help healthcare professionals to consider the possibility of safe discharge. A literature review was conducted from February to August of 2019 for the construction of the checklists theoretical background. Articles available in the health database (PEDro, PubMed, and LILACS) were included, using the following descriptors: patient discharge, chronic disease and pediatrics, dated from the year 2005 and with full text available. Simple literature reviews and articles referring to the adult population were excluded. It was developed a checklist describing the performance of each professional in the dehospitalization process. It was possible to verify the importance of health professionals in working integrated and through the delimited flows instruct family members/caregivers in order to enable the pediatric patient a safer hospital discharge and prevent early readmissions.

## INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, o Brasil vem passando por uma transição epidemiológica, ou seja, mudanças nas causas que são capazes de produzir uma doença. Essas causas seguem uma tendência mundial, uma vez que estão relacionadas ao novo estilo de vida, população, à urbanização, ao acesso a serviços de saúde, meios de diagnóstico e tratamento<sup>1</sup>.

Tratando da população infantil, nota-se um aumento na sobrevivência de recém-nascidos prematuros, crianças portadoras de anomalias congênitas ou alterações genéticas, que antes eram consideradas inviáveis do ponto de vista médico e agora têm a chance de prolongar seu tempo de vida, porém, muitas vezes dependentes do uso intensivo de tecnologias e cuidados médicos<sup>2</sup>.

A fim de identificar essa população para que haja melhor manejo das mesmas, padronizou-se o termo: “condição crônica complexa” (CCC), que engloba crianças e adolescentes que nasceram, cresceram e se desenvolveram qualificados por um quadro clínico complexo, marcado por limitações funcionais, mentais e orgânicas, com duração de, ao menos, 12 meses dependentes de assistência médica especializada e que tenham passado por um período de hospitalização em um centro de cuidado terciário<sup>2</sup>. Ademais, trata-se de uma condição irreversível e, portanto, exige participação efetiva do sistema de saúde, seus profissionais, bem como dos pais e cuidadores do paciente<sup>3</sup>.

Diante deste cenário, percebe-se uma sobrecarga nas demandas por assistência à saúde, representando excessivo custo aos hospitais e às famílias<sup>4</sup>. De acordo com Silva e Fonseca (2019)<sup>5</sup>, 65% dos pacientes com CCC que foram hospitalizados uma vez precisaram de, ao menos, mais uma hospitalização no período de um ano. Isto representa que a cronicidade dos casos clínicos ocasiona, na maioria dos casos, dependência às tecnologias médicas, retardando o processo de desospitalização destes pacientes<sup>2,5</sup>.

Entretanto, observa-se uma tendência em desospitalizar estes pacientes para que continuem o tratamento em

ambiente domiciliar. Segundo o Ministério da Saúde (2012)<sup>6</sup>, a desospitalização promove diversos benefícios, entre eles: humanização da atenção, conforto para o usuário e sua família, minimização das intercorrências clínicas e disponibilidade de leitos hospitalares. Porém, para que este processo ocorra de forma segura e eficaz, faz-se necessário o envolvimento de três esferas: a científica-prática (correspondente ao trabalho dos profissionais da saúde envolvidos no caso), a legislativa e a administrativa (encargo dos hospitais e entidades de apoio à saúde domiciliar)<sup>7</sup>.

Dessa maneira, o objetivo do presente estudo foi desenvolver um *checklist* para a equipe multidisciplinar realizar a desospitalização de pacientes pediátricos portadores de condição crônica complexa internados no Sistema Único de Saúde (SUS) de forma segura.

## MÉTODOS

Foi realizada uma revisão de literatura, no período de fevereiro a agosto de 2019, para a construção do embasamento teórico do *checklist*. Foram incluídos artigos disponíveis nas bases de dados em saúde (PEDro, PubMed e LILACS), utilizando os seguintes descritores: alta do paciente (*patient discharge*), doença crônica (*chronic disease*) e pediatria (*pediatrics*), datados a partir do ano de 2005 e que disponibilizassem o texto na íntegra. Foram excluídas revisões simples de literatura e artigos referentes à população adulta.

## RESULTADOS

Para que o processo de desospitalização seja benéfico, a equipe multiprofissional envolvida no caso deve seguir uma checagem importante a fim de evitar falhas, bem como esquecimento de itens imprescindíveis para que o paciente e sua família/cuidadores estejam preparados para viver essa nova realidade, evitando a piora dos casos e uma possível re-institucionalização.

O *checklist* (Tabela 1) apresenta os principais tópicos a serem seguidos pelos diversos profissionais que atuam nas

**Tabela 1.** Checklist para desospitalização de pacientes pediátricos portadores de Condição Crônica Complexa internados no Sistema Único de Saúde, São Paulo, SP, Brasil, 2019.

Equipe Médica	Equipe de Psicologia	Equipe de Enfermagem	Equipe de Fisioterapia	Equipe de Nutrição	Equipe de Fonoaudiologia	Equipe de Terapia Ocupacional	Equipe de Engenharia Clínica	Equipe de Assistência Social
Realização do plano de alta: - Avaliação de critérios clínicos; - Solicitação de exames complementares.	Avaliação do estado psicossocial do paciente e familiares.	Treinamento dos familiares/ cuidadores quanto à: - Higiene; - Manuseio de sondas (gastrostomia); - Trocas de decúbito; - Administração medicamentosa; - Preparo para possíveis intercorrências.	Verificação do suporte ventilatório (modo e parâmetros)  Treinamento dos familiares/ cuidadores quanto à: - Aspiração; - Manuseio do ventilador mecânico; - Oxigenoterapia; - Exercícios de fisioterapia motora; - Utilização do ambu em possíveis intercorrências; - Posicionamento do paciente.	Prescrição do modo de administração da dieta conforme acordado pela equipe.	Avaliação das funções mastigatórias, fonéticas e deglutivas.	Verificação da necessidade de órteses ou instrumentos facilitadores	Verificação e/ou manutenção de equipamentos eletrônicos	Avaliação das condições socioeconômicas e ambientais
Entregar por escrito os encaminhamentos de terapias associadas e prescrição médica.	Acompanhamento psicológico do paciente e familiares/ cuidadores até a alta hospitalar.		Testar o novo modo de administração de dias antes da alta hospitalar.	Orientação e treinamento aos familiares/ cuidadores de exercícios preestabelecidos			Assinatura e liberação do aparelho	Quando solicitados, auxiliar na aquisição de: - Fármacos; - Materiais solicitados pela equipe; - Aparelhos de ventilação mecânica e oxigenoterapia (consultar a RAS**); - Encaminhar o paciente à AD***; - Encaminhar o paciente às terapias associadas.
Aprovação do plano de alta, assinatura e carimbo dos documentos necessários à desospitalização.			Orientação aos familiares/ cuidadores quanto ao modo de administração e manuseio da dieta.					Carimbo/ Assinatura:
Carimbo/Assinatura:	Carimbo/Assinatura:	Carimbo/ Assinatura:	Carimbo/ Assinatura:	Carimbo/ Assinatura:	Carimbo/ Assinatura:	Carimbo/Assinatura:	Carimbo/Assinatura:	Carimbo/ Assinatura:

OBS.: Todos os profissionais da equipe multiprofissional devem realizar o plano de alta e entregar as orientações por escrito aos familiares/cuidadores do paciente.

\* VM: Ventilação Mecânica.

\*\* RAS: Rede de Atenção à Saúde.

\*\*\* AD: Atenção Domiciliar.

Unidades de Terapia Intensiva Pediátricas (UTIP's), para que a desospitalização possibilite vantagens não só aos usuários, mas também aos hospitais e à sociedade<sup>8</sup>.

O processo inclui etapas como: identificação do grau médico no qual o paciente se encontra (realizado através de exames complementares e avaliação de critérios clínicos); estado psicossocial do paciente e seus acompanhantes; avaliação do ambiente (casa do paciente); e condição financeira<sup>9</sup>.

Concomitantemente, é importante que a equipe de psicologia da unidade hospitalar verifique as condições psicológicas da família em deixar o hospital e receber este indivíduo no domicílio, podendo acompanhar essa unidade familiar desde o planejamento da alta até sua conclusão propriamente dita<sup>10</sup>.

A equipe de enfermagem é considerada uma das mais próxima dos pacientes e familiares e, por isso, apresenta grande responsabilidade em transmitir seus conhecimentos e habilidades aos pais e cuidadores, para que os mesmos possam garantir estabilidade física às crianças. Portanto, suas tarefas são voltadas ao ensino sobre verificação dos sinais vitais e possíveis intercorrências, capacidade de alimentar independente da condição na qual se encontra o paciente, realizar a higienização de sondas, fraldas, garantir a integridade da pele, realizar mudanças de decúbitos e orientar sobre a oferta dos medicamentos. Caso os cuidadores não tenham condições de comprar todos os medicamentos, a equipe de assistência social deve ser requisitada<sup>11</sup>.

A equipe de nutrição deve avaliar e prescrever a melhor forma de administrar a dieta destes pacientes em domicílio e, para isso, deve ser testada dias antes da desospitalização, verificando possíveis rejeições, através de sinais como: vômitos, distensão abdominal, diarreia, constipação. Neste momento de avaliação do paciente, a família também deve ser avaliada e acolhida para que haja concordância entre as ideias dos profissionais e as preferências, necessidades e recursos das famílias<sup>12</sup>.

Durante a internação hospitalar o atendimento do profissional fonoaudiólogo é baseado em estimulação sensorio motora oral com exercícios para adequação de tônus, sensibilidade e mobilidade dos órgãos fonarticulatórios. Após ventilação mecânica invasiva, a fonoterapia também abrange avaliações com escalas específicas das funções mastigatórias, fonéticas e deglutivas<sup>13</sup>.

O terapeuta ocupacional avalia as necessidades instrumentais do paciente, podendo ser indicado instrumentos facilitadores de função, não só com relação à manipulação dos alimentos, mas também com relação aos movimentos em geral, prevenindo deformidades<sup>14</sup>.

A equipe de fisioterapia deve acompanhar todo o suporte respiratório do paciente, verificar a necessidade de oxigenoterapia e, em conjunto com os assistentes sociais e com a família, avaliar se os mesmos têm condições de oferecer este tipo de tecnologia em seu domicílio. Caso

contrário, a equipe de assistentes sociais deve notificar à rede de atenção à saúde (RAS) para que os mesmos, a partir dos fluxos do SUS, consigam fornecer os equipamentos e cuidados domiciliares. Além disso, cabe aos fisioterapeutas instruir os cuidadores sobre todos os cuidados que os pacientes precisarem como: realização de aspiração (endotraqueal, orotraqueal e nasotraqueal), manuseio dos ventiladores mecânicos, realização da oxigenoterapia, fisioterapia motora e treinamento da utilização da bolsa autoinflável (AMBU) para possíveis intercorrências<sup>15</sup>.

A equipe de engenharia clínica avalia e/ou realiza a manutenção de qualquer equipamento eletrônico que envolve o cuidado do paciente. Após a checagem, o engenheiro técnico responsável deve assinar a liberação. Antes que o paciente vá para casa, recomenda-se que o aparelho de ventilação mecânica seja testado no paciente por, pelo menos 48 horas, para vigilância e treinamentos<sup>16</sup>.

## DISCUSSÃO

O presente estudo pôde identificar que no momento atual, no qual se encontram os países desenvolvidos e em desenvolvimento, um brusco declínio na taxa de mortalidade infantil faz-se presente. Por outro lado, há um significativo aumento dos quadros complexos crônicos, culminando em elevadas taxas de internação e cuidados específicos com estes pacientes<sup>17</sup>.

Estudos epidemiológicos indicam a alta incidência de doenças do aparelho respiratório como sendo a principal causa de hospitalização de pacientes pediátricos crônicos no Brasil, seguido de doenças neoplásicas e doenças do sistema nervoso<sup>18-20</sup>. Ademais, tendo em vista a necessidade contínua de tecnologias que asseguram a vida destes usuários, as UTIPs estão entre os principais setores que mais oneram o orçamento hospitalar<sup>21</sup>.

Diante do panorama presente, uma nova perspectiva de cuidado para os pacientes com CCC surge. A assistência domiciliar ganha ênfase e importância, pois torna-se ferramenta essencial no processo de desospitalização dos pacientes. Segundos os autores Feuerwerker e Merhy (2008)<sup>8</sup> e Silva et al. (2010)<sup>22</sup>, uma cascata de situações benéficas podem ocorrer com este processo: no momento em que a desospitalização ocorre há diminuição do tempo de internação do usuário; se for realizada de maneira segura, pode haver a diminuição do número de reinternações e das complicações infecciosas provenientes do ambiente hospitalar; melhor adesão do tratamento proporcionado pelo domicílio<sup>8,22</sup>.

Apesar dos benefícios da desospitalização, o primeiro trimestre do paciente pediátrico em cuidados domiciliares compreende o período mais crítico, com maior probabilidade de retorno ao hospital para reinternação. Entretanto, a intervenção através do conhecimento e treinamento do cuidador diminui em 75% a readmissão hospitalar por recorrência do quadro que levou à primeira hospitalização<sup>23</sup>.

Para os autores Ndidi et al. (2017)<sup>24</sup>, o estresse provocado pela hospitalização somado à expectativa que os familiares têm em executar o plano de cuidado pós-alta, pode contribuir para uma desospitalização turbulenta<sup>24</sup>. Assim como a educação inadequada por parte dos profissionais para com os cuidadores, falhas na comunicação entre ambas as partes, falta de clareza dos planos de cuidado e a insegurança dos cuidadores podem desenvolver desfechos adversos<sup>25</sup>. Em um estudo recente, os autores ainda acrescentam que famílias com status socioeconômico menos favorecido podem experimentar desafios e estresse maior neste processo<sup>26</sup>.

Outros estudos apontam que 1 a cada 5 famílias relataram grandes dificuldades com a transição hospital-casa, fato que pode corroborar em desfechos ruins para as crianças como a readmissão. Sendo assim, a readmissão se torna um importante indicador de falha na desospitalização<sup>25,27</sup>.

Logo, em concordância com o presente estudo, a desospitalização bem sucedida deve iniciar a partir da evolução do paciente hospitalizado e abranger, necessariamente, abordagens centradas no paciente e sua família através da comunicação eficiente entre a equipe multiprofissional e com os familiares; estabelecer contato direto com os prestadores de cuidados primários; coordenação do cuidado e compreensão e apoio aos familiares, fornecendo ferramentas para que todas as dúvidas sejam sanadas antes da alta hospitalar<sup>28-30</sup>.

A compreensão e apoio aos familiares pôde ser melhor entendida após os autores Rennick et al. (2019)<sup>17</sup> demonstrarem que os pais dos pacientes pediátricos com CCC desenvolvem, ao passar do tempo, conhecimentos especializados em relação às necessidades de cuidados da saúde de seus filhos<sup>17</sup>. Portanto, a relação entre os profissionais e os pais/cuidadores é essencial para que haja troca de conhecimentos com o objetivo único de favorecer a condição de saúde dos pacientes.

Sabe-se que, na prática clínica, este processo acontece cada vez com mais frequência, contudo, muitas das vezes sem fluxo pré-estabelecido. Sendo assim, uma das limitações desta pesquisa foi justamente a falta de evidências científicas para a descrição da atuação dos diferentes profissionais neste perfil de pacientes.

Vale ressaltar, portanto, a importância de se ter tarefas bem definidas e estabelecidas, como as do *checklist*, mesmo que sejam realizadas por diferentes profissionais em cada hospital por questões de demanda e logística, a organização em equipes, estabelecendo encargos para cada profissional, auxilia na construção do cuidado e realização de um objetivo em comum.

## CONCLUSÃO

Foi elaborado um *checklist* de desospitalização de pacientes pediátricos com condição crônica complexa internados no Sistema Único de Saúde. Espera-se que este possa guiar os profissionais da saúde e evitar falhas através da

checagem de itens essenciais no processo de desospitalização e entrega de orientações por escrito aos pais e cuidadores.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Organização Pan-Americana da Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro – situação e desafios atuais. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.
2. Moreira MCN, Albernaz LV, Sá MRC, Correia RF, Tanabe RF. Recomendações para uma linha de cuidados para crianças e adolescentes com condições crônicas complexas de saúde. Cad Saúde Pública. 2017;33(11):e00189516.
3. Moura EC, Moreira MCN, Menezes LA, Ferreira IA, Gomes R. Condições crônicas complexas em crianças e adolescentes: internações no Brasil, 2013. Ciênc Saúde Colet. 2017 Ago;22(8):2727-34.
4. Cohen E, Kuo DZ, Agrawal R, Berry JG, Bhagat SKM, Simon TD, et al. Children with medical complexity: an emerging population for clinical and research initiatives. Pediatrics. 2011 Mar;127(3):529-38.
5. Silva PSL, Fonseca MCM. Which children account for repeated admissions within 1 year in a Brazilian pediatric intensive care unit? J Pediatr (Rio J). 2019 Set/Out;95(5):559-66.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
7. Franco RF, Stralen CJV. Desinstitucionalização psiquiátrica: do confinamento ao habitar na cidade de Belo Horizonte. Psicol Soc. 2015;27(2):312-21.
8. Feuerwerker LCM, Merhy EE. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. Rev Panam Salud Publica. 2008;24(3):180-8.
9. Smith VC, Hwang SS, Dukhovny D, Young S, Pursley DM. Neonatal intensive care unit discharge preparation, family readiness and infant outcomes: connecting the dots. J Perinatol. 2013 Jun;33(6):415-21.
10. Purdy IB, Craig JW, Zeanah P. NICU discharge planning and beyond: recommendations for parent psychosocial support. J Perinatol. 2015 Dez;35(Supl 1):S24-S8.
11. Weiss ME, Sawin K, Galton K, Johnson NL, Klingbeil C, Lerret S, et al. Discharge teaching, readiness for discharge, and post-discharge outcomes in parents of hospitalized children. J Pediatr Nurs. 2017 Mai/Jun;35:64-8.
12. Sevilla WMA, McElhanon B. Optimizing transition to home enteral nutrition for pediatric patients. Nutr Clin Pract. 2016 Dez;31(6):762-8.
13. Silva DLR, Lira FOQ, Oliveira JCC, Canuto MSB. Atuação da fonoaudiologia em unidade de terapia intensiva de um hospital de doenças infecciosas de alagoas. Rev CEFAC. 2016 Jan/Fev;18(1):174-81.
14. Khetani MA, Albrecht EC, Jarvis JM, Pogorzelski D, Cheng E, Choong K. Determinants of change in home participation among critically ill children. Dev Med Child Neurol. 2018 Ago;60(8):793-800.
15. Liberali J, Davidson J, Santos AMN. Disponibilidade de assistência fisioterapêutica em unidades de terapia intensiva neonatal na cidade de São Paulo. Rev Bras Ter Intensiva. 2014 Jan/Mar;26(1):57-64.
16. Engenharia Clínica. Biotecnologia - Engenharia Clínica. Eles não são médicos mas salvam vidas [Internet]. São Paulo: Engenharia Clínica Ltda.; 2002; [acesso em 2020 abr 02]. Disponível em: [http://engenhariaclinica.com.br/artigos\\_01.htm](http://engenhariaclinica.com.br/artigos_01.htm)
17. Rennick JE, St-Sauveur I, Knox AM, Ruddy M. Exploring the experiences of parent caregivers of children with chronic medical complexity during pediatric intensive care unit hospitalization: an interpretive descriptive study. BMC Pediatr. 2019 Ago;19:272-81.
18. Ferrer APS, Sucupira ACSL, Grisi SJFE. Causes of hospitalization among children ages zero to nine years old in the city of São Paulo, Brazil. Clinics. 2010;65(1):35-44.

19. Lanetzki CS, Oliveira CAC, Bass LM, Abramovici S, Troster EJ. O perfil epidemiológico do Centro de Terapia Intensiva Pediátrico do Hospital Israelita Albert Einstein. *Einstein*. 2012 Mar;10(1):16-21.
20. Ministério de Saúde (BR). Informações de Saúde. Morbidade hospitalar do SUS. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2019.
21. Andrade VND, Amoretti CF, Torreão LA, Souza IT. Perfil das internações por causas respiratórias em duas unidades de terapia intensiva pediátricas em Salvador, Bahia. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2017 Set;40(1):250-62.
22. Silva KL, Sena RR, Seixas CT, Feuerwerker LCM, Merhy EE. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(1):166-76.
23. Perera N, Abeyseena C. Effectiveness of providing health education to caregivers of hospitalized children with asthma for the prevention of recurrent attacks: a quasirandomized trial. *J Asthma*. 2019 Nov;57(11):1244-52.
24. Ndidu IU, Statile A, Jerardi K. Improving the readability of pediatrics hospital medicine discharge instructions. *J Hosp Med*. 2017;12(7):551-7.
25. Solan LG, Beck AF, Brunswick SA, Sauers HS, Wade-Marphy S, Simmons JM, et al. The family perspective on hospital to home transitions: a qualitative study. *Pediatrics*. 2015 Dez;136(6):1539-49.
26. Beck AF, Solan LG, Brunswick AS, Sauers-Ford H, Simmons JM, Shah S, et al. Socioeconomic status influences the toll paediatric hospitalisations take on families: a qualitative study. *BMJ Qual Saf*. 2017 Abr;26(4):304-11.
27. Gay JC, Agrawal R, Auger KA, Beccaro MAD, Eghtesady P, Fieldston ES, et al. Rates and impact of potentially preventable readmissions at children's hospitals. *J Pediatr*. 2015 Mar;166(3):613-9.
28. Cipriano P. The imperative for patient-, family-, and population-centered interprofessional approaches to care coordination and transitional care: a policy brief by the American Academy of Nursing's Care Coordination Task Force. *Nurs Outlook*. 2012 Set/Out;60(5):330-3.
29. Lye PS; American Academy of Pediatrics Committee on Hospital Care and Section on Hospital Medicine. Clinical report: physicians' roles in coordinating care of hospitalized children. *Pediatrics*. 2010 Out;126(4):829-32.
30. Snow V, Beck D, Budnitz T, Miller DC, Potter J, Wears RL, et al. Transitions of care consensus policy statement American College of Physicians, Society of General Internal Medicine, Society of Hospital Medicine, American Geriatrics Society, American College of Emergency Physicians, and Society for Academic Emergency Medicine. *J Gen Intern Med*. 2009 Ago;24(8):971-6.