







# Transição do cuidado de pacientes com Covid-19 do hospital para outros pontos da rede de atenção: contribuições da gestão da clínica

## Transición de la atención a pacientes con Covid-19 del hospital a otros puntos de la red asistencial: aportes de la gestión clínica

Leonardo Pedro dos Santos Alves<sup>1</sup> , Vanessa Alves Mendes<sup>1</sup> , Jordany Lopes Viegas Pulcherio<sup>1</sup> , Caroline Cechinel-Peiter<sup>2</sup> , Gímerson Erick Ferreira<sup>1</sup> , Mara Regina Rosa Ribeiro<sup>1</sup> 

### RESUMO

**Introdução:** A transição do cuidado da atenção hospitalar para outros pontos da rede de atenção à saúde constitui desafio à gestão em saúde na contemporaneidade, pois, a depender do modo como ocorre, pode influenciar na experiência do paciente, bem como na qualidade, segurança e efetividade do cuidado. Do ponto de vista da gestão da clínica, modelo que orienta-se por evidências científicas e constitui-se em tecnologias de microgestão que visam atenção à saúde de qualidade, esta transição deve ser centrada na pessoa usuária dos serviços e em suas demandas de saúde, objetivando melhores resultados e integralidade do cuidado. Entretanto, em contextos pandêmicos, a transição do cuidado pode ser comprometida, sendo importante e necessário reconhecê-la, no sentido de propor mecanismos de gestão da clínica potencializadores de uma transição efetiva. **Objetivo:** avaliar a transição de cuidado de pacientes pós-Covid-19, do hospital para outros pontos da rede de atenção à saúde, à luz da gestão da clínica. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal com 29 pacientes, abordados após alta de um hospital público federal do centro-oeste brasileiro. Utilizou-se um instrumento para caracterização sociodemográfica, um outro contendo informações da internação e estado clínico, bem como para avaliação da qualidade e experiência dos pacientes na transição do cuidado realizou-se o preenchimento do instrumento *Care Transitions Measure* (CTM-15). **Resultados:** A transição de cuidados do paciente, de serviços hospitalares para outros pontos da rede de atenção, apresentou-se satisfatória no contexto investigado, apresentando pontuação média de 74,7. Dentre os fatores avaliados, o relacionado ao preparo para a alta foi o de maior pontuação enquanto que o relacionado ao plano de cuidado o menor. Houve associação significativa entre os fatores do CTM-15 com idade, renda e dias de internação em UTI. **Conclusão:** Na perspectiva da gestão da clínica, a transição efetiva faz-se pela formulação e desenvolvimento de estratégias e processos que permitem dar respostas satisfatórias às diferentes demandas relacionadas ao cuidado transicional, o que equivale a implementar soluções estruturais e processuais de coordenação, continuidade do cuidado e integração assistencial, centradas no indivíduo e em sua família, por todo o contínuo da atenção. O estudo aponta para a necessidade e importância do envolvimento entre os diversos atores envolvidos na produção de cuidados, na construção de planos de cuidados que considerem os saberes e potencialidades para assegurar a continuidade e efetividade do cuidado.

**Descritores:** Cuidado transicional, Assistência centrada no paciente, Alta do paciente, Continuidade da assistência ao paciente, Covid-19.

<sup>1</sup>Universidade Federal de Mato Grosso, Faculdade de Enfermagem, Cuiabá, (MT), Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Enfermagem, Florianópolis, (SC), Brasil



## INTRODUÇÃO

A transição do cuidado da atenção hospitalar para outros pontos da rede de atenção à saúde (RAS) constitui desafio estratégico à gestão na contemporaneidade, pois, quando deficiente, manifesta-se em falhas na comunicação, peregrinação do usuário na RAS, percepção de ausência de continuidade do cuidado, dentre outras situações que interferem negativamente na experiência do paciente e comprometem a qualidade, segurança e efetividade do cuidado<sup>1</sup>.

Do ponto de vista da gestão da clínica, modelo que orienta-se por evidências científicas e tecnologias de microgestão que visam a atenção à saúde de qualidade, esta transição deve ser centrada na pessoa usuária dos serviços e em suas demandas de saúde, objetivando melhores resultados e integralidade do cuidado<sup>1</sup>. Cuidados de transição dizem respeito às ações cuja finalidade consistem em assegurar a coordenação e a continuidade dos cuidados às pessoas em transferência entre diferentes serviços ou níveis de complexidade na RAS<sup>2</sup>. Trata-se de um processo amplo e complexo que envolve pacientes e seus familiares, equipe multiprofissional e gestores, nos diferentes níveis de atenção à saúde e seus dispositivos de atenção, de modo que a articulação dos serviços na RAS seja promovida de maneira eficaz<sup>3</sup>.

Em contextos pandêmicos, a transição do cuidado pode ser ainda mais desafiadora, sendo importante e necessário reconhecê-la, no sentido de propor mecanismos de gestão da clínica potencializadores da transferência de informações e responsabilidades de maneira efetiva. Estudos relatam que pacientes com covid-19 permaneceram hospitalizados por período

entre 10 dias e 33 dias, a depender da gravidade da infecção e histórico de comorbidades<sup>4,5</sup>. A permanência no hospital por este período, faz com que os cuidados de transição sejam indispensáveis para assegurar a mudança bem-sucedida do hospital para outros serviços da RAS, tendo papel fundamental na prevenção de eventos adversos da doença, diminuição da inflamação e melhora na função pulmonar<sup>6</sup>. Em geral, pacientes infectados pela forma grave da covid-19 apresentavam sinais e sintomas de pneumonia viral, que poderiam culminar na Síndrome de Dificuldade Respiratória Aguda (SDRA), insuficiência cardíaca aguda, lesão renal aguda, infecção, sepse ou choque<sup>7</sup>, além de sequelas diversas que prescindem da continuidade de cuidados no pós-alta da atenção hospitalar.

Nesse sentido, o gerenciamento de processos em prol de cuidados de transição mostra-se propulsor de melhorias da qualidade da atenção à saúde, na medida que pressupõe a articulação de mecanismos de coordenação, continuidade e integração da assistência nos diversos pontos da RAS. Para tanto, é fundamental que a equipe multiprofissional instrumentalize a família na transição de cuidados, do hospitalar para os demais serviços da RAS, conforme as necessidades de saúde do paciente<sup>8</sup>, sendo necessário o estabelecimento de processos articulados e de cooperação entre atores, mecanismos de gerenciamento e pontos de atenção envolvidos.

É destacado na literatura que pacientes recuperados da covid-19 sentem-se mais preparados para a saída do hospital quando em sua alta são utilizados protocolos claros, recursos de informação adequados, e estratégias de comunicação eficientes da equipe de saúde para com eles<sup>9</sup>. Quando os serviços de saúde têm

a transição do cuidado bem estabelecida, há garantia de protocolos para o gerenciamento de sintomas para fornecer atendimento psicossocial e comunicação com os pacientes<sup>6</sup>. Desse modo, as estratégias de transição do cuidado mostram-se propuloras da qualificação do cuidado prestado ao paciente em processo de desospitalização<sup>10</sup>, por promover um ciclo completo de atendimento e propiciar melhores alternativas em relação às necessidades de saúde das pessoas e sociedade, o que implica a continuidade da atenção e a integralidade do cuidado<sup>1</sup>.

Embora a alta hospitalar e a transição de cuidados sejam processos interligados, essa iniciativa ainda está muito fragilizada nas instituições de saúde brasileiras<sup>10</sup>. Estudo recente realizado na região Sudeste do país, destacou a existência de fortes obstáculos para assegurar o planejamento de alta, visando a continuidade dos cuidados, evidenciando a descoordenação da atenção, manifesta pela fragmentação entre os diferentes serviços e níveis de assistência da RAS, barreiras no fluxo de comunicação, polarização na atenção hospitalar e fragilidade na coordenação do cuidado<sup>11</sup>. Por si só, a transição de cuidado entre a atenção hospitalar e os demais pontos da RAS é reconhecida como contexto de risco para a segurança do paciente, visto que a não realização, ou mesmo falhas nos processos de transição, podem aumentar a morbimortalidade, elevar risco de eventos adversos, retardar o tempo de tratamento e recuperação, gerar reinternações e danos emocionais para os pacientes e familiares, dentre outros agravantes<sup>12</sup>.

Ainda que diversos estudos considerem a importância da avaliação do cuidado transicional<sup>2,3,8-11</sup>, do hospital para os diversos pontos da RAS, urge a necessidade de

maior investimento em pesquisas que permitam mudanças na formulação e desenvolvimento de estratégias para a transição do cuidado. Isso porque, o gerenciamento de processos articulados com vistas à continuidade da assistência ao paciente após a alta hospitalar ainda não tem se mostrado plenamente consolidado, o que sinaliza a necessidade de estudos acerca dessa problemática. Ademais, acredita-se que a avaliação do paciente acerca da sua experiência neste processo de transição do hospital para outros pontos da RAS possua relevância social e estratégica, por oportunizar possibilidades de melhorias na qualidade da atenção, e subsidiar a tomada de decisão.

Face ao exposto, e considerando a necessidade social e científica de estudos concretos na problemática em tela, indagou-se: como os pacientes recuperados da covid-19 avaliam a transição de seus cuidados após alta hospitalar para o domicílio e outros pontos da RAS? Desta forma, o objetivo deste estudo consistiu em avaliar a transição do cuidado de pacientes recuperados da covid-19, do hospital para outros pontos da rede de atenção à saúde, à luz da gestão da clínica.

## MÉTODOS

Estudo quantitativo de delineamento transversal, seguindo as diretrizes *Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology* (STROBE)<sup>13</sup>. Realizou-se a pesquisa em um hospital universitário de médio porte, localizado na região centro-oeste do Brasil, com atendimentos voltados unicamente ao Sistema Único de Saúde (SUS). Durante a pandemia da covid-19, tornou-se referência para o atendimento de casos graves da doença.

A população de estudo foi constituída por pacientes recuperados da covid-19, que tiveram alta do hospital, no período de coleta de dados, compreendido de abril a dezembro de 2021, e que cumpriram os seguintes critérios de elegibilidade: possuir fluência no idioma português; ter sido hospitalizado em unidade de atendimento para covid-19 no hospital investigado, por no mínimo por 72 horas; ter recebido alta hospitalar em período superior a sete dias e inferior a 30 dias. Os critérios de exclusão foram: pacientes menores de 18 anos e aqueles que não responderam a três tentativas de contato telefônico.

Para definição da amostra, realizou-se cálculo amostral por meio do programa Winpepi, versão 11.65, utilizando-se o número de leitos do hospital. Considerou-se margem de erro de 4 pontos, desvio padrão de 17,1 e nível de confiança de 95%<sup>14</sup>. Desta forma, foi estimada uma amostra mínima de 26 pacientes. A amostra foi composta por 29 pacientes recuperados da covid-19 após alta do hospital para casa, sob responsabilidade dos serviços de atenção primária de saúde.

A coleta de dados aconteceu via contato telefônico, como medida de mitigação dos riscos da pandemia da covid-19, na vigência do recorte temporal citado, e foi conduzida por pesquisadores devidamente capacitados. A ordem de abordagem aos pacientes deu-se de maneira aleatória, com base na disponibilização da lista mensal de altas do serviço, a qual continha informações gerais do paciente e telefones para contato. O contato individualizado aos pacientes elegíveis ocorreu no ambiente hospitalar dos pesquisadores, sendo estes convidados a participarem da pesquisa, por meio da apresentação sumária do projeto, esclarecimentos gerais sobre a investiga-

ção e leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para que estes expressassem verbalmente seus consentimentos em participar da pesquisa. No momento das ligações telefônicas, os pacientes foram assegurados em relação ao anonimato na divulgação dos resultados, e devidamente informados sobre os procedimentos de coleta adotados e acerca dos possíveis riscos e benefícios com sua participação.

Após o consentimento, os pesquisadores realizaram o preenchimento do questionário de caracterização sociodemográfica para coleta de variáveis referentes a este: sexo, faixa etária, escolaridade, raça e município de residência. Na sequência, realizaram o preenchimento do questionário de internação e condição clínica do paciente, em que foram coletados dados relacionados ao estado clínico dos pacientes: dias de internação (geral ou em UTI); uso de ventilação mecânica invasiva; histórico de tabagismo; comorbidades; sinais e sintomas de covid-19. Por fim, para avaliação da qualidade e da experiência dos pacientes na transição do cuidado realizou-se o preenchimento do instrumento *Care Transitions Measure* (CTM-15), versão brasileira<sup>15</sup>.

O instrumento foi desenvolvido nos Estados Unidos da América, a partir de grupos focais com pacientes e seus cuidadores, para avaliar a qualidade e a experiência da transição de cuidado nos aspectos relacionados à transferência de informação, preparação dos pacientes e cuidadores, apoio para autogerenciamento e garantia das preferências dos pacientes e cuidadores no plano de cuidados. A versão brasileira foi validada em 2016, apresentando equivalência semântica com o original, boa aplicabilidade e fácil compreensão, além de validação de face e

conteúdo, consistência interna e estabilidade temporal satisfatórios<sup>15</sup>.

Trata-se de uma escala do tipo Likert de concordância, com pontuação de 1 a 5, conforme a percepção do paciente sobre sua experiência acerca da continuidade dos cuidados no processo de transferência entre diferentes serviços, em que a pontuação “1” refere-se a discordo muito, “2” discordo, “3” concordo, “4” concordo muito e “5” não sei/não me lembro/não se aplica. Composto por 15 itens, o CTM-15 estrutura-se em quatro fatores: 1) preparação para autogerenciamento; 2) entendimento sobre medicações; 3) preferências asseguradas; e, 4) plano de cuidado. A escala gera um escore, o qual não possui uma pontuação específica em que seja possível classificar o atendimento como bom ou ruim, entretanto, pontuações baixas indicam uma transição de qualidade inferior e pontuações altas indicando uma transição melhor<sup>15</sup>.

Os dados coletados foram digitados com dupla checagem em planilhas eletrônicas do software Microsoft Office Excel® para posterior processamento com uso do pacote estatístico *Statistical Package for the Social Science* (SPSS). A análise dos dados foi realizada por meio de estatística descritiva e inferencial, utilizando-se os testes de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis e

correlação de Spearman. Considerou-se o nível de significância de 95% ( $p < 0,05$ ).

Os preceitos éticos e legais que regem pesquisas com seres humanos foram respeitados, incluindo as Resoluções 466/2012, 510/2016 e 580/2018 do Ministério da Saúde. O projeto multicêntrico do qual provém este estudo, intitulado “Avaliação do cuidado de enfermagem a pacientes com covid-19 em hospitais universitários brasileiros”, aprovado em chamada pública (nº 005/2020 - nº07/2020) para pesquisas para enfrentamento da covid-19, suas consequências e outras síndromes respiratórias agudas graves (Processo nº: 402392/2020-5), bem como por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Catarina sob CAAE nº 4023392/2020-5, e em CEP local, conforme parecer ético institucionalizado nº 4.466.821.

## RESULTADOS

Da amostra geral (n=29), predominaram pacientes do sexo feminino (79,3%), com idade média de 39,9 anos ( $\pm 15,8$ ), pardas (72,4%), com ensino médio completo (44,9%), renda *per capita* média de 0,6 salários mínimos ( $\pm 0,9$ ), oriundos, tanto da região metropolitana (55,2%), quanto do interior do Estado (44,8%) (Tabela 1).

**Tabela 1** - Estatística descritiva das variáveis categóricas dos pacientes acometidos com covid-19. Cuiabá, MT, Brasil, 2021.

<b>Variáveis categóricas</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	23	79,3
Masculino	6	20,7
<b>Faixa etária</b>		
21   29 anos	9	31,0
30   59 anos	16	55,2
≥ 60 anos	4	13,8
Média de idade (±DP)	39,9 anos (±15,8)	
<b>Escolaridade</b>		
Ensino fundamental incompleto	7	24,1
Ensino fundamental completo	3	10,3
Ensino médio	13	44,9
Ensino superior	6	20,7
<b>Raça (autorreferida)</b>		
Parda	21	72,4
Preta	2	6,9
Branca	4	13,8
Outros	2	6,9
<b>Município de residência</b>		
Região metropolitana	16	55,2
Interior	13	44,8

Fonte: dados da pesquisa, 2021.

Constatou-se ainda que estes pacientes estiveram internados no hospital, em média, 32 dias ( $\pm 33,0$ ), sendo em média 13 dias em UTI ( $\pm 18,9$ ). Em relação ao estado de saúde destes pacientes, boa parte relatou ter feito uso de ventilação mecânica invasiva (48,3%), e negaram his-

tórico de tabagismo (89,7%). A comorbidade mais frequente foi a hipertensão arterial sistêmica (24,1%), sendo os sintomas mais comuns apresentados: falta de ar (79,3%), febre (75,9%), fadiga (65,5%), dor no corpo (69%) e tosse (65,5%) (Tabela 2).

**Tabela 2** - Condição de saúde dos pacientes, segundo critérios da pesquisa. Cuiabá, MT, Brasil, 2021.

<b>Dias de internação</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>
Geral	32,6	33,0
Em UTI	13,1	18,9
<b>Uso de ventilação mecânica invasiva</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Não	15	51,7
Sim	14	48,3
<b>Histórico de tabagismo</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Não	26	89,7
Sim	2	6,9
<b>Comorbidades</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Hipertensão arterial sistêmica	7	24,1
Diabetes	5	17,2
Doença respiratória crônica	3	10,3
Obesidade	4	13,8
Doenças cardiovasculares	2	6,9
Câncer	1	3,4
<b>Sinais e sintomas</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Falta de ar	23	79,3
Febre	22	75,9
Dor no corpo	20	69,0
Fadiga	19	65,5
Tosse	19	65,5
Dor de cabeça	16	55,2
Náusea e vômito	14	48,3
Diarreia	14	48,3
Perda de olfato e paladar	12	41,4

Fonte: dados da pesquisa, 2021.

Na Tabela 3, apresenta-se a pontuação total média do instrumento, por fatores do CTM-15, cujo valor médio do escore foi de 74,7 ( $\pm 12,4$ ), sendo o fator de maior

pontuação relacionado à preparação para a alta (76,2) ( $\pm 11,77$ ), e o de menor pontuação referente ao plano de cuidado por escrito (71,3) ( $\pm 12,52$ ).

**Tabela 3** – Distribuição da média e desvio padrão ( $\pm$ DP) do instrumento CTM-15, por fatores. Cuiabá, MT, Brasil, 2021.

<b>Escores por fatores</b>	<b>Média</b>	<b>(<math>\pm</math>DP)</b>
Fator 1 - Preparo para a alta	76,2	( $\pm$ 11,77)
Fator 2 - Uso de medicamentos	74,3	( $\pm$ 12,35)
Fator 3 - Período no hospital	75,8	( $\pm$ 21,20)
Fator 4 - Plano de cuidado	71,3	( $\pm$ 12,52)
<b>Transição total</b>	<b>74,7</b>	<b>(<math>\pm</math>12,4)</b>

Fonte: dados da pesquisa, 2021.

Na avaliação do CTM-15 por item (Tabela 4), os itens 4 e 5 que avaliam as orientações e informações para o autocuidado, obtiveram as maiores pontuações, respectivamente. Já os itens 12 e 15, que avaliam respectivamente se: a equipe forneceu ao paciente uma lista com consul-

tas e exames que deveriam ser realizados posteriormente para acompanhamento do quadro, e a orientação do paciente em relação aos possíveis efeitos colaterais de seus medicamentos, obtiveram as menores pontuações.



**Tabela 4** – Distribuição das médias e desvio padrão ( $\pm$ DP) por item do CTM-15. Cuiabá, MT, Brasil, 2021.

Item	Fator	CTM-15	Média	DP
1	3	Antes de sair do hospital, eu e a equipe de saúde concordamos sobre objetivos para minha saúde e como eles seriam alcançados.	75,9	( $\pm$ 11,4)
2	3	A equipe do hospital considerou as minhas preferências e as da minha família ou cuidador para decidir quais seriam as minhas necessidades de saúde para depois que eu saísse do hospital	76,2	( $\pm$ 21,2)
3	3	A equipe do hospital considerou as minhas preferências e as da minha família ou cuidador para decidir onde as minhas necessidades de saúde seriam atendidas depois que saísse do hospital	75,3	( $\pm$ 24,5)
4	1	Quando eu saí do hospital, eu tive todas as informações que precisava para que eu pudesse cuidar de mim mesmo	79,3	( $\pm$ 12,3)
5	1	Quando eu saí do hospital, eu entendi claramente como cuidar da minha saúde	78,2	( $\pm$ 12,1)
6	1	Quando eu saí do hospital, eu entendi claramente os sinais de alerta e os sintomas que eu deveria observar para monitorar a minha condição de saúde	77,0	( $\pm$ 11,8)
7	4	Quando eu saí do hospital, eu recebi um plano escrito, legível e de fácil compreensão, que descrevia como todas as minhas necessidades de saúde seriam atendidas	74,7	( $\pm$ 10,9)
8	1	Quando eu saí do hospital, eu compreendi bem minha condição de saúde e o que poderia melhorá-la ou piorá-la	75,9	( $\pm$ 11,4)
9	1	Quando eu saí do hospital, eu compreendi bem o que era de minha responsabilidade para cuidar da minha saúde	75,0	( $\pm$ 18,6)
10	1	Quando eu saí do hospital, eu me senti seguro de que eu sabia o que fazer para cuidar da minha saúde	75,9	( $\pm$ 11,4)
11	1	Quando eu saí do hospital, eu me senti seguro de que conseguiria fazer as coisas necessárias para cuidar da minha saúde	72,4	( $\pm$ 11,7)
12	4	Quando eu saí do hospital, eu recebi uma lista por escrito, legível e de fácil compreensão das consultas ou exames que eu precisava realizar dentro das próximas semanas	67,8	( $\pm$ 14,1)
13	2	Quando eu saí hospital, eu entendi claramente o motivo de tomar cada um dos medicamentos	75,9	( $\pm$ 11,4)
14	2	Quando eu saí do hospital, eu entendi claramente como tomar cada um dos meus medicamentos, inclusive a quantidade e os horários	79,3	( $\pm$ 12,3)
15	2	Quando eu saí do hospital, eu entendi claramente os possíveis efeitos colaterais de cada um dos meus medicamentos	67,8	( $\pm$ 15,6)

Fonte: dados da pesquisa, 2021.

Na análise inferencial, observou-se associação entre os fatores 2, 3, 4 com idade, 1 e 4 com renda *per capita*, 1 e 2 com dias de internação em UTI. Do total, desta-

ca-se associação significativa entre idade e dias de internação em UTI com os fatores do CTM-15 (Tabela 5).

**Tabela 5** – Associação entre idade, renda per capita, dias de internação e fatores do CTM-15. Cuiabá, MT, Brasil, 2021.

Variáveis	Fator 1 rs * (P)+	Fator 2 rs * (P)+	Fator 3 rs * (P)+	Fator 4 rs * (P)+	Total rs * (P)+
<b>Idade</b>	0,435 (0,010)	<b>0,465</b> <b>(0,006)</b>	<b>0,362</b> <b>(0,032)</b>	<b>0,441</b> <b>(0,009)</b>	<b>0,464</b> <b>(0,006)</b>
<b>Renda per capita</b>	<b>0,354</b> <b>(0,032)</b>	0,127 (0,260)	0,227 (0,127)	<b>0,386</b> <b>(0,021)</b>	0,299 (0,061)
<b>Dias de internação</b>	0,136 (0,246)	0,210 (0,142)	0,043 (0,416)	0,093 (0,319)	0,146 (0,230)
<b>Dias de internação em UTI</b>	<b>0,377</b> <b>(0,024)</b>	<b>0,387</b> <b>(0,021)</b>	0,159 (0,214)	0,155 (0,215)	<b>0,364</b> <b>(0,028)</b>

Fonte: dados da pesquisa, 2021.

\*r= Coeficiente de Correlação de Spearman; +p-valor = nível de significância.

## DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo possibilitaram avaliar a qualidade da transição do cuidado do hospital para outros pontos da RAS, na perspectiva de pessoas recuperadas pela covid-19, em um hospital universitário da região centro-oeste brasileira. A média do escore do CTM-15 foi de 74,7 ( $\pm 1,98$ ). Embora não exista registro na literatura de um ponto de corte pré-definido para o instrumento, estudos recentes realizados no Brasil, em serviços de emergência<sup>16</sup> e de internação clínica<sup>17,18</sup>, consideraram médias semelhantes a essa como resultado satisfatório, indicando qualidade moderada para a transição do cuidado<sup>16,18</sup>.

Contudo, nenhum item apresentou escore médio igual ou superior a 80%, como já destacado em outras investigações<sup>18</sup>, o que reflete a necessidade de potencializar os investimentos em ações para empregar melhores padrões de qualidade no que tange aos processos de transição. Para a gestão da clínica, a normalização dos processos de trabalho fundamentada em diretrizes clínicas baseadas em evidências são mecanismos de coordenação do cuidado que permitem a gestão por meio

de sistemas de programação com base em indicadores de resultados<sup>1</sup>, tornando possível a implementação de referências e transições de qualidade.

As transições tornaram-se mais desafiadoras durante a pandemia da covid-19<sup>19</sup>. Esta percepção pode ter relação com o fato de que o paciente com covid-19, em geral, apresentou maior vulnerabilidade em sua condição de saúde, com elevado risco de deterioração clínica. Estudo chinês evidenciou que pacientes acometidos pela infecção, que receberam cuidados de transição na alta do hospital para o domicílio, apresentaram melhora significativa nos sintomas típicos da doença como ansiedade, depressão e melhora na função pulmonar<sup>6</sup>.

Assim, presume-se que momentos de transição sejam geradores de insegurança para as pessoas, sobretudo no tocante ao real entendimento acerca das ações clínicas e trajetória nos diversos pontos de atenção em continuidade do cuidado. Tais conjecturas reafirmam a importância de investimentos em mecanismos propulsores da gestão da clínica, uma vez que o modelo visa o empoderamento das pessoas usuárias para serem mais proativas na produção

de sua saúde, pressupondo atenção colaborativa e centrada na pessoa, com suporte emocional e alívio do medo e da ansiedade, e respeitando seus valores, preferências e necessidades no acesso, transição e continuidade da atenção<sup>1</sup>.

Alguns fatores são destacados na literatura como facilitadores ou inibidores da transição do cuidado a pacientes idosos do hospital para casa, como destacado em uma metassíntese recente, que identificou que respeitar a independência do paciente e o poder de decisão no cuidado; manter vínculos de envolvimento no cuidado dos familiares, bem como cuidados ininterruptos dos cuidados podem facilitar a transição do cuidado a pacientes idosos do hospital para o domicílio<sup>6</sup>. Ademais, os benefícios de assegurar a transição do cuidado na alta hospitalar de pacientes adultos, refere-se a uma redução das internações hospitalares, mortalidade, custos hospitalares e melhora na qualidade de vida e a satisfação dos pacientes<sup>11</sup>.

Considerando os benefícios identificados, postula-se que a adoção de um profissional gestor de caso, tal como propõe a gestão da clínica por meio de uma de suas tecnologias de microgestão, seria propulsor ao empreendimento de processos de transição de qualidade. Para a gestão da clínica, a incorporação da tecnologia de gestão de caso traduz um processo cooperativo que se desenvolve entre um gestor de caso e uma pessoa com determinada condição de saúde e sua rede de suporte, para planejar, monitorar e avaliar opções de cuidados e de coordenação da atenção, de acordo com as necessidades da pessoa, visando uma atenção de qualidade e humanizada<sup>1</sup>.

Ao avaliar os fatores do CTM-15, observou-se que o fator 1 que diz respei-

to ao preparo da alta apresentou a maior pontuação, demonstrando qualidade na transição do cuidado nesse quesito, o que corrobora com outros estudos já descritos na literatura<sup>16,18,20</sup>. Este é um achado, atrelado ao resultado apresentado anteriormente, que merece ser analisado de forma crítica por gestores e tomadores de decisão, pois atesta que estratégias como planejamento da alta, alta segura, enfermeiro de ligação e atenção domiciliar são fundamentais para facilitar a transição do cuidado<sup>3</sup>, pois são capazes de preparar o paciente e sua família<sup>2</sup>. Dito isto, e levando em consideração os entraves existentes na comunicação entre os diversos pontos da RAS, e consequentes fragilidades na responsabilização pela transição do cuidado, seria estratégico contar com profissionais de ligação entre esses pontos de atenção, intensificando a comunicação entre os serviços, e disponibilizando informações claras necessárias para maior entendimento, autonomia e segurança no autocuidado desde o preparo para alta.

Seguindo a proposta de gestão do caso, em uma alta hospitalar o gestor de caso teria dentre suas incumbências, o monitoramento da estabilidade e necessidades da pessoa, fornecendo orientações em relação aos cuidados a serem providos após alta, preparando o contato dos profissionais de referência e verificando as condições de transporte, recepção e acomodação da pessoa no domicílio<sup>1</sup>. Sob este aspecto, o fator 2, que avaliou o entendimento para uso de medicamentos, teve a segunda média mais alta na avaliação por fatores do CTM-15.

Todavia, na avaliação por itens do instrumento, a menor pontuação foi do item 15 que refere-se a este fator, o que denota que os pacientes compreendem o

motivo de tomar cada um dos medicamentos e sua posologia, mas desconhecem os efeitos colaterais da medicação. Uma boa comunicação é ação imprescindível para mitigar as chances de erros graves de medicação na transição do cuidado, o que a torna uma das ações prioritárias neste contexto, como já destacado no 3º Desafio Global de Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde, que aborda a Medicação sem Danos<sup>21</sup>. Esses achados sinalizam possíveis necessidades de incremento, principalmente sobre habilidades comunicacionais dos profissionais de saúde, objetivando o empoderamento das pessoas sob cuidado e maior adesão aos tratamentos.

Nesse sentido, é importante que na avaliação das necessidades do paciente no cuidado transicional, para além de serem fornecidas informações sobre cuidados diários, medicamentos e sinais e sintomas de possíveis complicações, articulando o acesso aos diferentes equipamentos da rede, e promovendo atenção centrada no usuário, integral e contínua<sup>3</sup>, seja assegurado que houve real compreensão do paciente a respeito da sua condição de saúde e plano de intervenções necessário à continuidade da assistência. Uma estratégia propositiva na perspectiva da gestão da clínica é o letramento sanitário, sendo esta a capacidade de obter, desenvolver, processar e compreender informações básicas que permitam aos usuários tomar decisões e utilizar plenamente os serviços em benefício de sua saúde<sup>1</sup>.

Cabe destacar que neste estudo, o fator 4, plano de cuidados, apresentou a menor média do CTM-15 na avaliação por fatores e por item, sendo destacado o item 12 que avalia se o paciente recebeu os encaminhamentos adequados para rea-

lização de consultas e exames de acompanhamento após a alta hospitalar<sup>20</sup>. Isso não quer dizer que este estudo sinaliza que o plano de cuidados para a alta na realidade investigada não seja adequado, até mesmo porque os resultados empíricos da pesquisa não dão conta de afirmação como essa; mas sim, aponta para a importância de que este seja monitorado constantemente para verificar se seus objetivos e metas estão sendo cumpridos, determinando necessidade de ajustamentos nas intervenções. Além disso, tais dificuldades também foram destacadas em estudo realizado na região sul do Brasil no serviço de emergência<sup>16</sup>, o que deixa evidente a semelhança destes problemas em diferentes tipos de serviços e regiões, e reforça o potencial da gestão de caso, cujo objetivo terminal é a qualidade da atenção à saúde e o uso eficiente dos recursos, proporcionando o máximo de autonomia e independência às pessoas<sup>1</sup>.

Frente a esse panorama, acredita-se que o compartilhamento dos planos de cuidado nos processos de transição hospitalar seja estratégico à gestão na atenção hospitalar, na medida que pressupõe a adoção de medidas preventivas e de monitoramento, o que reduz o número de hospitalizações desnecessárias e eventos adversos. Neste estudo, a covid-19 foi predominante em homens com idade superior a 60 anos, achado que corrobora com a literatura internacional que já têm discutido os resultados mais severos da doença em homens e idosos<sup>22</sup>. Além disso, no estudo, hipertensão arterial sistêmica e diabetes foram as comorbidades mais predominantes, condições que aumentam o risco do paciente desenvolver a forma mais grave da doença e ter maiores complicações<sup>23</sup>.

Dado semelhante foi identificado na literatura nacional, em estudos de qualida-

de da transição do cuidado em diversas faixas etárias, como adultos com CTM de 69,5<sup>16</sup>, de 90,1 ( $\pm$  19,5) em crianças<sup>19</sup>, e 68,6 em idosos<sup>20</sup>. Pode-se presumir, independente da faixa etária, a necessidade de que os profissionais de diferentes pontos da atenção se conheçam, conheçam as necessidades das pessoas e atuem conjuntamente, por meio de um plano de cuidado compartilhado.

Em relação aos dias de internação encontrados neste estudo, constatou-se que estes foram maiores do que em outras regiões do país<sup>5,24</sup>, porém não houve relação significativa entre qualidade na transição do cuidado com os dias de internação. De qualquer modo, é fundamental reduzir, sem prejuízo da qualidade, a permanência nas unidades de saúde, sendo essencial reconhecer os mecanismos adequados para esta diminuição.

Discussões acerca da experiência do paciente no processo de transição de cuidados da atenção hospitalar para outros pontos da RAS vêm se tornando cada vez mais relevantes para a gestão dos serviços de saúde, e, com isso, a necessidade de que estratégias relacionadas sejam pensadas, formuladas e implementadas no cotidiano de prática. Entretanto, a integração entre os serviços nos diferentes níveis de atenção à saúde da RAS apresenta desafios, tais como fragilidade na comunicação entre os serviços e centralização das ações no hospital<sup>11,25</sup>, o que pode dificultar estratégias relacionadas à transição do cuidado para assegurar a coordenação e continuidade do cuidado na APS.

Especificamente, experiências de pacientes na recuperação da covid-19 da alta hospitalar para o domicílio foram relatadas na literatura, sendo destacado que

é mais necessária a melhor comunicação verbal e até mesmo de educação do paciente pela equipe, do que a informação escrita ou pacotes fornecidos<sup>9</sup>. Na perspectiva da gestão da clínica, a coordenação assistencial mostra-se essencial, sendo necessário o rompimento de modelos fragmentados, para que sejam produzidos mecanismos que assegurem a comunicação efetiva entre os diferentes pontos de atenção à saúde<sup>1</sup>. Logo, cabe à gestão em saúde a formulação e implementação de estratégias para que a comunicação fluida ocorra entre as diferentes unidades produtivas da RAS, por meio de soluções regulatórias potentes que visem a qualidade, efetividade, eficiência e equidade do cuidado.

Nesse sentido, a coordenação do cuidado é benéfica, especialmente no processo de desospitalização, em que o paciente e seus familiares devem ser preparados para a substituição clínica, fazendo a transição do cuidado profissional para o autocuidado apoiado. Para tanto, a APS deve ser uma forte aliada para assegurar a transição de cuidado bem-sucedida e de qualidade, pois pode oferecer consulta presencial, visitas domiciliares, capazes de impactar na redução de reinternações, maior adesão ao tratamento e em estreitar os vínculos entre a equipe da APS com pacientes, cuidadores e familiares<sup>25,26</sup>. Assim, faz-se mister que a coordenação eficiente esteja presente na atenção hospitalar, e que as transições intra e extra-hospitalares sejam devidamente coordenadas, pois, com isso, rompem-se barreiras de acesso e utilização inadequada a outros serviços da RAS, diminuem-se filas de espera, exames complementares duplicados, referências desnecessárias, reinternações hospitalares, taxas médias de permanência, etc.; potencializando-se a comunicação

entre os diversos pontos de atenção e permitindo ao usuário dos serviços de saúde, sentimento de continuidade assistencial e satisfação em relação à transição de seus cuidados<sup>1</sup>.

Os resultados deste estudo sobre transição de cuidado, interpretados à luz do referencial adotado, permitem postular que, processos orientados por ditames da gestão da clínica podem favorecer processos estratégicas que permitam contribuir com a garantia de fluxos e transições adequados, mediante utilização de tecnologias de microgestão propulsores de qualidade entre os pontos de atenção da RAS. Dito isto, o caráter transformativo de sua implementação pode favorecer a solidez dos cuidados transicionais permitindo a continuidade destes, e impulsionando a operacionalização mediada por princípios e tecnologias da gestão da clínica.

Como limitações deste estudo destacam-se: a dificuldade no contato telefônico com os pacientes, o fato de que muitas ligações não foram atendidas, ou mesmo o receio dos participantes no repasse de informações através de contato telefônico, mesmo com a apresentação e identificação prévias dos pesquisadores, o que restringiu a amostra. Diante disso, sugere-se investigações com outras técnicas de pesquisa, ou mesmo, com abordagens qualitativas ou pesquisas de métodos mistos, a fim de se obter compreensão mais profunda acerca da transição de cuidados da atenção hospitalar para outros da rede de atenção à saúde, de modo que a experiência do paciente nesse processo de transição do cuidado nestes serviços possa ser mais bem desvelada.

## CONCLUSÃO

Conclui-se que a transição de cuidados do paciente, de serviços hospitalares para outros pontos da rede de atenção, apresenta-se satisfatória no contexto investigado, se considerada a pontuação média de 74,7 evidenciada no CTM-15. Na perspectiva da gestão da clínica, a transição efetiva faz-se pela formulação e desenvolvimento de estratégias e processos que permitem dar respostas satisfatórias às diferentes demandas relacionadas ao cuidado transicional, o que equivale a implementar soluções estruturais e processuais de coordenação, continuidade do cuidado e integração assistencial, centradas no indivíduo e em sua família, por todo o contínuo da atenção.

Com isso, para promover e potencializar estratégias efetivas no cuidado transicional, a implementação de ações proativas e permanentes relacionadas ao plano de cuidado, aspecto que obteve menor pontuação neste estudo, tende a ser uma das principais estratégias, devendo ser realizada de maneira interdisciplinar, entre profissionais, usuário e familiares, e dispondo de soluções de apoio à transição fundamentadas na transferência conjunta de responsabilidades e informações necessárias à continuidade do cuidado, e garantindo que estas foram, de fato, compreendidas. Por outro lado, as constatações evidenciadas anunciam certo preparo dos pacientes para a desospitalização, sendo neste estudo o fator de maior qualidade. Isso implica em preservar e potencializar estratégias promissoras, no intuito de estimular a implementação de cuidados transicionais que visem à qualidade, eficiência, efetividade e equidade nas práticas de atenção.

De qualquer modo, os resultados deste estudo podem subsidiar importantes reflexões e discussões sobre a temática, para posterior tomada de decisões entre gestores e profissionais da atenção hospitalar, a fim de identificar aspectos que precisam ser melhorados com vistas à articulação dos cuidados nos diferentes pontos de atenção da RAS, e considerando as reais necessidades dos usuários. Ademais, permitem um repensar acerca das práticas de comunicação e de corresponsabilização entre gestores, profissionais e usuários, para que possam atuar conjuntamente no processo de transição de cuidados.

## REFERÊNCIAS

- Mendes EV. Desafios do SUS. Brasília, DF. CONASS, 2019.
- Bernardino E, Sousa SM de, Nascimento JD do, Lacerda MR, Torres DG, Gonçalves LS. Cuidados de transição: análise do conceito na gestão da alta hospitalar. *Esc Anna Nery*. 1º de novembro de 2021;26:e20200435. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0435>
- Belga SMMF, Jorge A de O, Silva KL. Continuidade do cuidado a partir do hospital: interdisciplinaridade e dispositivos para integralidade na rede de atenção à saúde. *Saúde debate*. 17 de junho de 2022;46:551–70. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213321>
- Pontes L, Danski MTR, Piubello SMN, Pereira J de FG, Jantsch LB, Costa LB, et al. Perfil clínico e fatores associados ao óbito de pacientes COVID-19 nos primeiros meses da pandemia. *Esc Anna Nery*. 15 de outubro de 2021;26:e20210203. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0203>
- Rebouças ERN, Costa RF da, Miranda LR, Campos NG. Perfil demográfico e clínico de pacientes com diagnóstico de COVID-19 em um hospital público de referência na cidade de Fortaleza-Ceará. *Journal of Health & Biological Sciences*. 10 de novembro de 2020;8(1):1–5. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv8n12-265>
- Sun M, Liu L, Wang J, Zhuansun M, Xu T, Qian Y, et al. Facilitators and inhibitors in hospital-to-home transitional care for elderly patients with chronic diseases: A meta-synthesis of qualitative studies. *Front Public Health*. 13 de fevereiro de 2023;11:1047723. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1047723>
- Tsai PH, Lai WY, Lin YY, Luo YH, Lin YT, Chen HK, et al. Clinical manifestation and disease progression in COVID-19 infection. *J Chin Med Assoc*. 1º de janeiro de 2021;84(1):3–8. DOI: <https://doi.org/10.1097/jcma.0000000000000463>
- Kuntz SR, Gerhardt LM, Ferreira AM, Santos MT dos, Ludwig MCF, Wegner W. Primeira transição do cuidado hospitalar para domiciliar da criança com câncer: orientações da equipe multiprofissional. *Esc Anna Nery*. 29 de janeiro de 2021;25:e20200239. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0239>
- Ganton J, Hubbard A, Kovacs Burns K. Patients with COVID-19 share their experiences of recovering at home following hospital care transitions and discharge preparation. *Health Expect*. dezembro de 2022;25(6):2862–75. DOI: <https://doi.org/10.1111%2Fhex.13595>
- Gheno J, Weis AH. Transição do cuidado na alta hospitalar de pacientes adultos: revisão integrativa de literatura. *Texto contexto - enferm*. 3 de setembro de 2021;30:e20210030. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0030>
- Mauro AD, Cucolo DF, Perroca MG. Hospital – primary care articulation in care transition: both sides of the process. *Rev esc enferm USP*. 2021;55:e20210145. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0145>
- WHO. World Health Organization. Transitions of care. Technical Series on Safer Primary Care. Geneva, 2016. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/252272>
- Vandenbroucke JP, von Elm EB, Altman DG, Gøtzsche PC, Mulrow CD, Pocock SJ, et al. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE): Explanation and elaboration. *International journal of surgery*. 18 de julho de 2014;12(12):1500–24. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijso.2014.07.014>
- Agranonik M, Hirakata VN. Cálculo de tamanho de amostra: proporções. *Clinical and Biomedical Research*. 03 de novembro de 2011;31(3):382-388. DOI: <https://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/23574/15837>
- Acosta A m., Lima M a. d. s., Marques G q., Levandovski P f., Weber L a. f. Brazilian version of the Care Transitions Measure: translation and validation. *International Nursing Review*. 2017;64(3):379–87. DOI: <https://doi.org/10.1111/>

inr.12326

16. Acosta AM, Lima MADDS, Pinto IC, Weber LAF. Care transition of patients with chronic diseases from the discharge of the emergency service to their homes. *Rev Gaúcha Enferm.* 2020;41(spe):e20190155. Doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190155>.
17. Weber LAF, Lima MADS, Acosta AM. Quality of care transition and its association with hospital readmission. *Aquichan.* 30 de janeiro de 2020;19(4):1-11. Doi: <https://doi.org/10.5294/aqui.2019.19.4.5>
18. Sousa F, Arrais DJL, Riegel F, Cunha CLF, Parente AT, Aben-Athar CYUP, Ramos AMC. Cuidado transicional de pacientes pós-COVID-19: da alta hospitalar para o domicílio. 23 de maio de 2023. Doi: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.4152>
19. Cechinel-Peiter C, Lanzoni GM de M, de Mello ALSF, Acosta AM, Pina JC, de Andrade SR, et al. Quality of transitional care of children with chronic diseases: a cross-sectional study. *Rev esc enferm USP.* 8 de abril de 2022;56:e20210535. Doi: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0535>
20. Tomazela M, Valente SH, Lima MAD da S, Bulgarelli AF, Fabríz LA, Zacharias FCM, et al. Transição do cuidado de pessoas idosas do hospital para casa. *Acta paul enferm.* 6 de fevereiro de 2023;36:eAPE00291. Doi: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2023AO00291>
21. WHO. World Health Organization. Medication Without Harm. Geneva, 2017. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/255263/WHO-HIS-SDS-2017.6-eng.pdf>
22. Wray S, Arrowsmith S. The Physiological Mechanisms of the Sex-Based Difference in Outcomes of COVID19 Infection. *Front Physiol.* 9 de fevereiro de 2021;12:627260. Doi: <https://doi.org/10.3389/fphys.2021.627260>
23. Feitoza TMO, Chaves AM, Muniz GTS, Cruz MCC da, Junior I de FC. COMORBIDADES E COVID-19. *Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia.* 31 de outubro de 2020;8(3):711–23. Doi: <https://doi.org/10.16891/800>
24. Bierhals ND, Knod EB, Weber AF, Valim AR de M, Possuelo LG, Renner JDP. Caracterização genética, clínica e epidemiológica de pacientes com Covid-19 em uma região do Sul do Brasil. *Saúde e Pesquisa.* 18 de novembro de 2022;15(4):1–11. Doi: <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2022v15n4.e10740>
25. Portela MC, Graboís V, Travassos C. Proposta de matriz de linha de cuidado covid-19 na rede de atenção à saúde. Editora Fiocruz. 2022, pp. 165-184. Informação para ação na Covid-19 series. ISBN: 978-65-5708-123-5. <https://doi.org/10.7476/9786557081587.0010>
26. Santos MM dos, Peradotto BC, Micheletti VCD, Treviso P. Transição do cuidado da atenção terciária para a atenção primária: Revisão integrativa da literatura. *Nursing.* 15 de julho de 2022;25(290):8173–82. Disponível em: <https://www.revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/2610/3179>



**Contribuições de cada autor:**

**LPSA-** Contribuição substancial no esboço do estudo ou na interpretação dos dados; Participação na redação da versão preliminar; Participação na revisão e aprovação da versão final; Conformidade em ser responsável pela exatidão ou integridade de qualquer parte do estudo.

**VAM-** Contribuição substancial no esboço do estudo ou na interpretação dos dados; Participação na redação da versão preliminar; Participação na revisão e aprovação da versão final.

**JLVP** - Participação na redação da versão preliminar

**CCP** - Contribuição substancial no esboço do estudo ou na interpretação dos dados; Participação na revisão e aprovação da versão final.

**GEF** - Contribuição substancial no esboço do estudo ou na interpretação dos dados; Participação na redação da versão preliminar; Participação na revisão e aprovação da versão final.

**MRRR** - Contribuição substancial no esboço do estudo ou na interpretação dos dados; Participação na redação da versão preliminar; Participação na revisão e aprovação da versão final.

**Fontes de apoio ou financiamento**

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

---

**Autor Correspondente:**

Vanessa Alves Mendes  
vanessaa.mendes03@gmail.com

Recebido: 13/09/2023

Aprovado: 07/11/2023

Editor: Profa. Dra. Ada Clarice Gastaldi

---