



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Alberto João M'batna

**Transição do cuidado de pacientes recuperados da Covid-19  
para a continuidade do cuidado pós-alta hospitalar**

Florianópolis

2023

Alberto João M'batna

**Transição do cuidado de pacientes recuperados da Covid-19  
para a continuidade do cuidado pós-alta hospitalar**

Dissertação de mestrado apresentada ao  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem  
da Universidade Federal de Santa Catarina.  
Área de concentração: Filosofia e Cuidado em  
Saúde e Enfermagem.

Orientador: Dr. José Luís Guedes dos Santos  
Coorientadora: Dra. Caroline Cechinel Peiter

Florianópolis

2023

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

M'batna, Alberto João

Transição do cuidado de pacientes recuperados da Covid 19 para a continuidade do cuidado pós-alta hospitalar / Alberto João M'batna ; orientador, José Luis Guedes dos Santos, coorientadora, Caroline Cechinel Peiter, 2023. 102 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2023.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Cuidado Transicional. 3. Continuidade da Assistência ao Paciente. 4. Enfermagem. 5. Covid-19. I. Santos, José Luis Guedes dos. II. Peiter, Caroline Cechinel. III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. IV. Título.

Alberto João M'batna

**Transição do cuidado de pacientes recuperados da Covid-19  
para a continuidade do cuidado pós-alta hospitalar**

O presente trabalho em nível de Mestrado foi avaliado e aprovado, em 06/03/2023, pela banca examinadora composta foi pelos seguintes membros:

Profa. Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa, Dra.  
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Carlos Leonardo Figueiredo Cunha, Dr.  
Universidade Federal do Maranhão

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

---

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

---

Prof. José Luís Guedes dos Santos, Dr. Orientador

Florianópolis, 2023

Dedico o presente trabalho aos meus pais, João e Bissigüe, e aos meus irmãos, que sempre me incentivam a concretizar os meus sonhos, os quais considero da família.

A minha queridíssima e amada esposa, Ana Lúcia, que sempre me apoiou. Graças ao seu estímulo e esforço estamos alcançando esta conquista.

Ao meu amado filho, Dabana Levy, razão da minha vida e do empenho neste trabalho.

A todos que me ajudaram direta ou indiretamente ao longo desta caminhada acadêmica.

## AGRADECIMENTOS

Ao meu Senhor, Deus, criador do Céu e da Terra, que me deu a vida e a saúde e me permitiu desfrutar da discussão e do aprendizado acadêmico ao longo de dois anos. Obrigado por me guiar e iluminar a minha mente durante a caminhada para elaborar esta dissertação.

Ao professor Dr. José Luís Guedes dos Santos e à Dra. Caroline Cechinel Peiter, por todos os momentos de aprendizado que me proporcionaram ao longo dos dois anos de mestrado. Obrigado pela paciência, empenho e tempo que dedicaram para me direcionar na construção desta dissertação. Sem vocês, não teria o privilégio de concretizar meu sonho e da minha família de obter o título de mestre.

À Dra. Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa e à Dra. Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni, por aceitarem o convite para compor a banca examinadora deste trabalho, desde o projeto até a defesa final. Obrigado pelas brilhantes contribuições que trouxeram na qualificação e na defesa desta dissertação.

À minha amiga, Dra. Juanah Oliveira Debétio, que além de compor a banca examinadora deste trabalho, desde o projeto até a defesa final, ajudou-me bastante a me adaptar em Florianópolis e a conhecer o programa do mestrado. Obrigado pelo tempo dedicado a sanar as minhas dúvidas ao longo destes dois últimos anos e por me ajudar na organização dos dados desta pesquisa. Você é um presente de Deus na minha vida!

A Capes, pelo incentivo financeiro concedido por meio de bolsa de estudo, permitindo a minha dedicação exclusiva ao curso de mestrado nestes dois anos.

À UFSC, por proporcionar um dos melhores ambientes e professores que contribuíram imensamente com as experiências acumuladas para minha formação. Obrigado pela evolução acadêmica conquistada.

A todos os professores do PEN, pelas horas, dias e meses em que sacrificaram seus outros objetivos para facilitar as trocas de experiências acadêmicas na sala de aula de modo virtual. Sou muito grato a cada um de vocês!

Ao laboratório de pesquisa GEPADES, por me permitir desfrutar dos dados do macroprojeto, cujos dados fizeram parte de um dos manuscritos desta dissertação. Obrigado pelos momentos de discussão e trocas de conhecimentos acadêmicos entre membros do grupo, pois isso contribuiu bastante para o delineamento do meu estudo.

À minha esposa, Ana Lídia, pelo incentivo que sempre me deu e pela compreensão da necessidade de ficarmos distantes um do outro em busca de melhorias para a nossa família. Sou muito grato a Deus por me fazer conhecê-la e tê-la como a minha parceira, com quem posso contar para tudo na vida. Meu muito obrigado pelo tempo que sacrificou para me proporcionar melhores momentos de estudo!

Ao meu filho Dabana Levy, que sempre foi a minha âncora e me faz lutar todos os dias para superar certos desafios. Meu filho, mesmo sem entender tudo isso agora, você faz parte desta trajetória acadêmica, pois a razão de tudo isso é você!

Ao meu irmão, Jesus M'batna, pelo apoio oferecido desde o período em que eu estava concorrendo ao curso de mestrado até o presente momento. Obrigado pelos momentos que passou comigo delineando as estratégias de tornar esse sonho uma realidade.

Ao meu amigo, Nicásio Mendes, pela parceria e pelas trocas de experiências que resultaram em tudo isso hoje. Obrigado pelas palavras motivadoras que sempre proferiu em momentos em que pensei em desistir de tudo! A sua amizade vai além de passarmos horas conversando, pois serviu de motivação, dedicação para seguir adiante com os estudos e para a elaboração desta dissertação. Muito obrigado, meu amigo-irmão!

## RESUMO

**Objetivo:** descrever a transição do cuidado dos pacientes recuperados da Covid-19 nos hospitais universitários brasileiros, para a continuidade do cuidado. **Método:** refere-se à pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem qualitativa e quantitativa. O estudo foi baseado em reanálise a partir do banco de dados de uma pesquisa multicêntrica intitulada “Avaliação do cuidado de enfermagem a pacientes com Covid-19”, realizada em dez Hospitais Universitários (HUs), das cinco regiões do país, Sul, Sudeste, Centro-Oeste, Norte e Nordeste. A amostra foi constituída por 37 enfermeiros e 643 pacientes/cuidadores. Na etapa qualitativa, o contato dos participantes foi viabilizado por bolsistas de apoio técnico, enfermeiros/funcionários das unidades hospitalares selecionados para a pesquisa e pelos professores das universidades federais que estão ligadas ao projeto multicêntrico e ao HU. As entrevistas foram realizadas via on-line pelo *Google Meet*, e foi aplicado um questionário semiestruturado. Na etapa quantitativa, primeiramente os gestores desses hospitais foram contatados e informados sobre os objetivos da pesquisa. Em seguida, solicitou-se a lista nominal e o número do telefone celular dos pacientes que receberam alta após internação por Covid-19. Depois disso, os pacientes foram contactados e entrevistados aplicando-se o questionário *Care Transitions Measure®* (CTM-15). **Resultado:** no primeiro fator do instrumento CTM-15 (Preparação para o autogerenciamento), os enfermeiros apontaram como orientações aos pacientes: a importância do uso de máscaras, do isolar-se da família para evitar a transmissão do vírus e de sinais de alerta para piora do quadro clínico do paciente. Em relação ao segundo fator (Entendimento sobre medicações), foram citadas orientações sobre horários de tomar as medicações, vacinas, uso de medicações prescritas, realização da glicemia e autoaplicação da insulina. Quanto ao terceiro fator (Preferências asseguradas), os enfermeiros relataram a realização de vídeo chamada para familiares dos pacientes, suporte emocional aos pacientes, solicitação da liberação do acompanhante aos pacientes idosos e compra dos materiais para pacientes sem condições de comprar. O quarto e último fator (Plano de cuidado) apresentou inferior média de avaliação (64,5), os enfermeiros de apenas dois hospitais universitários se referiram à existência do protocolo de alta hospitalar e os demais relataram que não tinham os instrumentos sistematizados e recorriam aos encaminhamentos para outras especialidades ou ambulatório e retorno para hospital de origem, como estratégias para orientar pacientes durante a alta hospitalar. Na etapa quantitativa, a média geral do escore total foi de 70,7, com desvio padrão de 15,3. O primeiro fator do instrumento CTM-15 obteve melhor avaliação (72,5), seguida do segundo com a média (71,0), e o terceiro e quarto fatores contaram com a média (70,7) e (64,5), respectivamente. **Considerações Finais:** de modo geral, a transição do cuidado dos pacientes com Covid-19 nessas instituições foi conduzida positivamente. A média geral do escore obtido neste estudo segundo a avaliação dos pacientes/cuidadores foi considerada satisfatória, o que foi evidenciado pela comparação realizada com estudos efetuados ao nível (inter) nacional com essa temática.

**Palavras-chave:** Cuidado Transicional; Continuidade da Assistência ao Paciente; Cuidados de Enfermagem; Hospitais Universitários; Covid-19.

## ABSTRACT

**Objective:** to describe the transition of care of patients recovered from Covid-19 in Brazilian university hospitals. **Method:** exploratory, descriptive research with a qualitative and quantitative approach. The study was based on a reanalysis from the database of a multicenter survey entitled "Evaluation of nursing care for patients with Covid-19", carried out in ten University Hospitals (HUs), from the five regions of the country: South, Southeast, Midwest, North and Northeast. The study sample consisted of 37 nurses and 643 patients/caregivers. In the qualitative stage, contact with the participants was made by technical support fellows, nurses/employees of the hospital units selected for the research, and by the professors of the federal universities that are linked to the multicenter project and to the HU. The interviews were conducted online through Google Meet, and a semi-structured questionnaire was applied. In the quantitative stage, the managers of these hospitals were first contacted and informed about the objectives of the research. We then asked for the nominal list and mobile phone number of patients who were discharged after being hospitalized for Covid-19. After that, patients were contacted and interviewed using the Care Transitions Measure® (MTC-15) questionnaire. **Result:** in the first factor of the MTC-15 instrument (Preparation for self-management), the nurses pointed out as orientations to patients the importance of 1) wearing masks, 2) isolating themselves from the family to avoid the transmission of the virus and 3) warning signs for worsening of the patient's clinical condition. Regarding the second factor (Understanding about medications), guidance was given on times to take medications, vaccines, use of prescribed medications, blood glucose, and self-administration of insulin. Regarding the third factor (Assured preferences), the nurses reported video calls to patients' relatives, emotional support to patients, request for the release of the companion to elderly patients, and purchase of materials for patients. The fourth and last factor (Care plan) presented a lower average of evaluation (64.5). The nurses of only two HUs referred to the existence of the hospital discharge protocol and the others reported that they did not have the instruments systematized and thus resorted to referrals to other specialties or outpatient clinic and return to the hospital of origin as strategies to guide patients during hospital discharge. In the quantitative stage, the overall mean of the total score was 70.7, with a standard deviation of 15.3. The first factor of the MTC-15 instrument obtained the best evaluation (72.5), followed by the second factor (mean 71.0), and then the third and fourth factors (mean 70.7 and 64.5, respectively). **Final Thoughts:** Overall, the transition of care for Covid-19 patients in these institutions was conducted positively. The overall mean score obtained in this study according to the evaluation of patients/caregivers was considered satisfactory, which was evidenced by the comparison made with studies carried out at the (inter) national level with this theme.

**Keywords:** Transitional Care; Continuity of Patient Care; Nursing Care; University Hospitals; Covid-19.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Foco das notícias dos HUs. Florianópolis. Brasil, 2023.....	43
Quadro 2- Hospitais Universitários incluídos no estudo. Florianópolis, Brasil, 2023.....	54
Quadro 3 – Fatores do instrumento Care Transitions Measure®. Florianópolis, Brasil, 2023	60
Quadro 4- Instrumentos de respostas CTM-15. Florianópolis, Brasil, 2023.....	61
Quadro 5 - Síntese dos resultados. Florianópolis, Brasil, 2023.....	73

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Caracterização das notícias dos HUs por ano de publicação, Regiões, estados do Brasil, tipo de pacientes (n=41). Florianópolis. Brasil, 2023.....	39
Tabela 2- Caracterização sociodemográfica dos participantes incluídos no estudo (n=643). Florianópolis, Brasil, 2023.....	73
Tabela 3- Qualidade da transição do cuidado segundo os itens do instrumento Care Transitions Measure (CTM-15) (n=643). Florianópolis, Brasil, 2023.....	75
Tabela 4- Distribuição das respostas do instrumento Care Transitions Measure (CTM-15) (n=643). Florianópolis, Brasil, 2023.....	76
Tabela 5- Qualidade da transição do cuidado segundo os Fatores do instrumento Care Transitions Measure (CTM-15) (n=643). Florianópolis, Brasil, 2023.....	77

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APS - Atenção Primária à Saúde

CAAE - Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CFM - Conselho Federal de Medicina

CONEP - Comissão Nacional de Ética e Pesquisa

CoV - Coronavírus

CTM-15 - *Care Transitions Measure*

DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

GEPADES – Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Políticas e Gestão do Cuidado e da Educação em Enfermagem e Saúde

HU/ UFRJ - Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio de Janeiro

HU/UFAM - Hospital Universitário da Universidade Federal do Amazonas

HU/UFBA - Hospital Universitário da Universidade Federal da Bahia

HU/UFMS - Hospital Universitário da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul

HU/UFMT - Hospital Universitário da Universidade Federal do Mato Grosso

HU/UFPA - Hospital Universitário da Universidade Federal do Pará

HU/UFRN- Hospital Universitário da Universidade do Rio Grande do Norte

HU/UFSC – Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina

HU/UFSM - Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Maria

HU/UNIFESP - Hospital Universitário da Universidade Federal de São Paulo

HUFs - Hospitais Universitários Federais

HUs - Hospitais Universitários

IDH - Índice do Desenvolvimento Humano

ISBAR- *Introduction, Situation, Background, Assessment, Recommendation*

MERS-CoV- *Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus*

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PEN – Programa de Pós-graduação em Enfermagem

PTS - Projeto Terapêutico Singular

RAS - Rede de Atenção à Saúde

SARA - Síndrome da Angústia Respiratória Aguda

SARS-CoV - *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus*

SPSS - *Statistical Package for the Social Science*

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre Esclarecido

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	17
2. OBJETIVOS.....	22
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	23
3. 1 COVID-19 E SARS-COV-2.....	23
3. 1.1 caracterização do sars-cov-2.....	23
3. 1. 2 Epidemiologia e Transmissão.....	24
3. 1.3 Sinais e sintomas.....	26
3. 1.4 Diagnóstico e tratamento.....	26
3.1.5 Medidas de prevenção e combate ao SARS-COV-2.....	27
3.1.6 sequelas da Covid-19.....	28
3.1.7 Atuação da Enfermagem na pandemia da Covid-19.....	30
3.2 TRANSIÇÃO E CONTINUIDADE DO CUIDADO.....	32
3.2.1 Manuscrito 1 - Ações de continuidade do cuidado nos Hospitais Universitários Federais: estudo documental.....	36
4. METODOLOGIA.....	54
4.1 LOCAIS DO ESTUDO.....	54
4.2 TIPO DE ESTUDO.....	55
4.3 ETAPA QUALITATIVA.....	55
4.3.1 Participantes do estudo.....	55
4.3.2 Coleta de dados.....	56
4.3.3 Análise dos dados.....	57
4.4 ETAPAS QUANTITATIVAS.....	58
4.4.1 Participantes do estudo.....	58
4.4.2 Coleta de dados.....	59
4.4.3 Análise de dados.....	61
4.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	62
5. RESULTADOS.....	63
5.1 MANUSCRITOS 2- TRANSIÇÃO DO CUIDADO DOS PACIENTES RECUPERADOS DA COVID-19 NOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS BRASILEIROS PARA CONTINUIDADE DO CUIDADO.....	63
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	84
REFERÊNCIAS.....	86

APÊNDICES.....	92
ANEXO A – CTM-15 BRASIL.....	100

## APRESENTAÇÃO

O pesquisador possui graduação em Enfermagem pela Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira-UNILAB. Ao ingressar no mestrado acadêmico, do Programa de Pós-graduação em Enfermagem - PEN, da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, filiou-se ao Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Políticas e Gestão do Cuidado e da Educação em Enfermagem e Saúde - GEPADES.

A escolha desse laboratório de pesquisa ocorreu pela afinidade e interesse em estudar temas relacionados à gestão de cuidados em saúde nos hospitais públicos do país. Diante disso, integrou o grupo de pesquisadores responsáveis por conduzir a pesquisa multicêntrica “Avaliação do cuidado de enfermagem a pacientes com Covid-19 em Hospitais Universitários brasileiros”, coordenada pela Profa. Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann.

A participação na realização da pesquisa multicêntrica gerou experiência gigantesca, sobretudo, em relação à gestão de cuidados em Hospitais Universitários (HUs), pois permitiu conhecer de perto a realidade da assistência dos profissionais de saúde e especialmente da enfermagem em diferentes regiões e estados do Brasil. Além disso, incitou o aprofundamento sobre SARS-CoV-2, a transição e a continuidade do cuidado dos pacientes nas literaturas.

Assim, esta dissertação é composta por dois manuscritos, sendo que o primeiro visa à fundamentação teórica sobre o tema investigado, sendo intitulado “Ações de continuidade do cuidado nos hospitais universitários federais: estudo documental”. Já o segundo constitui fruto da pesquisa multicêntrica, sob o título “Transição do cuidado dos pacientes recuperados da Covid-19 nos hospitais universitários para continuidade do cuidado”.

## 1 INTRODUÇÃO

Até o ano de 2019, seis diferentes espécies de coronavírus (CoV) eram conhecidas como causadoras de doenças em seres humanos. No mesmo ano, foi encontrado um CoV humano com alto poder de infecção quando comparado ao *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus* (SARS-CoV) e a *Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus* (MERS-CoV), um novo coronavírus zoonótico, que cruzou espécies para infectar humanos. Esse vírus foi chamado provisoriamente de 2019-nCoV<sup>1</sup>. Foi identificado pela primeira vez em Wuhan, na província de Hubei, China, em pessoas que trabalhavam em um mercado de frutos-do-mar e de animais vivos (LIMA *et al.*, 2020).

Trata-se do vírus parecido com o SARS-CoV, desse modo, foi nomeado SARS-CoV-2 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 11 de fevereiro de 2020, e a doença associada foi denominada CoV Doença-19 (Covid-19). O SARS-CoV-2 foi responsável pelo terceiro surto de CoV na história da humanidade (LIMA *et al.*, 2020), por causar profundas modificações na saúde da população mundial, superlotando os hospitais com pacientes infectados pelo vírus.

Em termos epidemiológicos, os dados do Ministério da Saúde apontaram que até o dia 31 de dezembro de 2022, foram confirmados 660.300.641 casos de Covid-19 no mundo. Quanto aos óbitos, até 24 de dezembro de 2022, foram confirmados 6.689.977 no mundo (BRASIL, 2022).

A Covid-19 é uma doença nova, que gerou grande preocupação para o planeta ao longo deste período, visto que até o dado momento não há medicamento comprovado cientificamente eficaz para a cura (SOUSA *et al.*, 2020; SOUZA *et al.*, 2021a; ROCHA *et al.*, 2021). A prevenção dessa doença inclui, entre outras medidas, a higienização contínua das mãos; o uso de máscaras de proteção individual; o distanciamento social. Estas e outras medidas foram recomendadas em vários países por longo período, para conter a propagação do vírus SARS-CoV-2 (SOUZA *et al.*, 2021a).

O vírus SARS-CoV-2, causador da Covid-19, é altamente contagioso, associado a uma taxa de letalidade estimada em torno de 0,5 a 4%, (SÁFADI *et al.*, 2020). Geralmente, os pacientes com a doença apresentam os seguintes sinais e sintomas: febre, tosse seca, dispneia, mialgia, fadiga, evidência radiográfica de pneumonia e contagem normal ou diminuída de

---

<sup>1</sup> 2019- ano que surgiu, n- significa novo e Cov- quer dizer coronavírus.

leucócitos (BARION *et al.*, 2022). O quadro dos pacientes com a doença varia do mais leve à grave (NETO *et al.*, 2021).

Cerca de 5% dos pacientes com a Covid-19 desenvolvem complicações respiratórias graves, podendo apresentar insuficiência cardíaca aguda, lesão renal aguda, infecção, sepse ou choque, demandando assim a internação hospitalar (ESTEVÃO; SÁFADI *et al.*, 2020). Muito embora a maioria das pessoas afetadas pela Covid-19 apresente uma boa recuperação, evidências recentes apontam que cerca de 10% a 20% dos pacientes com a doença vêm sofrendo com sequelas (Covid-19 longa) a médio e longo prazo (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2022).

Em relação às sequelas, pode-se destacar o processo fisiopatológico da Covid-19, que leva a uma intensa resposta inflamatória atingindo primeiramente o trato respiratório, destacando os pulmões, além disso, afeta o sistema cardiovascular, sistema nervoso central, periférico, entre outros. Estudos registraram ainda sequelas psiquiátricas e psicológicas (MIRANDA *et al.*, 2022).

Dessa forma, é necessário garantir a transição e continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde (RAS) para os pacientes comprometidos pela doença. O bom fluxo destes na RAS permitirá que possam ser acolhidos e acompanhados em diferentes pontos da rede, de acordo com as necessidades de saúde.

Em relação à RAS, esta se constitui em diferentes arranjos organizativos das ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, em todos os níveis de atenção de um determinado território, em busca da garantia de integralidade do cuidado (DAMACENO *et al.*, 2020). A RAS, quando efetivada, considera-se como uma boa estratégia para que pacientes vivenciem a continuidade do cuidado de forma satisfatória (COSTA *et al.*, 2019; ACOSTA *et al.*, 2018).

Quanto à transição do cuidado, é entendida como um conjunto de ações que contribuem para assegurar a coordenação e a continuidade do cuidado na transferência do paciente entre diferentes setores ou serviços de saúde. Configura estratégia fundamental para proporcionar cuidado integral aos pacientes durante a internação e após alta hospitalar, sendo importante também na redução da internação hospitalar (ACOSTA *et al.*, 2018).

Com relação à continuidade do cuidado, essa é tida como a forma com que o paciente experimenta a articulação e integração existentes entre os serviços de saúde. Sendo associada também à atenção recebida por pacientes durante a visita aos serviços de saúde temporalmente e suas experiências em relação à manutenção de um cuidado constante, gentil e articulado coerentemente (RIBAS *et al.*, 2018; OLIVEIRA *et al.*, 2021).

A continuidade do cuidado exige coordenação e comunicação dos profissionais entre pontos de rede da saúde, sobretudo neste cenário pandêmico, no qual a segurança, o distanciamento social e a implementação dos devidos cuidados devem ser feitos com cautela (OLIVEIRA *et al.*, 2021).

Diante dos desafios impostos ao mundo devido à pandemia da Covid-19 e para ser assegurada a continuidade do cuidado aos pacientes após a alta, é necessária uma boa comunicação entre a unidade hospitalar e outros serviços de saúde disponíveis na RAS que atendam às suas necessidades de saúde (FARIAS *et al.*, 2020; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2020). Vale ressaltar que a continuidade do cuidado contribui na redução dos índices de readmissão hospitalares e de infecções, duplicidade de testes e custos com as internações hospitalares (MENDES *et al.*, 2017).

Em relação ao cuidado ofertado aos pacientes infectados com o SARS-CoV-2, percebe-se o envolvimento de diversos profissionais da área de saúde neste processo. Entre estes, destaca-se a atuação dos profissionais da enfermagem, mediante os problemas de saúde pública agravada pela Covid-19. A nível hospitalar, estes profissionais tiveram grandes destaques nos cuidados aos pacientes, objetivando a recuperação dos mesmos. Atuaram na linha de frente recebendo os pacientes com síndrome respiratória aguda grave e na programação de ações que visam direcionar o cuidado e as atividades terapêuticas, de acordo com a gravidade de cada caso (FILHO *et al.*, 2020; DAVID *et al.*, 2021; MEDINA *et al.*, 2020).

Ainda, sobre a atuação da enfermagem, destaca-se o planejamento da alta hospitalar, que constitui um processo de responsabilidade interdisciplinar. Entretanto, a atuação do enfermeiro nesse processo é fundamental para a identificação das necessidades do paciente, na orientação dos familiares e na coordenação do planejamento da alta (COSTA *et al.*, 2019).

Neste sentido, vale destacar a importância do papel do enfermeiro no planejamento da alta hospitalar, em um momento em que muitos hospitais ficaram sem leitos disponíveis (FREIRE *et al.*, 2020). Logo, leitos que podem ser poupados em decorrência das reinternações evitáveis por meio da transição e continuidade do cuidado são fundamentais para ajudar no manejo clínico dos pacientes durante essa crise sanitária levantada pelo vírus SARS-CoV-2.

Em Portugal, Espanha e Canadá, há profissionais de enfermagem especializados que realizam a contrarreferência, transição e continuidade do cuidado na alta hospitalar (COSTA *et al.*, 2019; COSTA, PEREZ & CIOSAK, 2021). No Brasil, o planejamento da alta hospitalar encontra-se em processo de construção, com fragilidade no processo de referência e

contrarreferência de saúde, sendo que há poucos estudos quanto à transição do cuidado (ACOSTA *et al.*, 2019; AUED *et al.*, 2021).

Apesar de a literatura apontar como os enfermeiros devem proceder neste contexto, na prática clínica, observa-se que os enfermeiros brasileiros fornecem as orientações para os pacientes no momento que estão prestes a deixar o hospital, o que pode dificultar a compreensão dos pacientes e seus familiares e também levar à ocorrência de erros nas orientações oferecidas pelos profissionais. Além disso, geralmente essas orientações são dadas aos pacientes de uma maneira pouco elucidativa e sem considerar as condições e as necessidades reais de cada um deles e da sua família (ACOSTA *et al.*, 2018).

A falta de orientação por parte dos profissionais pode gerar frustração e insegurança para o paciente continuar seu tratamento no domicílio (ACOSTA *et al.*, 2018). O planejamento da alta, quando realizado de forma responsável, fornece as orientações necessárias para o paciente e a sua família acerca dos cuidados que eles necessitam saber sobre a sua saúde, configurando uma importante estratégia do cuidado à saúde na RAS. Pois tudo isso viabiliza a continuidade do cuidado após a hospitalização (RIBAS *et al.*, 2018).

Sabe-se que, em todo mundo, a pandemia provocada pelo novo coronavírus SARS-CoV-2 trouxe desafios enormes para a saúde pública, ultrapassando a fase crítica da doença, assim como a diminuição das hospitalizações (FILHO *et al.*, 2020), e a Covid-19 suscitou várias complicações e graus de comprometimento funcional em milhões de indivíduos que ainda estão se recuperando (SANTANA, FONTANA & PITTA, 2021).

As estratégias para lidar com as sequelas físicas e psicossociais deixadas para aqueles que venceram a doença tornaram-se uma grande preocupação para muitos profissionais de diferentes áreas da saúde (FILHO *et al.*, 2020). Portanto, torna-se fundamental traçar novas ferramentas que facilitem a trajetória dos pacientes com sequelas deixadas pela Covid-19 na rede pública de atenção à saúde, pois particularmente esses necessitam da continuidade do cuidado de acordo com o grau de comprometimento e limitações impostas pela doença.

Sendo assim, esta pesquisa torna-se relevante por seu caráter investigativo, tendo em vista a possibilidade de trazer dados que nos levam a compreender como os enfermeiros que atuaram no enfrentamento, combate e cuidado dos pacientes hospitalizados em decorrência da infecção por vírus SARS-CoV-2 atuaram no planejamento da alta hospitalar para garantir a transição e continuidade do cuidado desses pacientes no domicílio.

Considera-se que as estratégias de continuidade do cuidado na rede de atenção à saúde são fundamentais para promover a segurança dos pacientes, mesmo quando no

domicílio, e continuarem a ser acompanhados pelos profissionais de saúde. Isso pode contribuir para melhorar a autoestima e o quadro de comprometimento dos mesmos, assim como a sua qualidade de vida (COSTA *et al.*, 2019; MENDES *et al.*, 2017).

Os dados obtidos neste estudo poderão auxiliar os profissionais de saúde, incluindo enfermeiros e gestores dos serviços de saúde para refletirem sobre estratégias da alta hospitalar das vítimas da Covid-19 e de outras doenças, assim como em caso de epidemias ou demais pandemias. Vale ressaltar que estudos investigativos possibilitam aos gestores e profissionais de saúde condições teórico-práticas na aplicação de intervenções mais eficazes e direcionadas à realidade da clientela, como também contribuem com informações necessárias para os serviços de saúde, no sentido de aperfeiçoar o atendimento prestado à população.

Diante do exposto e quanto à relevância da transição e da continuidade do cuidado para pacientes vítimas da Covid-19, o presente estudo teve como questões norteadoras:

- Qual é a avaliação de pacientes com Covid-19 sobre a transição do cuidado pós-alta hospitalar?
- Quais as ações de continuidade do cuidado realizadas por enfermeiros para favorecer a continuidade do cuidado na alta hospitalar?

## 2. OBJETIVOS

Este estudo tem como objetivos:

- Avaliar a transição do cuidado de pacientes com Covid-19 pós-alta hospitalar.
- Descrever as ações de continuidade do cuidado realizadas por enfermeiros que favoreçam a continuidade do cuidado.

### 3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Trata-se de um levantamento bibliográfico descritivo e exploratório feito a partir do site do Ministério da Saúde (MS); Agência Nacional de Vigilância Sanitária-ANVISA; Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS e da Organização Mundial da Saúde (OMS). Além desses, prosseguiu-se para a busca em bases de dados SciELO, PubMed e Google Acadêmico. Após a busca efetuada, os artigos científicos, dissertações, teses e protocolos encontrados resultaram na construção da fundamentação teórica em dois tópicos: Covid-19 e SARS-CoV-2; e Transição e Continuidade do Cuidado.

#### 3.1 COVID-19 E SARS-COV-2

##### 3.1.1 caracterização do sars-cov-2

As doenças infecciosas afligem a humanidade desde os primórdios da civilização. Entende-se que a preocupação do mundo quanto ao efeito dessas doenças deve ser direcionada ao futuro e não ao passado. O surto da Covid-19, causado pelo vírus zoonótico SARS-CoV-2, atualmente, configura a maior inquietação mundial e, com certeza, um dos jamais vistos na história da humanidade (KHALIL & KHALIL, 2020).

As espécies sobre o coronavírus foram apresentadas pela primeira vez em 1966 por Tyrell e Bynoe. Estes são vírus de RNA de sentido positivo, com diâmetro entre 60 nm e 140 nm (DUARTE, 2020). Visualizados na microscopia eletrônica como círculos, apresentam projeções em suas superfícies como uma coroa solar, denominado dessa maneira de corona, nome proveniente do latim, que significa coroa (DUARTE, 2020; LIMA *et al.*, 2020; SÁFADI *et al.*, 2020).

Os coronavírus pertencem à subfamília *Coronavirinae* da família dos *Coronaviridae*, ordem Nidovirales. Sendo que esta subfamília inclui quatro gêneros: Alfacoronavirus, Betacoronavirus, Gamacoronavirus e Deltacoronavirus (SÁFADI *et al.*, 2020). Os dois primeiros gêneros infectam humanos (LIMA *et al.*, 2020), e o terceiro e o quarto gênero infectam tanto aves como mamíferos (DUARTE, 2020).

Geralmente, os coronavírus são referidos como patógenos não letais para seres humanos, sendo que cerca de 20% dos resfriados mais comuns são causados por estes. Ao longo da história da humanidade, são conhecidos até o ano de 2019 seis espécies de

coronavírus como causadores de doença em seres humanos, entre os quais, quatro (229E, NL63, OC43, e o HKU1) foram descritos como de alta prevalência e sendo associados aos quadros de resfriados e infecções leves do trato respiratório superior em pacientes de todas as idades com função imunológica resistente (LIMA *et al.*, 2020; SÁFADI *et al.*; 2020).

As outras duas espécies restantes, que também são denominadas *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus* (SARS-CoV) e a *Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus* (MERS-CoV), pertencem à origem zoonótica e são comprovadas pela ciência como espécies associadas a quadros graves e, potencialmente, fatais de insuficiência respiratória (LIMA *et al.*, 2020; SÁFADI *et al.*; 2020).

Dessas duas espécies, no ano de 2003, o SARS-CoV foi responsável por um surto que se originou na China, contando com 8.096 casos em 29 países e 774 mortes, constituindo letalidade de 9,5%. Enquanto o MERS-CoV foi o agente responsável pelo surto ocorrido no Oriente Médio, com origem na Arábia Saudita, no ano de 2012, com registro de 2.494 casos em 27 países e 858 mortes, com letalidade de 34% (LIMA *et al.*, 2020; SÁFADI *et al.*; 2020).

Incluído entre os dois vírus do grupo coronavírus responsáveis por promover problemas respiratórios graves (SARS-CoV e MERS-CoV) (SILVA; SANTOS; MELO, 2020; TUÑAS *et al.*, 2020), o SARS-CoV-2 possui o seguinte arranjo de genes no genoma: 5'UTR- *replicase* (orf1ab)- *Spike* (S)- orf3a- Envelope (E)- Membrane (M)- orf6- orf7a- orf8- Nucleocapsid (N)- orf10- 3'UTR (LIMA *et al.*, 2020).

O SARS-CoV-2 é um  $\beta$ -coronavírus de RNA de fita simples com um nucleocapsídeo, cujo receptor é a enzima conversora de angiotensina 2. Essa é uma proteína de membrana presente principalmente nos pneumócitos tipo II, observada ainda em células renais, cardíacas, vasculares e gastrointestinais (PASCOAL *et al.*, 2020).

### 3. 1. 2 Epidemiologia e Transmissão

No que se refere à sua transmissibilidade, o SARS-CoV-2 é propagado pela inalação ou pelo contato com gotículas infectadas de pacientes sintomáticos ou assintomáticos (SILVA; SANTOS; MELO, 2020). A infecção pode ocorrer através do contato direto, indireto ou próximo com pessoas infectadas por secreções que contêm SARS-CoV-2, como a saliva e secreções respiratórias ou de suas gotículas respiratórias, expelidas quando uma pessoa infectada tosse, espirra, fala ou canta (ORGANIZAÇÃO PAN- AMERICANAS DA SAÚDE, 2020b).

Alguns estudos relataram a detecção de RNA do SARS-CoV-2 no plasma ou no soro e a replicação do vírus em células sanguíneas. No entanto, a transmissão sanguínea continua incerta. O RNA do SARS-CoV-2 também foi detectado em outras amostras biológicas, incluindo urina e fezes de alguns pacientes. Até o momento, não há evidências claras sobre a transmissão do SARS-CoV-2 por fezes ou urina (SOUZA *et al.*, 2021b). Seu período de incubação varia entre 2 e 14 dias (DUARTE; QUINTANA, 2020).

Segundo a Organização Panamericana da Saúde (2020b), as secreções respiratórias ou gotículas expelidas por indivíduos infectados podem contaminar superfícies e objetos, criando os fômites, ou seja, superfícies contaminadas. O vírus SARS-CoV-2 viável ou o RNA do SARS-CoV-2 detectado por RT-PCR podem ser encontrados nessas superfícies por períodos de até 72 horas, com graus de contaminação diferentes. A viabilidade deste depende do ambiente ou local e da superfície, especialmente em altas concentrações em unidades de saúde onde pacientes com Covid-19 estão sendo tratados (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2020b; KARADAG; KAYIRAN; RAPUANO, 2020).

A transmissão por gotículas respiratórias, denominada transmissão direta, ocorre quando uma pessoa está em contato próximo, numa distância de um metro, com uma pessoa infectada que apresenta sintomas respiratórios, por exemplo, tosse ou espirro, estes ao falar ou cantar, libera as gotículas respiratórias que contêm o vírus, podendo estes atingir a boca, nariz ou olhos de uma pessoa suscetível, resultando dessa forma em infecção (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2020b).

Em relação à transmissão indireta, ocorre quando uma pessoa toca superfícies no ambiente imediato ou em objetos contaminados com o vírus de uma pessoa infectada, por exemplo, estetoscópio e termômetro, e em seguida leva a mão à boca, nariz ou olhos (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2020b).

Em termos epidemiológicos, segundo o boletim epidemiológico da Semana Epidemiológica (SE) 52 de 2022, no dia 31 de dezembro de 2022, foram confirmados 660.300.641 casos de Covid-19 no mundo. Os Estados Unidos acumularam maior parte de casos confirmados (100.749.731), seguido por Índia (44.679.873), França (39.334.073), Alemanha (37.369.866) e Brasil (36.331.281) (BRASIL, 2022).

Quanto aos óbitos, até 24 de dezembro de 2022 foram confirmados 6.689.977 no mundo. Os Estados Unidos, também, tiveram a maior concentração de número de óbitos (1.092.674), seguido por Brasil, com (693.853), Índia (530.705), Rússia (385.789) e México (331.099) (BRASIL, 2022).

### 3. 1.3 Sinais e sintomas

Sobre os sinais e sintomas da Covid-19, estes compreendem febre, tosse seca, dispneia, mialgia, fadiga, evidência radiográfica de pneumonia e contagem normal ou diminuída de leucócitos (WANG *et al.*, 2020). Estudos apontaram outros sintomas, como náusea, vômito, diarreia, conjuntivite, cefaleia e dor na garganta (SILVA; SANTOS; MELO, 2020). Cerca de 5% dos pacientes com a Covid-19 desenvolvem complicações respiratórias graves, insuficiência cardíaca aguda, lesão renal aguda, infecção, sepse ou choque (ESTEVÃO, 2020; SÁFADI *et al.*, 2020).

A mortalidade é mais elevada nas pessoas com a doença na sua forma grave, idosos e pessoas com comorbidades, variando a taxa de mortalidade de 2 a 3% (ESTEVÃO, 2020; SÁFADI *et al.*, 2020). Quanto à duração dos sinais e dos sintomas, em média, se for considerado o período desde a iniciação dos sintomas à manifestação da Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA), gira em torno de 5 a 8 dias (LAUER *et al.*, 2020).

### 3. 1.4 Diagnóstico e tratamento

Sobre o diagnóstico, ressaltam-se o reconhecimento precoce e o diagnóstico rápido, fundamentais para encurtar a cadeia de transmissão e permitir que sejam fornecidos os cuidados de suporte em tempo hábil. É importante frisar que os pacientes, em geral, dão entrada nos serviços de saúde de atenção primária e passam por triagem, que permite classificar o quadro apresentado, considerando os sinais e sintomas relatados, o que possibilita definir se o caso é suspeito ou não para Covid-19 (BRASIL, 2020).

Os casos suspeitos da doença são classificados de Síndrome Gripal, isso quando o indivíduo apresenta-se com quadro respiratório agudo, caracterizado por sensação febril ou febre, mesmo que relatada, acompanhada de um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: tosse, dor de garganta, coriza ou dificuldade respiratória. É fundamental lembrar que na suspeita de Covid-19, a febre pode não estar presente (BRASIL, 2020).

Para crianças, considera-se também a presença de obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico. Já para idosos, a febre pode estar ausente. Considera-se a presença da síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência, como critérios específicos de agravamento nessa faixa etária (BRASIL, 2020).

A outra maneira de classificar os casos suspeitos da Covid-19 é verificar a Síndrome Respiratória Aguda Grave, e nessa classificação o paciente apresenta síndrome gripal

acompanhada de um ou mais desses sinais e sintomas: dispneia/desconforto respiratório, pressão persistente no tórax, saturação de oxigênio (O<sub>2</sub>) menor que 95% em ar ambiente, coloração azulada dos lábios ou rosto. Nas crianças, além dos quadros citados, devem-se observar o batimento da asa de nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência (BRASIL, 2020).

Atualmente, para confirmação da infecção por Covid-19, o método mais confiável é a detecção molecular do RNA viral, realizada por exame laboratorial de reações de RT-PCR em tempo real, atuando na amplificação do RNA do vírus, possibilitando a sua identificação. A coleta das amostras é realizada com swab, combinado da secreção da nasofaringe e da orofaringe ou do trato respiratório inferior (BRASIL, 2020; ALVAREZ *et al.*, 2020).

Com relação ao tratamento para Covid-19, vários cientistas do mundo uniram esforços em busca dos fármacos que possam ser empregados para este fim, como: antivirais (redemsvir), anti-inflamatórios (dexametasona/glicocorticoides), antibiótico (antibiótica), plasma convalescente, antimalárica (hidroxicloroquina/cloroquina), anti-helmíntico (ivermectina), heparina e outros anticoagulantes, entre outras medicações, mas não há evidências que sustentem o uso dessas medicações para tratamento da doença (GUIMARAES *et al.*, 2021; SOUZA *et al.*, 2021b).

### **3.1.5 Medidas de prevenção e combate ao SARS-COV-2**

A prevenção e o combate ao SARS-CoV-2 envolvem a adoção das medidas gerais, tais como: lavar frequentemente as mãos com água e sabão ou álcool 70%; não levar as mãos sujas aos olhos, nariz e boca; evitar contato próximo com as pessoas; cobrir boca e nariz com o antebraço ou lenços descartáveis ao tossir ou espirrar, desprezando-os em local apropriado e higienizar as mãos em seguida (BRASIL, 2020; SOUZA *et al.*, 2021b).

Além dessas medidas, o Ministério da Saúde recomenda procurar atendimento médico precocemente se tiver febre, tosse e dificuldade para respirar; evitar o consumo de produtos animais crus ou mal cozidos e manusear carne crua ou leite com cuidado; limpar e desinfetar objetos e superfícies tocados com frequência (BRASIL, 2020 b; SOUZA *et al.*, 2021b).

O uso de máscaras foi considerado fundamental para diminuir a contaminação pelo vírus SARS-CoV-2. O Ministério da Saúde, devido ao crescente número de casos da Covid-19, recomendou o uso de máscaras de pano pela população para prevenir a escassez e/ou

indisponibilidade de máscaras industriais para uso dos profissionais da saúde. Tal equipamento de proteção configurou-se como uma barreira importante, quando combinada com os demais cuidados de higiene já preconizada (BRASIL, 2020).

A ANVISA recomendou que a confecção das máscaras de pano fosse feita nas medidas corretas, permitindo a cobertura total da boca, nariz e os espaços nas laterais, além de reforçar sobre uso correto, manipulação do dispositivo durante o uso e lavagem das mãos antes de colocação e após a retirada (ANVISA, 2020).

Outra medida adotada no país para a prevenção e o combate ao vírus foi o isolamento social, medida reconhecida em todo o mundo como forma de contenção da propagação do vírus. Para isso, o Ministério da Saúde recomendou que todas as pessoas com diagnóstico de Síndrome Gripal e seus contatos domiciliares ficassem em isolamento domiciliar por um período de 14 dias (BRASIL, 2020).

Com relação à adoção de quarentena, estudos confirmaram a importância da sua implementação na redução da incidência e mortalidade durante a pandemia da Covid-19. Dessa maneira, a sua adoção logo no início, combinada com as outras medidas de controle como o fechamento de escolas, restrições de viagens e distanciamento físico, foi importante para minimizar os efeitos da pandemia de SARS-CoV-2 e controlar a sua propagação (BRASIL, 2020).

Durante todo o ano de 2020, acompanhou-se com atenção inédita o desenvolvimento das etapas de estudos científicos com candidatas a vacinas contra o novo coronavírus SARS-Cov-2 (CASTRO, 2021). No início de 2021, houve uma grande multiplicação de vacinas com eficácia e segurança comprovadas. No entanto, o principal desafio associado ao enfrentamento da Covid-19 se trata da imunização rápida e com uma larga escala em proporção mundial (ROCHA *et al.*, 2021).

Segundo a OMS (2021), os ensaios clínicos feitos pelos pesquisadores mostraram que as vacinas contra a Covid-19 são seguras e altamente eficazes na prevenção de formas graves da doença. A entidade recomenda a vacinação em massa como solução mais viável para o encerramento da pandemia, bem como a manutenção de precauções básicas, por vacinados e não vacinados, como distanciamento físico, uso de máscara, manter os ambientes com ventilação adequada, distanciamento social e higiene das mãos.

### **3.1.6 sequelas da Covid-19**

Devido ao fato de essa doença ser altamente transmissível e 5% das pessoas contaminadas necessitarem de cuidados intensivos, a OPAS alerta sobre a persistência das sequelas que demandam a reabilitação durante a internação hospitalar ou após a alta (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2020a). Estima-se que há persistência disso em cerca de 10–35% nos pacientes em geral e em 85% para aqueles que foram hospitalizados. As sequelas dessa doença são referidas pelos cientistas como síndrome pós-Covid-19 ou Covid-19 longa (PAVLI *et al.*, 2021).

As sequelas persistem tanto nos casos agudos quanto na forma grave. Sendo assim, detectar e ter o conhecimento das manifestações clínicas da “Covid-19 longa” em qualquer paciente acometido pela doença tornam-se ações importantes. Entretanto, os pacientes graves devem ser priorizados, pois estudos mostraram que muitos desses, que foram hospitalizados, podem ser readmitidos em até dois meses após alta hospitalar (PAVLI *et al.*, 2021; SILVEIRA *et al.*, 2021).

Quanto às possíveis manifestações clínicas da “Covid-19 longa”, podem-se destacar: a fadiga, dispneia, dor torácica, problemas gastrointestinais, cutâneas, manifestações mentais (depressão, insônia e ansiedade) e comprometimento cognitivo. Além desses, há distúrbios cerebrovasculares e/ou neurológicos centrais (vasculite, acidente vascular cerebral isquêmico e encefalites), distúrbios neurológicos periféricos (disfunção olfativa e gustativa) (AGUIAR, SARQUIS & MIRANDA, 2021; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2020a; PAVLI *et al.*, 2021).

Aguiar, Sarquis & Miranda (2021) no seu trabalho reflexivo relataram estudo mostrando que cefaleia, tontura, náusea, confusão mental, mialgia, distúrbios vasculares e algumas consequências graves, como hemorragia intracerebral aguda, trombose de seio venoso cerebral, encefalopatia e síndrome de Guillain-Barré, foram os principais sintomas apresentados no pós-Covid-19 pelos pacientes. Neste contexto, exige-se dos profissionais de saúde um olhar atento para tais agravos, incluindo implementar intervenção efetiva e precocemente para ajudar na reabilitação.

A reabilitação dos pacientes acometidos pela Covid-19 inicia desde a internação hospitalar para manter o funcionamento dos sistemas vitais, segue-se ao longo do período de hospitalização e na pós-admissão para tratar as sequelas e complicações causadas pelo vírus SARS-CoV-2 (GREVE *et al.*, 2020; AGUIAR, SARQUIS & MIRANDA 2021). Inclui um olhar clínico dos profissionais de saúde, para implementar intervenções necessárias para diminuir a angústia desses pacientes.

Neste contexto, a atuação da equipe multiprofissional, e principalmente dos enfermeiros, para organização do fluxo na rede pública de saúde e no momento da alta, é muito importante, pois muitos desses pacientes necessitarão de continuidade do cuidado em decorrência das sequelas deixadas pela doença. Somados a isso, o planejamento da alta e a continuidade do cuidado desses pacientes na Atenção Primária à Saúde (APS) ou em domicílio são fundamentais para evitar a reinternação e proporcionar uma boa reabilitação (COSTA *et al.*, 2019; MENDES *et al.*, 2017; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2020a).

A pandemia da Covid-19 trouxe uma grande preocupação para as autoridades de saúde no mundo, por infectar várias pessoas, desencadear internações expressivas e deixar muitos pacientes com sequelas. Estes pacientes necessitarão de acompanhamentos nos serviços de saúde para controle e manutenção dos problemas deixados pela doença, o que justifica que os serviços e profissionais de saúde sejam preparados para responder estes problemas pós Covid-19.

### **3.1.7 Atuação da Enfermagem na pandemia da Covid-19**

Com a pandemia da Covid-19, a atuação dos profissionais de saúde para combater a doença tornou-se muito mais evidente (SILVA, SILVA, PINTO & MENEZES, 2021). A existência de complicações clínicas agudas com potencial de agravamento rápido e sequelas crônicas exigiu dos serviços de saúde que contassem com profissionais capacitados para atender à crescente demanda dos pacientes (PAVLI *et al.*, 2021).

Nesse contexto, entre vários profissionais que atuaram no combate da Covid-19, destacam-se os da enfermagem, que atuam na linha de frente e em todo o conjunto da assistência nos serviços de saúde para o tratamento, prevenção e recuperação dos pacientes com comprometimento advindo da doença. Além disso, a enfermagem mostrou-se presente no cuidado direcionado às pessoas, em ações curativas, de reabilitação, de alívio do sofrimento e de promoção da saúde (FORTE & PIRES, 2020).

Em todo o mundo, no ano 2018, reforçou-se a importância do papel social e profissional da enfermagem, por meio da campanha intitulada “Nursing Now”, uma ação internacional promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o empoderamento dos profissionais de enfermagem, reafirmando o papel fundamental destes, no cuidado à

saúde da população. O ano de 2020 foi definido como o “Ano da Enfermagem”, conferindo um marco para essa categoria profissional (FERNANDEZ *et al.*, 2020).

Os profissionais da enfermagem constituem a maior força de trabalho da saúde em todo o mundo, tendo um papel crucial na melhoria do acesso e da qualidade dos cuidados de saúde (CASSIANI *et al.*, 2020). No território brasileiro, o SUS conta com um enorme quadro de profissionais, representando atualmente mais de 3,5 milhões, sendo que, destes, cerca de 50% são enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem (FERNANDEZ *et al.*, 2020).

Além da forte concentração destes profissionais nos serviços de saúde, é nítido que há um reconhecimento da importância dessa categoria profissional em relação ao seu trabalho para o funcionamento das equipes no SUS, em que estes atuam nas diversas áreas, desempenhando ações de atenção, gerenciamento, ensino e pesquisa (FERNANDEZ *et al.*, 2020). Evidência, dessa maneira, de que a enfermagem configura um importante articulador com demais setores e profissionais para otimização das ações do cuidado direcionado aos pacientes.

Ainda, em relação à atuação da enfermagem, a literatura evidencia que os enfermeiros são os profissionais que mais se destacam na transição do cuidado hospitalar para o domicílio. Eles desenvolvem atividades que envolvem o planejamento de cuidados para a alta, auxílio para reabilitação, educação em saúde, articulação com os demais serviços de saúde e acompanhamento pós-alta (ACOSTA *et al.*, 2018).

Especificamente, em relação à alta hospitalar, nos países como Canadá, Espanha e Portugal existem enfermeiras chamadas enfermeiras de ligação, que se integram à equipe gestora da alta hospitalar, como estratégia para assegurar a continuidade do cuidado (RIBAS *et al.*, 2018; COSTA *et al.*, 2019). Cada um desses países adotou uma terminologia atribuída para essa profissional, como “enfermeira de ligação”, “enfermeira de enlace” e “enfermeira da equipe de gestão de altas”, respectivamente (RIBAS *et al.*, 2018).

Estes profissionais estabelecem a comunicação com os usuários do sistema de saúde, para identificar as suas necessidades e capacidades. Possibilitam a participação dos familiares no cuidado dos pacientes após o retorno para o domicílio, assim como procuram estabelecer uma comunicação com as equipes da instituição hospitalar e outros níveis de atenção à saúde em que o quadro do paciente se enquadra para dar continuidade ao cuidado necessário (AUED *et al.*, 2021).

No contexto brasileiro, a atuação da enfermagem em relação ao planejamento de alta hospitalar, como um dos instrumentos que favorecem o estabelecimento da continuidade do cuidado, desenvolveu-se muito pouco, mesmo sendo estratégia recomendada pelo sistema de

saúde nacional e pela OMS (COSTA *et al.*, 2019). Importante ressaltar que o planejamento da alta com vista à continuidade dos cuidados no domicílio é uma forma inovadora de prestação de cuidados (MENDES *et al.*, 2017)

Diante do fato apresentado, entende-se que a alta hospitalar e a continuidade de cuidado ainda precisam ser exploradas com mais profundidade, deixando de ser uma meta a ser alcançada para algo concreto. Por outro lado, é de suma importância que seja promovido o desenvolvimento de competências dos enfermeiros com vistas ao processo de alta (COSTA *et al.*, 2019).

Com o advento da pandemia da Covid-19, torna-se evidente a relevância da atuação dos profissionais de enfermagem, principalmente enfermeiras de ligação, com atuação direta no processo da alta hospitalar a partir da identificação dos pacientes que necessitam de continuidade do cuidado, diante da existência de sequelas crônicas da Covid-19. Nesse sentido, torna-se evidente a necessidade de trabalhar essa temática nos hospitais brasileiros, possibilitando que pacientes tenham o devido encaminhamento e acompanhamento na RAS.

### 3.2 TRANSIÇÃO E CONTINUIDADE DO CUIDADO

Com as mudanças de políticas e as estruturas em torno do setor da saúde no mundo, a incorporação de práticas que visam à clínica ampliada, integral e articulada vem sendo priorizada. No território brasileiro, estas práticas e princípios, assim como a política da RAS, vão ao encontro do sistema público de saúde, levando a um bom planejamento e execução de ações da assistência à saúde, bem como à organização do processo de trabalho nos serviços de saúde (COSTA *et al.*, 2019).

Nessa perspectiva, destaca-se a continuidade do cuidado, que ocorre após a alta hospitalar do paciente, requer planejamento da alta hospitalar e possibilita articulação nos serviços e/ou pontos da RAS de acordo com as necessidades do usuário. Além disso, organiza os fluxos de referências e contrarreferências, assim como ações de educação em saúde para autogerenciamento do cuidado. Ressalta-se que o processo é assegurado por uma transição adequada (COSTA *et al.*, 2019; AUED *et al.*, 2021).

A transição por sua vez é tida como estratégia que facilita a coordenação de continuidade do cuidado dos pacientes oriundos dos diferentes níveis de atenção à saúde. Quando executado de forma correta, conduz a uma boa qualidade de assistência e

consequentemente reduz reinternações hospitalares, levando à redução dos custos hospitalares (COSTA *et al.*, 2019; AUED *et al.*, 2021).

Associado a isso, destaca-se o planejamento de alta, que inclui ações de educação e promoção da saúde, que levam ao autogerenciamento dos cuidados, fornecimento das orientações sobre as medicações e à articulação com a RAS (WEBER, LIMA & ACOSTA, 2019). Neste cenário epidêmico, estas ações configuram estratégias importantes para a continuidade do cuidado dos pacientes com a Covid-19, pois estes apresentam sequelas que requerem a atenção de diversos profissionais de saúde.

Ainda, quanto à continuidade do cuidado, o Serviço Nacional de Saúde português a define como a sequencialidade, no tempo e nos sistemas de saúde e segurança social, das ações integradas de saúde, bem como apoio social. Constitui-se em uma estratégia e uma política estabelecida para os serviços de saúde seguirem associados à melhoria da qualidade dos cuidados em saúde, minimização dos custos e redução das hospitalizações evitáveis (MARTINS *et al.*, 2018; COSTA *et al.*, 2019). Segundo Aued *et al.* (2019), a continuidade do cuidado é resultante da integração do acesso aos serviços de saúde, boas habilidades interpessoais, fluidas informações entre os profissionais de saúde, apropriada coordenação dos cuidados e integração dos serviços.

No que tange ao período pós-alta hospitalar, este consiste no momento desafiador para o paciente e seus familiares, visto que pode se deparar com dificuldades para realização das atividades diárias e dúvidas quanto ao seu autocuidado. Estes problemas geram baixa adesão ao tratamento, eventos adversos relacionados às medicações de uso contínuo e exacerbação da doença de base, o que pode contribuir para uma nova readmissão (WEBER, LIMA & ACOSTA, 2019).

Diante disso, cabe ressaltar as readmissões hospitalares, visto que trazem prejuízos para os pacientes, e consequentemente, resultam em maiores custos para o sistema de saúde, o que justifica implementar medidas que contribuem para evitá-las, uma vez que estão associados a fatores potencialmente evitáveis, por exemplo: ineficiência no planejamento de alta, eventos adversos relacionados a medicamentos, falta de acompanhamento na atenção primária e a não continuidade no cuidado após a alta (WEBER, LIMA & ACOSTA, 2019).

Os fatores referidos reforçam a importância do planejamento da alta hospitalar, pois isso é determinante na transição do paciente do hospital para o domicílio e garante a continuidade do cuidado (MENDES *et al.*, 2017; AUED *et al.*, 2021). Nesse sentido, o planejamento da alta hospitalar deve ser iniciado imediatamente após a internação, ou seja,

nas primeiras 24 horas. Quando feito dessa forma, possibilita a identificação dos obstáculos para a alta e implementação das ações corretivas (AUED *et al.*, 2019).

Assim, diversas estratégias podem ser adotadas com objetivo de obter sucesso na alta hospitalar e promover a continuidade do cuidado. Entre as estratégias, destacam-se: compartilhamento de informação clínica do paciente entre os profissionais dos diferentes níveis de atenção à saúde; adoção da sistematização do acompanhamento do usuário com base nos protocolos; planejamento de gestão para a alta e gerenciamento de casos (MENDES *et al.*, 2017; COSTA *et al.*, 2019).

Além dessas, ainda pode ser feito o acompanhamento por telefone no período pós-alta, possibilitando a ligação entre a instituição e o paciente; contato telefônico, da enfermeira responsável pelo cuidado do paciente durante a hospitalização; plano de cuidado impresso; material educativo escrito, para ajudar a cuidadora ou o paciente em casa; folhetos com telefones e websites de serviços na comunidade; enfermeira de ligação; enfermeira educadora; entre outras (COSTA *et al.*, 2019).

No que concerne à continuidade do cuidado, destaca-se que os benefícios atribuídos a esta se relacionam a uma maior possibilidade de integração das dimensões físicas, psicológicas, sociais e econômicas. Bem como a melhoria da relação entre pacientes e profissionais da saúde, redução do uso indevido dos serviços de saúde e dos custos hospitalares. Por outro lado, há possibilidades de aumento de satisfação dos pacientes em relação ao serviço e do profissional de saúde com o seu trabalho (MENDES *et al.*, 2017).

Entretanto, Nóbrega *et al.* (2017) apontaram estudos que evidenciam limitações para a continuidade do cuidado, devido a falhas no sistema de referência e contrarreferência, bem como fragilidade da articulação do Sistema Único de Saúde (SUS), e salientaram a ineficiência da comunicação entre os serviços e os profissionais da rede de atenção à saúde. Isso reforça que as recomendações do SUS e OMS sobre a articulação do cuidado para a APS na alta hospitalar e a contrarreferência para a APS não estão sendo seguidas (COSTA, PEREZ & CIOSAK, 2021).

Dessa maneira, vale ressaltar que o decreto 7.508 de 2011 garante aos usuários do SUS a continuidade do cuidado, destacando que o fluxo destes seja pactuado pelas comissões intergestores (BRASIL, 2011). A continuidade do cuidado está intimamente atrelada ao princípio da integralidade da atenção à saúde no SUS, prezando para evitar a fragmentação do cuidado, e deve ser proporcionada aos pacientes que necessitam transitar na RAS em busca de resolução dos problemas de saúde apresentados (PEITER, 2020).

O propósito do sistema de saúde brasileiro é de caráter integral e possibilita o acesso da população à rede de serviços de saúde digna (COSTA, PEREZ & CIOSEK, 2021). Entretanto, a fragmentação de cuidado resulta da falta de coordenação entre os serviços de assistência à saúde, e as orientações confusas em relação ao tratamento contribuem para forte probabilidade de erros e duplicações de ações de saúde, condutas e planos de cuidado conflitantes, desfechos clínicos insatisfatórios e baixa qualidade da assistência (PEITER, 2020; MENDES *et al.*, 2017).

Diante disso, para dar resposta à fragmentação do cuidado, é fundamental que se atue na reestruturação do sistema de saúde, articulação e integração dos serviços, permitindo que estes funcionem de forma contínua e proporcionem o cuidado integral aos pacientes. Tudo isso se torna possível com as RAS, coordenadas pela APS. Modelo de atenção à saúde adotado por diversos países, incluindo o Brasil (PEITER, 2020; PEITER *et al.*, 2019). Visto que os sistemas de saúde com cuidados fragmentados constituem-se de pontos isolados de atenção à saúde e incomunicáveis entre si, dificultam o cuidado contínuo e integral aos seus usuários (PEITER, 2020).

Com relação às RAS, estas podem ser definidas como os serviços e ações que intermedeiam o processo de saúde-doença, sob a ótica de diferentes densidades tecnológicas, logísticas e de gestão para garantir o cuidado integral, melhorar o acesso, a equidade e a eficácia como propõe o SUS. Dessa forma, são responsáveis por atuar na melhoria da fragmentação de atenção à saúde e dos problemas da saúde pública (COSTA, PEREZ & CIOSEK, 2021; DAMACENO *et al.*, 2020).

Nesse sentido, a organização do sistema de saúde em redes surgiu como uma resposta para melhorar o acesso à saúde e à qualidade de assistência para toda a população, possibilitando a oferta de serviços e adoção de mecanismos de referência e contrarreferência que permitem a continuidade do cuidado dos pacientes nas RAS (DAMACENO *et al.*, 2020; PEITER, 2020).

Nessa perspectiva, a constituição das RAS, bem como a sua importância para a qualificação dos sistemas de saúde, pode ser justificada pelo aumento crescente da incidência e prevalência das doenças crônicas, que demandam a construção da integralidade para intervir nos custos crescentes dos sistemas de saúde. Sendo assim, os serviços ofertados aos usuários devem se pautar em responder às necessidades destes, a partir do olhar ampliado, contribuindo dessa forma para beneficiar sua saúde em diferentes pontos do contato dos pacientes com o sistema (DAMACENO *et al.*, 2020).

No caso da pandemia da Covid-19, em que vários pacientes convivem com as sequelas deixadas após a infecção por SARS-CoV-2, é necessária uma boa articulação nos diferentes pontos da rede de saúde de atenção à saúde brasileira, para proporcionar a continuidade do cuidado para estes. Além disso, é importante a conscientização dos profissionais para atuarem no planejamento da alta, visto que isso contribui na redução das internações evitáveis e custos para o sistema de saúde.

### 3.2.1 Manuscrito 1 - Ações de continuidade do cuidado nos Hospitais Universitários Federais: estudo documental

#### RESUMO

**Objetivo:** identificar ações de continuidade do cuidado nos Hospitais Universitários Federais do Brasil. **Método:** trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória de cunho documental, com abordagem quantitativa, efetuada a partir da página eletrônica da EBSEH. **Resultados:** foram acessadas 70 notícias, das quais 29 foram excluídas por não atenderem aos objetivos do estudo ou por repetição. A amostra final foi composta por 41 notícias. A maioria das notícias (22%) sobre as ações de continuidade do cuidado foi veiculada no ano de 2021. A região Nordeste apresentou a maior porcentagem (34,1%) e o estado de Minas Gerais registrou o maior índice de notícias (17,1%). A maioria das postagens não especificou o perfil do paciente (48,8%), as notícias sobre a saúde da mulher e da criança apresentaram maior percentual (14,6%). Sobre a participação da enfermagem, 41,5% das ações tiveram relação direta com essa categoria profissional. **Considerações finais:** aponta-se o crescente interesse dos Hospitais Universitários em garantir a continuidade do cuidado aos pacientes, sobretudo nos últimos cinco anos. Em suma, isso demonstra a preocupação do sistema de saúde brasileiro em atender às demandas de saúde da população, no que se refere à continuidade do cuidado.

**Palavras-chave:** Continuidade da assistência ao paciente; Cuidado Transicional; Enfermagem; Hospitais Universitários; Sistema Único de Saúde.

#### INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro deve ser organizado sob a lógica de atuação em Redes de Atenção à Saúde (RAS), que constituem em arranjos organizativos de serviços e ações de saúde de diferentes densidades tecnológicas e objetivam organizar os fluxos de atendimento e possibilitar a integralidade do cuidado. A estratégia de organizar os serviços de saúde em RAS visa superar a fragmentação da assistência e garantir a continuidade do cuidado (PEITER *et al.*, 2021).

A necessidade de organizar os serviços de saúde em redes surgiu diante da transição demográfica e epidemiológica que o mundo enfrenta nas últimas décadas, o que repercutiu no aumento da população idosa e pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Esta realidade representa um grande desafio para o sistema de saúde, pois o curso dessas doenças é longo, e os sinais e sintomas podem manifestar-se com recorrência, demandando a necessidade de manutenção da saúde, prevenir complicações, evitar novas internações e garantir a continuidade do cuidado (GALLO *et al.*, 2022; PEITER *et al.*, 2022).

A continuidade do cuidado é compreendida como a conexão e/ou a sucessão de cuidados e atendimentos necessários ao usuário ao longo do seu fluxo na RAS. Em vários países do mundo, como Estados Unidos da América, Canadá, Espanha, entre outros, a continuidade do cuidado se destaca devido aos benefícios que possui. Entre estes, os destaques da continuidade do cuidado estão na melhora da satisfação, em relação ao cuidado, pelos pacientes; redução de custos da saúde e adoção de ações que evitem readmissões após a alta hospitalar (COSTA *et al.*, 2019; GALLO *et al.*, 2022).

As readmissões hospitalares, além de serem prejudiciais para os pacientes, geram maiores custos para o sistema de saúde, dessa forma, é imprescindível que os hospitais adotem estratégias que resultem em evitá-las (WEBER *et al.*, 2019). Entre as quais se destacam: a partilha das informações dos pacientes entre instituições de saúde, acompanhamento baseado em protocolos, planejamento de gestão para a alta, acompanhamento por telefone pós-alta, plano de cuidado impresso e material educativo escrito (COSTA *et al.*, 2019).

Mediante o exposto, é fundamental ressaltar a atuação dos Hospitais Universitários Federais (HUFs) na atenção à saúde da população brasileira. Estes se constituem em centros de referência de média e alta complexidade para atendimento à saúde no SUS. Além disso, desempenham papel relevante na formação de profissionais de saúde e no apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão nas instituições de ensino superior às quais se vincularam (SANTOS *et al.*, 2020).

A rede de hospitais universitários federais é formada por 51 hospitais vinculados a 36 universidades federais. Destes, 41 hospitais são vinculados à Rede da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), empresa pública criada em 2011 pelo Governo Federal com o objetivo de reestruturar hospitais vinculados às instituições federais de ensino superior (EBSERH, 2022).

Assim, o presente estudo teve por objetivo identificar ações de continuidade do cuidado nos Hospitais Universitários Federais (HUFs) do Brasil.

## MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória de cunho documental, com abordagem quantitativa, efetuada a partir da página eletrônica da EBSEERH, responsável pela gestão dos HUFs. Em 2011, a EBSEERH assumiu papel de coordenação e avaliação das atividades desempenhadas pelos hospitais. Além disso, fornece apoio técnico na elaboração de instrumentos que ajudam na melhoria da gestão e distribuição de recursos hospitalares (EBSEERH, 2022).

Os dados foram coletados pelo pesquisador, entre os meses de dezembro de 2022 e janeiro de 2023. A coleta de dados foi baseada nas notícias divulgadas no site da EBSEERH em formato de textos. Para coleta de dados, foi estabelecida como parâmetro de busca a utilização do termo “Continuidade do cuidado”, sem limite de tempo.

Foram encontradas 70 notícias, das quais 29 foram excluídas por não estarem relacionadas com a temática proposta neste estudo, e em casos de repetição, foram consideradas apenas uma vez. A amostra final foi composta por 41 notícias, as quais foram lidas, extraídas e organizadas em uma planilha no *software Microsoft Excel*®.

A partir das notícias incluídas, foram extraídas as seguintes informações: Ano de publicação da notícia, região e estado brasileiro a que o HU pertence, perfil de pacientes e participação da enfermagem. Cabe destacar a elegibilidade e a extração das notícias, o que foi avaliado por dois doutores que estudam a temática deste estudo, a fim de garantir a adequação entre as notícias.

Os dados foram analisados de acordo com as dimensões de continuidade do cuidado: Relacional, Informacional e Gerencial. A dimensão relacional diz respeito à conexão desenvolvida ao longo do tempo e do local por meio do relacionamento paciente-profissional, sendo que tal relação favorece o compartilhamento de informações relevantes para o cuidado envolvendo pacientes/famílias e profissionais, bem como entre os diversos profissionais que prestam assistência ao paciente (dimensão informacional). A dimensão gerencial refere-se à capacidade de coordenação, vinculação e sequenciamento do cuidado, e os seus atributos se sobrepõem aos das outras dimensões (BAHR; WEISS, 2019).

Para contagem de frequência, foi contabilizada cada uma das notícias incluídas no estudo como unidade de análise. Em seguida, prosseguiu-se com a análise estatística descritiva, por meio da frequência simples e relativa.

As informações utilizadas na confecção desta pesquisa são públicas. Justificando a não submissão do projeto para apreciação do comitê de ética em pesquisa com os seres humanos, nos termos da Resolução n.510, de 7 de abril de 2016, e em conformidade à Lei n. 12.527/2011.

## RESULTADOS

Identificaram-se 41 notícias sobre ações de continuidade do cuidado nos Hospitais Universitários Federais (HUs). A primeira foi identificada em 2015 e a maioria (22%) foi veiculada no ano de 2021. A região Nordeste destacou-se com o maior percentual (34,1%), em nível estadual, e Minas Gerais registrou maior número de notícias (17,1%). A maior porcentagem das notícias sobre as ações de continuidade do cuidado não especificou o perfil do paciente (48,8%), o que foi seguido das notícias sobre a Saúde da Mulher e Criança (14,6%). Sobre a participação da enfermagem, 41,5% das ações tiveram relação direta com a atuação da enfermagem, conforme a Tabela 1.

**Tabela 1: Caracterização das notícias dos HUs por ano de publicação, Regiões, estados do Brasil, tipo de pacientes (n=41). Florianópolis. Brasil, 2023**

		N	%
<b>Ano</b>	2015	1	2,4
	2016	-	-
	2017	3	7,3
	2018	8	19,5
	2019	8	19,5
	2020	4	9,8
	2021	9	22
	2022	8	19,5
	Nordeste	14	34,1
	Sudeste	10	24,5

<b>Região</b>	Sul	8	19,5
	Centro Oeste	8	19,5
	Norte	1	2,4
	Minas Gerais	7	17,2
	Sergipe	6	14,6
	Pernambuco	5	12,2
	Paraná	4	9,8
<b>Estado</b>	Rio Grande de Sul	4	9,8
	Goiás	3	7,3
	Mato Grosso do Sul	3	7,3
	Distrito Federal	2	4,9
	Rio de Janeiro	2	4,9
	Amazonas	1	2,4
	Bahia	1	2,4
<b>Estado</b>	Maranhão	1	2,4
	Paraíba	1	2,4
	São Paulo	1	2,4
	Não especificado	20	48,8
	Saúde da mulher e da criança	6	14,6
	Paciente com cuidados paliativos	4	9,8
	Cuidados com feridas	2	4,9
<b>Perfil de paciente</b>	Sofrimento psíquico/transtorno mental	2	4,9
	Paciente Pós-Covid-19	2	4,9

	Pessoas indígenas	2	4,9
	Casos de saúde complexos	1	2,4
	Pacientes com câncer	1	2,4
	Pacientes com HIV/AIDS	1	2,4
<b>Participação da enfermagem</b>	Não especificado	24	58,5
	Sim	17	41,5

Fonte: elaborada pelos autores, 2023.

Ao analisar o conteúdo das notícias, estas versam sobre as três dimensões que constituem a continuidade do cuidado: Gerencial, Relacional e Informacional, sendo que a dimensão gerencial apresentou maior frequência de notícias (n=22; 53,6%), seguida pelas dimensões relacional (n=12; 29,2%) e informacional (n=7; 17,0%), conforme o Quadro 1.

#### Quadro 1- Foco das notícias dos HUs. Florianópolis. Brasil, 2023

<b>Gerencial</b>
Reunião multiprofissional
Adequar funcionamento para melhorar as admissões e altas hospitalares segundo critérios de referência e contrarreferência
Evento Científico - II Simpósio do Serviço de Atenção Domiciliar
Habilitação da Casa da Gestante, Bebê e Puérpera para continuidade do cuidado
Pactuação de fluxos assistenciais
Projeto Terapêutico Singular (PTS) para humanização
Programa Melhor em Casa
Evento Científico - promove articulação de instituições para Continuidade de Cuidado
Palestras/Visitas para identificar pacientes em risco de suicídio
Ambulatório de Amamentação - reestruturação do espaço físico
Grupo de Trabalho em Humanização

Programa de Gestão de Alta
Unidade de Apoio a Cuidados de Transição
Unidade de Reabilitação Pós-Covid
Implantação teleatendimento para atendimento de pacientes com Covid-19 e outras demandas
Grupo de Trabalho de Enfermagem em Cuidados com a Pele - orientação para cuidado domiciliar
Setor de Regulação Assistencial em Saúde
Implantação do teleatendimento para orientar pacientes, prescrever ou interagir com colegas para discutir diagnóstico e terapia dos pacientes
Unidade de Regulação Assistencial para continuidade do cuidado e alta hospitalar responsável
Centro Avançado de Atenção Multiprofissional Pós-Covid-19
Assessoria para continuidade do cuidado assistencial
<b>Relacional</b>
Inclusão de intérprete na atenção à saúde da população indígena
Mutirão para oferecer tratamento completo em saúde bucal a 25 crianças indígenas
Capacitação para o atendimento de pacientes que vivem com HIV/AIDS
Evento científico sobre assistência no cuidado paliativo
Ações educativas para profissionais e mulheres sobre a importância da amamentação
Acompanhamento ambulatorial especializado - Ambulatório de Navegação de Enfermagem em Oncologia
Ambulatório Multidisciplinar de Sexualidade para mulheres com câncer ginecológico
Curso/palestras multiprofissional em cuidados paliativos
Curso de capacitação de profissionais do hospital para procedimento que permitisse a alta de pacientes paliativos
Evento Científico - Fórum de Qualidade e Segurança do Paciente
Roda de conversa sobre prevenção de suicídio
Eventos/capacitações para estimular a construção de vínculo entre profissionais e usuários

<b>Informacional</b>
Desenvolvimento de Vídeo Educativo para melhorar o registro assistencial
Reestruturação do Serviço de Arquivo Médico e Estatístico
Realização de resumo de alta hospitalar para a atenção primária
Implantação do ISBAR (Introduction, Situation, Background, Assessment, Recommendation)
Implantação de novo sistema informatizado para registro clínico
Reunião multiprofissional para discussão de casos

Fonte: elaborada pelos autores, 2023.

No domínio Gerencial, destacaram-se ações voltadas à implementação de serviços que contribuem para melhorar o atendimento às puérperas, como ambulatório de amamentação. Além disso, houve a preocupação de melhorar a transição e alta hospitalar dos pacientes em geral e possibilitar o acompanhamento aos pacientes com Covid-19 e outras patologias, como teleatendimento, e no pós-Covid-19, através do centro de atendimento e unidade de apoio. Destacam-se, também, os eventos voltados à integração dos serviços de atenção domiciliar e implantação dos programas de gestão de alta e “melhor em casa”, buscando reforçar estratégias gerenciais para a promoção da continuidade do cuidado.

No domínio Relacional, a saúde da população indígena foi um dos destaques, por meio da inclusão de intérpretes na atenção à saúde da população indígena e mutirão para atendimento odontológico às crianças. Em seguida, destaca-se o acompanhamento ambulatorial especializado de pessoas com câncer, principalmente as mulheres. Entre outras ações que predominaram estavam cursos e capacitações sobre: atendimento aos pacientes paliativos e com HIV/AIDS, continuidade do cuidado na atenção básica, construção de vínculo entre profissionais e usuários e a importância da amamentação, com foco no fortalecimento do vínculo entre pacientes e profissionais.

O domínio Informacional focou nas ações do registro assistencial, como vídeo educativo para aprimorar o registro das informações do paciente, implantação de novo sistema informatizado e implementação da ferramenta ISBAR. Além disso, também foi citada reunião da equipe da saúde para discussão de casos, com o objetivo de conhecer e preservar as informações dos pacientes.

## DISCUSSÃO

O estudo identificou as ações de continuidade do cuidado em Hospitais Universitários (HUs) do Brasil. Os dados desta pesquisa apontaram a concentração das notícias ao longo dos últimos cinco anos, demonstrando a demanda crescente sobre esse tema, assim como a Peiter *et al.* (2021) apontaram a tendência de crescimento e interesse em relação à temática, principalmente a partir do período entre 2013 e 2019.

A tendência do crescimento e interesse em relação à temática, especialmente ao longo dos últimos cinco anos, pode estar relacionada com transição demográfica e epidemiológica da população, quanto ao envelhecimento e aumento da expectativa de vida do público idoso. Vale sublinhar que há uma relação direta entre envelhecimento e desenvolvimento das DCNT, uma vez que são doenças com duração longa e tendem a seguir com o passar dos anos (MORO *et al.*, 2021).

Destaca-se que, no Brasil, as DCNT são de grande desafio para a saúde pública, tanto pelas taxas de morbimortalidade quanto pelas questões econômicas. Isso porque as consequências dessas doenças acarretam o aumento das internações hospitalares e tratamentos medicamentosos, bem como a reabilitação das pessoas afetadas, culminando com aumento dos gastos com casos de alta complexidade (MORO *et al.*, 2021).

Esse resultado também pode estar relacionado à pandemia da Covid-19, visto que infecção por SARS-CoV-2 causou o elevado número de mortes, e na tentativa de evitar o colapso hospitalar no período pandêmico e permitir que fosse garantida assistência à saúde pelos pacientes acometidos por Covid-19, o Conselho Federal de Medicina (CFM) recomendou aos gestores o cancelamento dos atendimentos ambulatoriais e procedimentos eletivos (NETO *et al.*, 2022). Este cenário poderia ter impulsionado os HUs a focar na garantia da continuidade do cuidado aos demais pacientes.

Em relação às macrorregiões do Brasil, os dados desta pesquisa apontaram que o Nordeste apresentou a maior proporção das notícias sobre ações de continuidade do cuidado nos HUs. Essa região aparece com 14 HUs, o maior número do país (SANTOS *et al.*, 2020). Mesmo assim, um estudo com 12.435 participantes, que avaliou o acesso precário aos serviços de saúde nas macrorregiões do país, revelou que o Nordeste possui o segundo maior percentual (24,5%) de indivíduos com dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Além disso, conta com a população majoritariamente negra (73,0%) e residente em áreas rurais (DANTAS *et al.*, 2021).

Os achados referidos podem ser relacionados ao desempenho dos HUs no Nordeste a focar nas estratégias de continuidade do cuidado, objetivando melhorar o acesso à saúde da população nordestina. O acesso aos serviços de saúde é um mecanismo fundamental para fortalecer a continuidade do cuidado (GALLO *et al.*, 2022). Ressalta-se que as estratégias de continuidade são importantes para viabilizar a assistência integral à saúde dos usuários do sistema de saúde. Além disso, diminuem as reinternações evitáveis e reduzem consequentemente gastos com a saúde (COSTA *et al.*, 2019; GALLO *et al.*, 2021).

Outro fator a ser pontuado em relação aos dados da macrorregião do Brasil é a pandemia da Covid-19. Um estudo que analisou o perfil epidemiológico desde o início da pandemia até maio de 2020 apontou que as regiões com maiores números de infectados foram Sudeste e Nordeste, com 55.843 e 39.136, respectivamente (LOPES *et al.*, 2020). Nesta pesquisa, as duas macrorregiões com maior número de notícias sobre as ações de continuidade do cuidado nos seus HUs foram 34,1% para Nordeste e Sudeste 24,4%. Dessa maneira, sustenta-se que os efeitos da pandemia podem se relacionar com os achados deste estudo em relação à veiculação das notícias de ações de continuidade do cuidado nessas duas regiões.

A região Norte aparece com o menor percentual (2,4%) das notícias sobre as ações de continuidade do cuidado. Segundo Dantas *et al.* (2021), essa região acumula baixa concentração de profissionais e especialistas na área de saúde, e apenas 3 HUs em relação aos demais estados do país (SANTOS *et al.*, 2020). Tal região possui o mais baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do país e grandes barreiras geográficas que dificultam o acesso a determinados serviços de saúde (DANTAS *et al.*, 2021). Diante desses fatos, acredita-se que a baixa concentração das notícias obtidas no Norte se relaciona com essas evidências.

O estado de Minas Gerais apresentou 17,1% das notícias sobre o tema desta pesquisa. Trata-se de um estado localizado no sudeste brasileiro, com elevado IDH, sendo um importante polo financeiro do país, e estes fatores podem repercutir nos achados supracitados. Quanto ao perfil de paciente, 58,5% das notícias não especificaram o tipo de paciente a que era direcionada a ação de continuidade do cuidado. Esse dado aponta a busca dos HUs para garantir a continuidade do cuidado para todos os usuários do sistema de saúde com necessidade de continuidade do cuidado.

Em seguida, 14,6% das ações de continuidade dos HUs são referentes à saúde da mulher e da criança. Entre os fatores que podem influenciar o crescente número das ações de continuidade do cuidado dos HUs, destaca-se a incidência de câncer na população feminina,

sobretudo de mama. Estimativas apontam 59.700 casos novos de câncer de mama feminino em 2019, o que representa a taxa de incidência de 56,3 casos a cada 100 mil mulheres (CARVALHO & PAES, 2019).

Embora o câncer de colo uterino esteja em queda no país, continua sendo uma preocupação em vários municípios do Brasil. Nas grandes regiões do país, verificam-se diferenças em relação à taxa de incidência desse tipo de câncer, variando de 23,9 por 100 mil mulheres na região Norte a 11,3 por 100 mil mulheres no Sudeste (RIBEIRO & SILVA, 2018).

Diante dessa realidade, adoção das ações de continuidade do cuidado, como Acompanhamento ambulatorial especializado - Ambulatório de Navegação de Enfermagem em Oncologia e Ambulatório Multidisciplinar para mulheres com câncer ginecológico, implementadas pelos HUs no país, é de suma importância para o acompanhamento destes pacientes.

Em relação à criança, frisa-se o estímulo ao aleitamento materno. No Brasil, em 2015, aproximadamente 40,4 milhões de mulheres estavam inseridas no mercado de trabalho. Esse número representava 42,8% da população ocupada no país: ressalta-se que essa realidade pode inibir o aleitamento materno exclusivo reconhecido mundialmente. Segundo as evidências científicas, o aleitamento proporciona proteção à saúde da mulher e da criança, diminui a morbimortalidade infantil associada à desnutrição e à obesidade, possibilita a economia financeira da família e do Estado e melhora a saúde da sociedade (RIMES *et al.* ; SILVA *et al.*, 2019).

No entanto, a mulher e seus entes queridos estão sujeitos a vários estímulos que podem levar à interrupção da amamentação antes dos seis meses recomendados pela OMS, como crenças e mitos, ausência do apoio nos serviços de saúde, condutas impróprias pelos fabricantes e distribuidores de fórmulas infantis, falta de proteção e incentivo ao aleitamento materno no do trabalho (SILVA *et al.*, 2019). As ações de habilitação da casa da gestante, bebê e puérpera e a reestruturação do espaço físico do ambulatório de amamentação desencadeado pelos HUs visam estimular as mulheres sobre a continuidade do cuidado das suas crianças, através da orientação sobre a amamentação.

Outros fatores que podem implicar no crescente número das ações de continuidade do cuidado dos HUs com a saúde da mulher e da criança são ligados à violência contra a mulher, pois constituem um problema mundial (VIEIRA *et al.*, 2020). Em todo o mundo, as mulheres sofrem constantemente vários tipos de agressões e abusos pelos parceiros,

familiares, amigos ou desconhecidos. Entre essas estão: violência física, verbal ou sexual, parceiros, familiares, amigos ou desconhecidos (SOUZA & SILVA, 2019).

As crianças também são alvos de violência doméstica, especialmente a violência sexual. No Brasil, mesmo com a lei Maria da Penha (Lei nº11.340/2006), as mulheres e crianças seguem sendo vítimas de violência. Em 2014, a violência sexual foi a terceira maior causa dos atendimentos (11,9%) às mulheres no SUS, com maior incidência entre as crianças até 11 anos (29,0% dos atendimentos). Esse tipo de violência, na idade reprodutiva, relaciona-se com as dores pélvicas crônicas, doenças sexualmente transmissíveis, doenças pélvicas inflamatórias e gravidez indesejada (OLIVEIRA; FERIGATO, 2019).

Vale ressaltar que, no início da pandemia, foram adotadas restrições ao funcionamento de escolas, universidades, locais de convívio comunitário, transporte público, além de locais que favorecem a aglomeração de pessoas, como eventos sociais e esportivos, teatros, cinemas e estabelecimentos comerciais, visando à luta contra a propagação do vírus SARS-CoV-2. O isolamento social imposto elevou os registros policiais de violência doméstica em países como: China, Itália, França, Espanha e Brasil (VIEIRA *et al.*, 2020).

Ainda sobre os tipos de pacientes, aqueles com cuidados paliativos foram os segundo a se destacarem nas ações de continuidade do cuidado dos HUs. Pacientes em cuidados paliativos requerem cuidados especiais para garantir a qualidade de vida destes e dos seus familiares, frente a um problema de saúde que ameaça a vida, por meio de intervenções para prevenção, alívio e tratamento da dor e sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais (VERRI *et al.*, 2019).

A veiculação das ações de continuidade do cuidado com pacientes em cuidados paliativos encontrada neste estudo pode estar relacionada à demanda desses pacientes em relação à ao cuidado humanizado. Desse modo, frisa-se a importância dos cuidados paliativos integrarem a linha de cuidado em todos os níveis de atenção à saúde.

As ações de continuidade do cuidado voltada para pacientes com a Covid-19 não foram destaques nos resultados deste estudo. Mesmo assim, salienta-se que, relatos iniciais da pandemia apontavam a fadiga, dispneia, dor torácica, distúrbios cognitivos, artralgia, declínio na qualidade de vida, entre outras, como a persistência das sequelas após infecção por SARS-CoV-2 (NALBANDIAN *et al.*, 2021).

Muito embora não tenha sido obtido número expressivo das ações de continuidade do cuidado relacionado à pandemia, as sequelas acima referidas justificam o comprometimento dos HUs quanta à saúde dos pacientes pós-Covid-19, fato implicado na implementação de

ações que objetivam garantir a assistência na rede de atenção à saúde, como: a Unidade de Reabilitação Pós-Covid e o Centro Avançado de Atenção Multiprofissional Pós-Covid-19.

O estudo procurou a participação da enfermagem em cada uma das notícias de ações de continuidade do cuidado veiculadas pelos HUs. O resultado encontrado apontou a superioridade das notícias que não tiveram a participação da enfermagem (58,5%). Embora não tenha sido especificada a participação da enfermagem na maioria das notícias dos HUs, cabe destacar que a enfermagem é a espinha dorsal da infraestrutura hospitalar, constituindo-se espelho que reflete todas as atividades do hospital (PONTES *et al.*, 2018).

Além disso, a enfermagem envolve cuidado profissional, e a sua articulação permite dar respostas aos desafios do trabalho coletivo, com resultados satisfatórios em relação ao modelo de assistência do SUS. Independente dos cenários de saúde, a atuação do enfermeiro é fundamental, pois possibilita que a continuidade de assistência ao paciente seja ampliada em todo o ciclo de vida. Ressalta-se que o enfermeiro passa maior parte do tempo no cuidado direto aos pacientes, focando sempre nas suas necessidades de saúde reais, trabalhando para reduzir os fatores de risco, prevenir doenças e promover a saúde (COSTA *et al.*, 2020).

A enfermagem se destaca na promoção da saúde, prevenção de doenças e no cuidado de pacientes, deficientes e pessoas na fase terminal, demonstrando desse modo que a enfermagem desempenha papel protagonista no cuidado centrado ao paciente. Em muitos países, lideram ou são atores-chave nas equipes multidisciplinares e interdisciplinares de saúde (OPAS/OMS, 2023).

As ações noticiadas sobre a continuidade do cuidado pelos HUs abordam três dimensões: Gerencial, Relacional e Informacional. Resultado convergente ao encontrado em um estudo nacional, que identificou as percepções dos enfermeiros da atenção primária à saúde, quanto à transição e continuidade do cuidado (GALLO *et al.*, 2022). Neste estudo, a dimensão Gerencial expressou maior porcentagem, com 53,6% dos resultados da pesquisa.

A dimensão Gerencial permite que os cuidados direcionados aos pacientes sejam conectados e coerentes, envolvendo um plano de gestão centrado na resolução de um problema de saúde específico. Além disso, permite que o cuidado seja baseado na interação entre diferentes profissionais, serviços e instituições de saúde de maneira integrada e articulada, o que é viabilizado por protocolos e planos de gestão de cuidado relacionados à necessidade apresentada pelo usuário (UTZUMI *et al.*, 2018).

Na dimensão Gerencial, o Programa Melhor em Casa e o Teleatendimento foram destaques nas ações de continuidade dos HUs. O Melhor em Casa foi criado pelo governo federal em 2011 com a proposta de atendimento multiprofissional. Objetivo do programa é

promover a continuidade do cuidado aos pacientes aptos a receberem alta hospitalar e prosseguir com a recuperação próxima aos seus familiares. Além disso, possibilita a desocupação de leitos e resulta na redução dos custos com a internação (NISHIMURA *et al.*, 2019).

Segundo Nishimura *et al.*, (2019), o “Melhor em Casa” promoveu diminuição das despesas com internações hospitalares de aproximadamente 4,7% em 2011, 5,8% em 2012 e 10,2% em 2013. Destaca-se que os impactos do programa também foram observados em grupos de risco (mulheres grávidas e pessoas idosos) que acumulam gastos maiores devido aos cuidados específicos, também tendo gastos reduzidos pelo programa.

O Teleatendimento é uma estratégia que permite a utilização de tecnologia por profissionais de saúde para o atendimento aos pacientes. Contribui para facilitar o acesso a serviços de saúde entre profissional e população no geral, inclusive aos serviços de saúde especializados. Em tempos de pandemia da Covid-19, tornou-se uma estratégia primordial no atendimento aos pacientes (HEINZEN & POSSOLLI, 2022). Frisa-se que o Teleatendimento enquadra-se em um modelo de modernizar o cuidado em saúde, uma vez que é baseado em tecnologias que permitem a comunicação em tempo real entre paciente e profissional.

A dimensão de continuidade do cuidado Relacional teve 29,2% das ações de continuidade do cuidado promovida pelos HUs. Essa dimensão permite que usuário e profissional de saúde criem uma relação de confiança e compreensão. Caracteriza-se também pela responsabilidade contínua com o paciente (UTZUMI *et al.*, 2018).

Entre as ações de continuidade do cuidado dos HUs relacionadas a essa dimensão destacam-se aquelas relacionadas à saúde da população indígena, como: a inclusão de intérpretes na atenção à saúde da população indígena e mutirão para atendimento odontológico às crianças indígenas. Essas estratégias são importantes para promover a continuidade de assistência à saúde dessa população.

Vale pontuar que a saúde, a doença e a morte possuem conceitos que se relacionam com a cultura e crenças indígenas. Essa diversidade cultural constitui-se em barreira que os profissionais de saúde devem enfrentar para que a promoção, proteção e recuperação da saúde da população indígena sejam alcançadas de forma universal, equânime e integral (SILVA *et al.*, 2021).

Por último, a dimensão de continuidade do cuidado Informacional apareceu com 17,0% das ações de continuidade noticiadas pelos HUs. Essa dimensão permite a obtenção de conhecimentos sobre condutas, recomendações, situação da vida diária e resultados laboratoriais do paciente. Desse modo, há necessidade de que as informações dos usuários

sejam registradas de maneira a serem reconhecidas em diferentes pontos que ligam o cuidado anterior ao atual e futuro (UTZUMI *et al.*, 2018).

Nesta dimensão de continuidade do cuidado, destaca-se a ação que aborda o resumo de alta hospitalar para a atenção primária. Orientar o paciente na sua alta hospitalar é fundamental para melhorar a sua condição clínica após hospitalização, pois no período pós-alta hospitalar o usuário pode vivenciar vulnerabilidade e risco de piora da sua condição clínica (GALLO *et al.*, 2021), justificando a necessidade das suas informações de saúde serem registradas de modo correto para facilitar o processo de transição e continuidade do cuidado.

### Limitações

Por se tratar de um estudo documental feito com base nas publicações do site da EBSEH, tal fato constituiu-se em uma limitação para pontuar as ações concretas de continuidade do cuidado realizadas nos HUs, uma vez que o resultado se baseou nas publicações feitas pelos próprios hospitais em seus sites. Além disso, houve dificuldades em encontrar estudos semelhantes, limitando desse modo a discussão dos dados, apesar do crescente interesse nos últimos anos sobre a temática.

### Considerações finais

O presente estudo objetivou identificar ações de continuidade do cuidado nos Hospitais Universitários Federais do Brasil. O resultado obtido aponta pelo crescente interesse dos HUs em garantir a continuidade do cuidado aos pacientes, sobretudo nos últimos cinco anos.

Em suma, isso demonstra a preocupação do sistema de saúde brasileiro, em especial os HUs, em atender às demandas de saúde da população, sobretudo no que se refere à continuidade do cuidado. Os enfermeiros foram os principais protagonistas das ações de continuidade do cuidado dos HUs para garantir a continuidade de assistência em saúde para a população feminina, crianças e a população oncológica, por meio de diversas ações, entre as quais, a implementação do ambulatório de amamentação e do ambulatório multidisciplinar de sexualidade para mulheres com câncer ginecológico.

Apesar de o estudo demonstrar bom desempenho dos HUs em garantir a continuidade do cuidado, reforça-se que há necessidade de o sistema de saúde brasileira estimular ações semelhantes como essas para usuários do SUS, especialmente para mulheres,

crianças e pacientes oncológicos, visto que as evidências continuam apontando altos números de câncer, especialmente de mama e de colo do útero em algumas regiões do país. Além disso, este público é visto pela sociedade como frágil e alvo de vários tipos de violências.

Por fim, frisa-se a necessidade de novas pesquisas no Brasil que procurem identificar ações de continuidade do cuidado, especialmente pelos hospitais universitários, pois estes podem estimular a aderência massiva dos profissionais sobre essa prática, uma vez que atuam na formação do quadro profissional do país.

## REFERÊNCIAS

- BAHR, S. J.; WEISS, M. E. Clarifying model for continuity of care: A concept analysis. **International Journal of Nursing Practice**, v. 25, n. 2, 2019.
- CARVALHO, J.B. & PAES, N.A. Desigualdades socioeconômicas na mortalidade por câncer de mama em microrregiões do Nordeste brasileiro. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant**, v. 19, n. 2, p. 401-410 abr. / jun., 2019.
- COSTA, M.F.B.N.A. *et al.* A continuidade do cuidado de enfermagem hospitalar para a Atenção Primária à Saúde na Espanha. **Rev Esc Enferm USP**, v. 53, e03477, 2019.
- COSTA, M.F.B.N.A. *et al.* Planejamento da alta hospitalar como estratégia de continuidade do cuidado para atenção primária. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 10, p. e3709108518, 2020.
- DANTAS, M.N.P. *et al.* Fatores associados ao acesso precário aos serviços de saúde no Brasil. **Rev Bras Epidemiol**, v. 24, p. E210004, 2021.
- EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). **Sobre os Hospitais Universitários Federais**. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/acesso-a-informacao/hospitais-universitarios-federais/sobreos-hospitais-universitarios-federais>. Acesso em: 29/01/2023.
- GALLO, V.C.L. *et al.* Estratégias de transição para alta hospitalar utilizadas por enfermeiros: revisão integrativa. **Rev. Enferm. UFSM**, v. 11, p. 1-22, 2021.
- GALLO, V.C.L. *et al.* Transição e continuidade do cuidado na percepção dos enfermeiros da atenção primária à saúde. **Rev Recien**, v.12, n. 38, p. 173-182, 2022.
- HEINZEN, C.R.G. & POSSOLLI, G.E. Teletendimento terapêutico para pessoas com deficiência no período da pandemia de Covid-19: revisão integrativa, **Rev. Sustinere**. v. 10, n. 01, p. 69-93, jan-jun, 2022.
- LOPES, L.F.D. *et al.* Descrição do perfil epidemiológico da covid-19 na região sul do Brasil. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v.16, p. 188-198, 2020.

MORO, M.I.B. *et al.* Internações por Doenças Crônicas Não Transmissíveis dos Sistemas Musculoesquelético e Nervoso no envelhecimento. **Saúde (Santa Maria)**, v. 47, n. 1, p. e48078, 2021.

NALBANDIAN, A. *et al.* Post-acute COVID-19 syndrome. **Medicina da Natureza**. v. 27, p. 601–615, 2021.

NETO, J.B.N. *et al.* Impactos da COVID-19 no agendamento das cirurgias eletivas. **Research, Society and Development**, v.11, n.11, e597111134197, 2022.

NISHIMURA, F. *et al.* Efeito do programa Melhor em Casa sobre os gastos hospitalares. **Rev. Saúde Pública**, v. 53, n. 104, 2019.

OLIVEIRA, M. T. & FERIGATO, S. H. A atenção às mulheres vítimas de violência doméstica e familiar: a construção de tecnologias de cuidado da terapia ocupacional na atenção básica em saúde. **Cad. Bras. Ter. Ocup**, v. 27, n. 3, p. 508-521, 2019.

OPAS/OMS. Enfermagem: principais fatos. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/enfermagem>. Acesso em: 29/01/2023.

PEITER, C.C. *et al.* Continuidade do cuidado em saúde: análise da produção de teses e dissertações brasileiras. **REME. Rev Min Enferm**, v. 25, p. e-1387, 2021.

PONTES, M.B. *et al.* Maternidade de um hospital-escola: reconfiguração da assistência de enfermagem materno infantil. **Rev Bras Enferm**, v. 71, (suppl 3), p. 1344-51, 2018.

RIBEIRO, C.M. & SILVA, G.A. Avaliação da produção de procedimentos da linha de cuidado do câncer do colo do útero no Sistema Único de Saúde do Brasil em 2015. **Epidemiol. Serv. Saude**, v. 27, n. 1, p. e20172124, 2018.

RIMES, K.A. *et al.* Licença-maternidade e aleitamento materno exclusivo. **Rev Saude Publica**, v. 53, n. 10, 2019.

SANTOS, J.L.G. *et al.* Como os hospitais universitários estão enfrentando a pandemia de COVID-19 no Brasil? **Acta Paul Enferm**, v. 33, p. 1-8, 2020.

SILVA, N.V.N. *et al.* Tecnologias em saúde e suas contribuições para a promoção do aleitamento materno: revisão integrativa da literatura, **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 24, n. 2, p. 589-602, 2019.

SILVA, E.C. *et al.* Dificuldades vivenciadas pelos profissionais de saúde no atendimento à população indígena. **REAS/EJCH**, v. 13, n. 1, p. e5413, 2021.

SOUZA, M.B. & SILVA, M.F.S. Estratégias de Enfrentamento de Mulheres Vítimas de Violência Doméstica: Uma Revisão da Literatura Brasileira. **Pensando Famílias**, v. 23, n. 1p, 153-166, jul. 2019.

UTZUMI, F.C. *et al.* Continuidade do cuidado e o interacionismo simbólico: um entendimento possível. **Texto Contexto Enferm**, v. 27, n. 2, p. e4250016, 2018.

VERRI, E.R. *et al.* Profissionais de enfermagem: compreensão sobre cuidados paliativos pediátricos. **Rev.enferm. UFPE**, v. 13, n.1, p. 126-36, jan, 2019.

VIEIRA, P.R. *et al.* Isolamento social e o aumento da violência doméstica: o que isso nos revela? **Rev. Bras. Epidemiol**, v. 23, p. E200033, 2020.

WEBER, L.A.F. *et al.* Quality of care transition and its association with hospital readmission. **Aquichan**, v. 19, n. 4, e1945, 2019.

## 4. METODOLOGIA

### 4.1 LOCAIS DO ESTUDO

O estudo foi conduzido em dez Hospitais Universitários (HUs) localizados nas cinco regiões brasileiras, os quais são empenhados na formação dos profissionais da área da saúde, elaboração e aprimoramento das tecnologias para a saúde, bem como na prestação de assistência à saúde para população. A seguir, apresenta-se o Quadro 2 com dados dos HUs inclusos.

**Quadro 2- Hospitais Universitários incluídos no estudo. Florianópolis, Brasil, 2023**

Regiões/HU	Nº de leitos ativos	Nº de leitos Covid-19
SUL		
HU/UFSC	245	31
HU/UFMS	403	20
SUDESTE		
HU/UNIFESP	489	-
HU/UFRRJ	266	41
NORDESTE		
HU/UFBA	287	30
HU/UFRRN	231	17
NORTE		
HU/UFAM	99	38
HU/UFPA	309	20
CENTRO-OESTE		
HU/UFMT	94	02
HUUFMS	220	-

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, 2023.

## 4.2 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma reanálise do banco de dados do macroprojeto de pesquisa intitulado “Avaliação do cuidado de enfermagem a pacientes com Covid-19 em hospitais universitários brasileiros”, desenvolvido pelo Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Políticas e Gestão do Cuidado e da Educação em Enfermagem e Saúde – GEPADES. O projeto de pesquisa foi aprovado na Chamada MCTIC/CNPq/FNDCT/MS/SCTIE/Decit N° 07/2020 - Pesquisas para enfrentamento da Covid-19, suas consequências e outras síndromes respiratórias agudas graves (Processo nº: 402392/2020-5).

De acordo com o delineamento da questão de pesquisa e dos objetivos, foi realizado um estudo do tipo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa e quantitativa. Sobre pesquisas exploratórias, estas demonstram ser mais flexíveis nos seus planejamentos, uma vez que procuram observar e compreender os fenômenos em seus diferentes aspectos. Com relação a pesquisas descritivas, estas fazem levantamentos de opiniões, atitudes e crenças de uma determinada população sobre o fenômeno a ser estudado. Procuram aprofundar informações exploradas na pesquisa exploratória (GIL, 2017).

## 4.3 ETAPA QUALITATIVA

Um estudo qualitativo permite conhecer com maior profundidade o objeto do estudo proposto, com destaque à interpretação de processos, conceitos e significados do fenômeno (MINAYO, 2014; STRAUSS; CORBIN, 2008). Segundo Strauss & Corbin (2008), a pesquisa qualitativa objetiva investigação relacionada à vida das pessoas, suas experiências, comportamentos, emoções e sentimentos e sobre fenômenos sociais e culturais, os quais não podem ser alcançados por meio de quantificação.

Trata-se da abordagem que permite a valorização das particularidades da realidade em que acontece a investigação (MINAYO, 2014). Diante da relevância desse método, justifica-se a sua implementação neste estudo, visando ao atendimento dos objetivos estabelecidos nesta pesquisa.

### 4.3.1 Participantes do estudo

Na etapa qualitativa, foram convidados a participar do estudo enfermeiros assistenciais, atuantes nos HUs incluídos no estudo e envolvidos no atendimento aos pacientes com Covid-19. A seleção dos participantes ocorreu através do contato das instituições contempladas neste estudo, solicitando a indicação dos nomes e contatos dos enfermeiros das unidades de interesse para realização da entrevista a distância. A partir dos primeiros entrevistados, foi solicitada a indicação dos nomes dos outros profissionais com perfil alinhado com esta pesquisa, e em seguida, foi formalizado o convite para estes participarem das entrevistas.

Nesta etapa, adotou-se como critérios de inclusão: enfermeiros das unidades de internação, que atuaram no período pandêmico, no mínimo seis meses no cuidado aos pacientes com Covid-19 e que trabalham no período da manhã e/ou tarde. Foram excluídos da pesquisa aqueles que trabalham no período noturno, os que estiverem de férias ou licença médica, bem como os que atuam nas Unidades de Terapia Intensiva e Centro Cirúrgico, levando em consideração que nestas unidades as altas acontecem internamente.

Para garantir o anonimato, as transcrições das entrevistas foram realizadas e identificadas por um código, iniciado pela letra “E” (Entrevista), seguido pelo número da entrevista “1, 2 etc.” e pelas iniciais da instituição de ensino “UFSC”, acrescidos do termo “continuidadedocuidado”. Exemplo: E1UFSCcontinuidadedocuidado.

#### **4.3.2 Coleta de dados**

Por se tratar de um estudo realizado na modalidade virtual, envolvendo instituições diferentes, a coleta de dados foi feita com ajuda dos colaboradores presentes nas instituições incluídas neste estudo. Os participantes foram abordados por meio da relação dos enfermeiros fornecida por cada hospital universitário e pelas indicações subsequentes dos entrevistados. O responsável por conduzir a entrevista em cada instituição contactou os participantes através do contato previamente fornecido, para agendar a entrevista.

Em seguida, após a combinação da data e horário da entrevista, os participantes receberam o link do acesso ao termo de consentimento livre esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), no *Google forms*. Os entrevistados e o entrevistador se comprometeram a realizar a entrevista em um ambiente com acesso à internet de qualidade, privativo, calmo e silencioso, com objetivo de obter uma boa qualidade do áudio durante a gravação da entrevista.

Um dia antes da coleta de dados, cada participante recebeu o link do acesso à sala virtual, pelo *Google meet*. Ao mesmo tempo, solicita-se a confirmação da presença no horário e data anteriormente combinados.

O instrumento de coleta de dados apresentou questões sobre a caracterização profissional: idade média dos enfermeiros, tempo de trabalho na instituição, tempo de atuação na unidade de internação dos pacientes com Covid-19, grau de instrução, carga horária e turno de trabalho (APÊNDICE B). Seguida de questões sobre a continuidade do cuidado: planejamento da alta hospitalar e o cuidado realizado até a alta hospitalar e na pós-alta (APÊNDICE C). O tempo de duração das entrevistas foi de no máximo 20 minutos. A coleta de dados foi realizada no período de junho de 2021 a janeiro de 2022.

### 4.3.3 Análise dos dados

Para a análise dos dados provenientes dessa etapa do estudo, foi adotada a técnica de análise de conteúdo de Bardin (2011). Segundo o autor, a análise de conteúdo deve ser feita seguindo um tripé: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados (inferência e interpretação).

Pré-análise consiste na fase de organização, ou seja, procura-se estabelecer esquema flexível a ser seguido ao longo do trabalho. De acordo com Bardin (2011), envolve a *leitura flutuante*, ou seja, o primeiro contato com conteúdo do material a ser analisado posteriormente. Inicialmente, procura-se selecionar quais matérias serão analisadas, e se for entrevista, estas são transcritas, o que levará a composição do corpus da pesquisa.

Assim, precisa-se obedecer às seguintes regras: *Exaustividade*, ou seja, explorar totalmente a comunicação evitando a omissão. Em seguida a *Representatividade*, quer dizer que a amostra contém as características essenciais do universo em estudo. E por último, *Homogeneidade* refere-se que os dados obtidos se alinhem ao mesmo tema, por critérios iguais e a partir dos indivíduos com características semelhantes. *Pertinência* quer dizer que os conteúdos a serem analisados precisam se alinhar aos objetivos da pesquisa (BARDIN, 2011).

Exploração do material consiste em realizar a classificação em torno do conteúdo, com objetivo de alcançar o núcleo de compreensão do material. Dessa maneira, o pesquisador procura reconhecer algumas categorias que ajudarão na estruturação da discussão que irá envolver a pesquisa. Assim, na categorização os textos são reduzidos às palavras e à expressão com significados relevantes (BARDIN, 2011).

Tratamento dos resultados: na terceira e última etapa de análise de conteúdo, os resultados obtidos a partir da segunda etapa são trabalhados com objetivo de torná-los significativos e válidos, e dessa forma, são confrontados com as literaturas pertinentes para permitir que o pesquisador chegue a uma determinada conclusão (BARDIN, 2011).

#### 4.4 ETAPAS QUANTITATIVAS

A pesquisa quantitativa permite a dissociação entre o pesquisador e o objeto ou o contexto investigado e visa à generalização do conhecimento construído a uma população que seja representada pela amostra investigada (CRESWELL, 2010; POLIT; BECK, 2011). Nessa etapa, optou-se por utilizar o estudo de corte transversal, que se caracteriza por contemplar todos os fenômenos analisados em uma coleta de dados delimitada em determinado ponto temporal (POLIT; BECK, 2011).

O estudo de corte transversal, além das vantagens referidas, permite a observação direta pelo pesquisador dos fenômenos envolvidos na pesquisa, possibilitando realizar a coleta de informações em curto espaço de tempo sem necessidade de acompanhamento dos participantes. Além disso, facilita a obtenção dos resultados imediatos e com menor custo em relação aos demais desenhos observacionais (RAIMUNDO, ECHEIMBERG & LEONE, 2018).

##### 4.4.1 Participantes do estudo

Na etapa quantitativa, foram convidados a participar pacientes que estiveram internados nos HUs incluídos no estudo. Os gestores desses hospitais foram informados dos objetivos da pesquisa, após isso, solicitou-se a lista nominal dos pacientes que tiveram alta após internação por Covid-19, incluindo contato telefônico. Os nomes foram organizados em um documento no *Google Drive*, com número de identificação atribuído para cada pré-selecionado.

Adotou-se como critério de inclusão: pacientes com internação hospitalar nos HUs, por período mínimo de 72 horas, que receberam alta hospitalar no período superior a sete dias, com idade superior a 18 anos e fluência no idioma português do Brasil.

Foram excluídos do estudo pacientes com alterações neurológicas, psiquiátricas, doença avançada ou em uso de sedação, uma vez que não possuíam condições de consentir

em participar. Além destes, também foram excluídos pacientes que, apesar de consentir com a participação na pesquisa, apresentavam muita dificuldade respiratória ou dor. Por fim, aqueles pacientes contatados que, descobriu-se, evoluíram para óbito ou foram reinternados.

Tratando-se de uma reanálise de dados, a amostra que constitui esta etapa foi por conveniência. Cabe ressaltar que neste tipo de amostragem o investigador seleciona os representantes da população disponíveis ou acessíveis para participar do estudo (FREITAG, 2018).

#### **4.4.2 Coleta de dados**

A coleta de dados quantitativa foi realizada no período de abril a dezembro de 2021. A partir da lista dos pacientes e seu contato telefônico, fornecidos pelos gestores dos HUs incluídos neste estudo, os participantes foram convidados a participar via ligação telefônica. Geralmente, as ligações foram feitas pelo menos três vezes na semana, em dias alternados, levando em consideração a ordem de pacientes mais antigos na lista.

Após concordar em participar, prosseguiu-se com a leitura do TCLE (APÊNDICE D). Em seguida, foram coletadas as informações de identificação (APÊNDICE E) e de caracterização do paciente (APÊNDICE F). Por último foi aplicado o questionário/*Care Transitions Measure*® (CTM-15) (ANEXO A). Foi solicitado a cada paciente que respondesse “se discorda muito, se discorda, se concorda, se concorda muito”. A opção “não sei/não me lembro/não se aplica” foi introduzida somente quando não obteve respostas em relação às outras referidas, conforme preconiza o CTM-15.

Este instrumento foi criado nos Estados Unidos, no ano de 2002, tendo como objetivo obter avaliação em relação à qualidade de Transição do Cuidado nos serviços de prestação de assistência à saúde, segundo a opinião dos pacientes. O CTM-15 mensura a qualidade do atendimento, podendo, dessa maneira, fornecer informações importantes sobre desempenho dos sistemas de saúde (COLEMAN *et al.*, 2002).

Dividem-se os itens do instrumento CTM-15 em quatro dimensões ou fatores, conforme segue: preparação para autogerenciamento, entendimento sobre medicações, preferências asseguradas e plano de cuidado. A seguir, serão apresentados no Quadro 3 (ACOSTA, 2016).

**Quadro 3 – Fatores do instrumento *Care Transitions Measure*®. Florianópolis, Brasil, 2023**

Fator 1 - Preparação para o autogerenciamento	
4	Teve informações que precisava para autocuidado
5	Entende claramente como cuidar da saúde
6	Entende sinais de alerta e sintomas
8	Compreende o que melhora ou piora sua condição de saúde
9	Compreende o que é de sua responsabilidade
10	Sente-se seguro de que sabe o que fazer
11	Sente-se seguro de que consegue fazer o que é necessário
Fator 2 - Entendimento sobre medicações	
13	Entende o motivo de tomar os medicamentos
14	Entende como tomar os medicamentos
15	Entende os efeitos colaterais dos medicamentos
Fator 3 - Preferências asseguradas	
1	Concordou com a equipe de saúde sobre objetivos para sua saúde e como eles seriam alcançados
2	Preferências consideradas para decidir as necessidades de saúde
3	Preferências consideradas para decidir onde as necessidades de saúde são atendidas
Fator 4 - Plano de cuidado	
7	Recebeu um plano escrito de cuidados
12	Recebeu uma lista escrita das consultas ou exames

Fonte: elaborado pelos autores da pesquisa, 2023.

Quanto às alternativas presentes no instrumento de respostas, estas são do tipo Likert, contendo cinco opções a serem respondidas pelos entrevistados, sendo que a cada item respondido é atribuída uma pontuação, conforme a ilustração no Quadro 4 abaixo:

**Quadro 4- Instrumentos de respostas CTM-15. Florianópolis, Brasil, 2023**

Resposta	Pontuação
Discordo muito	1
Discordo	2
Concordo	3
Concordo muito	4
Não sei/não me lembro/não se aplica	0

Fonte: elaborado pelos autores, 2022.

Cabe ressaltar que a quinta opção, sendo Não sei/não me lembro/não se aplica (0 ponto), não é incorporada na contagem do escore, sendo que a análise deste é feita separada das outras opções. Esta opção deve sempre ser considerada, quando o entrevistador não obteve resposta nas opções anteriores (COLEMAN *et al.*, 2002; THE CARE TRANSITIONS PROGRAM, 2022).

O escore é obtido por meio da soma dos valores das respostas dos participantes, dividida pelo total das questões respondidas. Em seguida, o escore obtido é transformado em uma escala linear que varia de 0 a 100, sendo que quanto maior o valor melhor se considera a transição do cuidado, conforme a seguinte fórmula:  $[(\text{escore}-1)/3]*100$  (COLEMAN *et al.*, 2002; THE CARE TRANSITIONS PROGRAM, 2022).

#### 4.4.3 Análise de dados

Os dados obtidos na etapa quantitativa do estudo foram tabulados no programa Microsoft Excel versão 2016. Em seguida, transpostos para o programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 25. A caracterização da amostra foi realizada por meio da estatística descritiva. Em relação às várias categorias, estas foram apresentadas em frequências absoluta e relativa; já as variáveis contínuas, através de medidas tendência central e dispersão.

Quanto à análise da qualidade da transição do cuidado, obtido por intermédio da utilização do CTM-15, seguiram-se as orientações recomendadas pelos autores do instrumento (COLEMAN *et al.*, 2002; THE CARE TRANSITIONS PROGRAM, 2022).

Segundo estes, o escore obtido pela soma dos valores das respostas dos respondentes, seguida pela razão do número de perguntas respondidas por cada um dos participantes, será transformado em uma escala linear com variação de 0 a 100 (COLEMAN *et al.*, 2002; THE CARE TRANSITIONS PROGRAM, 2022).

Lembrando que quanto maiores forem os valores obtidos, melhor se considera a estruturação da transição do cuidado, segundo a seguinte fórmula:  $[(\text{escore}-1)/3]*100$ . Em seguida, foi feito o cálculo para obtenção da escala linear entre todos os participantes, o que resultou no nível de avaliação da transição do cuidado nos contextos em que se desenvolveu o estudo (COLEMAN *et al.*, 2002; THE CARE TRANSITIONS PROGRAM, 2022).

#### 4.5 ASPECTOS ÉTICOS

O presente projeto de pesquisa considerou as exigências da Resolução 466/2012, que regulamenta as pesquisas que envolvem seres humanos. Dessa maneira, foram garantidas aos participantes a confidencialidade e a ausência de prejuízo, físico, financeiro ou emocional, assim como todas as garantias estabelecidas pela Comissão Nacional de Ética e Pesquisa (CONEP) (BRASIL, 2012).

A pesquisa só foi submetida para análise do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos / Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH/UFSC) via Plataforma Brasil, após autorização prévia de ambas as instituições envolvidas no estudo. Ressalta-se que o projeto foi aprovado pelo CEPSH/UFSC e com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE), n.º 38912820.3.10001.0121.

Antes de iniciar a entrevista, todos os participantes do estudo da etapa qualitativa e quantitativa foram informados dos objetivos da pesquisa. Em relação ao TCLE, na etapa qualitativa, os participantes receberam o link de acesso para leitura e para sinalizar concordância. Já na etapa quantitativa, foi feita a leitura durante a ligação telefônica, e ao final disso os participantes confirmaram ao entrevistador que concordaram para participar do estudo. Ressalta-se que os participantes foram informados sobre a possibilidade de se retirarem da pesquisa a qualquer momento em que se sentirem desconfortáveis, e que isso não geraria prejuízo algum.

Para garantir o anonimato e a confidencialidade aos participantes, foi feito *download* de todos os arquivos de áudios produzidos e transcrições feitas após as entrevistas, sendo que

estes serão guardados por um período de cinco anos, contando com o período de coleta de dados. Após este tempo, serão destruídos.

## 5. RESULTADOS

Nesta seção, os resultados deste trabalho de pesquisa serão apresentados em formato de manuscrito, conforme preconiza a Instrução Normativa 01/2016 do PEN/UFSC, intitulado: “Transição do cuidado dos pacientes recuperados da Covid-19 nos hospitais universitários brasileiros para continuidade do cuidado”. Ressalta-se que o primeiro manuscrito está apresentado na seção de Fundamentação Teórica, com o título: “Ações de continuidade do cuidado nos Hospitais Universitários Federais: estudo documental”.

### 5.1 MANUSCRITOS 2- TRANSIÇÃO DO CUIDADO DOS PACIENTES RECUPERADOS DA COVID-19 NOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS BRASILEIROS PARA CONTINUIDADE DO CUIDADO

#### RESUMO

**Objetivo:** avaliar a transição do cuidado dos pacientes recuperados da Covid-19, a partir dos hospitais universitários brasileiros, para continuidade de cuidado. **Metodologia:** trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem qualitativa e quantitativa, feita a partir da reanálise do banco de dados de uma pesquisa multicêntrica conduzida em dez Hospitais Universitários (HUs), com 37 enfermeiros assistenciais e 643 pacientes e cuidadores. A coleta de dados da etapa qualitativa ocorreu no período de junho de 2021 a janeiro de 2022. Os dados foram analisados seguindo a técnica de análise do conteúdo de Bardin. Os dados da etapa quantitativa foram coletados no período de abril a dezembro de 2021 e foram tabulados no Microsoft Excel versão 2016 e levados ao programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 25 e apresentados através da estatística descritiva. **Resultados:** no primeiro fator do CTM-15 (Preparação para o autogerenciamento), os entrevistados referiram que orientavam pacientes quanto ao uso de máscaras, o isolamento dos parentes e sobre sinais de alerta em relação à piora do quadro clínico. No segundo fator (Entendimento sobre medicações), foram referidas orientações sobre o horário de tomar as medicações, vacinação contra SARS-CoV-2, uso de medicações prescritas, realização da glicemia e autoaplicação da insulina. Quanto ao terceiro fator (Preferências asseguradas), os enfermeiros faziam videochamada com familiares dos pacientes, referiram proporcionar suporte emocional aos pacientes, solicitação da liberação do acompanhante para pacientes idosos e compra dos materiais do suporte clínico para pacientes com dificuldades financeiras. Sobre o quarto fator (Plano de cuidado), somente dois hospitais universitários referiram a existência do protocolo de alta hospitalar, os demais não tinham os instrumentos sistematizados, estes referiram que os encaminhamentos para outras especialidades ou ambulatório e retorno para hospital de origem foram estratégias adotadas para orientar pacientes na alta hospitalar. Na etapa

quantitativa, a média geral do escore total foi de 70,7. Em relação aos fatores do CTM-15, “Preparação para o autogerenciamento” obteve melhor avaliação (72,5), seguida do fator “Entendimento sobre medicações” com a média (71,0), os fatores “Preferências asseguradas e Plano de cuidado” contaram com média (70,7) e (64,5), respectivamente. **Considerações finais:** os enfermeiros demonstraram comprometimento em orientar pacientes na alta hospitalar. Na perspectiva dos pacientes entrevistados, a média geral do escore obtido neste estudo expressa satisfação quanto à transição do cuidado, o que foi evidenciado pela comparação realizada com estudos efetuados ao nível (inter) nacional com essa temática.

Palavras-chave: Pacientes Internados. Enfermeiros. Covid-19. Hospitais Universitários. Cuidado Transicional.

**Keywords:** Inpatients. Nurses; Covid-19; Hospitals University; Transitional Care.

**Palabras clave:** Pacientes Internos; Enfermeros; Covid-19; Hospitales Universitarios; Cuidado de Transición.

## INTRODUÇÃO

O vírus SARS-CoV-2, pertencente à família dos coronavírus, registrado na cidade de Wuhan, China, constitui um novo coronavírus causador da Covid-19, que ao longo do período pandêmico tornou-se uma grave doença e um grande problema para a saúde pública em todo mundo. O vírus apresentou uma evolução rápida e desafiou toda a população mundial, bem como todos os serviços e profissionais de saúde (SULEYMAN *et al.*, 2020; BUFFON *et al.*, 2022).

Dada a capacidade de expansão rápida do vírus pelo mundo, em 11 de março de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) decretou a pandemia da Covid-19 (SULEYMAN *et al.*, 2020). Caracterizam-se por pandemias as doenças infecciosas que tomam proporção por grandes áreas geográficas, com uma capacidade de espalhar-se rapidamente ao redor do mundo de forma simultânea. Na história da humanidade, algumas pandemias significativas já foram registradas, como a gripe H1N1 e espanhola, cólera e varíola (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Geralmente, os pacientes infectados pelo novo coronavírus podem apresentar quadro clínico com os sintomas característicos de uma síndrome gripal, como: tosse, dispneia, falta de ar, febre, mialgia, fadiga, sintomas gastrointestinais e sintomas respiratórios superiores, até casos mais graves que apresentam episódios de choque séptico, insuficiência respiratória, síndrome da angústia respiratória aguda (SARA) e pneumonia (SULEYMAN *et al.*, 2020; BUFFON *et al.*, 2022).

Segundo Nalbandian *et al.*, (2021), os pacientes pós-Covid-19 mostraram a persistência das sequelas, como a fadiga, mialgias, febres subjetivas, dores de cabeça e sintomas de deficiência autonômica, lentificação cognitiva, intolerância ortostática, taquicardia postural exagerada, entre outras. Sendo assim, vale lembrar que a Organização Pan-Americana da Saúde (2020) recomendou que fosse garantida a transição do cuidado para assegurar a continuidade do cuidado e assistência na rede de atenção à saúde às vítimas da doença.

Nesse sentido, o planejamento da alta hospitalar dos pacientes pelos enfermeiros, sobretudo dos pacientes que foram acometidos pela Covid-19, com intuito de garantir a transição e a continuidade do cuidado, mostra-se como uma importante maneira de assegurar assistência à saúde. Destaca-se que a continuidade do cuidado é considerada fundamental na assistência integral ao usuário do sistema de saúde (GALLO *et al.*, 2021).

Assim, ressalta-se que o período pós-alta hospitalar consiste no momento em que o paciente pode apresentar maior vulnerabilidade, levando-o a ter dificuldades para realização das atividades diárias, dúvidas sobre o seu autocuidado, erros quanto ao uso de medicação. Além de tudo isso, corre risco de agravamento do seu quadro clínico, contribuindo para o uso de serviços de emergência e reinternações hospitalares (WEBER, LIMA & ACOSTA, 2019; AUED *et al.*, 2021; GALLO *et al.*, 2021). Assim, é fundamental o planejamento de alta hospitalar do paciente, garantindo uma transição segura para a continuidade do cuidado.

Sobre a transição do cuidado, esta pode ser entendida como um conjunto de ações que auxiliam na coordenação de continuidade do cuidado dos pacientes vindos dos diferentes setores ou níveis de cuidado à saúde. Essas ações envolvem pacientes, familiares, cuidadores e profissionais que atuam na assistência à saúde, com enfoque em garantir o cuidado contínuo aos pacientes (ACOSTA *et al.*, 2018; COSTA *et al.*, 2019).

Além de viabilizar a continuidade do cuidado, a transição do cuidado, quando bem executada, contribui para redução dos custos com saúde e reinternações, evita atrasos no cuidado e duplicidade do tratamento. Associado a isso, contribui ainda para melhoria da qualidade de assistência e de saúde dos usuários do sistema de saúde (GALLO *et al.*, 2021).

Em outros países, como Portugal, Espanha e Canadá, há avanços em relação à atuação dos enfermeiros na transição do cuidado dos pacientes. Em Portugal, o enfermeiro atua em conjunto com a equipe gestora da alta hospitalar para identificar e avaliar os pacientes com necessidades de continuidade do cuidado após a alta hospitalar, realizar o plano de alta e a transferência das informações do paciente. Estes são considerados o elo dos serviços hospitalares e a comunidade/família (AUED *et al.*, 2021).

Na realidade espanhola, a transição do cuidado é realizada pela enfermeira de enlace. No modelo canadense, a transição do cuidado na alta hospitalar é realizada pela enfermeira de ligação em colaboração com a equipe multiprofissional. No Brasil, o planejamento da alta hospitalar encontra-se em processo de construção, com fragilidade no processo de referência e contrarreferência de saúde (COSTA *et al.*, 2019; AUED *et al.*, 2021).

Assim, frente à relevância da temática, e com essa pandemia da Covid-19 que surpreendeu o mundo, causando grandes internações hospitalares, além dos pacientes demonstrarem a persistência de sequelas após infecção por SARS-CoV-2 (NALBANDIAN *et al.*, 2021; SULEYMAN *et al.*, 2020), exigiu-se o esforço dos profissionais de saúde e principalmente da enfermagem no sentido de garantir a transição de cuidado dos pacientes hospitalizados. Com base nisso, o presente estudo objetivou avaliar a transição do cuidado dos pacientes recuperados da Covid-19, a partir dos hospitais universitários brasileiros, para continuidade de cuidado.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem quantitativa e qualitativa. Os dados desta pesquisa foram reanalisados a partir do banco de dados de uma pesquisa multicêntrica intitulada “Avaliação do cuidado de enfermagem a pacientes com Covid-19”, conduzida em dez Hospitais Universitários (HUs), das cinco regiões do Brasil: Sul, Sudeste, Centro-Oeste, Norte e Nordeste.

Participaram do estudo 37 enfermeiros assistenciais dos dez HUs incluídos na pesquisa e 643 pacientes/cuidadores. Na etapa qualitativa, os participantes foram contatados por bolsistas de apoio técnico, enfermeiros/funcionários das unidades hospitalares e através do professor da Universidade Federal que possui vínculo com o projeto multicêntrico e HU. A partir dos primeiros contatos, foi solicitada a indicação dos participantes subsequentes.

As entrevistas foram realizadas de forma remota, por meio da plataforma *Google meet*, por diferentes colaboradores/discentes de graduação, pós-graduação e bolsistas de apoio técnico presentes nos dez HUs incluídos na pesquisa. Estes foram capacitados e receberam manual de orientação sobre a coleta de dados. Semanalmente era feito plantão por uma professora e mestranda da UFSC para atender eventuais dúvidas.

O instrumento de coleta de dados apresentou questões sobre a caracterização profissional: idade média dos enfermeiros, tempo de trabalho na instituição, tempo de atuação na unidade de internação dos pacientes com Covid-19, grau de instrução, carga horária e turno

de trabalho. Seguidas de questões sobre a continuidade do cuidado: planejamento da alta hospitalar e o cuidado realizado até a alta hospitalar e na pós-alta. A coleta de dados ocorreu no período de junho de 2021 a janeiro de 2022.

Em relação à etapa quantitativa, foi feito o contato com os gestores desses hospitais informando-os dos objetivos da pesquisa, e após isso, solicitou-se a lista nominal dos pacientes que tiveram alta após internação por Covid-19, incluindo contato telefônico. Dessa maneira, posteriormente, foi estabelecido o contato telefônico com os pacientes para realização das entrevistas, no período de abril a dezembro de 2021.

A coleta de dados contou com auxílio de vários colaboradores envolvidos no estudo multicêntrico, incluindo estudantes de graduação e pós-graduação e professores. Para a caracterização dos participantes, coletaram-se as seguintes informações: idade, gênero, grau de instrução, raça, município de residência, renda familiar, número de pessoas residentes no domicílio, tempo total de internação, tempo de internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), uso de ventilação mecânica invasiva, histórico de tabagismo, sintomas apresentados, comorbidades. Em seguida, foi aplicado o questionário/*Care Transitions Measure*® (CTM-15).

O CTM-15 é um instrumento criado nos Estados Unidos, no ano de 2002, tendo como objetivo obter a avaliação em relação à qualidade de Transição do Cuidado nos serviços de atenção à saúde, segundo a perspectiva dos pacientes. Esse instrumento faz mensuração da qualidade do atendimento dos pacientes, podendo dessa maneira fornecer informações importantes sobre desempenhos dos sistemas de saúde (COLEMAN *et al.*, 2002).

Os dados qualitativos foram analisados seguindo a técnica de análise do conteúdo de Bardin (2011), e de acordo com o autor, a análise de conteúdo discorre segundo o tripé, a saber: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados (inferência e interpretação).

Em relação à análise dos dados, na etapa quantitativa, estes foram tabulados no programa Microsoft Excel versão 2016. Em seguida, foram levados para o programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 25 e apresentados através da estatística descritiva. Foram levadas em consideração as recomendações dos autores do instrumento CTM-15 (COLEMAN *et al.*, 2002; THE CARE TRANSITIONS PROGRAM, 2022), resultando na obtenção da qualidade de transição do cuidado segundo a opinião dos pacientes acometidos pela Covid-19.

Foram observadas as exigências da Resolução 466/2012, que regulamenta as pesquisas que envolvem seres humanos. Conforme a resolução foi garantida aos participantes

a confidencialidade e a ausência de prejuízo, físico, financeiro ou emocional, assim como todas as garantias estabelecidas pela Comissão Nacional de Ética e Pesquisa (BRASIL, 2012). Para preservar a identidade dos entrevistados e dos HUs incluídos no estudo, seus nomes foram substituídos por cores seguidas do número da entrevista.

Todos os participantes receberam informações sobre os objetivos do estudo e termo de consentimento livre e esclarecido. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa/Universidade Federal de Santa Catarina, obtendo Certificado de Apresentação para Apreciação Ética de n.º 38912820.3.10001.0121.

## RESULTADOS

Na etapa qualitativa, foram entrevistados 37 enfermeiros em dez HUs, nas cinco regiões do Brasil. Destes participantes, 9 eram da região Nordeste, 6 do Norte, 7 do Centro-Oeste, 6 do Sudeste e 9 do Sul. A maior parte dos entrevistados pertence ao gênero feminino, correspondendo ao total de 28 (75,6%). No que se refere ao nível de formação, 17 (45,9%) possuíam especialização. Sobre o tempo de atuação no atendimento aos pacientes com Covid-19, 13 (35,1%) dos enfermeiros entrevistados possuíam entre 12 e 24 meses de experiência de atuação com esse público.

Após o término da coleta de dados, os resultados obtidos a partir da entrevista com enfermeiros foram analisados e apresentados segundo fatores do instrumento CTM: Preparação para o autogerenciamento; Entendimento sobre medicações; Preferências asseguradas e Plano de cuidado.

### Preparação para o autogerenciamento

A principal preocupação dos enfermeiros diante da alta hospitalar é a educação em saúde e o fornecimento de orientações sobre cuidados a serem mantidos e/ou realizados no domicílio. Entre essas orientações, destacou-se o uso de máscara e o isolamento social para evitar a transmissão do vírus SARS-CoV-2 para os familiares. Outra preocupação dos enfermeiros diz respeito aos sinais de alerta que poderiam indicar piora clínica, como febre e cansaço.

*Fazer todas as orientações, todo o trabalho de educação em saúde [...] deixar o paciente a informação de que Covid não se pega só uma vez e que ele precisa continuar com os cuidados em casa de usar a máscara (Branco 03).*

*[...] Enfatizar muito as orientações dos cuidados domiciliares em relação à transmissão para os familiares [...], que seria utilizar a máscara em casa, ficar mais isolado possível. (Marrom 03)*

*[...] Pacientes pós UTI com lesão por pressão, aí orienta o familiar de como vai realizar aquele curativo em casa. (Amarelo 02)*

*Se tiver aplicação de insulina em pacientes que não recebiam antes a gente coloca, explica, mostra as seringas, a insulina que vai receber. (Castanho 01)*

*Orientações [...] de segurança em relação ao risco de desenvolvimento de lesão por pressão, o curativo [...]. (Verde 04)*

*[...] Ensina a autoaplicação da insulina e da realização da glicemia capilar tanto ao familiar, quanto ao paciente. (Laranja 02)*

*E outra, eles também, como tem pronto atendimento aqui, então sempre foi muito orientado, se sentir algum mal estar, tiver alguma dificuldade respiratória, piorar os sintomas, voltou a ter febre, voltou a ter outro sintoma, volta para pronto atendimento. (Violeta 02)*

## Entendimento sobre medicações

A maioria dos pacientes que recebia alta hospitalar precisava continuar o uso de alguns medicamentos em casa. Essa situação demandou maior atenção e esforço dos enfermeiros, no sentido de orientar sobre o uso correto dos medicamentos, evitando erros no uso e na piora do quadro clínico do paciente. Diante disso, estes profissionais se empenhavam em orientar pacientes e seus familiares quanto aos horários de administração dos medicamentos, aplicação de insulina, realização da dosagem de glicemia capilar e vacinas contra a Covid-19.

*[...] Orientações sobre a vacina e todos os medicamentos, se a enfermagem não tomar essa iniciativa de educação e orientação para si, nenhum outro profissional irá fazer isso sozinho. (Branco 03)*

*[...] A gente quanto enfermagem, aprazava os horários dessa receita que o médico dava para o paciente dar continuidade ao tratamento em casa, a partir dos horários que ele já fazia no hospital. (Preto 01)*

*Nós vamos buscar aquela receita que foi dada pelo médico para que a gente possa orientar o paciente e o familiar com relação ao uso da medicação. [...] os horários que ele precisa tomar essa medicação. (Laranja 02)*

*[...] A gente ajuda, ensina a autoaplicação da insulina e da realização da glicemia capilar tanto ao familiar, quanto ao paciente. (Laranja 02)*

*[...] A gente sabia que a equipe de internação domiciliar iria lá para fazer as orientações do uso das medicações subcutâneas, mas a gente sempre reforçava também junto à equipe. (Amarelo 01)*

*[...] A gente orientava também a procurar a vacina se não tivesse se vacinado ainda. (Preto 05)*

*[...] A gente faz um impresso com essas orientações, [...] se tiver aplicação de insulina em pacientes que não recebiam antes a gente coloca, explica, mostra as seringas, a insulina que vai receber. (Castanho 01)*

## Preferências asseguradas

A preocupação dos enfermeiros em atender às necessidades de saúde dos pacientes despertou a necessidade do diálogo com cada paciente ou seus familiares, direcionando o cuidado consoante às condições de saúde apresentadas. Os enfermeiros relataram que utilizavam seus celulares pessoais para proporcionar ligação por chamada de vídeo entre pacientes e familiares, discutiam sobre anticoagulante ideal para seguir com tratamento em casa, permissão da presença de acompanhante para pacientes idosos e compra de materiais para pacientes traqueostomizados que não tinham condições de comprar.

*[...] A gente mesmo pega o nosso celular e faz ligação de vídeo para familiares, para eles poderem ver, conversar, orientar, para ter um conforto maior. (Castanho 02)*

*[...] Tinha que fazer contato com a assistente social para localizar o município de origem, ver quais são as possibilidades de a família fazer o uso da medicação em casa, e depois avaliar riscos/benefícios, se não era melhor sair com um anticoagulante oral do que o paciente sair com esse anticoagulante subcutâneo. (Amarelo 01)*

*[...] Esse paciente tá fora de casa, fora do seu ambiente familiar... muitas vezes ele fica ansioso e essa ansiedade causa certo desconforto respiratório para ele [...] uma das formas que a gente faz a amenização é pedir pra psicóloga e assistente social fazer uma chamada de vídeo. (Branco 01)*

*[...] Por ele estar longe da família, longe do seu círculo social, longe do trabalho, ele não tinha um suporte emocional nesse sentido, nem de psicologia também, [...] equipe de enfermagem oferecer esse tipo de suporte emocional para o paciente, que, muitas vezes, era um paciente muito dependente emocionalmente da equipe. (Preto 01)*

*[...] às vezes quando é um paciente idoso, aqui na clínica médica, a gente aceita que fique o acompanhante, mesmo o paciente sendo Covid, a gente aceita, com anuência da gestão. (Violeta 04)*

*[...] conseguimos comprar até material para os pacientes que ainda não tinham em casa, orientamos, ajudamos, troca de cânula para metálica. (Verde 02)*

## Plano de cuidado

Pacientes infectados por SARS-CoV-2 apresentaram necessidades de continuar tratamento após infecção pelo vírus. Os enfermeiros de apenas dois HUs relataram a existência de material sistematizado para alta hospitalar. Nos demais HUs, não havia plano de alta sistematizado, assim, os enfermeiros desenvolveram as estratégias e práticas para a transição do cuidado de modo informal, sendo que estas se baseiam em encaminhamentos para outras especialidades, como cardiologia, exames periódicos e receitas médicas.

*[...] Formalmente pensando na equipe de enfermagem, não existia nenhum plano de alta relacionado a isso. (Amarelo 01)*

*[...] Teve uma situação que eu fiz uma orientação por escrito, que era um paciente que tava com escara e que ia demandar assim mais cuidados em casa, e aí, [...] eu acabei fazendo uma orientação de alta de enfermagem, mas não é uma prática assim, uma rotina que a gente faz né com todos os pacientes. (Branco 04)*

*[...] A gente não tem um plano na instituição. A gente não tem isso padronizado. Vai realmente da atuação de cada profissional. (Marrom 03)*

*[...] Cada um tinha um protocolo, o fisio tinha protocolo da fisio, o enfermeiro tinha protocolo do enfermeiro para a gente orientar esse paciente antes da alta... A gente dava a cartilha para ele levar. (Cinza 02)*

*[...] A questão do coronavírus a gente tem um folder de como vai lavar as roupas que estava no hospital, à separação das roupas. (Castanho 01)*

*[...] Muitos pacientes que saem de alta hospitalar depois do tratamento do Covid eles precisam ser assistidos ambulatorialmente então eles são encaminhados para o ambulatório. (Verde 04)*

*[...] A gente fazia as orientações comuns, às vezes ele ia para ambulatório e ele era orientado para fazer esse retorno, se tivesse algum exame pra buscar, a gente fazia esse tipo de orientação. (Violeta 03)*

*[...] Ele tem agendamento de um retorno aqui nesse setor [...] Alguns saem com dois encaminhamentos [...] Um para retornar no setor específico e outros para parte que já fazia acompanhamento de cardiologia. (Marrom 02)*

*[...] Alguns saem com dois encaminhamentos né... Um para retornar no setor específico e outros para parte que já fazia acompanhamento, como cardiologia. (Marrom 02)*

Ao realizar a comparação dos resultados desta pesquisa, foi encontrado como convergência entre resultado da etapa qualitativa e quantitativa: Fator 1, que discorre sobre a preparação para o autogerenciamento, obteve melhor avaliação pelos pacientes. Associando esse fator com as entrevistas, os enfermeiros procuravam orientar sobre a importância do uso

de máscaras, isolar-se da família para evitar a transmissão do vírus e sobre sinais de alerta para piora do quadro clínico do paciente.

O Fator 4 se refere ao plano de cuidado. Recebeu a pior avaliação pelos pacientes. Nas entrevistas com enfermeiros, estes relataram encaminhamentos para outras especialidades ou ambulatório e retorno para hospital de origem como estratégias de continuidade do tratamento. Além disso, apenas dois HUs se referiram à existência do protocolo de alta hospitalar institucionalizado.

O Item 14 trata da compreensão de como tomar medicamento, obtendo o maior escore. Como convergência deste item com as entrevistas dos enfermeiros destacam-se orientações quanto aos horários de tomar medicação, à autoaplicação de insulina e à realização da glicemia capilar.

Item 15 trata da compreensão sobre os efeitos colaterais dos medicamentos. Esse item conseguiu a pior avaliação, e nas entrevistas dos enfermeiros, não aparece nenhuma orientação que se relaciona a essa questão. Salienta-se que foi feita a análise em torno do resultado deste estudo com o intuito de obter divergência entre as respostas dos enfermeiros com o CTM-15, não sendo encontrado resultado divergente. Como pode ser observado no Quadro 5, abaixo:

**Quadro 5 - Síntese dos resultados. Florianópolis, Brasil, 2023**

CTM-15	Entrevistas dos enfermeiros
<p>-Fator 1 (preparação para o autogerenciamento) foi mais bem avaliado.</p> <p>- Fator 4 (Plano de cuidado) recebeu pior avaliação.</p> <p>- Item 14 (entende como tomar os medicamentos) obteve escore maior.</p> <p>- Item 15 (entende os efeitos colaterais dos medicamentos) teve a pior avaliação.</p>	<p>Orientações sobre a Covid-19:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Uso de máscaras</li> <li>- Isolamento da família</li> <li>- Sinais de alerta (febre, cansaço)</li> </ul> <p>Cuidados com dispositivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sonda vesical</li> <li>- Sonda nasoenteral</li> <li>- Traqueostomia</li> </ul> <p>Orientação sobre medicação:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Horários de tomar medicação</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autoaplicação de insulina</li> <li>- Realização da glicemia capilar</li> </ul> <p>Plano de cuidado/tratamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Encaminhamentos</li> <li>- Retornos para hospital de internação</li> <li>- Protocolo de alta</li> </ul>
--	--

Fonte: elaborada pelos autores, 2023.

Na etapa quantitativa, foram entrevistados 643 pacientes/cuidadores que tiveram alta hospitalar nos HUs incluídos no estudo. Em relação aos dados de caracterização sociodemográfica dos participantes, houve equilíbrio entre indivíduos do gênero feminino e masculino. A maioria dos participantes tinha ensino fundamental completo. Foi observada a prevalência da raça parda e renda mensal de até dois salários mínimos (Tabela 2).

**Tabela 2: Caracterização sociodemográfica dos participantes incluídos no estudo (n=643). Florianópolis, Brasil, 2023**

Variáveis	n	%
<b>Gênero</b>		
<b>Masculino</b>	303	49,3
<b>Feminino</b>	312	50,7
<b>Total</b>	615	100
<b>Grau de instrução</b>		
<b>Sem instrução</b>	31	5,0
<b>Ensino Fundamental</b>	264	42,9
<b>Ensino Médio</b>	192	31,2
<b>Ensino Superior</b>	129	20,9
<b>Total</b>	616	100
<b>Raça</b>		

<b>Branca</b>	245	39,9
<b>Preta</b>	78	12,7
<b>Parda</b>	280	45,6
<b>Outra</b>	11	1,8
<b>Total</b>	614	100
<b>Renda Familiar</b>		
<b>Até 2 Salários Mínimos</b>	247	45,5
<b>2 a 5 Salários Mínimos</b>	200	36,9
<b>Mais de 5 Salários Mínimos</b>	67	12,4
<b>Sem Rendimento</b>	28	5,2
	542	100

Fonte: elaborada pelos autores, 2023.

Foi obtida uma média de escore total de 70,7 do CTM-15, com desvio padrão de 15,3. Quanto à avaliação dos itens do instrumento, observou-se que o item 14 (entende como tomar os medicamentos) obteve um score maior (75,8), seguido dos itens 13 (entende o motivo de tomar os medicamentos) e (compreende o que é de sua responsabilidade), com (74,9), e 4 (teve informações que precisava para autocuidado) com (74,8). O item 15 (entende os efeitos colaterais dos medicamentos) obteve uma média de avaliação inferior (62,6) em relação aos demais do instrumento. A Tabela 3 apresenta a média de avaliação obtida para cada item do CTM-15.

**Tabela 3: Qualidade da transição do cuidado segundo os itens do instrumento *Care Transitions Measure* (CTM-15) (n=643). Florianópolis, Brasil, 2023**

Item	Fator	Média	Desvio Padrão
<b>14</b> Entende como tomar os medicamentos	2	75,8	19,3
<b>13</b> Entende o motivo de tomar os medicamentos	2	74,9	20,1

9	Compreende o que é de sua responsabilidade	1	74,9	17,9
4	Teve informações que precisava para o autocuidado	1	74,8	22,5
5	Entende claramente como cuidar da saúde	1	74,3	21,6
6	Entende sinais de alerta e sintomas	1	73,2	19,8
1	Concordou com a equipe de saúde sobre objetivos para sua saúde e como eles seriam alcançados	3	72,8	17,5
8	Compreende o que melhora ou piora sua condição de saúde	1	72,7	20,1
2	Preferências consideradas para decidir as necessidades de saúde	3	72,0	20,6
10	Sente-se seguro de que sabe o que fazer	1	69,7	22,1
11	Sente-se seguro de que consegue fazer o que é necessário	1	68,5	21,2
3	Preferências consideradas para decidir onde as necessidades de saúde são atendidas	3	67,7	22,7
7	Recebeu um plano escrito de cuidados	4	65,4	25,4
12	Recebeu uma lista escrita das consultas ou exames	4	63,6	27,7
15	Entende os efeitos colaterais dos medicamentos	2	62,6	25,2
Total			70,7	15,3

Fonte: elaborada pelos autores, 2023.

Com o intuito de detalhar as respostas dos participantes, calculou-se a frequência absoluta e relativa dos itens do instrumento CTM-15. Assim, pela soma das respostas concordo e concordo muito, o item 9 (compreende o que é de sua responsabilidade) apresentou maior frequência de concordância, com 610 (94,9%), e o item 12 (recebeu uma lista escrita das consultas ou exames) teve a maior frequência de discordância (discordo e discordo muito), com 163 (25,3%). Em relação à soma dos itens respondidos com a opção “não sei e não me lembro”, o item 15 (entende os efeitos colaterais dos medicamentos) apresentou maior frequência de respostas, com 73 (11,4%). É importante destacar que, pela recomendação dos autores, este último item citado não é contabilizado na composição da média do escore final. A Tabela 4 apresenta a distribuição das respostas do instrumento CTM-15.

**Tabela 4: Distribuição das respostas do instrumento *Care Transitions Measure* (CTM-15) (n=643). Florianópolis, Brasil, 2023**

Item	Discordo Muito	Discordo	Concordo	Concordo Muito	Não Sei/ Não Lembro/Não se Aplica
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1	4 (0,6)	27 (4,2)	446 (69,4)	150 (23,3)	16 (2,5)
2	9 (1,4)	51 (7,9)	398 (61,9)	169 (26,3)	16 (2,5)
3	15 (2,3)	91 (14,2)	382 (59,4)	141 (21,9)	14 (2,2)
4	8 (1,2)	63 (9,8)	336 (52,3)	236 (36,7)	-
5	7 (1,1)	56 (8,7)	360 (56,0)	216 (33,6)	4 (0,6)
6	6 (0,9)	44 (6,8)	407 (63,3)	181 (28,2)	5 (0,8)
7	20 (3,1)	130 (20,2)	318 (49,5)	146 (22,7)	29 (4,5)
8	6 (0,9)	51 (7,9)	403 (62,7)	178 (27,7)	5 (0,8)
9	2 (0,3)	27 (4,2)	422 (65,7)	188 (29,2)	4 (0,6)
10	11 (1,7)	81 (12,6)	388 (60,4)	161 (25,0)	2 (0,3)
11	10 (1,6)	83 (12,9)	408 (63,4)	138 (21,5)	4 (0,6)
12	42 (6,5)	121 (18,8)	315 (49,0)	148 (23,0)	17 (2,7)
13	8 (1,2)	28 (4,4)	358 (55,7)	187 (29,1)	62 (9,6)
14	6 (0,9)	21 (3,3)	356 (55,4)	191 (29,7)	69 (10,7)
15	24 (3,7)	130 (20,3)	308 (47,9)	108 (16,8)	73 (11,4)

Fonte: elaborada pelos autores, 2023.

Em relação aos quatro fatores que constituem o instrumento, o primeiro (preparação para o autogerenciamento) obteve melhor avaliação (72,5) em relação aos demais. Ao passo que o quarto (plano de cuidado) apresentou inferior média de avaliação (64,5), conforme Tabela 5.

**Tabela 5: Qualidade da transição do cuidado segundo os Fatores do instrumento *Care Transitions Measure* (CTM-15) (n=643). Florianópolis, Brasil, 2023**

Fator	Média	Desvio Padrão
<b>Preparação para o autogerenciamento</b>	72,5	16,5
<b>Emtendimento sobre medicações</b>	71,0	18,1
<b>Preferências asseguradas</b>	70,7	17,0
<b>Plano de cuidado</b>	64,5	23,2
<b>Total</b>	70,7	15,3

Fonte: elaborada pelos autores, 2023.

## DISCUSSÃO

Este estudo avaliou a qualidade da transição do cuidado dos pacientes recuperados da Covid-19, por meio das respostas dos próprios pacientes/cuidadores, utilizando o instrumento *Care Transitions Measure*® (CTM-15). Este instrumento objetiva identificar a qualidade da transição do cuidado, segundo a perspectiva dos pacientes (COLEMAN *et al.*, 2002).

Por outro lado, procurou-se encontrar, a partir das falas dos enfermeiros atuantes nos HUs brasileiros durante a pandemia da Covid-19, as estratégias propostas para transição do cuidado dos pacientes acometidos pela doença causada pelo vírus SARS-CoV-2. Considerando, nesse contexto, que esses profissionais passam maior tempo com os pacientes desempenhando funções que envolvem ações curativas, de reabilitação, de alívio do sofrimento e de promoção da saúde, o que lhes permite identificar as reais necessidades dos pacientes (FORTE & PIRES, 2020).

Na etapa quantitativa do estudo, foi constatado um equilíbrio dos indivíduos do gênero feminino e masculino, representando 50,7% e 49,3%, respectivamente. Resultado divergente ao encontrado em um estudo (inter) nacional (BUFFON *et al.*, 2022; WANG *et al.*, 2020). Desse modo, esse dado sugere não haver associação do gênero em relação à infecção por SARS-CoV-2.

Em relação ao grau de instrução dos participantes, observou-se que 42,9% dos pesquisados possuíam ensino médio completo, sendo que o mesmo resultado foi encontrado no trabalho realizado por Buffon *et al.*, (2022). Por outro lado, os dados da pesquisa mostraram que 45,6% dos entrevistados pertenciam à raça parda. Este mesmo achado foi encontrado em trabalho desenvolvido por Suleyman *et al.* (2020).

Neste estudo, foram obtidos 70,7 como uma média linear geral do CTM-15. Estudos nacionais e internacionais obtiveram uma média que variou de 61.8 a 90.1 (ACOSTA *et al.*, 2020; LINDBLOM, *et al.*, 2020; PEITER *et al.*, 2022). O instrumento CTM-15 não define uma média de corte, entretanto, valores baixos refletem deficiência da transição de cuidado e pontuação alta indica uma maior qualidade de transição do cuidado (LINDBLOM, *et al.*, 2020). Assim, a média obtida neste estudo pode ser considerada satisfatória.

Quanto aos quatro fatores do instrumento CTM-15, o primeiro (preparação para o autogerenciamento) obteve melhor avaliação (72,5). Em estudo da Peiter *et al.* (2022), foi observado também melhor desempenho desse fator. Na etapa qualitativa, nas falas dos enfermeiros que aparecem no primeiro fator do CTM-15, foi possível observar que estes profissionais se preocupavam em orientar os pacientes sobre sinais de alerta da doença Covid-19, medidas gerais de prevenção da infecção por SARS-CoV-2, cuidados com dispositivos médicos, realização dos curativos, entre outros, o que pode sugerir o bom desempenho obtido no item em destaque da etapa quantitativa.

Ressalta-se que durante o percurso na rede de assistência à saúde, os usuários deparam-se com momentos de tensão, por isso, orientá-los no período da transição do cuidado a partir da alta hospitalar constitui preparação destes para o autocuidado (ACOSTA *et al.*, 2018). A transição do cuidado envolve ações de preparo de pacientes no pré-alta e pós-alta hospitalar. Incluídos nestas ações o planejamento de alta, as informações estruturadas sobre alta, o acompanhamento coordenado e a comunicação oportuna entre os prestadores de cuidados. Pontua-se que a falta de orientação por parte dos profissionais de saúde aos pacientes gera frustração e insegurança para prosseguir com o tratamento em casa (ACOSTA *et al.*, 2018; FLINK *et al.*, 2021).

Além disso, a transição do cuidado, quando realizada de maneira adequada, resulta em grandes benefícios para os pacientes e o sistema de saúde, tais como: redução de efeitos adversos graves, como erros de medicação, atrasos no cuidado, duplicidade do tratamento, piora na qualidade de vida, readmissões evitáveis, uso inadequado dos serviços e aumento do custo em saúde (WEBER, LIMA & ACOSTA, 2019; GALLO *et al.*, 2021; FLINK *et al.*, 2021). Reforçando dessa maneira a necessidade dos enfermeiros e demais profissionais atuarem nesse sentido.

Os enfermeiros se preocupavam em incluir os familiares no processo da alta hospitalar dos pacientes. Em estudo internacional conduzido por Flink *et al.* (2021), foi constatado que estabelecer vínculos comunicativos entre pacientes, familiares e profissionais durante o processo de transição do cuidado, pode resultar em garantia de uma transição

coordenada de reabilitação e garantir que os pacientes e seus familiares se sintam preparados em voltar para casa.

O ato de possibilitar a comunicação e auxiliar na confiança entre profissionais e familiares pode ser considerado essencial, porque os pacientes e as famílias se integram ao processo de educação em saúde. Consequentemente, promove-se a diminuição da ansiedade e da dúvida, resultando na melhoria do cuidado em ambiente domiciliar aos pacientes e estimulando a melhoria da qualidade de vida (SANTOS, 2017; COSTA *et al.*, 2020).

O segundo fator do CTM-15, que trata sobre as medicações, foi também bem avaliado pelos pacientes. Da mesma maneira, em relação aos itens do instrumento, o item 14 (entende como tomar medicamentos) foi o mais bem avaliado por eles. Em relação à etapa qualitativa, nesse mesmo fator do CTM-15, os enfermeiros disseram que orientavam pacientes sobre uso e horário de tomar as medicações, autoaplicação de insulina, entre outras atividades.

Apesar de o segundo fator, item 14, ter obtido boa avaliação pelos pacientes, ressalta-se que o item 15 (entende os efeitos colaterais dos medicamentos), que faz parte do segundo fator, recebeu a pior avaliação. Por outro lado, na fala dos enfermeiros, não foram observadas orientações sobre reações adversas ou efeitos colaterais das medicações aos pacientes e seus familiares.

Segundo Moreira *et al.* & Dias *et al.*, (2020), os medicamentos são produtos farmacêuticos utilizados para finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins diagnóstico. Somado a isso, possuem capacidade de melhorar a qualidade e expectativa de vida da população. Entretanto, o uso inadequado dos medicamentos pode resultar em consequências nocivas não intencionais para o indivíduo, sociedade e sistema de saúde.

A não contemplação de orientações sobre as reações adversas ou efeitos colaterais das medicações pode ser justificada pela sobrecarga destes profissionais na pandemia, redução de quadros dos funcionários com comorbidades, contratação de novos profissionais sem integração adequada à rotina e protocolos institucionais (BACKES *et al.*, 2021). Assim, nas orientações dadas aos pacientes sobre as medicações, é importante considerar essa questão, para deixá-los cientes e evitar transtornos físicos ou psicológicos que podem surgir posteriormente.

O fator 4 (plano de cuidado), segundo a perspectiva dos pacientes, obteve pior desempenho neste estudo que avaliou a qualidade da transição de cuidado dos pacientes com Covid-19. Assim como o item 12 (recebeu uma lista escrita das consultas ou exames), que faz parte do fator supracitado, apresentou maior frequência de resposta “Não sei/não me lembro/não se aplica”.

Na fala dos enfermeiros que se relacionam com o fator “plano de cuidado”, estes afirmaram que procuravam estabelecer o plano de cuidado para os pacientes, através das receitas médicas, protocolo, encaminhamentos e retorno para a unidade hospitalar de internação. Vale ressaltar que a transição de cuidado baseada em encaminhamentos pode resultar em informações insuficientes, encaminhamentos incompletos e atrasos na transição do hospital para domicílio (LINDBLOM *et al.*, 2022)

Apesar de todo o esforço destes profissionais, a maioria dos dez hospitais universitários não tinha o instrumento de planejamento da alta hospitalar sistematizado que visava à transição para a continuidade do cuidado. Esse achado revela fragilidade em termos de planejamento da alta hospitalar dos pacientes, no período pandêmico nestas instituições. Contudo, é importante ressaltar que mesmo no período pré-pandemia, estudo realizado no Rio Grande do Sul por Acosta *et al.* (2018) constatou fragilidade quanto à elaboração de plano de alta dos pacientes.

Os dados desta pesquisa divergiram de um estudo sobre a continuidade do cuidado de enfermagem hospitalar para a atenção primária à saúde na Espanha. Na pesquisa conduzida nesse país foi constatado que enfermeiro, em colaboração com equipe multiprofissional, elaborou o plano de alta hospitalar e acompanhou a continuidade dos cuidados em domicílio com enfermeiro de atenção primária à saúde (COSTA *et al.*, 2019).

Diante disso, frisa-se que a implementação de protocolos ou instrumentos sistematizados pode ajudar na padronização dos cuidados para alta hospitalar dos pacientes e, conseqüentemente, resultar na melhoria da qualidade do atendimento e da vida dos pacientes. Além disso, possibilita uma melhor adesão ao tratamento a ser seguido em domicílio (ACOSTA *et al.*, 2018).

## LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O estudo abordou a transição do cuidado na perspectiva dos pacientes internados em decorrência da Covid-19, associada a entrevistas dos enfermeiros sobre orientação dos pacientes no momento da alta hospitalar. Deparou-se com poucos estudos sobre transição do cuidado dos pacientes com Covid-19. Além disso, houve dificuldades em encontrar estudos que abordassem a transição do cuidado na perspectiva dos pacientes, associada a entrevistas dos profissionais de saúde, especialmente enfermeiros, dificultando dessa maneira a discussão dos dados.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho objetivou avaliar a transição do cuidado dos pacientes internados pelo Covid-19 a partir da alta hospitalar nos Hospitais Universitários brasileiros. A média geral do escore obtido neste estudo, segundo a avaliação dos pacientes, foi considerada satisfatória, indicando que a transição do cuidado dos pacientes com Covid-19 nessas instituições foi conduzida positivamente.

Na análise feita com base nas respostas dos enfermeiros entrevistados paralelamente aos pacientes/cuidadores, os enfermeiros se empenharam em fornecer orientações sobre: a transmissão e prevenção do SARS-CoV-2, os sinais de alerta em relação à Covid-19 e os cuidados com dispositivos médicos.

Muito embora os enfermeiros demonstrassem comprometimento em orientar pacientes na alta hospitalar, a pesquisa evidenciou que os pacientes não foram orientados sobre os efeitos colaterais dos medicamentos. Além disso, apesar de a pandemia de Covid-19 ter surpreendido o mundo, na maioria dessas instituições, onde o estudo foi conduzido, observou-se a necessidade de coordenação da transição de cuidado através de informações estruturadas ou protocolos para alta. Da mesma maneira, isso foi evidenciado no quarto fator (plano de cuidado), que recebeu a pior avaliação por parte dos pacientes.

## REFERÊNCIAS

ACOSTA, A. M. *et al.* Atividades do enfermeiro na transição do cuidado: realidades e desafios. **Rev enferm UFPE**, v. 12, n. 12, p. 3190-7, dez, 2018.

ACOSTA, A.M. *et al.* Transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas na alta da emergência para o domicílio. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 41(esp), e20190155, 2020.

AUED, G. K. *et al.* Competências da enfermeira de ligação na alta hospitalar. **Rev Gaúcha Enferm**. v. 42, (esp), p. e20200211, 2021.

BACKES, M.T.S. *et al.* Condições de trabalho dos profissionais de enfermagem no enfrentamento da pandemia da covid-19. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 42, e20200339, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução no 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Brasília, DF**: Conselho Nacional de Saúde, 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 03/07/ 2020.

BUFFON, M.R. *et al.* Pacientes críticos com COVID-19: perfil sociodemográfico, clínico e associações entre variáveis e carga de trabalho. **Rev Bras Enferm**, v.75(Suppl 1), e20210119, 2022.

COLEMAN, E. A. *et al.* Development and testing of a measure designed to assess the quality of care transitions. **International Journal of Integrated Care**, v. 2, n. 1, p. 1–9, 2002.

COSTA, M.F.B.N. *et al.* Planejamento da alta hospitalar como estratégia de continuidade do cuidado para atenção primária. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 10, e3709108518, 2020.

COSTA, M.F.B.N.A. *et al.* A continuidade do cuidado de enfermagem hospitalar para a Atenção Primária à Saúde na Espanha. **Rev Esc Enferm USP**, v. 53, p. e03477, 2019.

DIAS, K.L.F. *et al.* As vantagens dos medicamentos manipulados x medicamentos industrializados. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 6, n.12,dez,2020.

FLINK M, *et al.* Person-centred care transitions for people with stroke: study protocol for a feasibility evaluation of codesigned care transition support. **BMJ Open**, v. 11, p. e047329. 2021.

FORTE, E.C.N. & PIRES, D.E.P. Os apelos da enfermagem nos meios de comunicação em tempos de coronavírus. **Rev Bras Enferm**, v. 73, (Suppl 2), 2020.

GALLO, V.C.L. *et al.* Estratégias de transição para alta hospitalar utilizadas por enfermeiros: revisão integrativa. **Rev. Enferm. UFSM**, v. 11, n. 79, p. 1-22, 2021.

LINDBLOM, S. *et al.* Perceived Quality of Care Transitions between Hospital and the Home in People with Stroke. **Jamda**, v. 21, n. 12, P. 1885-1892, dez, 2020.

LINDBLOM, S.C. *et al.* Referral-based transition to subsequent rehabilitation at home after stroke: one-year outcomes and use of healthcare services: resultados de um ano e uso de serviços de saúde. **BMC Health Services Research**, v. 22, n. 594, 2022.

MOREIRA, A.M. *et al.* Uso de medicamentos por adultos na atenção primária: inquérito em serviços de saúde de Minas Gerais, Brasil. **REV BRAS EPIDEMIOL**, v. 23, p. e200025, 2020.

NALBANDIAN, A. Post-acute COVID-19 syndrome. **Medicina da Natureza**, v. 27, p. 601–615, 2021.

OLIVEIRA, J.J.M. *et al.* O impacto do coronavírus (covid-19) na prática odontológica: desafios e métodos de prevenção. **REAS/EJCH**, v. 46, p. e3487, 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE-OMS. **Doença de coronavírus (COVID-19): Vacinas.** Disponível em: [https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-\(covid-19\)-vaccines](https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-(covid-19)-vaccines). Acesso em 23/09/2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Alerta Epidemiológico Complicações e sequelas da COVID-19 12 de agosto de 2020.** Disponível em: <https://www.paho.org/bra/dmdocuments/covid-19-materiais-de-comunicacao-1/Alerta>

[%20epidemiologico%20-%20Complicacoes%20e%20sequelas%20da%20COVID-19.pdf](#).  
Acesso: 15/09/2021.

PEITER, C.C. *et al.* Quality of transitional care of children with chronic diseases: a cross-sectional study. **Rev Esc Enferm USP**, v. 56, e20210535, 2022.

SANTOS, N.O. **Construção e validação de protocolo de intervenções educativas para cuidadores familiares de idosos após acidente vascular cerebral**. Tese (doutorado em enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2017.

SULEYMAN G, *et al.* Clinical Characteristics and Morbidity Associated With Coronavirus Disease 2019 in a Series of Patients in Metropolitan Detroit. **JAMA Netw Open**, v. 3, n. 6, p. e2012270, 2020.

THE CARE TRANSITIONS PROGRAM. **The Care Transitions Intervention**. Disponível em: <https://caretransitions.org>. Acesso em: 8/07/2022.

WANG, D. *et al.* Clinical course and outcome of 107 patients infected with the novel coronavirus, SARS-CoV-2, discharged from two hospitals in Wuhan, China. **Critical Care**, v. 24, p. 188, 2020.

WEBER, L.A. F.; LIMA, M.A.D.S. & ACOSTA, A.M. Qualidade da transição do cuidado e sua associação com a readmissão hospitalar. **Aquichan**, v. 19, n. 4, p. e1945, 2019.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo objetivou analisar a transição do cuidado de pacientes com Covid-19 na alta hospitalar e descrever as ações de continuidade do cuidado realizadas por enfermeiros que favoreçam a transição do cuidado. A fundamentação teórica desta pesquisa ensejou aprofundar o conhecimento através dos estudos (inter) nacionais sobre a dinâmica do SARS-CoV-2, causador da Covid-19, e quanto à necessidade de continuidade do cuidado dos pacientes acometidos pela doença. Além disso, permitiu descobrir as ações de continuidade do cuidado promovidas nos HUs do país, com o intuito de assegurar assistência à saúde aos usuários do SUS.

Os resultados da pesquisa multicêntrica, que utilizou o instrumento CTM-15, possibilitaram conhecer a avaliação dos pacientes em relação aos cuidados recebidos no período da internação hospitalar. De modo geral, destaca-se que as respostas dos pacientes obtidas por meio do instrumento revelaram que eles avaliaram de modo satisfatório as orientações recebidas na alta hospitalar para continuidade do cuidado.

Em relação à fala dos enfermeiros sobre orientação aos pacientes vítimas da Covid-19 na alta hospitalar, eles apontaram a preocupação de orientar pacientes sobre os cuidados gerais com a Covid-19, como: usar máscara e álcool para evitar a infecção, distanciar-se dos familiares em caso de suspeita de infecção por SARS-Cov-2, procurar assistência hospitalar se houver a piora do quadro clínico.

Além das orientações referidas, os enfermeiros relataram que orientavam os pacientes sobre as medicações a serem usadas em casa, como a insulina, também sobre cuidado com curativos e uso dos dispositivos médicos para aspiração do paciente. No entanto, os pacientes não foram orientados sobre os efeitos colaterais dos medicamentos.

Por outro lado, embora nenhum país possua condições que permitam enfrentar a pandemia dessa magnitude, o estudo revelou fragilidades em relação ao uso de instrumentos sistematizados para orientar pacientes no momento da alta hospitalar para continuidade do cuidado. Desse modo, sugere-se a condução de estudos que objetivem criar instrumentos para alta hospitalar dos pacientes que necessitam da continuidade do cuidado, uma vez que a continuidade do cuidado possibilita a redução dos custos com internação hospitalar.

Diante dos resultados obtidos, pontua-se a necessidade da sistematização da alta hospitalar dos pacientes nessas instituições, por meio de protocolos e instrumentos institucionais que pautem a transição e a continuidade de cuidado, pois isso irá ajudá-los na

implementação das orientações fornecidas pelos profissionais de saúde. Por fim, salienta-se a necessidade de novos estudos que procurem compreender e avaliar a transição de cuidado dos pacientes em hospitais universitários brasileiros, visando a contribuir para melhorar o cuidado destes em domicílio.

## REFERÊNCIAS

ACOSTA, A. M. *et al.* Atividades do enfermeiro na transição do cuidado: realidades e desafios. **Rev enferm UFPE**, v. 12, n. 12, p. 3190-7, dez, 2018.

ACOSTA, A. M. **Transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas: do serviço de emergência para o domicílio**. Tese (Doutorado em enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2016.

AGUIAR, B. F.; SARQUIS, L.M.M. & MIRANDA, F.M.D. Sequelas da Covid-19: uma reflexão sobre os impactos na saúde do trabalhador. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 14, p. e40101421886, 2021.

ALVAREZ, A.E. *et al.* **Covid-19 em crianças e adolescentes**. Associação de Pediatria de São Paulo. Departamento de Pediatria da Associação Paulista de Medicina. Publ. Em 04/06/2020. Disponível em: <https://www.spsp.org.br/PDF/SPSP-DC%20Pneumologia-COVID-19%20em%20crian%C3%A7as%20e%20adolescentes-04.06.2020.pdf> Acesso: 27/06/20.

ANVISA. Orientações gerais – **Máscaras faciais de uso não profissional**. Brasília, 03 de abril de 2020. Disponível em <https://agenciabrasilia.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2020/04/NT-M%C3%A1scaras-Tecido-Anvisa.pdf-2.pdf>. Acesso em: 24/06/20.

AUED, G. K. *et al.* Atividades das enfermeiras de ligação na alta hospitalar: uma estratégia para a continuidade do cuidado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 27, e3162, 2019.

AUED, G. K. *et al.* Competências da enfermeira de ligação na alta hospitalar. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 42, (esp), p. e20200211, 2021.

BARDIN, L. **Análise do Conteúdo**. São Paulo. Edições 70, 2011.

BARION, E.M.S. *et al.* Indicadores clínicos, diagnósticos de enfermagem e risco de mortalidade em pacientes críticos com COVID-19: coorte retrospectiva. **Rev Esc Enferm USP**, v. 56, p. e20210568, 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Especial- Doença pelo Novo Coronavírus – COVID-19**. Semana Epidemiológica 52 de 2022. Disponível em: [file:///C:/Users/Jo%C3%A3o/OneDrive/Ambiente%20de%20Trabalho/Boletim\\_COVID\\_146\\_6jan23\\_voc\\_v1b%20\(1\)%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Jo%C3%A3o/OneDrive/Ambiente%20de%20Trabalho/Boletim_COVID_146_6jan23_voc_v1b%20(1)%20(1).pdf). Acesso em 31/03/2023.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 28 de junho de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução no 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo

seres humanos. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 03/07/ 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. **Protocolo de manejo clínico da Covid-19 na Atenção Especializada**. 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manejo\\_clinico\\_covid19\\_atencao\\_especializada.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manejo_clinico_covid19_atencao_especializada.pdf) Acesso em: 22/06/20.

CASSIANI, S. H. B. *et al.* La situación de la enfermería en el mundo y la Región de las Américas en tiempos de la pandemia de COVID-19. **Revista Panamericana Salud Publica**, v. 44, (esp.), p. e64, 2020.

CASTRO, R. Vacinas contra a Covid-19: o fim da pandemia?. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, n. 1, p. e310100, 2021.

COLEMAN, E. A. *et al.* Development and testing of a measure designed to assess the quality of care transitions. **International Journal of Integrated Care**, v. 2, n. 1, p. 1–9, 2002.

COSTA, M.F.B.N.A. *et al.* A continuidade do cuidado de enfermagem hospitalar para a Atenção Primária à Saúde na Espanha. **Rev Esc Enferm USP**, v. 53, p. e03477, 2019.

COSTA, M.F.B.N.A.; PEREZ, E.I.B. & CIOSAK, S.I. Práticas da enfermeira hospitalar para a continuidade do cuidado na atenção primária: um estudo exploratório. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 30, p. e20200401, 2021.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DAMACENO, A.N. *et al.* Redes de atenção à saúde: uma estratégia para integração dos sistemas de saúde. **Rev. Enferm. UFSM**, v.10, p. 1-14, 2020.

DAVID, H.M.S.L. Pandemia, conjunturas de crise e prática profissional: qual o papel da enfermagem diante da Covid-19? **Rev Gaúcha Enferm**, v. 42, (esp), p. e20190254, 2021.

DUARTE, P.M. COVID-19: Origem do novo coronavírus/ COVID-19. **Braz. J. Hea. Rev**, v. 3, n. 2, p.3585-3590 mar./apr. 2020.

DUARTE. G. & QUINTANA. S.M. **Covid-19 em obstetrícia. o que precisamos saber?**. Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo. São Paulo, 13 de abril de 2020. Disponível em: <https://www.sogesp.com.br/noticias/covid-19-em-obstetricia-o-que-precisamos-saber/>. Acesso em: 26/06/20.

ESTEVIÃO, A. COVID -19. Serviço de Imagem, Médica, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal. **Acta radiológica portuguesa**, v. 32, n. 1, p. 5-6, 2020.

FARIAS, T.A.B.G. *et al.* O papel da atenção primária no combate ao Covid-19: impacto na saúde pública e perspectivas futuras. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 15, n. 42, p. 2455, Jan-Dez, 2020 .

FERNANDEZ, A. M. *et al.* Condições de trabalho e percepções de profissionais de enfermagem que atuam no enfrentamento à covid-19 no Brasil. **Saúde Soc. São Paulo**, v.30, n.4, p. e201011, 2021.

FILHO, A.S. *et al.* **Reabilitação pós covid-19**. Governo do Estado de Goiás. Subsecretaria de Saúde Gerência de Informações Estratégicas em Saúde- conecta-sus. 17 de novembro de 2020.

FORTE, E.C.N. & PIRES, D.E.P. Os apelos da enfermagem nos meios de comunicação em tempos de coronavírus. **Rev Bras Enferm**, v. 73, (Suppl 2), 2020.

FREIRE, R.M.S. *et al.* Profissional residente no enfrentamento da COVID-19: relato de experiência no contexto da enfermagem intensiva. **Enfermagem Brasil**, v.19, p. S13-S20, 2020.

FREITAG, R.M.K. Amostras sociolinguísticas: probabilísticas ou por conveniência? **Revista de Estudos da Linguagem**, v. 26, n. 2, p. 667-686, 2018.

GIL, Carlos, A. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**, 6ª edição. São Paulo, Atlas, 2017.

GREVE, J.M.D. *et al.* Impacts of covid-19 on the immune, neuromuscular, and musculoskeletal systems and rehabilitation. **Rev Bras Med Esporte**, v. 26, n. 4, jul/Ago, 2020.

GUIMARAES, T.A.M. *et al.* Tratamento farmacológico da covid-19 à luz das evidências: os principais fármacos, suas indicações e seu manejo terapêutico, uma revisão integrativa. **Revista Ibero -Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v.7.n. 5. Maio. 2021.

KARADAG, R.; KAYIRAN, A. & RAPUANO, C.J. Does the novel coronavirus use the ocular surface as an entrance into the body or as an infection site? **Arq Bras Oftalmol**, v. 85, n. 1, p. 92-8, 2022.

KHALIL, O.A.K. & KHALIL, S.S. SARS-CoV-2: taxonomia, origem e constituição. **Rev Med**. v. 99, n. 5, p. 473-9, set.-out, 2020.

LAUER, S.A. *et al.* The Incubation period of coronavirus disease 2019 (COVID-19) from publicly reported confirmed cases: estimation and application. **Ann Intern Med**, v. 172, n. 9, p. 577-582, 2020

LIMA, L.N.G.C. As descobertas genômicas do SARS-CoV-2 e suas implicações na pandemia de COVID-19. **J. Health Biol Sci**, v. 8, n. 1, p. 1-9, 2020.

MARTINS M.M. *et al.* Gestão de alta para a continuidade do cuidado: experiência das Enfermeiras de Ligação de Portugal. **Cogitare Enferm**, v. 23, n.3, p. e58449, 2018.

MEDINA, M.G. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n. 8 p. e00149720, 2020.

MENDES, F.R.P. *et al.* A continuidade de cuidados de saúde na perspectiva dos utentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 841-853, 2017.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MIRANDA, D.A.P. *et al.* Long COVID-19 syndrome: a 14-months longitudinal study during the two first epidemic peaks in Southeast Brazil. **Trans R Soc Trop Med Hyg**, v. 0, p.1- 8, 2022.

NETO, A.R.S. *et al.* Manifestações sintomáticas da doença causada por coronavírus (COVID-19) em adultos: revisão sistemática. **Rev Gaúcha Enferm**, v.42 (esp), p. e20200205, 2021.

NÓBREGA, V.M. *et al.* Doença crônica na infância e adolescência: continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v. 51, e03226, 2017.

OLIVEIRA, L.S. *et al.* Práticas de enfermeiros de um hospital universitário na continuidade do cuidado para a atenção primária. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. 5, 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE-OMS. **Doença de coronavírus (COVID-19): Vacinas**. Disponível em: [https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-\(covid-19\)-vaccines](https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-(covid-19)-vaccines). Acesso em 14/04/2022.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE- OPAS. **OPAS apoia países em estudo da condição pós-COVID-19 e na elaboração de diretrizes para atenção aos pacientes**. disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/23-6-2022-opas-apoia-paises-em-estudo-da-condicao-pos-covid-19-e-na-elaboracao-diretrizes>. Acesso em: 11/07/22

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Alerta Epidemiológico Complicações e sequelas da COVID-19 12 de agosto de 2020**. Acesso: 15/09/2021. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/dmdocuments/covid-19-materiais-de-comunicacao-1/Alerta%20epidemiologico%20-%20Complicacoes%20e%20sequelas%20da%20COVID-19.pdf>.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Transmissão do SARS-CoV-2: implicações para as precauções de prevenção de infecção**. Resumo científico 9 de julho de 2020. Acesso em 15/12/2021. disponível em: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52472/OPASWBRACOVID-1920089\\_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52472/OPASWBRACOVID-1920089_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

PASCOAL, D.B. *et al.* Síndrome Respiratória Aguda: uma resposta imunológica exacerbada ao COVID19. **Braz. J. Hea. Rev**, v. 3, n. 2, p. 2978-2994 mar./apr. 2020.

PAVLI, A. *et al.* Post-COVID syndrome: Incidence, clinical spectrum, and challenges for primary healthcare professionals. **Archives of Medical Research**, v. 52, n. 6, p. 575-581, agosto de 2021.

PEITER, C.C. *et al.* Redes de atenção à saúde: tendências da produção de conhecimento no Brasil. **Escola Anna Nery**, v. 23, n. 1, 2019.

PEITER, C.C. **Transição do cuidado de crianças com condições crônicas para a continuidade dos cuidados após alta hospitalar: pesquisa de método misto**. 2020. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2020.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RAIMUNDO, J.Z. ECHEIMBERG, J.O. & CLAUDIO, L. Tópicos de metodologia de pesquisa: Estudos de corte transversal. **Journal of Human Growth and Development**, v. 28, n. 3, p. 356-360, 2018.

RIBAS, E.N. *et al.* Enfermeira de ligação: uma estratégia para a contrarreferência. **Rev Bras Enferm**, v. 71, (supl 1), p. 591-8, 2018.

ROCHA, T.A.H. *et al.* Plano nacional de vacinação contra a COVID-19: uso de inteligência artificial espacial para superação de desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 5, p. 1885-1898, 2021.

SÁFADI, M.A.P. *et al.* Novo coronavírus (COVID-19). Departamento Científico de Infectologia (2019-2021) **Sociedade Brasileira de Pediatria**. Nº 14, Fevereiro de 2020.

SANTANA, A.V.; FONTANA, A.D. & PITTA, F. Reabilitação pulmonar pós-COVID-19. **J Bras Pneumol**, v. 47 n. 1, p. e20210034, 2021.

SILVA, D.P; SANTOS, I.M.R; & MELO, V.S. Aspectos da infecção ocasionada pelo Coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2 (SARS-CoV-2). **Braz. J. Hea. Rev**, v. 3, n. 2, p.3763-3779, mar./apr, 2020.

SILVA, V.G.F. SILVA, B.N. PINTO, E.S.G. MENEZES, R.M.P. Trabalho do enfermeiro no contexto da pandemia de COVID-19. **Rev Bras Enferm**, v. 74, (Suppl 1), p. e20200594, 2021.

SILVEIRA, M. A.A. *et al.* Aspectos das manifestações da síndrome pós-COVID-19: uma revisão narrativa. **REAS**, v. 13, n. 12, 2021.

SOUSA, M.R.N. *et al.* Patogênese e perspectivas de tratamento da Covid-19: uma revisão. **Research, Society and Development**, v. 9, n.7, p. e05973730, 2020.

SOUZA, A.S.R. *et al.* Aspectos gerais da pandemia de COVID-19. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**, v. 21, (Supl. 1), p. S47-S64, fev, 2021b.

SOUZA, M.N.C. *et al.* Ocorrência de Automedicação na população Brasileira como estratégia preventiva ao SARS-CoV-2. **Research, Society and Development**, v. 10, n.1, p. e44510111933, 2021a.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada**. 2. ed. Porto Alegre: Artimed, 2008.

THE CARE TRANSITIONS PROGRAM. **The Care Transitions Intervention**. Disponível em: <https://caretransitions.org>. Acesso em: 8/07/2022.

TUÑAS. I.T.C. *et al.* Doença pelo Coronavírus 2019 (COVID-19): Uma abordagem preventiva para Odontologia. **Rev. Bras. Odontol**, v. 77, p. e1766, 2020.

WANG, Y. et al. Guangfa Wang, Rongmeng Jiang, Zhancheng Gao, Qi Jin, Jianwei Wang†, Bin Cao. **The lancet**, v. 395, February 15, 2020.

WEBER, L.A. F.; LIMA, M.A.D.S. & ACOSTA, A.M. Qualidade da transição do cuidado e sua associação com a readmissão hospitalar. **Aquichan**, v. 19, n. 4, p. e1945, 201

## APÊNDICES

### APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE)

Projeto de Pesquisa: Transição e continuidade do cuidado dos pacientes recuperados de Covid-19

Pesquisadora Responsável Projeto Multicêntrico: Alacoque Lorenzini Erdmann.

Pesquisador Mestrando: Alberto João M'batna

Pesquisador Orientador: Orientador: Dr. José Luís Guedes dos Santos

Pesquisadora Coorientadora: Dr<sup>a</sup>. Caroline Cechinel Peiter

Instituição: Universidade Federal de Santa Catarina. Endereço: Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Bloco I, 4º andar, sala 402, Campus universitário Reitor João David Ferreira Lima, Bairro Trindade, Florianópolis (SC), CEP 88.040-900.

Contato: (85) 988487729 E-mail: [albertojom@hotmail.com](mailto:albertojom@hotmail.com)

Para sua realização você irá preencher questionários online relacionados à temática da pesquisa. Os benefícios esperados estão relacionados a melhorias na manutenção da saúde e segurança de médicos e profissionais da enfermagem, já que serão identificadas dificuldades e estratégias para utilização das medidas de segurança durante a pandemia de Covid-19.

Os riscos oferecidos pela pesquisa são mínimos, visto que os procedimentos de coleta de dados não irão gerar conflitos ou exposição social dos participantes. Contudo, caso você em algum momento se sentir cansado ou não apresentar condições físicas ou mentais para prosseguir, você poderá suspender momentaneamente/definitivamente ou pelo tempo que você achar necessário, podendo terminar de preencher o questionário online em outro horário a ser definido. Se você achar que não está em condições de continuar inserido no estudo, será retirado/excluído do estudo sem qualquer tipo de prejuízo.

Ressalta-se que devido à coleta de dados ocorrerem de forma totalmente online, ou seja, sem nenhum tipo de contato físico entre pesquisador e participantes, não serão necessárias medidas de segurança para contaminação pelo coronavírus.

Além disso, durante todo o período da pesquisa você terá a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir demais esclarecimentos. Para isso entre em contato com algum dos pesquisadores ou com o Comitê de Ética em Pesquisa.

Em caso de algum desconforto psicológico relacionado à pesquisa, você poderá ser encaminhado para acompanhamento gratuito junto ao serviço de psicologia da instituição. As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão ser divulgadas apenas em eventos ou publicações, sem a identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis do estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação.

Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores. Fica também garantida a indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa. Caso necessário, você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC pelo telefone (48) 3721-6094, e-mail [cep.propesq@contato.ufsc.br](mailto:cep.propesq@contato.ufsc.br) ou pelo endereço: Pró-Reitoria de Pesquisa, Prédio Reitoria II, Rua Des. Vitor Lima, sala 401. Universidade Federal de Santa Catarina, Campus universitário Reitor João David Ferreira Lima, Bairro Trindade, em Florianópolis (SC), CEP 88.040-400.

Ciente e de acordo com o que foi exposto, declaro ter a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas e estou suficientemente informado. Fica claro que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade, bem como de esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto, expresso minha concordância em participar desta pesquisa.

Concordo em participar da pesquisa:

Sim

Não

## **APÊNDICE B - CARACTERIZAÇÃO PROFISSIONAL**

Questionário de caracterização:

Data: No formato de dia, mês e ano. Ex.: 0131/0412/2021.

Código da entrevista: sigla da universidade e número sequencial. Ex.: UFSC1.

Iniciais do nome: registrar as iniciais do nome do profissional.

Sexo: registrar com F para feminino e M para masculino.

Idade: registrar idade em anos.

Nível de formação: registrar o nível de formação mais elevado considerando as opções: graduação, especialização, mestrado, doutorado e pós-doutorado.

Unidade em que atua: Registrar a unidade hospitalar na qual o participante trabalha.

Tempo de atuação como enfermeiro: Com menos de um ano, registrar em meses.

Acima de um ano, registrar o tempo em anos.

Tempo de trabalho na instituição: Com menos de um ano, registrar em meses. Acima de um ano, registrar o tempo em anos.

Tempo de trabalho na unidade: Com menos de um ano, registrar em meses. Acima de um ano, registrar o tempo em anos.

Tempo de trabalho com pacientes com Covid-19: Com menos de um ano, registrar em meses. Acima de um ano, registrar o tempo em anos.

Atividade que desenvolve no setor: registrar se a atuação é como enfermeiro assistencial ou gerencial.

Carga horária de trabalho no setor: registrar carga horária semanal que realiza no HU.

Possui outros vínculos: Registrar sim ou não.

Se possuir outros vínculos, qual a carga horária total: registrar a carga horária semanal somada de todos os vínculos.

## APÊNDICE C - ROTEIRO DA ENTREVISTA

Agora, por favor, responda as questões abaixo em relação ao paciente com Covid-19 internado neste hospital:

- 1) Fale-me sobre o cuidado prestado pelo enfermeiro ao paciente infectado pelo coronavírus, na admissão hospitalar.
- 2) E como a equipe multiprofissional participa do cuidado? Pode me falar qual o papel da equipe multiprofissional desde a admissão até a alta do paciente?
- 3) Conte-me quais são os preparativos para a alta hospitalar do paciente infectado pelo coronavírus pela equipe de enfermagem e pela equipe multidisciplinar.
- 4) Você poderia me contar o que ocorre com o paciente infectado pelo coronavírus após a alta hospitalar? Existe algum monitoramento?
- 5) Na alta hospitalar, quais são as orientações fornecidas ao paciente, família ou cuidadores? Quem é o responsável por essa comunicação com o paciente ou com a família? Existe algum treinamento para a família ou cuidadores?
- 6) Tem mais alguma coisa que eu não te perguntei que os enfermeiros ou a equipe multiprofissional fazem em relação a alta hospitalar que você lembra?

## APÊNDICE D- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Pesquisadora Responsável Projeto Multicêntrico: Alacoque Lorenzini Erdmann.

Pesquisador Mestrando: Alberto João M'batna

Pesquisador Orientador: Orientador: Dr. José Luís Guedes dos Santos

Pesquisadora Coorientadora: Dr<sup>a</sup>. Caroline Cechinel Peiter

Instituição: Universidade Federal de Santa Catarina. Endereço: Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Bloco I, 4º andar, sala 402, Campus universitário Reitor João David Ferreira Lima, Bairro Trindade, Florianópolis (SC), CEP 88.040-900.

Contato: (85) 988487729 E-mail: [albertojom@hotmail.com](mailto:albertojom@hotmail.com)

Eu, Alberto João M'batna, pesquisador responsável pela realização deste estudo, vim convidá-lo a integrar voluntariamente neste estudo, que tem como objetivo “Analisar a transição do cuidado de pacientes com Covid-19 a partir da alta hospitalar”.

Você irá participar da pesquisa por ligação telefônica, respondendo algumas perguntas relacionadas com o tema proposto neste estudo.

Espera-se que os dados obtidos através deste estudo possam contribuir na melhoria do cuidado de enfermagem, uma vez que serão identificadas dificuldades vivenciadas nos para operacionalizar assistência em saúde durante a pandemia de Covid-19. Além disso, acredita-se que o estudo poderá contribuir para o enfrentamento do avanço da pandemia novo coronavírus, bem como outras epidemias ou pandemias que possam surgir futuramente.

Será garantido a você que os desconfortos que possam ser gerados pelo estudo são mínimos, visto que os mecanismos adotados para coleta de dados não gerarão conflitos ou exposição social dos participantes. Porém, caso em algum momento venha apresentar cansaço físico ou mental para prosseguir no estudo, poderá interromper a qualquer momento pelo tempo necessário ou definitivamente a sua participação no estudo, será retirado do estudo, e isso não lhe causará nenhum tipo de prejuízo.

O estudo irá acontecer totalmente por via ligação telefônico, dessa maneira, não será feito contato fisicamente com os participantes, o que justifica não adoção de medidas de segurança para se prevenir da contaminação pelo SARS-CoV-2. Mesmo sendo por ligação telefônica, a qualquer momento da pesquisa você poderá esclarecer as suas dúvidas com o entrevistador ou demais responsáveis pelo estudo, assim como pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH).

Será assegurada a confidencialidade quanto às informações obtidas pela entrevista dos participantes desta pesquisa, os dados só poderão ser divulgados em eventos ou publicações científicas, os voluntários não serão identificados em nenhum momento do estudo ou no período do tratamento dos dados.

Os pesquisadores são responsáveis pelos gastos necessários para realização do estudo. Estes também são responsáveis pela indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa.

Esta pesquisa irá seguir as determinações da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre os cuidados da pesquisa com seres humanos. Caso necessário, você também poderá entrar em contato com o CEPESH da UFSC pelo telefone (48) 3721-6094, e-mail cep.propesq@contato.ufsc.br ou pelo endereço: Pró-Reitoria de Pesquisa, Prédio Reitoria II, Rua Des. Vitor Lima, sala 401. Universidade Federal de Santa Catarina, Campus universitário Reitor João David Ferreira Lima, Bairro Trindade, em Florianópolis (SC), CEP 88.040-400.

O CEPESH é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, mas independente na tomada de decisões, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Declaro estar ciente e de acordo com o conteúdo exposto para mim, consegui conversar com o pesquisador responsável para esclarecer todas as minhas dúvidas e estou informado do objetivo do estudo suficientemente. Fui esclarecido que a minha participação é voluntária e posso me retirar do estudo a qualquer momento que eu me sentir desconfortável de participar, isso não trará nenhuma penalidade a mim.

Estou ciente dos procedimentos aos quais serei submetido, bem como dos possíveis riscos deles provenientes, da garantia de confidencialidade, e de esclarecimentos sempre que eu desejar. Diante do exposto, expressei minha concordância em participar desta pesquisa. Concordo em participar da pesquisa:

- Sim
- Não

## **APÊNDICE E- DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Número de identificação: Número de identificação do participante indicado na planilha com a relação de pacientes.

Nome do paciente: preenchido pelo coletador a partir da planilha e confirmação verbal do respondente.

Data de Nascimento: Dia, mês e ano de nascimento do paciente para dupla checagem da identificação do participante.

Hospital: Hospital a partir do qual o paciente teve alta. Preenchido pelo coletador a partir da planilha.

Respondente: indica quem é o respondente da pesquisa, se o próprio participante (paciente) ou seu cuidador.

Vínculo com o paciente: Em caso da pesquisa ser respondida pelo cuidador, indica o vínculo deste com o participante.

## APÊNDICE F- VARIÁVEIS DE CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Idade: Idade do paciente em anos completos

Gênero: Gênero com o qual o paciente se identifica

Grau de instrução: Maior grau de instrução do respondente da pesquisa.

Grau de Instrução: Sem instrução e menos de 1 ano de estudo. Ensino fundamental (séries Iniciais). Ensino fundamental (séries finais). Ensino médio. Ensino superior.

Raça: Raça autodeclarada pelo paciente.

Município de residência: Município de residência do paciente.

Renda familiar: Soma de todos os rendimentos da família.

Número de pessoas residentes no domicílio: Soma de pessoas que residem no mesmo domicílio do paciente.

Tempo total de internação: Total de dias entre a admissão hospitalar até a alta para o domicílio.

Tempo de internação em UTI: Total de dias entre a admissão na Unidade de Terapia Intensiva até a alta para a unidade de internação.

Uso de ventilação mecânica invasiva: Uso de ventilação mecânica invasiva (mediante intubação).

Histórico de tabagismo: Não fumantes são indivíduos que nunca fumaram, ou fumaram menos de 100 cigarros ao longo da vida; Fumantes são aqueles que fumaram mais de 100 cigarros ao longo da vida e fumam atualmente; Ex fumantes são aqueles que fumaram mais de 100 cigarros ao longo da vida e pararam de fumar.

Sintomas apresentados: febre; fadiga; falta de ar; tosse; perda de olfato e paladar; dor de cabeça; dor no corpo (músculos e articulações); náuseas e vômito; diarreia.

Comorbidades: Doença respiratória crônica; Hipertensão Arterial Sistêmica; Diabetes Mellitus; Doença Cardiovascular; Doenças Renais; Obesidade; Câncer.

## ANEXO A – CTM-15 BRASIL

Nome do paciente: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Quem participou da entrevista? (  ) Paciente (  ) Cuidador

As primeiras afirmações são sobre o período que você estava no hospital...

1. Antes de sair do hospital, eu e a equipe de saúde concordamos sobre objetivos para minha saúde e como eles seriam alcançados.

Discordo  
Muito

Discordo

Concordo

Concordo  
MuitoNão sei/não me  
lembro/não se  
aplica

2. 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.

Discordo  
Muito

Discordo

Concordo

Concordo  
MuitoNão sei/não me  
lembro/não se  
aplica

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 eu saísse do hospital.

Discordo  
Muito

Discordo

Concordo

Concordo  
MuitoNão sei/não me  
lembro/não se  
aplica

As próximas afirmações são sobre quando você estava se preparando para sair do hospital...

4. Quando eu saí do hospital, eu tive todas as informações que precisava para que eu pudesse cuidar de mim mesmo.

Discordo  
Muito

Discordo

Concordo

Concordo  
MuitoNão sei/não me  
lembro/não se  
aplica

5. Quando eu saí do hospital, eu entendi claramente como cuidar da minha saúde.

Discordo  
Muito

Discordo

Concordo

Concordo  
MuitoNão sei/não me  
lembro/não se  
aplica

6. 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.

Discordo  
Muito

Discordo

Concordo

Concordo  
MuitoNão sei/não me  
lembro/não se

7. 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.

<b>Discordo Muito</b>	<b>Discordo</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo Muito</b>	<b>Não sei/não me lembro/não se aplica</b>
---------------------------	-----------------	-----------------	---------------------------	--

8. Quando eu saí do hospital, eu compreendi bem minha condição de saúde e o que poderia melhorá-la ou piorá-la.

<b>Discordo Muito</b>	<b>Discordo</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo Muito</b>	<b>Não sei/não me lembro/não se aplica</b>
---------------------------	-----------------	-----------------	---------------------------	--

9. Quando eu saí do hospital, eu compreendi bem o que era de minha responsabilidade para cuidar da minha saúde.

<b>Discordo Muito</b>	<b>Discordo</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo Muito</b>	<b>Não sei/não me lembro/não se aplica</b>
---------------------------	-----------------	-----------------	---------------------------	--

10. Quando eu saí do hospital, eu me senti seguro de que eu sabia o que fazer para cuidar da minha saúde.

<b>Discordo Muito</b>	<b>Discordo</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo Muito</b>	<b>Não sei/não me lembro/não se aplica</b>
---------------------------	-----------------	-----------------	---------------------------	--

11. Quando eu saí do hospital, eu me senti seguro de que conseguiria fazer as coisas necessárias para cuidar da minha saúde.

<b>Discordo Muito</b>	<b>Discordo</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo Muito</b>	<b>Não sei/não me lembro/não se aplica</b>
---------------------------	-----------------	-----------------	---------------------------	--

A próxima afirmação é sobre suas consultas de acompanhamento médico...
--

12. 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.

<b>Discordo Muito</b>	<b>Discordo</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo Muito</b>	<b>Não sei/não me lembro/não se aplica</b>
---------------------------	-----------------	-----------------	---------------------------	--

As próximas afirmações são sobre seus medicamentos...
---

13. Quando eu saí do hospital, eu entendi claramente o motivo de tomar cada um dos meus medicamentos.

<b>Discordo Muito</b>	<b>Discordo</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo Muito</b>	<b>Não sei/não me lembro/não se aplica</b>
---------------------------	-----------------	-----------------	---------------------------	--

14. Quando eu saí do hospital, eu entendi claramente como tomar cada um dos meus medicamentos, inclusive a quantidade e os horários.

**Discordo  
Muito**

**Discordo**

**Concordo**

**Concordo  
Muito**

**Não sei/não me  
lembro/não se  
aplica**

15. Quando saí do hospital, eu entendi claramente os possíveis efeitos colaterais de cada um dos meus medicamentos.

**Discordo  
Muito**

**Discordo**

**Concordo**

**Concordo  
Muito**

**Não sei/não me  
lembro/não se  
aplica**