



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

Márcia Liane Klauck Santos

**Transição do Cuidado de Pacientes Internados pela Covid-19: do Hospital para o
Domicílio**

Florianópolis

2024

Márcia Liane Klauck Santos

Transição do Cuidado de Pacientes Internados pela Covid-19: do Hospital para o Domicílio

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Elisiane Lorenzini, Dra.

Florianópolis

2024

Ficha catalográfica gerada por meio de sistema automatizado gerenciado pela BU/UFSC. Dados inseridos pelo próprio autor.

Santos, Márcia Liane Klauck

Transição do Cuidado de Pacientes Internados pela Covid 19: do Hospital para o Domicílio / Márcia Liane Klauck Santos; orientadora, Elisiane Lorenzini, 2024. 121 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2024.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Transição do Cuidado. 4. Pandemia Covid-19. I. Lorenzini, Elisiane. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

Márcia Liane Klauck Santos

Transição do Cuidado de Pacientes Internados pela Covid-19: do Hospital para o Domicílio

O presente trabalho em nível de Mestrado foi avaliado e aprovado, em 23 de agosto de 2024, pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

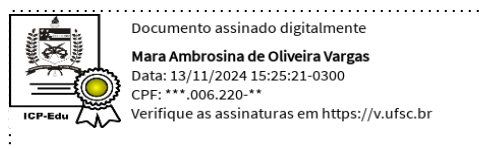
Prof.(a) Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni, Dr.(a)
Instituição Universidade Federal de Santa Catarina.

Prof.(a) Camila Xavier Dalcól, Dr.(a)
Instituição Universidade Federal de Santa Catarina.

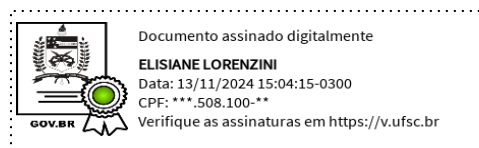
Greici Capellari Fabrizzio, Dr.(a)
Instituição Universidade Federal de Santa Catarina.

Catiele Raquel Schmidt, Ddo(a)
Instituição Universidade Federal de Santa Catarina.

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.(a) Elisiane Lorenzini, Dr.(a)
Orientador(a)

Florianópolis, 2024.

Dedico este trabalho a todas as mulheres trabalhadoras e estudantes, mães, amigas; e à minha família, que me apoiou em todos os momentos desta trajetória.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha família em primeiro lugar. Cada um, do seu jeito, me ajudou a superar as dificuldades. A meu marido, que foi meu suporte e porto seguro, aconselhando-me, ouvindo-me, encorajando-me a continuar, e auxiliando nos cuidados das crianças e afazeres diários. Às minhas filhas, que aceitaram passar muitos momentos sem minha presença, mesmo assim me dando alegrias, o que me oferecia forças para continuar caminhando. A minha psicóloga, que me acolhia todas as semanas no “confessionário” da terapia; ajudou-me a entender minhas limitações e a transformá-las, a perceber minhas sombras e enfrentá-las, além de ressignificar os traumas. A minha orientadora, que é um exemplo de mulher forte; acolheu-me, ajudou a fortalecer-me no caminho da construção do conhecimento. Às minhas colegas de orientação, pelas ajudas e pela disponibilidade ao longo do tempo. Sou muito grata!

RESUMO

Objetivo: Sintetizar as evidências científicas sobre as estratégias de Transição do Cuidado empregadas em pacientes afetados pela Covid-19, além de Avaliar a Transição do Cuidado sob a ótica dos pacientes que tiveram alta hospitalar pela Covid-19 e verificar possível associação às suas características clínicas e sociodemográficas. **Método:** Revisão Integrativa sobre Transição do Cuidados em pacientes após alta hospitalar pela Covid-19. Estudo Transversal aninhado num macroprojeto. Foi realizado com 176 pacientes afetados pela Covid-19 e que tiveram alta hospitalar de um hospital público do Sul do Brasil entre 01/11/2020 e 05/05/2021. O questionário *Care Transitions Measure* (CTM-15) foi aplicado por meio de ligação telefônica para avaliar a Transição do Cuidado em até 30 dias após a alta. As variáveis sociodemográficas e clínicas dos usuários foram coletadas com uso de instrumento com 33 perguntas. As médias dos fatores foram comparadas com variáveis sociodemográficas e clínicas por meio de testes estatísticos. **Resultados:** Na Revisão Integrativa foram identificadas quatro categorias temáticas: Transição do Cuidado virtual (monitoramento remoto/ teleconsulta/ televisitas/ telereabilitação/cuidado no domicílio); Trajetórias e experiências vividas pelos pacientes afetados pela Covid-19 e pelos profissionais, nos ambientes de cuidado à saúde; Características na desospitalização de pacientes Covid-19, sintomas persistentes e necessidades de cuidado pós-alta identificadas e; Avaliação da Transição do Cuidado em pacientes Covid-19 por meio do *Care Transition Measure* 15. No estudo Transversal, a média geral da qualidade da Transição do Cuidado foi avaliada satisfatória com um escore de 70,53 ($\pm 15,21$). Entre os quatro Fatores da Transição do Cuidado individualmente, a melhor média foi em Preparação para Autogerenciamento com média de 72,58($\pm 15,66$) e a média mais baixa em Entendimento das Medicações com média de 66,10 ($\pm 21,01$). Variáveis que tiveram influência positiva na avaliação da Transição do Cuidado foram ter idade menor que 70 anos ($p=0,017$), renda familiar maior que 7 salários-mínimos ($p=0,029$), ter influenza ($p=0,011$), não fazer uso de tabaco ($p<0,001$) e ser sedentário ($p=0,025$). Ter Doença Renal Crônica teve influência positiva somente no Fator 1 ($p=0,041$). Variáveis de influência negativa foram ter diabetes melitus ($p= 0,027$) e, ter Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica influenciou negativamente apenas o fator Plano de Cuidados $p=0,024$). **Conclusão:** Na Revisão Integrativa constatou-se que durante a pandemia intensificou-se o uso de ferramentas da tecnologia da informação na Transição do Cuidado e em conjunto com outros setores da saúde, favoreceu o acesso e à continuidade do cuidado. As equipes de saúde foram desafiadas a encontrar novas formas de trabalhar em rede, comunicar-se de forma mais eficaz e construir novos fluxos de atendimento. No estudo Transversal foi possível avaliar a Transição do Cuidado do hospital para casa e foi considerada satisfatória pela maioria dos pacientes. A influência positiva da idade abaixo de 70 anos e renda maior na avaliação traz à tona a relevância das condições socioculturais na Transição do Cuidado e na pandemia pela Covid-19. Em contrapartida, a escolaridade não afetou a avaliação e isso nos faz pensar que, outras variáveis como literacia em saúde, possam ser consideradas em estudos futuros.

Palavras-chave: Transição do Cuidado; Cuidado transicional; pandemia; Covid-19.

ABSTRACT

Objective: To synthesize the scientific evidence on Care Transition strategies employed in patients affected by Covid-19, in addition to Evaluating Care Transition from the perspective of patients discharged from hospital due to Covid-19 and verifying a possible association with their clinical and sociodemographic characteristics. **Method:** Integrative Review on Care Transition after hospital discharge due to Covid-19. Cross-sectional study nested inside a macro project. It was conducted with 176 patients affected by Covid-19 and who were discharged from a public hospital in Southern Brazil between 11/01/2020 and 05/05/2021. The Care Transitions Measure (CTM-15) answers were obtained by telephone call to assess Care Transition within 30 days after discharge. The patients' sociodemographic and clinical variables were collected using an instrument with 33 questions. Transition Care mean values were compared with sociodemographic and clinical variables using statistical tests. **Results:** The Integrative Review amounted to four thematic categories: Virtual Care Transition (remote monitoring/ teleconsultation/ virtual home visits/ telerehabilitation/ home care); Health care pathways and experiences witnessed by professionals and patients affected by Covid-19; Discharge characteristics of Covid-19 patients, persistent symptoms and post-discharge care needs identified and; Care Transition Assessment after patient's discharge by Covid-19 using Care Transition Measure 15. As far as Cross-sectional study is, the overall Care Transition average was assessed as satisfactory with a score of 70.53 (± 15.21). Among the 4 Care Transition Factors individually, the highest score was set in Preparation for Self-Management (Factor 1) with 72.58(± 15.66), whereas the lowest was set in Understanding Medications (Factor 2) with 66.10 (± 21.01). The variables with positive influence on the Care Transition assessment were age under 70 years old ($p=0.017$), family income greater than 7 minimum wages ($p=0.029$), having influenza ($p=0.011$), not using tobacco ($p < 0.001$) and being sedentary ($p=0.025$). Having Chronic Kidney Disease had a positive influence only on Factor 1 ($p=0.041$). Variables with negative influence were having diabetes mellitus ($p= 0.027$), while having chronic obstructive pulmonary disease negatively influenced only Factor 4 - Care Plan $p=0.024$). **Conclusion:** Considering the Integrative Review, it was found that the use of information technology tools in the Care Transition for Covid-19 patients was intensified during the pandemic. Together with other health sectors, Care Transition favored access and continuity of care. Healthcare teams were challenged to find new ways to work, communicate more effectively and build new patient care flows to improve patient experiences across the healthcare continuum. In Cross-sectional study it was possible to assess Care Transition from hospital to home and it was considered satisfactory by most patients. The positive influence of age and higher income on Care Transition assessment highlights the relevance of sociocultural variables. On the other hand, education levels did not affect Care Transition assessment, and it lead us to consider that other variables, such as health literacy, for instance, could be considered in future studies.

Keywords: Care Transition; transitional care; pandemic; Covid-19.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção primária de saúde
CTM-15	<i>Care Transitions Measure 15</i>
DCNT	Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
DM	Diabetes <i>mellitus</i>
DPOC	Doença pulmonar obstrutiva crônica
IRC	Doença renal crônica
ITCs	Intervenções de Transição do Cuidado
OMS	Organização Mundial da Saúde
RAS	Rede de serviços de atenção à saúde
S.M.	Salários-mínimos
SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Transição do Cuidado
UTI	Unidade de terapia intensiva
VD	Visita domiciliar

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	11
1.1	OBJETIVO GERAL.....	14
1.1.1	Objetivos Específicos	14
2.	REVISÃO NARRATIVA DE LITERATURA	15
2.1	PANDEMIA DA COVID-19 E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	15
2.2	TRANSIÇÃO DO CUIDADO	24
3.	METODOLOGIA	39
3.1	METODOLOGIA DO PRIMEIRO ESTUDO	39
3.1.1	Tipo de estudo	39
3.1.2	Delimitação da amostra	40
3.1.3	Critérios de seleção	42
3.1.4	Variáveis e análise de dados	43
3.2	METODOLOGIA DO SEGUNDO ESTUDO	43
3.2.1	Delineamento do estudo	43
3.2.2	Cenário do estudo	44
3.2.3	População e critério de inclusão e exclusão	44
3.2.4	Coleta de dados.....	44
3.2.5	Variáveis	45
3.2.6	Análise de dados	46
3.3	ASPECTOS ÉTICOS.....	47
4.	RESULTADOS E DISCUSSÕES	49
4.1	MANUSCRITO UM	49
4.1.1	Transição do Cuidado em Pacientes após alta hospitalar pela Covid-19: Revisão Integrativa.....	49
4.1.2	Resumo	49
4.1.3	Introdução.....	50
4.1.4	Método	51
4.1.5	Resultados	53
4.1.6	Discussão dos Resultados	66
4.1.7	Conclusão	70
4.1.8	Referências	71
4.2	MANUSCRITO DOIS.....	75

4.2.1	Transição do Cuidado de Pacientes pós-Covid-19: do Hospital para o Domicílio	75
4.2.2	Resumo	75
4.2.3	Introdução.....	76
4.2.4	Método	77
4.2.5	Resultados	79
4.2.6	Discussão dos Resultados	86
4.2.7	Considerações Finais.....	90
4.2.8	Referências	90
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	94
	REFERÊNCIAS.....	96
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA – TCLE PARA PACIENTES/FAMILIARES	104
	APÊNDICE B: VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS/QUESTIONÁRIO DE CONDIÇÕES DE SAÚDE.....	109
	ANEXO A – INSTRUMENTO DE MEDIDA DA TRANSIÇÃO DO CUIDADO (CTM-15 BRASIL).....	111
	ANEXO B - AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA HOSPITAL TEREZA RAMOS.....	114
	ANEXO C – TERMO DE APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	115

1. INTRODUÇÃO

No ano de 2019 a humanidade foi surpreendida por uma doença contagiosa, a Covid-19, que se espalhou rapidamente para todos os continentes, causando muito pânico e milhões de mortes. A Organização Mundial da Saúde (OMS) foi alertada no final de 2019 sobre vários casos de pneumonia na cidade de Wuhan, província de Hubei, na República Popular da China, onde identificaram uma nova cepa de coronavírus capaz de infectar os seres humanos (Zhu *et al.*, 2020).

Na primeira semana de janeiro de 2020, o governo chinês confirmou que havia identificado um novo tipo de coronavírus, que foi posteriormente denominado SARS-CoV-2, responsável por causar a doença. Em 11 de março de 2020, a Covid-19 foi caracterizada pela OMS como uma pandemia. No Brasil, o primeiro caso confirmado aconteceu em 26 de fevereiro de 2020 (Brasil, 2022). O fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional referente à Covid-19 foi declarado no dia 05 de maio de 2023 pela OMS, o que significa que a doença causada pelo coronavírus passa a ser tratada juntamente com outras enfermidades infecciosas (OPAS/OMS, 2023).

A pandemia do coronavírus teve efeito devastador sobre a humanidade, resultando na mais significativa crise de saúde mundial desde a pandemia da gripe em 1918. Diversas variantes foram identificadas. Estas surgem das mutações adaptativas do genoma, que podem alterar o potencial patogênico do vírus (Aleem; Samad; Vaqar, 2023). Quanto mais o vírus da Covid-19 circular através da movimentação das pessoas, mais possibilidades ele terá de sofrer mutações. Portanto, o mais importante a fazer é reduzir o risco de exposição ao vírus e se vacinar contra a Covid-19. No entanto, continua importante a adoção de medidas de prevenção, como evitar aglomerações de pessoas e reduzir ao máximo o contato próximo, especialmente em lugares fechados; ventilar bem os ambientes, higienizar as mãos, isolar os sintomáticos (OMS, 2022).

Apesar da pandemia estar controlada, a ocorrência da Covid Longa ou Síndrome pós-Covid é preocupante em todo o mundo. Afeta milhões de pessoas, é uma condição multissistêmica que ocorre após infecção aguda da Covid-19, com persistência e sintomas por três meses após a fase aguda, sem outra explicação diagnóstica. Mais de duzentos sintomas foram documentados e afetam diferentes órgãos e sistemas do corpo e que podem levar a danos na capacidade laboral e afetar a qualidade de vida destas pessoas (OMS, 2022).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi fundamental no enfrentamento da pandemia, representando para muitos cidadãos o único recurso disponível em saúde. Antes da pandemia, o SUS já apresentava dificuldades de atender a população em todos os níveis de complexidade, por excesso de demanda e carência de recursos. A Covid-19 trouxe ainda mais sobrecarga com o grande volume de infectados simultaneamente. Era esperado um rápido aumento na demanda por serviços de saúde, especialmente por leitos hospitalares em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) para os casos graves que necessitavam de ventilação mecânica (Noronha *et al.*, 2020; Avelar *et al.*, 2021). A carência de leitos de UTI já era, antes da pandemia, um problema em todo o país nos serviços públicos, e a sua distribuição geográfica apresentava-se irregular (Medeiros, 2018).

O SUS é formado por uma rede de serviços de atenção à saúde (RAS) com diversos graus de complexidade, e a Atenção Primária de Saúde (APS) é a principal porta de entrada, respondendo pelo atendimento resolutivo da maioria das queixas. A APS tem como papel a coordenação do cuidado e é ordenadora da RAS, superando, dessa forma, a fragmentação sistêmica, atuando como ponto de comunicação entre os demais pontos da RAS, com fluxos e referências bem estabelecidas (Brasil, 2017).

Embora seja esperado da APS este papel de coordenar e ordenar o cuidado, não há no país profissionais que se dedicam especificamente a esta tarefa (Ghenó; Weis, 2021). Algumas das estratégias que visam à continuidade do cuidado identificadas nos serviços de saúde são realizadas pela equipe multiprofissional e o enfermeiro tem o papel central nesta função, dentre as quais: planejamento de alta hospitalar, planejamento antecipado do cuidado, promoção da autonomia no gerenciamento do cuidado, uso seguro de medicações, comunicação completa de informações e acompanhamento ambulatorial do paciente (Lima *et al.*, 2018).

No entanto, esta ação deve ser ampliada com enfermeiros atuando exclusivamente na função da Transição do Cuidado (TC) (Ghenó; Weis, 2021) e, para além de reconhecer a importância da continuidade do cuidado pós-alta, é necessário que a enfermagem contribua para fortalecer a articulação entre hospital e APS no momento da alta hospitalar, pois este ponto continua um elemento frágil na cadeia de cuidados (Costa; Perez; Ciosak, 2021).

A TC é uma estratégia que vem sendo estudada e aplicada em alguns países como alternativa de superar a fragmentação dos serviços de saúde. É definida como um conjunto de práticas planejadas que coordenam o cuidado prestado ao paciente

ao longo da rede de serviços em saúde. Tem por finalidade garantir a continuidade do cuidado e a segurança do paciente quando há necessidade de transferência entre equipes em um mesmo serviço, entre hospitais ou entre diferentes níveis de atenção à saúde, como, por exemplo, na alta hospitalar, em que o paciente é transferido para a APS ou atenção domiciliar. Contribui para melhores desfechos no processo saúde/doença (Coleman; Boulton, 2003; Bernardino *et al.*, 2021).

A alta hospitalar é um dos momentos mais críticos para a segurança do paciente e está interligada à transição do cuidado, embora não seja o único momento no qual a TC ocorre. A implementação apropriada desta estratégia deve levar em conta as condições do paciente e da família, toda a equipe de saúde, o ambiente, as instalações e condições socioeconômicas (Shahsavari; Zarei; Mamaghani, 2019). Entre os benefícios da TC, apontados em revisão de literatura, destacam-se a redução das reinternações e das visitas à emergência, diminuição da mortalidade, redução dos custos hospitalares, diminuição dos eventos adversos, melhora da qualidade de vida e a satisfação dos pacientes (Ghenou; Weis, 2021).

Dessa forma, a fragmentação dos serviços de saúde, a possibilidade de falha na comunicação entre serviços e a informação deficiente aos pacientes e à família concorrem para transição ineficiente e insegura, podendo resultar em danos ao paciente. Portanto, considerando o contexto pandêmico, as dificuldades de acesso ao tratamento, o isolamento e o afastamento dos familiares do ambiente hospitalar, constituiu-se no problema de estudo nesta pesquisa, a Transição do Cuidado dos pacientes após internação pela Covid-19. No contexto de saúde brasileiro, ainda falta a formalização do processo de Transição do Cuidado, como também não há políticas públicas a respeito, o que dificulta o compartilhamento das informações e das responsabilidades do cuidado (Weber; Lima; Acosta, 2019). Apesar de o enfermeiro ter um papel central na transição do cuidado, no Brasil este aspecto do cuidado tem pouca atenção e a produção científica sobre o tema ainda é escassa (Lima *et al.*, 2018).

Estudos que avaliam a qualidade da transição do cuidado servem de base para outros estudos e para diagnóstico da situação, o que justifica a execução deste estudo que, por conseguinte, pode contribuir no aprimoramento do processo de transição do cuidado do hospital para a comunidade no país. Novos estudos sobre o tema que reflitam e discutam sobre a qualidade da TC são relevantes, tendo em vista o seu potencial de repercussão positiva sobre a saúde do indivíduo e a otimização dos

serviços. Torna-se oportuno, então, responder às seguintes perguntas: Quais são as evidências disponíveis na literatura sobre estratégias de Transição do Cuidado em pacientes afetados pela Covid-19 após a alta hospitalar? Quais possíveis dificuldades e potencialidades da sua implementação? Como ocorreu a transição do cuidado do hospital para o domicílio, sob a ótica dos pacientes hospitalizados pela Covid-19, e qual a sua relação com as características clínicas e sociodemográficas?

1.1 OBJETIVO GERAL

Sintetizar as evidências científicas sobre as estratégias de Transição do Cuidado empregadas no cuidado a pacientes acometidos pela Covid-19 e avaliar a qualidade da Transição do Cuidado sob a ótica dos pacientes que tiveram alta hospitalar por Covid-19.

1.1.1 Objetivos Específicos

1. Sintetizar e analisar as evidências científicas disponíveis na literatura sobre Transição do Cuidado em pacientes afetados pela Covid-19 após a alta hospitalar e identificar possíveis dificuldades na implementação;
2. Avaliar a qualidade da Transição do Cuidado de pacientes com Covid-19 pós-alta hospitalar, por meio da aplicação de questionário *Care Transition Measure -CTM – 15*;
3. Analisar possíveis associações entre as características clínicas e sociodemográficas dos pacientes internados pela Covid-19 do hospital para o domicílio, com a qualidade da Transição do Cuidado.

2. REVISÃO NARRATIVA DE LITERATURA

Este capítulo trata da fundamentação teórica desta pesquisa, em que são exploradas as evidências científicas disponíveis na literatura em relação a dois tópicos: Covid-19 no contexto do sistema de saúde do Brasil e a Transição do Cuidado. Os tópicos foram escolhidos pela pesquisadora por julgar que representam bem o contexto do tema desta pesquisa. A revisão narrativa foca em mapear o conhecimento produzido em determinada área sem utilizar protocolo pré-determinado de buscas e de extração de informações e, portanto, está sujeita a vieses (Casarin *et al.*, 2020).

Foram pesquisadas publicações em português e inglês e usadas como palavras-chave e descritores os seguintes termos: cuidado transicional, cuidado de transição, transição para casa, tratamento transicional, tratamento de transição, *Transitional care(s)*, *home transition*, *transition care(s)*, continuidade do cuidado, infecções por coronavírus, vírus da SARS, *coronavirus infections*, coronavírus, SARS vírus, SARS-Cov, Covid-19, SARS-CoV-2, Covid-2019, Sistema Único de Saúde, atenção básica de saúde, redes de atenção em saúde. As bases de dados utilizadas foram: PubMed/MEDLINE, Scielo, BDENF/BVS, Scopus e Embase Elsevier e LILACS.

2.1 PANDEMIA DA COVID-19 E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A pandemia teve seu início oficialmente reconhecido com um surto de pneumonias graves em Wuhan, na China, no final de 2019. A partir dessa série de casos, que ocorreram em um curto período, foi identificado um coronavírus capaz de infectar os humanos e que era diferente de todos os já identificados anteriormente. Posteriormente, ele foi denominado SARS-CoV-2 (Zhu *et al.*, 2020). O caso índice real não necessariamente ocorreu nesse local, sendo incerta a sua ocorrência (Frutos *et al.*, 2022). Em cerca de um mês, o número de casos novos da doença passou para 9000. Em 19 de janeiro de 2020, a OMS foi alertada sobre a possibilidade de contágio humano-a-humano (Zhu *et al.*, 2020).

Foram adotadas medidas para conter a propagação do vírus, como: descontaminação em massa, fechamento do mercado público de frutos do mar de Wuhan (onde os primeiros casos estavam relacionados), proibição de comercializar animais silvestres e aves, rastreamento dos contatos, triagem na saída dos

aeroportos, quarentena de Wuhan e cidades subjacentes, fechamento de escolas, proibição de aglomerações de pessoas, proibição de voos internacionais por alguns países, entre outros (Zhu *et al.*, 2020).

Apesar de todos esses esforços, o vírus foi espalhado e os casos aumentaram no epicentro do surto, assim como nos outros países onde havia casos importados, e que começou a se registrarem focos de transmissão autóctones. Em 30 de janeiro de 2020, a OMS anunciou um alerta de Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional, conclamando todas as nações a intensificarem os esforços para conter o surto do SARS-CoV-2. Em 11 de março de 2020, foi caracterizada como uma pandemia, considerando que o vírus estava presente em todos os continentes (OPAS, 2020).

O *Coronaviridae* compreende uma grande família de vírus que está amplamente distribuída na natureza; são conhecidos por causar doenças respiratórias leves e têm a capacidade de infectar praticamente todos os principais grupos de animais, sendo que alguns são apenas hospedeiros e podem passar a contaminar humanos. Até as últimas décadas, raramente causavam doenças mais graves em humanos. Ao todo, sete coronavírus humanos (HCoV) já foram identificados: HCoV-229E, HCoV-OC43, HCoV-NL63, HCoV-HKU1, SARS-COV (que causa síndrome respiratória aguda grave), MERS-COV (que causou síndrome respiratória do Oriente Médio) e mais recentemente, o novo coronavírus SARS-CoV-2, causador da Covid-19 (Zhu *et al.*, 2020).

Os sintomas mais comuns causados pela Covid-19 são: febre, cansaço e tosse seca, perda de paladar ou olfato, congestão nasal, conjuntivite, dor de garganta, dor de cabeça, dores nos músculos ou articulações, diferentes tipos de erupção cutânea, náusea ou vômito, diarreia, calafrios ou tonturas. Também pode se apresentar na forma grave, cursando com falta de ar, confusão, dor persistente ou pressão no peito e temperatura alta. Outros sintomas mais raros são: irritabilidade, consciência reduzida, ansiedade, depressão, distúrbios do sono, complicações neurológicas mais graves e raras, como acidentes vasculares cerebrais, inflamação do cérebro, delírio e danos aos nervos (OPAS/OMS, 2022).

O SARS-CoV-2 é o terceiro coronavírus a transpor a barreira entre espécies nas duas últimas décadas e é classificado como zoonose. Porém, essa classificação está sendo questionada pelo fato de não ter sido identificado um vírus idêntico em animais. Embora se discuta que o SARS-CoV-2 tenha se adaptado de animais

silvestres (como morcegos) para humanos, sua origem exata ainda é incerta (Domingo, 2021; Frutos *et al.*, 2022), e todas as possibilidades devem ser consideradas e investigadas, segundo a OMS.

As discussões são controversas e ocorrem entre duas hipóteses principais: evolução natural através do modelo *spillover* ou vazamento de laboratório. No entanto, Charles Darwin já demonstrou, em 1859, que todas as espécies aparecem através de um processo de evolução, adaptação e seleção. Não há origem determinada para nenhum animal ou planta, simplesmente um processo de evolução e seleção em que o ambiente e a chance desempenham um papel central (Frutos *et al.*, 2022). Ele é válido para os vírus, não tem origem determinada. No entanto, no caso dos vírus o processo é mais complexo, porque o ambiente é um ser vivo, e no caso SARS-Cov-2 é o ser humano/sociedade.

Os vírus pandêmicos já circulam entre os humanos antes da emergência da doença; no entanto, ainda não são capazes de desencadear uma pandemia. Para isso, eles precisam evoluir no hospedeiro, neste caso o Homem. O vírus da Covid-19 possivelmente evoluiu para um vírus pandêmico no próprio ser humano/sociedade e este processo ainda está em andamento com o surgimento regular de novas variantes, que são ainda mais adaptadas que as anteriores (Frutos *et al.*, 2022; Aleem; Samad; Vaqar, 2023).

Em relação à transmissão da Covid-19, dá-se principalmente de pessoa a pessoa por meio das gotículas respiratórias, e as mucosas são a porta de entrada. Ocorre, principalmente, por contatos próximos (dentro de dois metros) quando as pessoas doentes falam, tosse, espirram (Meyerowitz *et al.*, 2021). O contato indireto também é capaz de transmitir a doença. Se a pessoa, por exemplo, tocar as mucosas com as mãos contaminadas com o vírus presente no ambiente, ela pode adquirir a Covid-19. O SARS-coV-2 é capaz de sobreviver em superfícies inanimadas por um tempo ainda não identificado (Kampf *et al.*, 2020). Também se considera a hipótese da transmissão por via aérea em distâncias mais longas, por partículas que permanecem no ar, mas a contribuição dessa forma de contágio no desenrolar da pandemia ainda é desconhecida (Morawska; Milton, 2020).

O risco de contágio depende do tipo e do tempo de exposição, do uso de medidas preventivas e da quantidade de vírus presente nas secreções. Dados epidemiológicos sugerem que poucos casos índices são responsáveis pela maioria dos infectados que seguem na cadeia de transmissão. Contatos prolongados e em

ambientes fechados aumentam muito o risco de contágio, porém o contato com infectados em ambiente aberto também pode transmitir o vírus (Adam *et al.*, 2020; Sun *et al.*, 2021).

O tempo de incubação varia de 5 a 14 dias, e o pico de transmissibilidade ocorre em torno de 48 horas antes de apresentar sintomas e nas 24 horas seguintes. Nesse período, a replicação do vírus é mais intensa, depois declina até o sétimo dia, sendo raro o contágio após o décimo dia – exceto no caso de pessoas com imunossupressão. Esses dados são do primeiro ano de pandemia (He *et al.*, 2020).

Entretanto, estudos feitos com a variante Omicron sugerem que o pico de transmissibilidade é um pouco mais tardio, em torno de terceiro ao quinto dia após o início dos sintomas, sendo rara a transmissão após o décimo dia (Bouton *et al.*, 2022). Indivíduos assintomáticos também podem transmitir a doença e considera-se importante a sua contribuição na pandemia, porque eles não tendem a se isolar (Johansson *et al.*, 2021; Sun *et al.*, 2021).

O risco de reinfecção pela Covid-19 se modificou com o surgimento da variante Omicron e suas sublinhagens. Antes desta ocorrência, indivíduos que já tiveram a doença tinham pequenas chances de serem reinfectados nos seis a nove meses seguintes, em torno de 80 a 85% de chance de não reinfectar (Hall *et al.*, 2021). Depois da Omicron, indivíduos previamente infectados por SARS-CoV-2 passaram a ser mais vulneráveis e ter maior risco de readquirir Covid-19, isso por causa da habilidade do vírus de evadir-se dos mecanismos do sistema imunológico (Altarawneh *et al.*, 2022).

O desenvolvimento das vacinas para prevenir a Covid-19, em tempo recorde, representou esperança para a humanidade no enfrentamento desta doença que causou tanto impacto negativo na sociedade. Estudos recentes demonstraram que aplicar as doses de reforço da vacina são importantes para a eficácia contra as novas variantes. No entanto, tem se observado que, mesmo com esquema vacinal completo, as pessoas podem ser infectadas (Chenchula *et al.*, 2022).

O Brasil começou a vacinação contra a Covid-19 no dia 17 de janeiro de 2021, o que representou um passo importante dado em direção ao controle da pandemia. A vacinação dos grupos vulneráveis continua sendo a melhor medida de controle da pandemia (OMS, 2023), tendo em vista que a vacinação demonstrou eficácia contra as formas graves de manifestação e redução de óbitos (Lai *et al.*, 2022). Até julho de

2023, nenhum dos estados brasileiros havia alcançado a meta de cobertura vacinal fixada em 90% para as doses de reforço 1 e 2 (Brasil, 2023).

Após seis meses da vacinação já ocorre uma diminuição da efetividade da vacina em 20 a 30 por cento (Feikin *et al.*, 2022). A redução do efeito da vacinação ao longo do tempo pode ser por causa do declínio da imunidade conferida pela vacina, como pelo surgimento de novas variantes que escapam aos anticorpos, ou de ambos (Lai *et al.*, 2022; Lin *et al.*, 2022). Recomenda-se que pelo menos indivíduos imunocomprometidos, com comorbidades ou outras vulnerabilidades, recebam doses de reforço para diminuir casos severos e mitigar o impacto da Covid-19 nos sistemas de saúde e na economia (Chenchula *et al.*, 2022; Jesus *et al.*, 2022).

No Brasil, a vacina Bivalente foi introduzida em fevereiro de 2023 para os grupos prioritários e gradualmente para as demais pessoas (Brasil, 2023). Apesar da eficácia e segurança das vacinas já estar comprovada, a hesitação da população em se vacinar é preocupante. Já era previsto pelos cientistas que as vacinas não conseguiram livrar a humanidade da Covid-19 e, possivelmente, seremos desafiados por novas variantes no futuro (Lai *et al.*, 2022).

Em estudo conduzido no Brasil por Jesus *et al.* (2022) para identificar o perfil dos pacientes internados por Covid-19 após vacinados, foi verificado que a vacinação emergencial não induziu manifestações mais acentuadas da Covid-19 nos indivíduos participantes. No mesmo estudo, a maioria dos pacientes Covid-19 internados tinha como características comuns serem idosos, homens e portadores de comorbidades como problemas cardíacos, diabetes, doença renal, reumatismos e pneumopatias.

O fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional referente à Covid-19 ocorrida em maio de 2023 foi fundamentada na evolução da doença na sociedade, com tendência de queda no número de mortes decorrentes da Covid-19, declínio nas hospitalizações e internações em UTIs e o expressivo número de pessoas imunizadas contra a doença. No entanto, isso não significa que a Covid-19 deixou de ser uma ameaça à saúde. Ela continua tirando vidas e permanece caracterizada como pandemia. Essa decisão significa apenas que os países devem fazer a transição do modo emergência para o de manejo, juntamente com as outras doenças infecciosas. A vacinação dos grupos vulneráveis e as ações de vigilância continuam necessárias (OMS, 2023). A Covid-19 é motivo de preocupação em todo o mundo pelo surgimento de novas variantes causando infecções, além da ocorrência da Covid Longa ou Síndrome pós-Covid (OMS, 2022).

Em estudo de revisão sobre os principais achados acerca da Covid Longa, Davis *et al.* (2023) enfatizaram que a fisiopatologia ainda não é bem compreendida, o diagnóstico e o tratamento são imprecisos e insuficientes. Afeta milhões de pessoas e estima-se que a real incidência seja em torno de 10 a 30% em pessoas não internadas, e de 50 a 70% em pessoas internadas por Covid-19. A maioria dos casos é diagnosticada em pessoas entre 36 e 50 anos. Pode ocorrer após todas as formas de expressão da doença, embora a maioria dos casos seja após Covid leve. Centenas de sintomas foram identificados e praticamente todos os órgão e tecidos do organismo humano podem ser afetados (Davis *et al.*, 2023).

A resolução mais lenta dos sintomas da Covid Longa tem correlação com idade avançada, sexo feminino, histórico de câncer, histórico de consumo de tabaco, índice de massa muscular (IMC) alto e grande número de sintomas na fase da infecção aguda. Após um ano da infecção aguda, somente 10,1% dos pacientes persistem com sintomas e a maioria tem resolução até seis meses após. No entanto, o número absoluto de pessoas com sintomas continua alto em função do elevado índice acumulativo de Covid-19, o que constitui um problema para a saúde pública (Robineau *et al.*, 2022). O risco de morte não está mais presente após um ano da infecção aguda em pacientes não hospitalizados; no entanto, em pacientes hospitalizados ele diminui após um ano e persiste até 3 anos. Em relação às sequelas pós-Covid, persistem nos dois grupos até 3 anos após a fase aguda (Cai *et al.*, 2024).

Em estudo realizado no Japão por Takamatsu *et al.* (2024) para ilustrar as mudanças temporais na prevalência de sintomas após o início da Covid-19, encontraram-se os seguintes resultados: infecção por Covid-19 há dois ou mais de seis meses teve associação com oito sintomas – dor nas costas, dor nos braços/pernas/articulações, dor no peito, mal-estar, perda de paladar, disosmia, comprometimento da memória e tosse. A persistência dos sintomas diminuiu ao longo do tempo, assim o histórico de infecção prévia por Covid-19 entre seis até doze meses teve associação com cinco sintomas – dor nas costas, dispneia, perda do paladar, disosmia e comprometimento da memória –, e histórico de Covid-19 há mais de doze meses teve associação com dor nas costas e perda do paladar.

De modo parecido, no Brasil um estudo conduzido pela Fio Cruz analisou sintomas pós-Covid durante quatorze meses e 50% dos participantes do estudo tiveram Covid Longa. Vinte e três diferentes sintomas foram relatados e ocorreram após infecções graves, moderadas e leves. Os mais frequentes foram fadiga, tosse

persistente, dispneia, perda de paladar e disosmia, dor de cabeça, transtornos mentais, mudanças na pressão arterial e trombose. Os sintomas tiveram seu pico em torno dos dois a cinco meses após infecção aguda e diminuíram ao longo do tempo. A Covid Longa teve maior incidência após infecção aguda grave e não restrita a nenhum grupo etário. No entanto, idosos tendem a evoluir com sintomas mais severos e por um período mais extenso. A severidade da infecção aguda teve correlação com sete doenças – Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mélius (DM), Doença cardíaca, câncer, Doença obstrutiva pulmonar Crônica (DPOC), IRC, Tabagismo ou alcoolismo (Miranda *et al.*, 2022).

Pouco ainda se sabe sobre o comportamento global da Covid Longa. A persistência de sintomas e sua duração têm forte correlação com a regionalidade, segundo Karuna *et al.* (2023). De maneira geral, sintomas respiratórios, neurológicos, gastrointestinais e de cabeça, ouvidos, olhos, olfato e garganta foram comuns em todas as regiões representadas na amostra. Nesse estudo, também foi encontrada relação dos sintomas da Covid Longa com severidade da infecção aguda, história de doença pulmonar e raça. Ainda aventaram a possibilidade da influência de fatores fisiológicos, culturais, socioeconômicos, bem como o acesso aos serviços de saúde no relato de sintomas da Covid longa.

Persistência de sintomas gastrintestinais foi correlacionada à eliminação viral prolongada, o que pode indicar que o sistema gástrico é um possível reservatório do coronavírus. Este achado pode vir a ser um potencial alvo terapêutico no futuro e mudar as orientações de isolamento para indivíduos com sintomas gastrintestinais, além de afetar as amostras para testagem (Karuna *et al.*, 2023).

Neste ínterim, o sistema de saúde do país enfrentava o desafio de lidar com as complicações advindas da Covid-19, fossem elas temporárias ou permanentes, as quais representavam um substancial incremento da procura por serviços de saúde, tanto no nível da atenção primária à saúde (APS), quanto na média complexidade. Adicionalmente, concorreram para a sobrecarga do sistema, a demanda reprimida da fase mais crítica da pandemia e a elevação de fatores de risco para Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) que decorrem do aumento de comportamentos de vida prejudiciais, como sedentarismo, alcoolismo, tabagismo, má alimentação e obesidade (Avelar *et al.*, 2021). Nesse contexto, tanto a otimização dos recursos disponíveis quanto a continuidade do cuidado aos pacientes tornaram-se questões extremamente sensíveis.

Os sistemas de saúde podem ser fragmentados ou em rede. Os sistemas fragmentados são mundialmente predominantes e constituídos de pontos isolados de atenção à saúde, sem comunicação entre si. Sistemas integrados, em contrapartida, têm uma organização coordenada e sistematizada dos serviços que os compõem, visando à integralidade e à continuidade do cuidado à população do território adscrito. Há evidências de que a organização dos serviços de saúde em redes oferece uma saída para a crise persistente que os serviços de atenção à saúde vivem, pois melhoram os resultados econômicos e sanitários (Mendes, 2011).

O SUS, que é o sistema de saúde público do Brasil, é formado pelas RAS que, por sua vez, se constituem em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diversos graus de complexidade, articulados para se complementarem com base em um território. A APS é a principal porta de entrada do sistema, respondendo pelo atendimento resolutivo da maioria das queixas (Brasil, 2017). A Portaria 4.279/2010 do Ministério da Saúde implementou a RAS como uma nova forma de organização do sistema de atenção à saúde, com vistas a superar a fragmentação sistêmica da atenção em saúde e da gestão do SUS, garantindo ao paciente um conjunto de ações das quais necessita com efetividade e eficiência, de forma integral e contínua (Brasil, 2010).

As RAS são organizadas em regiões de saúde para fins de planejamento e gestão das ações e serviços de saúde, e são hierarquizadas com fluxos e referências bem-established (Brasil, 2017). Todavia, o processo de regionalização pode comprometer e fragilizar a longitudinalidade do cuidado quando os fluxos entre as RAS acontecem por mediações administrativas sem a participação dos profissionais que assistem ao paciente (Santos; Giovanella, 2016).

Neste contexto, é previsto que a APS atue na coordenação do cuidado e ordenamento da rede de serviços, servindo como ponto de comunicação entre os demais pontos da RAS. Coordenar o cuidado é por definição acompanhar o paciente ao longo da RAS. Ao mesmo tempo, a APS é responsável pelo cuidado dos pacientes em qualquer destes pontos em uma lógica horizontal, contínua e integrada, com vistas a gerar a gestão compartilhada da atenção ao paciente, além de articular outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais. Isso significa que o cuidado especializado prestado em outros pontos da RAS deve ser compartilhado com a APS (Brasil, 2017).

A continuidade do cuidado, que é uma das finalidades das RAS, tem passado por modificações conceituais nos últimos anos e, atualmente, é considerado um conceito multidimensional, centrado na percepção do paciente acerca do cuidado recebido. Está intimamente relacionado à coordenação do cuidado e ambos são importantes para qualificar a assistência. A coordenação do cuidado é discutida na APS como um elemento de integração e facilitador da continuidade do cuidado e esta, por sua vez, resulta de uma coordenação eficiente, enquanto ações de continuidade do cuidado alimentam a coordenação do cuidado. São, portanto, conceitos interligados e precisam atuar sinergicamente para alcançar a integração dos serviços e cuidados contínuos (Santos *et al.*, 2022).

Não existe um consenso absoluto sobre o conceito de continuidade do cuidado; todavia, o modelo mais adotado nos estudos acerca da temática é o de Haggerty *et al.* (2003), que aponta três dimensões: relacional, informacional e gerencial (Santos *et al.*, 2022). Esta separação é exclusivamente didática, pois todas estas dimensões são parte da continuidade do cuidado. O contexto do cuidado é que determina quais das dimensões vai estar mais presente; no entanto, todos podem ser necessários. A articulação natural de todas gera o resultado experienciado pelo paciente (Utzumi *et al.*, 2018).

A Continuidade Relacional refere-se à relação terapêutica entre paciente e profissionais da RAS ao longo do tempo, com protagonismo do paciente e da família. O conhecimento sobre o histórico de saúde do paciente é suposto ser compartilhado entre estes profissionais. Prevê a assistência especializada na RAS paralelamente à manutenção do vínculo, percebido pelo paciente, com a equipe ou profissional de referência. A Continuidade Informacional diz respeito à comunicação do paciente com os profissionais de saúde, bem como entre profissionais da RAS, servindo como conexão entre um atendimento e outro. Neste aspecto, as tecnologias da informação e registros completos e adequados feitos pelos profissionais são importantes. Quanto à Continuidade Gerencial, corresponde à capacidade do sistema em disponibilizar de forma complementar e oportuna diferentes tipos e níveis de atenção em saúde, de forma que garanta a conexão coerente entre os cuidados prestados pelos diferentes profissionais ao mesmo paciente (Utzumi *et al.*, 2018; Santos *et al.*, 2022).

2.2 TRANSIÇÃO DO CUIDADO

Um dos maiores desafios no campo da saúde é promover a continuidade do cuidado aos pacientes. Estes são atendidos por diferentes profissionais ao longo do sistema de saúde e isso demanda uma conectividade entre os pontos de atendimento. Nesta perspectiva, a Transição do Cuidado (TC) é uma estratégia que vem sendo estudada e aplicada como alternativa de superar a fragmentação dos serviços de saúde, por favorecer a continuidade do cuidado (Boell *et al.*, 2021). Estudos acerca da TC começaram a ser desenvolvidos no Brasil nos últimos anos, especialmente após a validação do CTM-15 para o contexto local em 2017, a exemplo de: Lorenzini *et al.* (2020); Rodrigues *et al.* (2022a, 2022b); Rohsig *et al.* (2019); Weber; Lima; Acosta (2019), entre outros.

A TC é definida como um conjunto de práticas planejadas que coordenam o cuidado ao paciente enquanto transita ao longo dos serviços de saúde. Tem como princípios norteadores a garantia da continuidade do cuidado, a segurança e o envolvimento do paciente (Zwart *et al.*, 2021); ocorre em situações em que há necessidade de transferência do paciente entre equipes em um mesmo serviço, entre instituições de saúde e/ou entre diferentes níveis de atenção à saúde, como, por exemplo, na alta hospitalar. Pode contribuir na obtenção de melhores desfechos na saúde do paciente (Coleman; Boulton, 2003; Bernardino *et al.*, 2021).

Para alcançar uma TC efetiva, vários aspectos devem ser considerados, incluindo a situação e a participação ativa dos pacientes e família, envolvimento da equipe de saúde multiprofissional, condições de instalação ambiental e social (Shahsavari; Zarei; Mamaghani, 2019). Todo esse processo está centrado nas necessidades e nas preferências do paciente. Por ocorrer em um contexto que envolve pessoas com diferentes experiências e formações, torna-se um processo amplo e complexo. Portanto, exige dos profissionais que executam a TC muitas habilidades para lidar com os profissionais dos diferentes níveis de atenção e com os familiares (Costa *et al.*, 2019).

Entre os possíveis fatores motivantes do desenvolvimento da TC está o aumento das doenças crônicas associadas ao envelhecimento populacional que ocorre de forma mais acentuada no século XXI; ambos são fatores de vulnerabilidade. O envelhecimento é um dos maiores triunfos da humanidade, mas também representa um dos seus maiores desafios, pois o envelhecimento global traz

o aumento das demandas sociais e econômicas (OPAS, 2021). Além disso, há uma tendência atual em reduzir tempo de internação e prevenir reinternações não planejadas, que, por sua vez, são importantes indicadores de desempenho e de qualidade hospitalar (Brasil, 2021).

Nos EUA, por exemplo, o uso e desenvolvimento da TC se intensificou como resposta ao Programa de Redução de Reinternações, porque tem potencial em auxiliar a evitar as penalidades impostas por lei aos hospitais com altas taxas de reinternação. Tem aparente motivação financeira, o que é bem compreensível, dado que o sistema de saúde é basicamente privado e visa a lucros (Gallo *et al.*, 2021).

O momento da alta hospitalar é um momento crítico para o paciente no que tange à continuidade do cuidado e segurança. É comum os pacientes e familiares sofrerem com incertezas sobre a recuperação e o tratamento a ser continuado no domicílio. Em estudo sobre TC com pacientes acometidos por câncer no trato digestivo, a baixa satisfação com o plano de cuidados foi atribuída à falta de protocolos de cuidados específicos, imperfeições no processo de educação para alta hospitalar, falta de um cuidador de referência e de continuidade do cuidado na atenção primária (Rodrigues *et al.*, 2022b)

A fragilidade informacional entre os serviços de saúde, como, por exemplo, entre a APS e os serviços de atenção terciária, traduzem-se em dificuldade de acesso e seguimento após a alta hospitalar. Também comprometem a efetivação da referência e contrarreferência entre os serviços de saúde, como no exemplo de estudo em neonatos pré-termo realizado por Bernardino *et al.* (2022b). Neste grupo especificamente, a continuidade do cuidado foi protagonizada pela própria família que, independentemente da atuação articulada ou fragmentada dos serviços de saúde, buscaram com autonomia espaços de saúde, informações e apoio para subsidiar o cuidado (Bernardino *et al.*, 2022b). A ausência do cuidado em rede no nosso país também foi evidenciada em estudo com crianças e adolescentes com necessidades especiais em saúde. A APS não consegue sustentar os cuidados necessários a este grupo de forma sistemática e longitudinal após a alta hospitalar (Sulino *et al.*, 2021).

Em contrapartida, a TC é apontada em estudos e revisões de literatura como estratégia para melhorar este processo e tem como possíveis benefícios: a redução das reinternações não planejadas (Finlayson *et al.*, 2018; Trindade *et al.*, 2022), redução do tempo de internação em pacientes com câncer colorretal (Trindade *et al.*, 2022), menos idas às emergências nos 30 a 60 dias após alta (Yang, 2017),

diminuição da mortalidade em idosos de maior complexidade clínica (Buurman *et al.*, 2016), redução de eventos adversos (Yang, 2017) e menores custos com saúde no período de 31 a 60 dias após a alta, além de resultados positivos como a melhora na qualidade de vida (Lima *et al.*; 2018; Gheno; Weis, 2021), maior satisfação dos pacientes e redução do tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento do câncer de mamas (Rohsig *et al.*, 2019). Ademais, participação de assistentes sociais na equipe de saúde que realiza a transição do cuidado, melhora da conexão dos serviços de saúde aos equipamentos sociais e comunidade, proporcionando maior apoio psicossocial e resultados positivos em saúde para o paciente (Barber *et al.*, 2015).

Os componentes de uma transição ideal foram identificados por Burke *et al.* (2013), os quais podem auxiliar na identificação de problemas, bem como no planejamento de mudanças na prática dos cuidados de transição. Este modelo consiste em dez domínios sustentados por uma ponte que, simbolicamente, representa o transitar de um espaço para o outro (Figura 1). Segundo estes autores, todos esses componentes devem estar presentes em uma transição segura e eficaz. A falta de qualquer um deles causa lacunas e pode fragilizar a transição.

Figura 1: Representação gráfica de ponte com componentes principais para transição do cuidado ideal



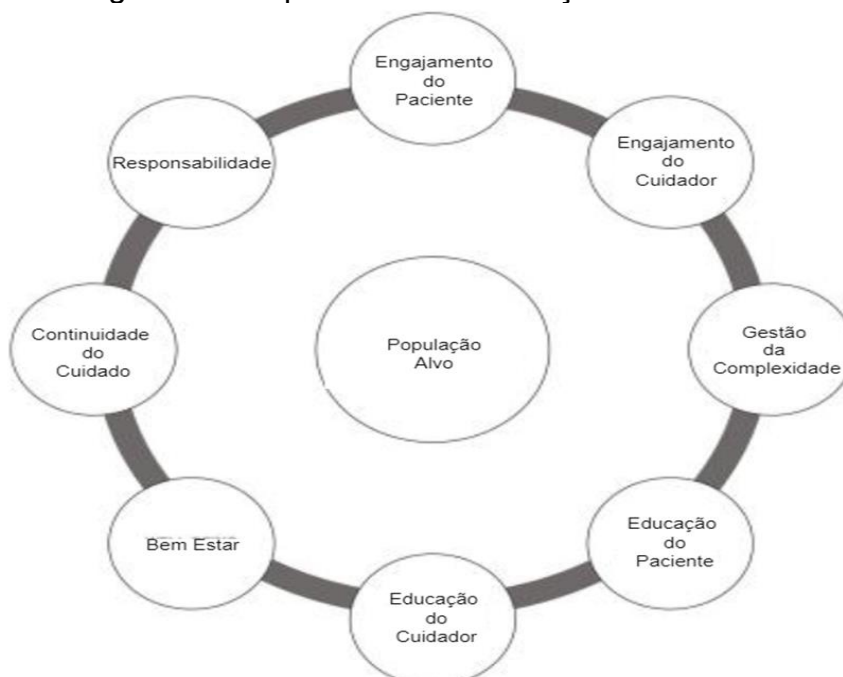
Fonte: Adaptado de Burke *et al.* (2013, p. 12) por Acosta, M. A. (2016 p. 24).

Apesar dos conhecimentos acerca dos elementos ideais para TC, sabia-se pouco sobre como os elementos-chave de uma TC efetiva se relacionam com as

necessidades e experiências dos pacientes e dos prestadores do cuidado. Nesta perspectiva, foi criado o projeto ACHIEVE (*Achieving patient-centered Care and optimized Health In care transitions by Evaluating the Value of Evidence*) nos EUA, pelo *Patient Centered Outcomes Research Institute* (PCORI). Neste projeto foi criado um grupo de trabalho multissetorial que inclui especialistas em cuidados transicionais, pacientes e cuidadores, e outros atores-chave com o objetivo primário identificar os componentes da TC que produziam os resultados desejados pelos pacientes e cuidadores (Naylor *et al.*, 2017).

Guiados por revisão das evidências publicadas, o grupo de trabalho do projeto ACHIEVE conseguiu identificar e definir um conjunto de componentes preliminares que depois foram analisados quanto ao alinhamento com as experiências dos pacientes e cuidadores do “mundo real”. Identificaram, assim, oito componentes da TC, a saber: Envolvimento do paciente, Envolvimento do cuidador, Gerenciamento da complexidade/medicação, Educação do paciente, Educação do cuidador, Bem-estar do paciente e do cuidador, Continuidade do cuidado e Responsabilidade. Todos esses componentes são interrelacionados e devem ser vistos como parte do processo holístico de cuidar representados na Figura 2 (Naylor *et al.*, 2017).

Figura 2: Componentes da Transição do Cuidado



Fonte: Traduzido livremente de Naylor *et al.* (2017) por Santos (2023).

Engajamento do paciente e do cuidador: Profissionais de saúde e sistemas de saúde devem otimizar o envolvimento do paciente por meio de esforços consistentes para identificar: quais os resultados do cuidado são os mais importantes para eles; avaliar quais são as suas expectativas, necessidades e capacidades; fomentar decisões compartilhadas sobre o plano de cuidados; promover responsabilidades compartilhadas sobre as ações do plano de cuidados e assegurar relacionamentos de confiança e respeito recíprocos (Naylor *et al.*, 2017).

Gestão da Complexidade: Consiste em um cuidado holístico que é centrado no paciente, coerente com os objetivos do paciente, caracterizado pela antecipação, prevenção e identificação precoce dos problemas (incluindo aqueles que surgem durante a internação), que representam as razões clínicas mais comuns para desfechos ruins. A população com doenças crônicas e de alto risco traz para equipes de saúde e cuidadores questões desafiadoras sobre o cuidado associadas ao gerenciamento das necessidades físicas, emocionais e sociais complexas. Uma dimensão crítica da gestão da complexidade é a questão das medicações. A gestão da medicação é um cuidado centrado no paciente caracterizado por um esforço organizado para alcançar resultados terapêuticos ótimos, maior precisão no uso da medicação pelo paciente e redução de efeitos adversos. Os esforços para fomentar adesão estão integrados em um plano de cuidado compreensível e claro (Naylor *et al.*, 2017).

Educação do paciente: Contínuo e interativo processo de aprender e ensinar envolvendo o paciente e a equipe de saúde. Este processo deve considerar, no seu desenvolvimento, os objetivos do paciente, com o intuito de: empoderar os pacientes para assumirem maior responsabilidade sobre a própria saúde; empregar estratégias de encorajá-los a terem estilos de vida mais saudáveis; aumentar as suas competências para promover adesão à terapia medicamentosa e/ou outras; evitar ou reduzir efeitos adversos relacionados ao tratamento ou à doença; garantir a continuidade do cuidado e promover independência nas atividades da vida diária (Naylor *et al.*, 2017).

Educação do Cuidador: Envolver cuidadores na decisão sobre os cuidados ao paciente. Prepará-los com competências necessárias para os cuidados após a alta hospitalar, incluindo habilidades de identificação precoce e manejo da piora da doença. Prover aos cuidadores conhecimento sobre os recursos existentes na

comunidade e ajudá-los a desenvolver competências que possam vir a suprir as necessidades dos pacientes ou identificar suas próprias (Naylor *et al.*, 2017).

Bem-estar do cuidador e paciente: fazer esforço para que a equipe de saúde reconheça as reações dos pacientes frente a eventos estressantes; fomentar habilidades para lidar com esses eventos; possibilitar que os receptores do cuidado sejam tratados integralmente como seres humanos; apoiar decisões que contribuam positivamente à qualidade de vida dos pacientes e cuidadores (Naylor *et al.*, 2017).

Continuidade do cuidado: Implementação abrangente de planos de cuidado individualizados, incluindo garantia de acesso, em tempo apropriado, aos serviços de saúde de qualidade e recursos da comunidade (continuidade gerencial); troca de informação regular entre todos os membros da equipe de saúde (continuidade informacional) e acesso contínuo aos serviços que provêm o cuidado para fomentar a confiança com pacientes e cuidadores (continuidade relacional) (Naylor *et al.*, 2017).

Responsabilidade (Clínica/equipe/organizacional): Assumir a responsabilidade de garantir a implementação de TC de alta qualidade e personalizada para alcançar as necessidades individuais dos pacientes e cuidadores. A responsabilidade clínica se refere à parceria entre profissionais de saúde e pacientes para elaboração de planos de cuidado e de sua implantação efetiva. A responsabilidade da equipe refere-se à responsabilidade de cada profissional de saúde em contribuir ativamente com sua especialidade e colaborar junto à equipe para garantir que os pacientes e cuidadores alcancem suas metas de saúde. A responsabilidade organizacional refere-se à responsabilidade do sistema em garantir um ambiente e serviços propícios para otimizar as experiências de TC dos pacientes e cuidadores (Naylor *et al.*, 2017).

Motivados pelos diversos desfechos que as intervenções da transição do cuidado (ITCs) produziam em ambientes diferentes, Zwart e colaboradores (2021) conduziram uma pesquisa para identificar os fatores contextuais e os mecanismos de ação que podem afetar os desfechos das intervenções da transição do cuidado atualmente praticados na transição do hospital para o domicílio em instituições dos EUA. Identificaram três grupos de fatores contextuais e sete mecanismos de ação. Em resposta aos fatores contextuais, que são o ambiente interno (infraestrutura organizacional do sistema de saúde), ambiente externo (mercado de prestação de serviços de saúde) e os pacientes, as ITCs acionam os mecanismos de ação, que

são: simplificando, verificando, conectando, traduzindo, treinando, monitorando e antecipando. Os mecanismos, por sua vez, hipoteticamente, gerarão os desfechos, incluindo uma TC mais segura (Zwart *et al.*, 2021), como está representado na Figura 3.

Em relação ao ambiente interno, estão inclusos infraestrutura organizacional (governança, prioridades e cultura), características clínicas individuais, relacionamento entre profissionais (nos diferentes níveis da continuidade do cuidado) e comunicação entre profissionais e pacientes (respeito, confiança e honestidade). Quanto ao ambiente externo, são consideradas políticas e iniciativas externas (políticas públicas, modelo de pagamento, mandatos externos); expectativas/cultura nacional e fragmentação do sistema de saúde. Ainda em relação aos fatores externos, estão os pacientes com suas características (doenças e severidade da doença, estado funcional, linguagem e literacia - incluindo literacia na saúde, acesso aos serviços de saúde e recursos comunitários, suporte social), expectativas dos pacientes (consistência do cuidado, confiança e acessibilidade) e o papel do paciente (responsabilidade, capacidade de ser eficaz e ativo) (Zwart *et al.*, 2021).

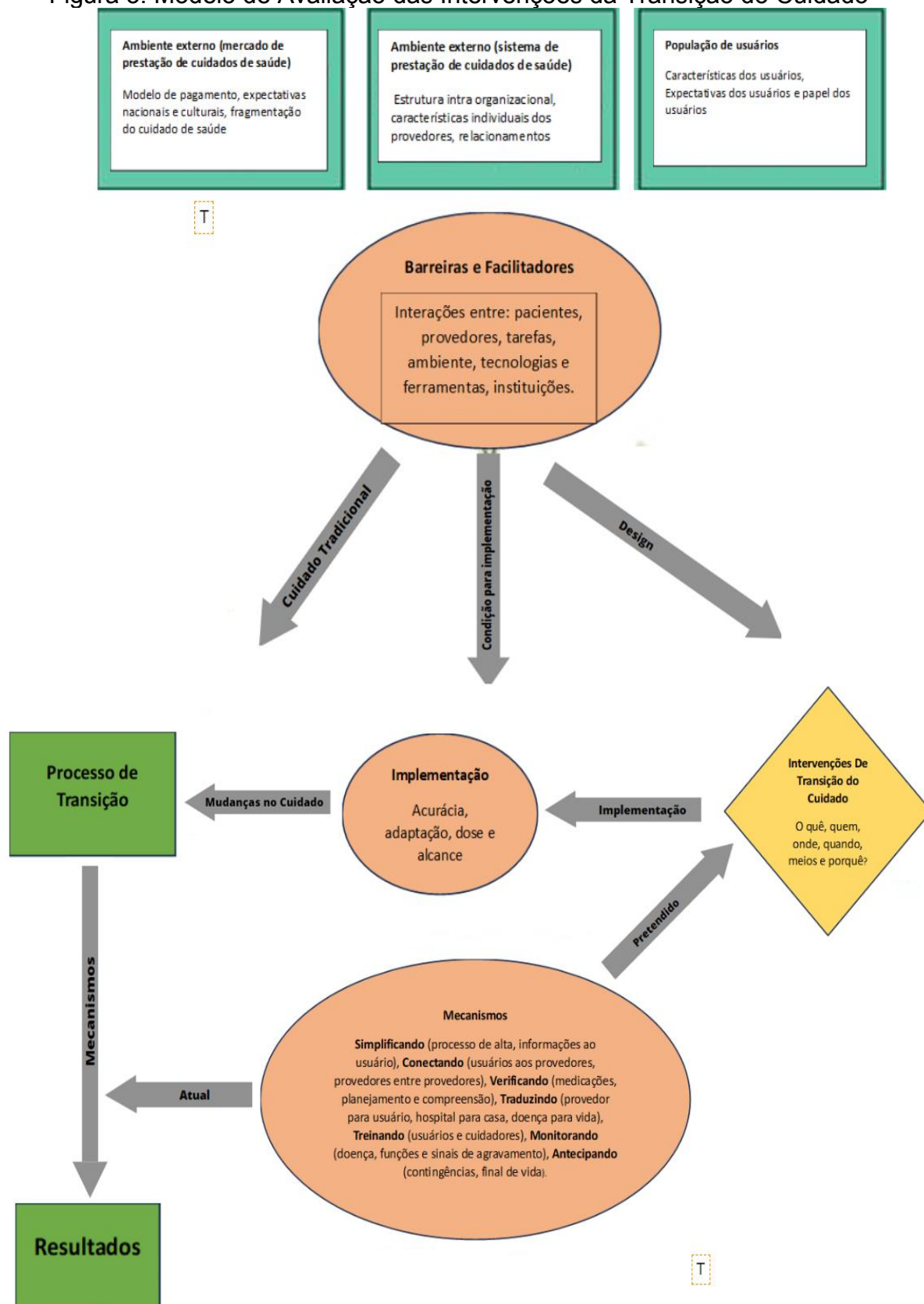
Em relação aos mecanismos de ação, “simplificando”, “verificando” e “conectando”, eles são úteis no melhoramento do processo da alta hospitalar através do gerenciamento de erros e de fatores humanos que desencadeiam erros. Simplificando, estão relacionados a reduzir a complexidade da TC e prevenir erros decorrentes da falta de entendimento (do plano de cuidados pós-alta, uso de medicações e seguimento em ambulatório), além de agilizar passos essenciais do processo da TC. “Verificando” está conectado com o ato de confirmar ativamente que todos os passos da TC foram cumpridos e entendidos pelo paciente. O mecanismo de ação “conectando” liga todos os envolvidos (pacientes, cuidadores e prestadores de cuidados de saúde) na cadeia de cuidados, para garantir ciência situacional da cadeia de cuidados e a continuidade do cuidado (Zwart *et al.*, 2021).

Os mecanismos de ação “traduzindo” e “treinando” têm relação com o empoderamento do paciente. “Traduzindo” significa garantir que as metas dos provedores de saúde sejam traduzidas nas metas do paciente, além de usar palavras que o paciente entenda, e planejar o plano de recuperação em casa de acordo com a rotina do paciente. Treinar significa ensinar ao paciente e cuidadores habilidades e conhecimentos sobre a rede de serviços de saúde de maneira que consigam acessar os serviços e ser independentes no autocuidado (Zwart *et al.*, 2021).

Os dois últimos mecanismos, “monitorando” e “antecipando”, têm ligação com o manejar situações de saúde futuras que o paciente pode vir a experimentar após a alta. Monitorar refere-se às medidas tomadas para garantir a identificação precoce de mudanças no estado de saúde do paciente, e “antecipando” tem ligação com a criação de planos de contingência ou prever cenários hipotéticos com ações a serem tomadas em caso da ocorrência. Os diferentes mecanismos de ação conseguem abranger os três princípios norteadores da TC, a saber: continuidade do cuidado, envolvimento do paciente e gestão da segurança do paciente (Zwart *et al.*, 2021).

No mesmo estudo, Zwart e colaboradores (2021) propuseram um modelo de avaliação das intervenções da transição do cuidado, o Modelo Care TIE (*Care Transition Intervention Evaluation*), que foi construído combinando os elementos do contexto e mecanismos de ação encontrados nesse estudo com elementos da ciência da implementação. O modelo proposto pode auxiliar os *stakeholders* a compreenderem o porquê e como as intervenções da transição do cuidado funcionam, ou não, através do desembaraçamento do contexto, mecanismos e desfechos, simultaneamente com os constructos das intervenções. Especialmente para as intervenções da transição do cuidado de natureza complexa, que requerem modificações ao longo do tempo para adaptação a um local específico (modificações de forma e não de função), o modelo pode apoiar pesquisadores, administradores, *designers* e profissionais da prática a entenderem os fatores contextuais e os mecanismos de ação que podem impactar nas intervenções da transição do cuidado. Modelo exposto na Figura 3, a seguir:

Figura 3: Modelo de Avaliação das Intervenções da Transição do Cuidado



Fonte: Traduzido livremente de Zwart *et al.* (2021) por Santos (2023).

Recentemente, duas revisões de literatura sobre TC analisaram as estratégias utilizadas por enfermeiros na ocasião da alta hospitalar em pacientes adultos. Gallo e colaboradores (2021) identificaram estratégias de transição do cuidado praticadas atualmente e que mais contribuem para o fortalecimento da continuidade do cuidado após a alta hospitalar, sendo elas: educação em saúde, reconciliação medicamentosa, telemonitoramento, planejamento da alta hospitalar, contrarreferência e visita domiciliar. Gheno e Weis (2021) analisaram e compilaram os cuidados de transição praticados em adultos, enquadrando-os em categorias por similaridade, sendo elas: Processo de alta e pós-alta hospitalar; Continuidade do cuidado pós-alta; Benefícios da transição de cuidado; Papel do enfermeiro na transição de cuidado e Vivências de pacientes sobre a transição de cuidado.

A educação em saúde é um processo de construção do conhecimento que, em conjunto, se dá a partir da reflexão sobre a realidade. É a intervenção que mais foi utilizada pelos enfermeiros na transição de pacientes no pré e pós-alta em conjunto com outras ITCs, com a finalidade de fomentar o autocuidado (Gallo *et al.*, 2021). Quando associada a outra ITC, como a Visita Domiciliar (VD), a educação em saúde tem mostrado impacto positivo na qualidade de vida, redução de mortalidade e reinternações. No entanto, isoladamente não foi mais eficiente do que o cuidado tradicional em pacientes após a alta com insuficiência cardíaca (Van Spall *et al.*, 2017).

A reconciliação medicamentosa foi a segunda ITC mais utilizada pelos enfermeiros. O foco está na prevenção do abandono do tratamento proposto e na segurança do paciente em relação ao uso das medicações. É uma ITC que visa evitar discrepâncias de prescrição e garantir a continuidade da terapêutica durante a internação e após a alta hospitalar, e tem sido empregada combinada com educação em saúde e visita domiciliar (Gallo *et al.*, 2021). Previne agravamentos das comorbidades, e um dos maiores erros que ocorre é a omissão de medicamentos no momento da admissão (Lombardi *et al.*, 2016).

O telemonitoramento consiste no contato entre equipe de saúde com os pacientes dos sistemas de saúde após a alta e tem por objetivo apoiar e facilitar a continuidade do cuidado. Pode ocorrer em tempo real ou por mensagens eletrônicas programadas. Comumente é realizada por meio da utilização de tecnologias da comunicação e informação (Gallo *et al.*, 2021). Há evidências de que roteiros estruturados são importantes na realização do telemonitoramento, por padronizarem a revisão das orientações de autocuidado que visam à manutenção e à promoção da

saúde. A adoção de roteiros estruturados também facilita a comunicação entres os enfermeiros nas centrais de telemonitoramento (Knight; Trinkle; Tschannen, 2019).

Tem se destacado a realização de chamadas em dispositivos móveis nos cuidados pós-alta nos estudos revisados. O objetivo é auxiliar o paciente no autogerenciamento, tirar dúvidas, identificar e resolver problemas precocemente, de forma a garantir que o plano esteja sendo seguido (Gallo *et al.*, 2021). Resultados positivos têm sido alcançados com a primeira ligação em até 72 horas após a alta e podem ser realizadas por diferentes profissionais da saúde. Ligações realizadas por farmacêuticos, por exemplo, resultaram em diminuição de eventos adversos relacionados a erros de medicação e à resolução de problemas identificados nas ligações, e têm potencial de prevenir idas às emergências (Yang, 2017).

O planejamento da alta visa à identificação de pacientes com riscos de descontinuidade do cuidado e reinternação, além da elaboração de planos de alta. A identificação de risco de descontinuidade do cuidado é importante para planejar ações otimizadas e adequadas às necessidades dos pacientes. Escores de avaliação de risco de descontinuidade são importantes ferramentas e devem ser utilizados por profissionais envolvidos na transição do cuidado (Dizon; Reinking, 2017).

Os planos de alta são elaborados para auxiliar o processo de educação e de gerenciamento do autocuidado, posto que fornecem informações importantes relativamente à adesão ao plano terapêutico, ao uso de equipamentos e insumos de saúde, ao controle da dor e da doença (Mennuni *et al.*, 2017). Quando desenvolvido centrado nos pacientes e suas potencialidades (forças) e com articulação dos recursos extra-hospitalares, constitui-se em uma potente ITC para a efetivação da continuidade do cuidado (Aued *et al.*, 2019).

É recomendado que o planejamento da alta hospitalar já se inicie no momento da internação, assim que estabelecido o diagnóstico. Isso garante que a desospitalização ocorra no momento apropriado e com a organização adequada das necessidades pós-alta. Altas mal planejadas podem ocorrer muito precocemente ou tardiamente, sendo que ambas são prejudiciais e podem aumentar as chances de reinternações e riscos ao paciente (Mennuni *et al.*, 2017).

Com o intuito de melhorar a desospitalização, além do plano de alta, pesquisadores sugeriram padronização do processo de alta com notas de alta bem-estruturadas, contendo, com clareza, os cuidados prestados no hospital e os necessários após a alta. Também contempla as necessidades específicas e

particulares de cada paciente no momento de transição. A utilização de *checklist* gerado em prontuários eletrônicos é recomendada para superar os lapsos da memória humana e garantir o sucesso da transição. Deve constar o plano de cuidados, a situação social do paciente, o grau de dependência para o autocuidado, o estado mental, a reconciliação medicamentosa, encaminhamento para outros níveis de atenção em saúde necessários (Eggen *et al.*, 2018). Pacientes idosos, em especial, necessitam de altas bem-planejadas, com verificação da existência de condições familiares, sociais e econômicas para a continuidade do cuidado pós-alta (Hestevik *et al.*, 2019).

Estudos que exploraram as vivências e experiências dos pacientes na transição do cuidado na alta hospitalar evidenciam relatos que a alta foi comunicada no mesmo dia, sem aviso ou planejamento prévio, e que todas as orientações foram passadas no dia da alta. Isso dificulta a readaptação pós-alta, por gerar ansiedade e insegurança no paciente e na família, bem como põe em risco a segurança do paciente, aumentando o risco de eventos adversos (Ghenó; Weis, 2021).

A contrarreferência prevista ocorre através da troca de informações relevantes sobre o estado de saúde dos pacientes entre os profissionais dos diferentes serviços de saúde. Desponta como estratégia eficiente para o fortalecimento da transição do cuidado entre estudos recentes, podendo ocorrer pelo uso de prontuários eletrônicos compartilhados, envio de informações da internação à APS por ligações telefônicas, alertas eletrônicos de alta e formulários de alta. Está destinada a assegurar a coordenação e a continuidade do cuidado ao paciente ao longo do sistema de saúde. Constitui-se, portanto, em uma excelente oportunidade de comunicação entre serviços de saúde (Gallo *et al.*, 2021).

A alta hospitalar e as transições do cuidado são complexas e interrelacionadas. Exigem do profissional que executa a TC competências, entre as quais: capacidade de gerenciar casos complexos e situações difíceis; lidar com familiares; ter conhecimentos baseados em evidências; conhecer as características sociodemográficas da população assistida, dos recursos disponíveis para a alta hospitalar e dos dispositivos intra-hospitalares; conhecimentos sobre a rede de atenção à saúde necessários para a continuidade do cuidado. Além disso, ter como características pessoais a capacidade de empatia, de educar, de trabalhar em equipe, ter responsabilidade, entre outros (Costa *et al.*, 2019).

Estudos apontam, também, uma comunicação efetiva e clara para alcançar sucesso na continuidade do cuidado. Entre as estratégias para melhorar a comunicação da alta entre equipes de diferentes níveis de atenção, são destacadas a comunicação verbal entre hospital e APS e a criação de sistemas de informação informatizado para o intercâmbio das informações entre os níveis de atenção à saúde, qualificando o processo de alta hospitalar (Ghenó; Weis, 2021).

Além das estratégias já mencionadas, a VD também é apontada como contribuidora da continuidade do cuidado nos estudos. No Brasil, é uma prática utilizada pelos profissionais da APS, permitindo o reconhecimento da dinâmica familiar e contexto social, adequação das orientações de autocuidado, assistência direta e avaliação de riscos psicossociais envolvidos na descontinuidade do cuidado (Brasil, 2017). Estudos indicam que a VD e o acompanhamento ambulatorial devem ocorrer próximo à alta hospitalar, preferencialmente até 7 dias após, para possibilitar de forma precoce a identificação de fatores com potencial de gerar descompensação clínica, entre os quais: erros na medicação, baixa compreensão ou falhas de comunicação no plano de cuidado, vulnerabilidade socioeconômica (Gallo *et al.*, 2021; Ghenó; Weis, 2021).

No contexto internacional, estudos apontam o enfermeiro como o profissional que tem destaque no desenvolvimento de estratégias de transição do cuidado. A aplicação das diversas estratégias da transição do cuidado combinadas contribuem para a qualificação do serviço deste profissional, que tem se mostrado essencial no processo de continuidade do cuidado pós-alta, integrando pacientes, famílias e prestadores de serviços (Gallo *et al.*, 2021).

Entre as atividades desempenhadas pelo enfermeiro que são apontadas em estudos, se destacam as relacionadas à educação em saúde, sendo possível identificar que a maioria dos enfermeiros as realiza sempre ou frequentemente, orientando sobre uso de dispositivos como sondas, drenos, curativos, administração de medicamentos, alimentação, autocuidado e informações sobre a doença (Acosta *et al.*, 2018). Ainda estão envolvidos com a reconciliação medicamentosa, seguimento pós-alta por meio de VD e telemonitoramento (Ghenó; Weis, 2021).

Em alguns países há enfermeiros que se dedicam exclusivamente à função de coordenar a alta hospitalar e fazer a TC; são denominados como enfermeiros de enlace, de transição, gestores de casos ou de continuidade de cuidados. Enfermeiros de transição são apontados como principais articuladores entre a equipe

multidisciplinar e os níveis de atenção à saúde (Costa *et al.*, 2019; Aued *et al.*, 2019). Entre as atividades que desempenham está acompanhar a equipe multiprofissional no cuidado prestado, estabelecer um plano de cuidados individualizado junto ao paciente e familiares, além da transferência destas informações do hospital para a APS (Ghenó; Weis, 2021). No Brasil, embora não haja enfermeiros de transição, a coordenação do cuidado de saúde prestado ao paciente ao longo da RAS é um atributo da APS e deve ser realizado pela equipe de saúde, previsto na regulamentação (Brasil, 2010).

Estudo realizado acerca da validação de ações que podem nortear o enfermeiro para a prática na APS, contribuindo e monitorando o fortalecimento da continuidade do cuidado em rede, centrada nas forças dos pacientes/famílias/comunidade, identificou algumas atividades, tais como: contactar paciente após a alta e, se necessário, fazer busca ativa; planejar e fazer VD para avaliação da condição de saúde, necessidades de cuidados e condições sociais; realizar cuidados a domicílio; tomar ciência do plano de alta e adaptá-lo; identificar uso de equipamentos e/ou suprimentos e orientar sobre fluxos/processos para obtê-los ou realizar a solicitação; identificar o grau de autonomia do paciente/família; explicar o seguimento na rede de cuidados; capacitar os cuidadores para o cuidado em domicílio; coordenar o caso e discutir em equipe multidisciplinar para planejar as intervenções e promover a qualificação do cuidado; compartilhar o cuidado com outros serviços se necessário; realizar atividades educativas para profissionais sobre alta responsável e continuidade do cuidado; envolver-se no planejamento e na articulação de ações/fluxos/protocolos relativos à alta hospitalar, transição e continuidade do cuidado juntamente com a gestão (Mauro; Cucolo; Perroca, 2023).

A utilização eficaz de estratégias para a continuidade do cuidado pós-alta hospitalar proporcionam transições seguras e com qualidade. Vários estudos ressaltam que os melhores resultados foram alcançados quando mais de uma estratégia foi realizada de forma combinada e interconectada. Isso reforça a relevância do cuidado integral e a necessidade da longitudinalidade do cuidado envolvendo diversos níveis dos serviços de atenção à saúde evidenciado em vários estudos (Gallo *et al.*, 2021; Ghenó; Weis, 2021).

Para criar melhorias nas estratégias da TC, é preciso entender e conseguir avaliar o que já é praticado. Nessa perspectiva, em 2002, Coleman e colaboradores

criaram um instrumento de avaliação para medir a qualidade da TC já utilizada, sob a ótica do paciente. Além deste propósito, auxiliaria os serviços de saúde como indicador de qualidade da instituição. No desenvolvimento desta ferramenta, foram realizados grupos focais com pacientes e cuidadores após a alta hospitalar recente. A aplicação dos grupos focais foi estratégica para compreender as necessidades dos pacientes dos serviços de saúde e, com isso, compreender todos os aspectos importantes para a confecção de um instrumento que avalia a TC na perspectiva de quem recebe o cuidado (Coleman *et al.*, 2002).

Por último, apesar da existência de estratégias de TC aplicadas no contexto de saúde internacional, no Brasil a prática é realizada em pontos isolados dos serviços de saúde. Recentemente, foram criados Escritórios de Gestão de Alta Hospitalar em alguns hospitais como uma iniciativa de melhorar a continuidade dos pacientes após a alta hospitalar (Grupo Hospitalar Conceição, 2017; ICEPi, 2021; Bernardino *et al.*, 2022a; HU-UFSC, 2022). No entanto, ainda não compreende toda a extensão da rede de atenção à saúde existente no país. Estudos sobre o tema são relevantes para dar seguimento ao avanço no desenvolvimento da TC como ferramenta de garantia da continuidade do cuidado e segurança do paciente ao longo da RAS em suas vivências do processo saúde/doença.

3. METODOLOGIA

Este capítulo versa sobre as metodologias seguidas na elaboração dos dois estudos que compõem esta dissertação, em dois momentos: metodologia do primeiro estudo e metodologia do segundo estudo.

3.1 METODOLOGIA DO PRIMEIRO ESTUDO

3.1.1 Tipo de estudo

O estudo caracteriza-se como uma revisão integrativa de literatura (RI) acerca da Transição do Cuidado em pacientes que obtiveram alta hospitalar após internação pela Covid-19. Este tipo de revisão é considerado um instrumento da Prática Baseada em Evidências, que envolve a definição do problema clínico, a identificação das informações necessárias, a condução da busca de estudos na literatura e a sua avaliação crítica, a identificação da aplicabilidade dos dados oriundos das publicações e a determinação de sua utilização para o paciente.

A RI contempla questões de enfermagem importantes relacionadas aos cuidados e/ou ao impacto da doença ou do tratamento. É a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos com métodos diversos, combinando dados da literatura teórica e empírica, além de incorporar um vasto leque de propósitos. Proporciona, assim, uma compreensão mais ampla do fenômeno analisado (Souza; Silva; Carvalho, 2010).

Ainda segundo Casarin *et al.* (2020), a RI é um método que proporciona a síntese do conhecimento de maneira ordenada e abrangente dos achados de trabalhos científicos, o que permite aprofundar a compreensão sobre um tema específico. Deve seguir um rigoroso método de busca, análise e síntese de dados e serve de base para tomada de decisões.

A RI foi realizada em cinco etapas: na primeira fase, ocorreu a elaboração da pergunta norteadora após a definição do tema, a elaboração do objetivo e a identificação dos descritores. Na segunda etapa, foi realizada a busca na literatura por meio das bases de dados. Foram estabelecidos os critérios de seleção das publicações e realizada a organização do banco de referências; após, procedeu-se à seleção dos estudos que compuseram o *corpus* da análise. Na terceira etapa, foi

realizada a extração dos dados para a organização e a sintetização das informações pertinentes. Os dados a serem extraídos foram definidos previamente e incluíram: tipo de estudo, ano de publicação, autor, periódico, objetivo, estratégias de TC empregadas e resultados. Na quarta etapa, procedeu-se à interpretação e à discussão dos resultados. Na quinta etapa, foi realizada a apresentação dos resultados de revisão, que foram agrupados por categorias temáticas.

Foi utilizado como guia no processo de seleção dos artigos o *checklist* PRISMA-P (*Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis Protocols*) (Shamseer *et al.*, 2015). A questão norteadora da pesquisa foi elaborada através da estratégia PICO, onde P = pacientes após internação por covid-19, I = transição do cuidado após alta hospitalar, C = hospital/domicílio ou entre níveis de atenção à saúde, O = estratégias de transição do cuidado utilizadas em pacientes internados pela Covid-19 e possíveis dificuldades de implementação durante a pandemia. Quais são as evidências disponíveis na literatura sobre Transição do Cuidado em pacientes afetados pela Covid-19 após a alta hospitalar?

3.1.2 Delimitação da amostra

Foram utilizadas 8 bases de dados para a etapa da busca de artigos. A busca foi realizada em março de 2024 e incluiu todos os artigos em inglês, português e espanhol. O recorte de tempo foi determinado pelo início da pandemia, que foi em 2020, até a data da busca.

Com ajuda de bibliotecária da UFSC, foi desenvolvido o protocolo de busca, o qual se encontra detalhado no Quadro 1.

Quadro 1: Protocolo de pesquisa nas bases de dados

Base de Dados	Descritores Utilizados
BDENF/LILACS	("Coronavirus Infections" OR "Coronavirus" OR "SARS Virus" OR "SARS-CoV" OR "Covid- 19" OR "SARS-CoV-2" OR "SARSCoV2" OR "SARS2" OR "COVID19" OR "COVID-2019" OR "SARS COV 2" OR "2019-nCoV" OR "2019ncov" OR "nCoV 2019" OR "Infecções por Coronavirus" OR "Vírus da SARS" OR "Infecciones por Coronavirus" OR "Virus del SRAS") AND ("Transitional Care" OR "Home Transition" OR "Transition Care" OR "Transition Cares" OR "Transitional Cares" OR "Cuidado Transicional" OR "Cuidado de Transição" OR "Cuidados de Transição" OR "Transição para Casa" OR "Tratamento Transicional" OR "Tratamento de Transição" OR "Cuidado de Transición" OR "Transición al Hogar")
CINAHL (EBSCO)	("Coronavirus Infections" OR "Coronavirus" OR "SARS Virus" OR "SARS-CoV" OR "Covid- 19" OR "SARS-CoV-2" OR "SARSCoV2" OR "SARS2" OR "COVID19" OR "COVID-2019" OR "SARS COV 2" OR "2019-nCoV" OR "2019ncov" OR "nCoV 2019") AND ("Transitional Care" OR "Home Transition" OR "Transition Care" OR "Transition Cares" OR "Transitional Care")
Cochrane Library	("Coronavirus Infections" OR "Coronavirus" OR "SARS Virus" OR "SARS-CoV" OR "Covid-19" OR "SARS-CoV-2" OR "SARSCoV2" OR "SARS2" OR "COVID19" OR "COVID-2019" OR "SARS COV 2" OR "2019-nCoV" OR "2019ncov" OR "nCoV 2019") AND ("Transitional Care" OR "Home Transition" OR "Transition Care" OR "Transition Cares" OR "Transitional Care")
Embase (Elsevier)	("Coronavirus Infections" OR "Coronavirus" OR "SARS Virus" OR "SARS-CoV" OR "Covid-19" OR "SARS-CoV-2" OR "SARSCoV2" OR "SARS2" OR "COVID19" OR "COVID-2019" OR "SARS COV 2" OR "2019-nCoV" OR "2019ncov" OR "nCoV 2019") AND ("Transitional Care" OR "Home Transition" OR "Transition Care" OR "Transition Cares" OR "Transitional Care")
PubMed/MEDLINE	("Coronavirus Infections"[Mesh] OR "Coronavirus Infections" OR "Coronavirus"[Mesh] OR "Coronavirus" OR "SARS Virus"[Mesh] OR "SARS Virus" OR "SARS-CoV" OR "COVID-19"[Mesh] OR "Covid-19" OR "SARS-CoV-2"[Mesh] OR "SARS-CoV-2" OR "SARSCoV2" OR "SARS2" OR "COVID19" OR "COVID-2019" OR "SARS COV 2" OR "2019-nCoV" OR "2019ncov" OR "nCoV 2019") AND ("Transitional Care"[Mesh] OR "Transitional Care" OR "HomeTransition")

	OR "Transition Care" OR "Transition Cares" OR "Transitional Care").
Scielo	("Coronavirus Infections" OR "Coronavirus" OR "SARS Virus" OR "SARS-CoV" OR "Covid-19" OR "SARS-CoV-2" OR "SARSCoV2" OR "SARS2" OR "COVID19" OR "COVID-2019" OR "SARS COV 2" OR "2019-nCoV" OR "2019ncov" OR "nCoV 2019" OR "Infecções por Coronavirus" OR "Vírus da SARS" OR "Infecciones por Coronavirus" OR "Virus del SRAS") AND ("Transitional Care" OR "Home Transition" OR "Transition Care" OR "Transition Cares" OR "Transitional Cares" OR "Cuidado Transicional" OR "Cuidado de Transição" OR "Cuidados de Transição" OR "Transição para Casa" OR "Tratamento Transicional" OR "Tratamento de Transição" OR "Cuidado de Transición" OR "Transición al Hogar")
Scopus Elsevier	("Coronavirus Infections" OR "Coronavirus" OR "SARS Virus" OR "SARS-CoV" OR "Covid- 19" OR "SARS-CoV-2" OR "SARSCoV2" OR "SARS2" OR "COVID19" OR "COVID-2019" OR "SARS COV 2" OR "2019-nCoV" OR "2019ncov" OR "nCoV 2019") AND ("Transitional Care" OR "Home Transition" OR "Transition Care" OR "Transition Cares" OR "Transitional Care")
Web of Science	("Coronavirus Infections" OR "Coronavirus" OR "SARS Virus" OR "SARS-CoV" OR "Covid-19" OR "SARS-CoV-2" OR "SARSCoV2" OR "SARS2" OR "COVID19" OR "COVID-2019" OR "SARS COV 2" OR "2019-nCoV" OR "2019ncov" OR "nCoV 2019") AND ("Transitional Care" OR "Home Transition" OR "Transition Care" OR "Transition Cares" OR "Transitional Care")

3.1.3 Critérios de seleção

Posteriormente às pesquisas nas bases de dados, foram excluídos os artigos duplicados por meio do gerenciador bibliográfico *Mendeley*. Em seguida, realizou-se a leitura dos títulos e resumos, e foram excluídos os estudos sobre transição do cuidado em outras populações, os artigos que não correspondiam ao tema, resumos de Anais, artigos de opinião ou comentários de especialistas. Foram incluídos todos os artigos que tratavam da TC aplicada no cuidado a pacientes afetados pela Covid-19 publicados de 2020 até março de 2024.

3.1.4 Variáveis e análise de dados

Após completar a seleção dos artigos, procedeu-se à leitura completa deles. Foram extraídos os dados relevantes e organizados em um quadro em que constam autor(es), ano de publicação, nome do periódico, país de origem, tipo de estudo, objetivo, estratégia de TC/dificuldades e potenciais contribuições na implementação e resultados. Os dados extraídos foram agrupados por categorias temáticas. Esta etapa foi desenvolvida entre abril e junho de 2024.

3.2 METODOLOGIA DO SEGUNDO ESTUDO

3.2.1 Delineamento do estudo

Trata-se de uma pesquisa com abordagem quantitativa, observacional, transversal de natureza descritiva e analítica. Para a elaboração do manuscrito no capítulo de resultados, são seguidas as diretrizes *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology-STROBE* (Von Elm *et al.*, 2008). A principal característica do estudo de corte transversal é a observação sistemática e padronizada das variáveis de interesse em um único momento, sem interferir na evolução natural da ocorrência, quando o pesquisador registra uma “fotografia” destas variáveis para posteriormente as descrever e/ou analisar. Tem como objetivo elaborar conclusões confiáveis, robustas, além de gerar novas hipóteses que poderão ser investigadas em novas pesquisas. Também são úteis no estudo da prevalência de um determinado fenômeno (Zangirolami; Echeimberg; Leone, 2018).

Este estudo faz parte de um Macroprojeto, que compreende um estudo de métodos mistos, com abordagem convergente, quanti-qualitativa, exploratória e descritiva, aninhada em um estudo retrospectivo de análise documental, transversal, descritivo, com abordagem quantitativa, intitulado “Atenção à Saúde no Ambiente Hospitalar e a Pandemia COVID-19: Aspectos Gerenciais, Assistenciais, Laborais, de Segurança do Paciente e Transição do Cuidado”. Este macroprojeto encontra-se em execução, após apreciação ética parecer n.º 4.323.917. Obteve financiamento pela Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado Santa Catarina (FAPESC) - Termo de Outorga: 2021TR1530.

3.2.2 Cenário do estudo

O estudo foi desenvolvido no Hospital Geral e Maternidade Tereza Ramos, situado em Lajes, SC. Fundado em 19/12/1943, de natureza jurídica: Órgão Público do Poder Executivo Estadual. Número de leitos: Ativos 144; Número de funcionários: 722. Perfil de pacientes: pacientes adultos, idosos e neonatos. Várias especialidades, com exceção de trauma, ortopedia e neurocirurgia. Regime de contratação de funcionários: estatutário e contratação por processo seletivo simplificado. Região que atende: Amures e Alto Vale do Itajaí (oncologia) e algumas outras regiões (atendimento de queimados). Referência/especialidade: gestação de alto risco, oncologia, terapia de queimados, bariátrica. Sistema de compras: licitação. Relação de setores: Direção, Ala Cirúrgica, Clínica Médica Masculina, Clínica Médica Feminina, Clínica Oncológica, Clínica Médica, Unidade de Terapia de Queimados, Unidade de Terapia Intensiva Adulto, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Berçário Intermediário, Alojamento Conjunto, Ala Portinari, Centro Obstétrico, Centro Cirúrgico, Unacon, Setor de Exames, Recursos Humanos, Auditoria, Farmácia, Almoxarifado, Contas, SAME, CCIH e Núcleos, Transporte, Informática, Compras, Manutenção, Patrimônio, Nutrição, Centro de Estudos, Arquivo, Recepção/Internação, Equipe Multidisciplinar e Outros Serviços de Apoio e Terceirizados.

3.2.3 População e critério de inclusão e exclusão

Como grupo de participantes desta pesquisa, consideraram-se pacientes e familiares que residem em Santa Catarina e que tiveram internação hospitalar pela Covid-19 no Hospital Geral e Maternidade Tereza Ramos no período do estudo. Foram adotados como critérios de inclusão: ter sido acometido pela Covid-19 ou ser familiar, estar no período após alta inferior a 30 dias e ter idade acima de 18 anos. Critérios de exclusão foram: alta por transferência ou óbito.

3.2.4 Coleta de dados

A identificação de pacientes foi realizada utilizando lista de altas hospitalares de pacientes das internações por Covid-19 fornecidas pela instituição à equipe de pesquisadores, ocorridas entre 01/11/2020 e 05/05/2021. Os dados foram coletados

por ligação telefônica realizada por pesquisadores(as) do macroprojeto, após receberem treinamento específico. Foram realizadas diversas tentativas em diferentes dias da semana. Para a compreensão do contexto e características dos participantes, foram coletadas variáveis clínicas e sociodemográficas por meio de um instrumento com 33 perguntas elaboradas pelas pesquisadoras do macroprojeto (APÊNDICE B). Os dados sobre a TC foram coletados por meio da aplicação do questionário *Care Transitions Measure-15* (CTM-15) com ligação telefônica após a alta em até 30 dias. Após serem convidados por telefone, aqueles pacientes que aceitaram participar da pesquisa responderam ao CTM-15 (ANEXO A) e ao questionário sociodemográfico. Os dados foram codificados e organizados em uma planilha Excel® para posterior análise estatística. O CTM foi criado para ser aplicado por ligação telefônica em até 30 dias após a alta. Foi traduzido e adaptado para uso no Brasil e possui a versão completa com 15 perguntas (Acosta *et al.*, 2017).

O instrumento CTM-15 apresenta quatro fatores, contendo 15 itens: fator 1 - preparação para autogerenciamento da saúde (itens 4, 5, 6, 8, 9, 10 e 11); fator 2 - entendimento crítico das medicações (13, 14 e 15); fator 3 - importância das preferências (itens 1, 2, e 3), e o fator 4 - plano de cuidados (7 e 12). As respostas são medidas por meio de escala tipo Likert com pontuação até quatro, contendo as seguintes opções para cada um dos 15 itens: “discordo muito” = 1, “discordo” = 2, “concordo” = 3, “concordo muito” = 4 e “não sei/não me lembro/não aplicável” = 0 (este último não entra na soma do escore e deve ser analisado separadamente) (Coleman *et al.*, 2002; Acosta *et al.*, 2017).

3.2.5 Variáveis

Sexo (qualitativa nominal binária), considerada a genitália do indivíduo ao nascimento. Idade (quantitativa contínua) calculada com base na data de nascimento do indivíduo. Raça (qualitativa nominal), cor da pele autorreferida com as seguintes respostas no questionário: branca, negra, amarela, parda, indígena, outra. Situação Conjugal (qualitativa nominal), considera o estado da pessoa com seguintes categorias: solteiro(a), casado(a)/união estável, viúvo(a), divorciado(a) ou outros. Escolaridade (qualitativa ordinal), sendo categorizada em: nunca estudou, ou estudou até: 1ª série do ensino fundamental, 2ª série do ensino fundamental, 3ª série do ensino fundamental, 4ª série do ensino fundamental, 5ª série do ensino fundamental, 6ª série

do ensino fundamental, 7ª série do ensino fundamental, 8ª série do ensino fundamental, ensino fundamental completo, 1ª série do ensino médio, 2ª série do ensino médio, 3ª série do ensino médio, ensino médio completo, ensino superior completo ou incompleto e pós-graduação, considerando especialização, mestrado, doutorado. Ocupação (qualitativa nominal), renda mensal (quantitativa contínua) e renda familiar mensal (quantitativa contínua).

As variáveis clínicas (qualitativas) coletadas compreendem: setor de internação, resultado do teste Covid-19, resultado do teste Influenza, número de internações, gravidade da Covid-19, Comorbidades como diabetes (DM), hipertensão arterial (HAS), doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), asma, insuficiência renal crônica (IRC), insuficiência cardíaca congestiva (ICC), acidente vascular cerebral (AVC), obesidade, outros problemas de saúde, tabagismo e exercício físico. E as 15 perguntas do questionário CTM-15.

3.2.6 Análise de dados

A análise de dados foi realizada com ajuda de um profissional da estatística. O escore do CTM-15 é calculado pela soma dos valores referentes às respostas na escala de Likert, que, por sua vez, foi dividido pelo total de questões respondidas. O resultado obtido foi então transformado em uma escala linear de 0 a 100 através do uso da seguinte fórmula: $[(\text{escore}-1)/3]*100$. Não há um ponto de corte definido na literatura, porém, quanto maior o valor atingido, melhor será a qualidade da transição do cuidado e mais estruturados são os fluxos de transição do cuidado. A avaliação é realizada analisando os quatro fatores separadamente e a média geral (Coleman *et al.*, 2002; Acosta *et al.*, 2017).

As variáveis sociodemográficas e comorbidades estão representadas pela frequência absoluta e relativa. Os itens do CTM-15 são representados por frequências absolutas e relativas e por média e desvio-padrão (4 fatores e o fator geral). Os 4 fatores e o fator geral, calculados pelos itens do CTM-15, foram representados por média e desvio-padrão, além da mediana e intervalo interquartilico (mediana [P25; P75]) e mínimo e máximo. Também foi calculado o Alfa de Cronbach dos 4 fatores e do fator geral para medir a consistência interna. As médias dos fatores do CTM foram comparadas entre as variáveis sociodemográficas e as comorbidades usando testes paramétricos; o teste t para amostras independentes para comparar as médias das

variáveis com 2 categorias e a análise de variância (ANOVA *one-way*) para comparar as médias das variáveis com mais de 2 categorias. Considerando a homocedasticidade dos dados, foram realizados testes não-paramétricos, ou teste de *Mann-Whitney* ou teste de *Kruskal-Wallis*. O nível de significância adotado foi de 0,05. As análises foram realizadas pelo SPSS, v.25. Os dados serão apresentados por meio de tabelas.

3.3 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo respeita a Resolução n.º 466/2012 e foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa. À luz desta Resolução, atenta-se para os aspectos éticos envolvidos no estudo, tais como: preservação da privacidade, do anonimato, do caráter confidencial das informações e devolutiva dos resultados da pesquisa ao local do estudo. O estudo teve aprovação do Comitê de Ética sob número 4.361.273 (ANEXO C). Os participantes concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) lido antes de aplicar as perguntas por telefone (APÊNDICE A). Os participantes puderam interromper e desistir da pesquisa a qualquer momento. Mesmo depois de concordar com o TCLE, o participante continua com o direito de pleitear indenização por reparação de danos que apresente nexo causal com a pesquisa.

Quanto aos benefícios, a participação no estudo não trouxe benefício pessoal para o participante, e contribuirá para o aumento do conhecimento sobre o assunto estudado e os resultados poderão auxiliar na realização de futuros estudos. Os possíveis benefícios são para a população em médio e longo prazo, pois os resultados da pesquisa podem contribuir para a melhoria da transição do cuidado de pacientes com alta hospitalar para o domicílio.

Relacionado aos riscos, a pesquisa ofereceu o mínimo risco aos participantes, o qual está relacionado ao tempo dedicado para responder às perguntas por telefone, além da possibilidade de ocorrência de certo desconforto em responder algum tema abordado. Em caso de algum tipo de desconforto emocional relacionado ao questionário, os pesquisadores contaram com o apoio do Hospital Tereza Ramos para a realização do atendimento gratuito.

Houve possibilidade, ainda que remota, de quebra de sigilo, mesmo que involuntária e não intencional. Nesse caso, potenciais consequências na vida pessoal

e profissional dos participantes incluíram discriminação e estigmatização a partir do conteúdo revelado, por expor as percepções do participante acerca do tema coronavírus ou por ser um paciente participante que tenha sido contaminado pelo coronavírus.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Neste capítulo estão apresentados os resultados desta dissertação na forma de dois artigos científicos segundo a Instrução Normativa 02/PEN/2021, em dois momentos: manuscrito um e manuscrito dois. A discussão dos resultados é apresentada no conteúdo dos manuscritos.

4.1 MANUSCRITO UM

4.1.1 Transição do Cuidado em Pacientes após alta hospitalar pela Covid-19: Revisão Integrativa

4.1.2 Resumo

Objetivo: Analisar e sintetizar a produção científica sobre a Transição do Cuidado de pacientes internados pela Covid-19 após alta hospitalar, bem como identificar possíveis dificuldades e potenciais contribuições na implementação de estratégias de Transição do Cuidado. **Método:** Revisão Integrativa da literatura. A busca por artigos foi realizada nas bases de dados: PubMed/MEDLINE, Web of Science, EMBASE, CINAHL, LILACS, Cochrane, Scielo e Scopus. A amostra foi composta por 14 artigos publicados de 2020 a 2023. Extraíu-se dos artigos o tipo de estudo, ano de publicação, país de origem, objetivos e estratégias de Transição de Cuidado; dificuldades e potenciais contribuições para sua implementação. Os estudos foram selecionados por leitura dos títulos e resumos, seguido de leitura completa. Durante a extração de dados foram construídas as categorias temáticas e apresentadas de forma descritiva em um quadro. **Resultados:** Foram identificadas quatro categorias temáticas: Transição do Cuidado virtual (monitoramento remoto/ teleconsulta/ televisita/ telerreabilitação/ cuidado no domicílio); Trajetória e experiências vividas pelos pacientes afetados pela Covid-19 e pelos profissionais, nos ambientes de cuidado à saúde; Características na desospitalização de pacientes Covid-19, sintomas persistentes e necessidades de cuidado pós-alta identificadas; e Avaliação da Transição do Cuidado em pacientes Covid-19 por meio do CTM-15. **Conclusão:** Estratégias de Transição do Cuidado foram empregadas no enfrentamento da pandemia da Covid-19. Nesse período intensificou-se o uso de ferramentas da tecnologia da informação e, em conjunto com outros setores da saúde, as estratégias de transição do cuidado favoreceram o acesso à continuidade do cuidado. As equipes de saúde foram desafiadas a encontrar novas formas de trabalhar em rede, comunicar-se de forma mais eficaz e construir novos fluxos de atendimento aos pacientes, com vistas a melhorar as experiências destes no contínuo do cuidado em saúde.

Palavras-chave: Transição do Cuidado, Covid-19, pandemia.

4.1.3 Introdução

A Transição do Cuidado (TC) é uma estratégia emergente em diversos países, que objetiva superar a fragmentação dos serviços de saúde. É definida como um conjunto de práticas planejadas que coordenam o cuidado no decorrer do atendimento nos serviços de saúde, assegurando a continuidade do cuidado e a segurança do paciente durante transferência entre equipes em um mesmo serviço, entre hospitais ou entre diferentes níveis de atenção à saúde, como na alta hospitalar para a Atenção Primária à Saúde (APS) ou cuidado domiciliar (Coleman; Boulton, 2003; Bernardino *et al.* 2021).

A TC vem sendo estudada e empregada nas últimas duas décadas de forma mais intensiva e, durante a pandemia, aplicada a pacientes afetados pela Covid-19 (Reis *et al.*, 2022, 2023; Castellano E. *et al.*, 2022; Wasilewski M. B. *et al.*, 2023). Pesquisadores recomendam o uso da TC em pacientes Covid enquanto os conhecimentos específicos sobre a doença são produzidos, pois os modelos de TC existentes são baseados em evidências científicas e contêm os componentes necessários para abranger os cuidados essenciais (Naylor; Hirschman; McCauley, 2020; Landor; Schroeder; Thompson, 2020).

A TC, em conjunto à medicina de reabilitação, centro de enfermagem especializada e equipes de cuidados domiciliares, também é descrita como uma ferramenta capaz de reorganizar de forma rápida e coordenada o fluxo dos pacientes dentro/entre as instituições de saúde e para o domicílio, contribuindo para a disponibilidade de leitos para pacientes Covid agudos, evitando quebras na continuidade do cuidado (Anderson *et al.*, 2021a; Levin *et al.*, 2021).

Entre os benefícios apontados nos estudos sobre a TC, destacam-se a redução das reinternações hospitalares e das visitas à emergência, diminuição da mortalidade, redução dos custos hospitalares, diminuição dos eventos adversos, melhora da qualidade de vida e aumento da satisfação dos pacientes (Gheno; Weis, 2021). Schnipper (2022) recomenda que o foco da TC fique mais centrado em mortalidade e outros desfechos intermediários, como redução de eventos adversos pós-alta, melhorias no monitoramento e autogerenciamento, uso seguro de medicações e capacidade de identificar deterioração no estado clínico.

No contexto da saúde brasileira, a formalização do processo de TC é ausente, assim como a implementação de políticas públicas que a englobam. Essa lacuna

dificulta o compartilhamento de informações e responsabilidades no cuidado (Weber; Lima; Acosta, 2019). Embora o enfermeiro desempenhe um papel central na transição do cuidado, este aspecto recebe pouca atenção no contexto brasileiro, refletido pela escassez de produção científica sobre o tema (Lima *et al.*, 2018).

Tendo em vista o potencial de repercussão positiva na saúde do indivíduo e na otimização dos serviços de saúde, a Transição do Cuidado emerge como uma estratégia de grande interesse no enfrentamento da Pandemia COVID-19. Novos estudos, capazes de refletir e discutir sobre a temática, apresentam potencial de incitar um interesse premente por parte dos gestores de saúde, impulsionando, assim, a necessária regulamentação e implementação efetiva da prática no contexto da assistência em saúde. Dessa forma, o objetivo deste estudo é analisar e sintetizar as evidências científicas disponíveis na literatura sobre a Transição do Cuidado de pacientes internados pela Covid-19 após alta hospitalar, bem como identificar possíveis dificuldades e potenciais contribuições na implementação de estratégias de TC durante a pandemia.

4.1.4 Método

4.1.4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de revisão de literatura integrativa (RI) acerca da Transição do Cuidado em pacientes após alta hospitalar pela Covid-19. A RI é um método que proporciona a síntese do conhecimento de maneira ordenada e abrangente dos achados de trabalhos científicos, o que permite aprofundar a compreensão sobre um tema específico. Deve seguir um rigoroso método de busca, análise e síntese de dados e serve de base para tomada de decisões (Casarin, *et al.*, 2020).

Foi realizada em cinco etapas: na primeira etapa ocorreu a escolha e a definição do tema, a elaboração da questão de pesquisa, do objetivo e a identificação dos descritores. Na segunda etapa foram estabelecidos os critérios de seleção das publicações, realizada a busca nas bases de dados e a organização do banco de referências, além da seleção dos estudos que compuseram o *corpus* da análise. Na terceira etapa foi realizada a extração dos dados para a organização e sintetização

das informações pertinentes. Na quarta etapa, a interpretação e a discussão dos resultados; e, por último, na quinta etapa, a apresentação dos resultados de revisão.

O processo de seleção dos estudos foi guiado pelo *checklist Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis Protocols* – PRISMA-P (Shamseer *et al.*, 2015). A questão norteadora foi elaborada através da estratégia PICO, onde P = pacientes após internação por covid-19, I = estratégias de transição do cuidado após alta hospitalar, C = hospital/domicílio ou entre níveis de atenção à saúde, O = estratégias de transição do cuidado utilizadas em pacientes internados pela Covid-19 e possíveis dificuldades de implementação durante a pandemia. Quais são as evidências disponíveis na literatura sobre estratégias de Transição do Cuidado em pacientes afetados pela Covid-19 após a alta hospitalar, e quais as possíveis dificuldades e potencialidades da sua implementação?

4.1.4.2 Delimitação da amostra

A pesquisa eletrônica por artigos foi realizada em oito bases de dados em março de 2024 e inclui todos os artigos em inglês, português e espanhol. O recorte de tempo foi determinado pelo início da pandemia, ou seja, de 2020 até a data da busca. As bases de dados pesquisadas foram: BDENF/LILACS, CINAHL (EBSCO), Cochrane library, Embase (Elsevier), PubMed/MEDLINE, Scielo, Scopus Elsevier, Web of Science. Os descritores utilizados foram *Coronavirus Infections*, *Coronavírus*, *Infecções por Coronavirus*, *Infecciones por Coronavírus*, *SARS Virus*, *Vírus da SARS*, *Virus del SRAS*, *SARS-CoV*, *SARS-CoV-2*, *SARSCoV2*, *SARS2*, *SARS COV 2*, *Covid- 19*, *COVID19*, *COVID-2019*, *2019-nCoV*, *2019ncov*, *nCoV 2019*, *Transitional Care*, *Home Transition*, *Transition*, *Transition Care*, *Transitional Care*, *Cuidado Transicional*, *Cuidado de Transição*, *Cuidados de Transição*, *Transição para Casa*, *Tratamento Transicional*, *Tratamento de Transição*, *Cuidado de Transición* e *Transición al Hogar*. Os descritores foram combinados com os operadores booleanos AND e OR. As estratégias de busca foram criadas a partir do *Medical Subject Headings (MeSH)*, *Descritores em Ciências da Saúde (DeCS)* e *Entry Terms*.

4.1.4.3 Critérios de seleção

Após realizar as buscas das publicações nas bases de dados, a pesquisadora M.L.K.S. procedeu à exclusão dos artigos duplicados por meio do gerenciador bibliográfico *Mendeley*. Em seguida, realizou a leitura dos títulos e resumos, e foram excluídos os estudos sobre transição do cuidado em outros contextos, os artigos que não correspondiam ao tema, resumos de Anais, artigos de opinião ou comentários de especialistas. Foram incluídos todos os artigos que tratavam da TC aplicada no cuidado a pacientes pela Covid-19 publicados de 2020 até março de 2024.

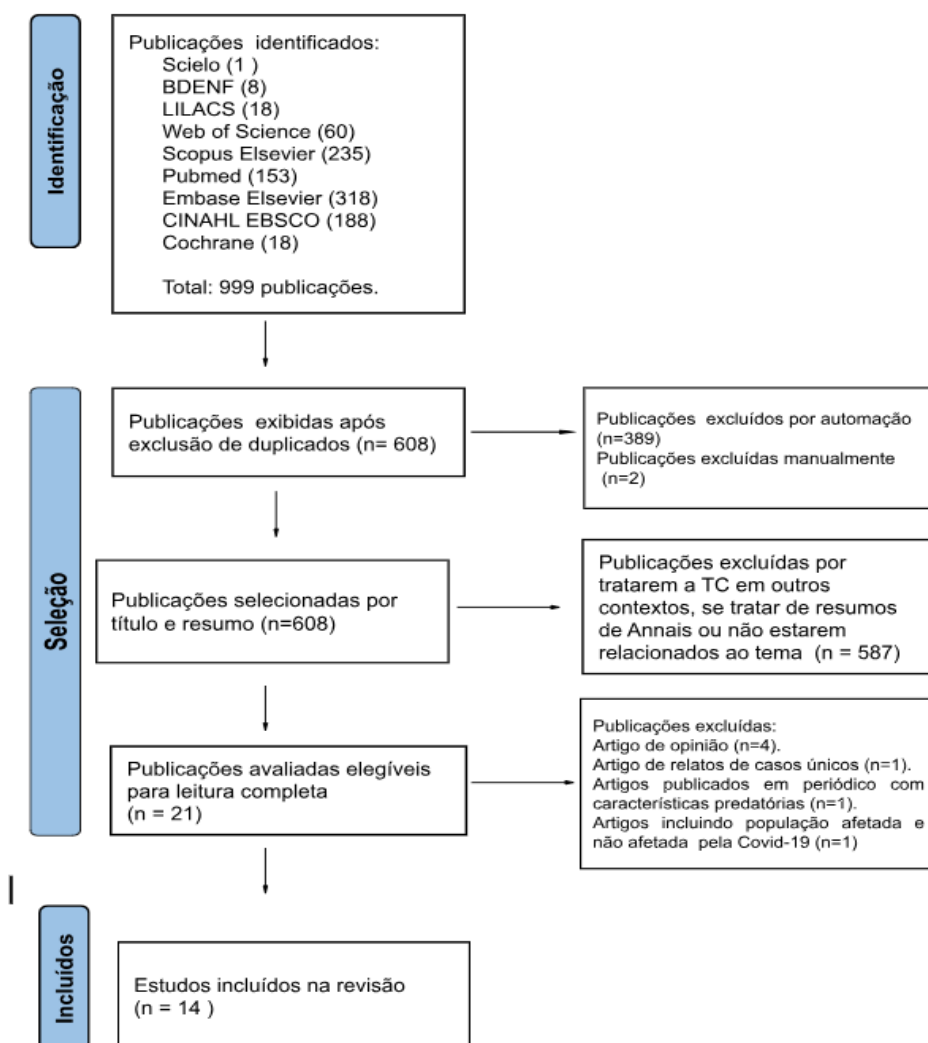
4.1.4.4 Variáveis e análise de dados

Após obter a mostra final dos artigos para revisão de acordo com os critérios de seleção, foi realizada sua leitura completa pela pesquisadora M.L.K.S. Os dados relevantes foram extraídos e desenvolvido um instrumento digital de coleta de dados, em que foram organizadas as principais características, como autor(es), ano de publicação, nome do periódico, país de origem, tipo de estudo, objetivo, estratégia de TC/dificuldades e potenciais contribuições na implementação e resultados. Os dados extraídos foram organizados em categorias temáticas. Esta etapa foi desenvolvida entre abril e junho de 2024.

4.1.5 Resultados

A pesquisa nas bases de dados identificou 999 potenciais publicações, dentre as quais 391 eram duplicadas. Após a seleção por título e resumo, em que foram aplicados os critérios de exclusão e de inclusão, restaram 21 artigos para leitura integral. A leitura minuciosa dos estudos resultou na seleção de 14 artigos incluídos na RI. A figura a seguir (Figura 1) ilustra o processo de seleção.

Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção dos estudos incluídos na revisão integrativa de acordo com o *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-analyses* (PRISMA). Florianópolis, SC, Brasil, 2024.



A leitura e a análise dos artigos, durante o processo de extração dos dados, levou à identificação de quatro categorias temáticas: 1) TC virtual (Monitoramento remoto/teleconsulta/televisita/telereabilitação/cuidado no domicílio); 2) Trajetória e experiências vividas pelos pacientes afetados pela Covid-19 e pelos profissionais, nos ambientes de cuidado à saúde; 3) Características na desospitalização de pacientes Covid-19, sintomas persistentes e necessidades de cuidado pós-alta identificadas; e 4) Avaliação da Transição do Cuidado por meio do CTM-15. A Figura 2 ilustra esse processo.

Figura 2: Principais dados extraídos dos artigos incluídos na análise por categoria temática.

Autores (ano); periódico ; país do estudo. Tipo de estudo	Objetivo	Estratégias de TC; dificuldades e potenciais contribuições na implementação das estratégias	Resultados
TC virtual (monitoramento remoto / teleconsulta / teleconsulta / telerreabilitação / cuidado no domicílio).			
Borgen <i>et al.</i> (2020). Population Health Management ; USA Estudo de coorte longitudinal	Melhorar o fluxo de pacientes e aumentar a disponibilidade de leitos por meio da elaboração e aplicação de intervenção intensiva de TC à pacientes Covid-19	Oxigenoterapia em domicílio / monitoramento remoto e visitas virtuais por médicos e enfermeiros	No grupo de intervenção, 12,5% tiveram visitas às emergências nos 30 dias seguintes à alta. No grupo-controle, 28,2% tiveram visitas à emergência nos 30 dias seguintes. Esta diferença foi estatisticamente significativa ($p < 0,001$). Nas reinternações não se observaram diferenças significativas. O tempo de internação foi menor no grupo de intervenção ($p < 0,001$). Estratégia foi avaliada como efetiva no aumento da disponibilidade de leitos para tratamentos de pacientes agudos, porque reduz o tempo de permanência no hospital.
Driver <i>et al.</i> (2021). Journal of Clinical Nursing ; USA. <i>Quality improvement implementation project</i>	Adaptar e dimensionar com agilidade um programa de Transição dos Cuidados, coordenado por enfermeiras, para prover monitoramento intensivo em domicílio e otimizar o cuidado	Informar ao paciente resultados de testes Covid-19 por telefone em 24h após o teste e fazer monitoramento diário por 2 semanas por meio de telefone e videochamadas, se necessário,	O programa obteve êxito no objetivo e foi conduzido majoritariamente por enfermeiras. Conseguiu coordenar remotamente o cuidado com segurança para 85% da população de pacientes de alto risco geograficamente dispersos, quase

	ambulatorial aos pacientes num grande sistema de saúde nos EUA.	naqueles que testaram positivo para Covid-19. Conectar o cuidado a outros programas necessários como o hospital em casa, especialistas médicos, profissionais de cuidados primários e referenciar a hospitais em casos de piora.	totalmente por telefone. O programa foi depois adaptado para um modelo mais sustentável e disseminado para equipes de cuidado primário individual.
Castellano, E. <i>et al.</i> (2022). Endocrine, Metabolic & Immune Disorders-Drug Targets ; Itália. Relato de Série de Casos	Adotar um protocolo individualizado de transição e de acompanhamento de curto prazo com teleconsultas, realizadas por uma equipe multiprofissional especializada, em pacientes hiperglicêmicos internados pela Covid-19 e que iniciaram uso de insulina.	Uso de teleconsultas por equipe multidisciplinar especializada, com ou sem vídeo, para acompanhar os pacientes com Covid-19 e Diabetes, e titular a insulina por 30 dias após a alta hospitalar. A frequência das consultas foi individualizada conforme necessidade.	Todos os pacientes que participaram do estudo permaneceram até o final e não foram reinternados. Na maioria dos casos, a insulina foi reduzida e foi evitada hiper ou hipoglicemia.
Reis, N. <i>et al.</i> (2022); Int. J. Environ. Res. Public Health ; Portugal Estudo qualitativo - Grupo Focal	Identificar os aspectos a serem considerados no planejamento e na implementação das intervenções de telerreabilitação que garantem a TC após a alta em pacientes com Covid Longa e, em segundo plano, identificar os possíveis aspectos positivos da telerreabilitação.	Elementos de TC identificados como aspectos necessários: Coordenação multidisciplinar do cuidado entre os diferentes níveis de atenção; Preparo antecipado da alta hospitalar, iniciando a reabilitação pulmonar e física ainda no espaço hospitalar; Comunicação entre enfermeiras do hospital e da APS;	Emergiram quatro categorias da análise do conteúdo: 1) Coordenação entre os níveis do cuidado; 2) Intervenções de telerreabilitação de Cuidado Transicional; 3) Vantagens da telerreabilitação e, 4) Oportunidades para a telerreabilitação. A virtualização do cuidado em saúde foi acelerada pela pandemia e permite a aproximação entre os

		VD realizada pela APS para identificar necessidades da família, cuidador e recursos da comunidade; Uso de tecnologias de comunicação para assistir os pacientes fazendo telerreabilitação.	profissionais dos diferentes níveis de cuidado. Pode atuar como facilitador de comunicação e aproximação das equipes de saúde.
Reis, N. <i>et al.</i> (2023); Healthcare ; Portugal Estudo quantitativo piloto, pré e pós sem grupo controle equivalente	Avaliar o resultado da telerreabilitação em pessoas com lesões associadas à Covid-19 nas transições hospital/comunidade, considerando o grau de dependência para realizar as atividades da vida diária, sintomas respiratórios, fadiga, capacidade de locomover-se, força muscular, ansiedade e depressão.	Monitoramento e supervisão remotos das atividades de reabilitação após infecção pela Covid-19, realizada por videochamadas. Atividades de educação em saúde e estímulo à autonomia no autocuidado, realizados por videochamadas.	Após 12 semanas, o grupo de intervenção apresentou frequência cardíaca (FC) mais baixa ($p=0,005$); melhor funcionalidade pós-Covid ($p<0,0001$); fadiga diminuída ($p<0,0001$); menos dispnéia ($p<0,0001$); aumento na capacidade de autocuidado ($p=0,034$) e atividades de lazer ($p=0,01$); melhora no teste de sentar e levantar ($p<0,0001$); sensação de fazer menos esforço para executar o teste de levantar e sentar ($p<0,0001$), mas um aumento na FC no mesmo teste ($p=0,0001$). Também apresentou diminuição na ansiedade ($p=0,004$) e na depressão ($p<0,0001$).
Trajetória e experiências vividas pelos pacientes afetados pela Covid-19 e pelos profissionais, nos ambientes de cuidado à saúde			

Wasilewski, M. B. <i>et al.</i> (2023); <i>International Journal of Integrated Care</i>; Canadá. Estudo qualitativo descritivo	Investigar a trajetória dos pacientes Covid-19 nos ambientes de cuidado à saúde sob a perspectiva dos pacientes, cuidadores e prestadores de cuidados para compreender as suas experiências com o cuidado e recuperação dentro e entre os ambientes de cuidado.	Equipe de saúde com dificuldades de dar informações sobre a doença e prognósticos pelo fato de ser uma doença nova. Tempo de contato dos profissionais com o paciente e tempo de internação reduzido dificultou preparo para transferências/alta. Comunicação entre profissionais e pacientes prejudicada pela pressa, distanciamento físico e medo. Profissionais da ala de reabilitação mais preocupados em acessar as preocupações e necessidades dos pacientes. Lista com exercícios físicos fornecidos na alta pelo fisioterapeuta para fazer em casa e contatos de fisioterapeutas. Continuidade dos cuidados pós-alta interrompidos ou precários pela inexistência e medo de os profissionais se infectarem.	Três temas emergiram: 1) a qualidade e o ritmo dos cuidados percebidos pelos pacientes melhorou na ala de reabilitação em relação à ala de cuidados agudos; 2) a transição do cuidado foi especialmente estressante, com profissionais e pacientes sentindo-se despreparados e apressados pela necessidade de disponibilizar o leito. Foi sugerida uma melhor integração entre as alas para melhorar a transferência dos pacientes; 3) A recuperação da Covid-19 estagnou após a alta, por causa das restrições da pandemia e carência de recursos, e a telerreabilitação pode ser a ferramenta para garantir acesso ao suporte à recuperação na comunidade/domicílio. A percepção da qualidade dos cuidados recebidos pelo paciente teve influência importante dos aspectos relacionais, como empatia, disposição e interesse da equipe com o paciente.
---	--	--	--

Ganton, J. <i>et al.</i> (2022); Heath Expectations; Canadá Estudo qualitativo descritivo	Compreender as experiências vividas pelos pacientes afetados pela Covid-19 à medida que se recuperam em casa após a transição do hospital para casa. E, a partir disso, informar iniciativas de melhorias acerca do suporte, informação, recursos e práticas que podem guiar e preparar os pacientes para alta e recuperação em casa, incluindo autogerenciamento e cuidados de seguimento.	Ter cuidador/familiar ou serviços de cuidado em domicílio para dar suporte após alta; Acesso a médico da família para seguimento após alta; Contato telefônico após alta com médico especialista ou da família, além da equipe de transição do sistema de saúde local; Acesso telefônico à linha de ajuda do sistema de saúde local; Processo de alta hospitalar com falha na comunicação e informação dada no dia da alta; Inconsistências nas informações dadas aos pacientes; Informações de alta somente escritas; Protocolos de alta hospitalar e de seguimento não unificados.	Emergiram três temas: 1) <i>Status</i> de saúde atual - a recuperação ao normal pré-Covid foi afetada pela idade, condições de saúde prévias, severidade da infecção, persistência de sintomas e suporte assistencial; 2) Preparação para desospitalização e seguimento pós-alta - afetado pelas inconsistências nas avaliações e notificações de alta, nas informações para organizar transporte e na comunicação do estado de saúde aos pacientes e familiares (foi sugerida pelos pacientes melhoria na comunicação verbal, na educação do paciente, na organização do transporte e informações sobre a reabilitação disponíveis); 3) Experiências na internação - a maioria teve boas experiências e atribuiu as falhas às restrições inerentes à pandemia, como o isolamento, carência de terapias de suporte e pouco tempo para assistir e avaliar os pacientes à beira do leito (pacientes sugeriram avaliações mais frequentes e que levem em conta as suas necessidades).
--	--	---	---

Newman, G. <i>et al.</i> (2023). <i>Age and Aging</i>; Reino Unido. Estudo qualitativo descritivo e interpretativo	Obter informações sobre como a pandemia afetou a segurança das transições do hospital para as casas de repouso de idosos.	Processos de alta hospitalar realizados priorizando agilidade em detrimento à segurança do paciente. Altas rápidas não propiciam informações claras e eficientes acerca das mudanças na medicação e estado de saúde/doença do paciente. Processo de comunicação precário na alta hospitalar, gerando medo e estresse. A participação da família no cuidado foi interrompida, afetando o planejamento e desenvolvimento do cuidado. Imposições das medidas de controle de infecção impediram a equipe de levar em consideração as necessidades dos pacientes, levando a um cuidado impessoal e não centrado no paciente. No avançar da pandemia, ocorreu uma integração maior entre serviços e modos inovadores de promover acesso e segurança do paciente. Desenvolvimentos decorrentes dos desafios da pandemia acarretaram uma cultura de trabalho com mais confiança.	Foram desenvolvidos três temas: 1) Novos desafios - descreve a pressão para receberem pacientes que tiveram alta hospitalar em meio a inconsistências na testagem para Covid-19, mídia controversa e mudanças nos processos de trabalho que afetaram negativamente a equipe. 2) Desumanização - descreve como os idosos internados eram tratados de forma impessoal e sem consideração pela preferência do paciente em função das restrições sanitárias e necessidade de acelerar a alta hospitalar. O isolamento foi percebido por eles como estar preso, gerando medo, sentimentos e reações negativas das famílias. 3) Melhores formas de trabalhar - descreve como profissionais da saúde e da assistência social desenvolveram relações que melhoraram a integração e a confiança que beneficiaram a prestação de cuidados. Introdução da tecnologia para consultas remotas e comunicação entre diferentes setores, facilitando integração, discussão e o acesso.
---	--	---	--

Características na desospitalização de pacientes Covid-19, sintomas persistentes e necessidades de cuidado pós-alta identificadas

Loeric, L. B. <i>et al.</i> (2021). Healthcare; USA <i>Primary care-based TCM Quality Improvement Initiative</i>	Descrever o perfil dos pacientes internados com Covid-19, por meio de revisão retrospectiva de prontuários, para prever o cuidado necessário após a alta hospitalar e coordenar o cuidado junto à Atenção Primária.	18,1% dos pacientes tiveram uma descrição precisa nos registros do prontuário sobre a duração do isolamento após alta. 52,3% dos pacientes tiveram um cuidador pós-alta identificado nos registros do prontuário. 26,8% dos pacientes tiveram alta com consulta agendada na atenção primária (APS) e 1,3% com especialistas. Telemedicina foi especificada para seguimento após alta (23,5% na APS e 0,6% nas especialidades). Reconciliação medicamentosa foi realizada pela APS. Alta com prescrição de exames de sangue e de imagem para fazer após alta.	90,6% dos pacientes tiveram alta direto para casa, 8,1% para Centros especializados de enfermagem (SNF), 1,3% para departamentos de saúde pública de quarentena, 2,9% tiveram dificuldade de realocação pela dificuldade no autocuidado, resultando em 1,3% de internação prolongada. 24,2% necessitaram de algum serviço domiciliar após a alta, incluindo terapia física ou ocupacional (13,5%), enfermagem (5,2%) e oxigenoterapia (13,2%). 72,6% dos pacientes precisaram continuar o isolamento após a alta. 83,2% dos pacientes foram identificados com necessidade de seguimento com APS, e 29% com especialistas (cardiologia e nefrologia foram mais frequentes). 10% dos pacientes tiveram recomendação de fazer exames de sangue; e 6,8%, exames de imagem. 66,8% dos pacientes tiveram uma nova medicação de uso contínuo para os 6 meses seguintes, entre os quais broncodilatadores, antitussígenos, antipiréticos e
---	--	---	---

			anticoagulantes. 23,2% tiveram alta com medicação de uso contínuo prolongado, entre os quais antihipertensivos e antidiabéticos. 68,7% tiveram alta com pelo menos um sintoma persistente, entre os mais comuns a tosse (44,5%) e falta de ar (44,2%). 7,7% dos pacientes necessitaram voltar à emergência após alta e 5,2% foram reinternados.
Bayou; Wong (2023); <i>Journal of Clinical Nursing</i>; China. Revisão de escopo	Avaliar e classificar as necessidades de cuidados de transição após alta hospitalar de pacientes em recuperação da Covid-19.	Na avaliação das necessidades pós-alta foi considerado o contexto socioeconômico em que o paciente está inserido após alta hospitalar, além das condições de saúde física e mental, bem como comportamentos relacionados à saúde.	Avaliou quatro domínios para identificar problemas que requerem cuidado após alta: 1) Ambiente - identificou a renda. Avaliou fatores que afetam as condições socioeconômicas dos pacientes, como capacidade de retornar ao trabalho em função do estado de saúde, perda de emprego, ou gasto das economias na internação. 2) Psicossocial - identificou saúde mental. Manifestações de ansiedade, medo, estresse e depressão persistentes após infecção pela Covid-19. 3) fisiológico - identificou a persistência de dor muscular, dor de cabeça, queda de cabelo; desconforto na respiração

			expressa por tosse, dispneia, embolia e fibrose pulmonar; hidratação e digestão afetada expressa por dificuldade de engolir, não sentir cheiro e gosto; circulação afetada expressa fatores de coagulação altos, infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca; função neuro-músculo-esquelética afetada com diminuição da capacidade de exercício, fraqueza muscular, dor articular, fadiga; capacidade cognitiva diminuída com memória limitada e pouca concentração; confusão mental. 4) Comportamentos relacionados à saúde - identificou cuidados pessoais prejudicados em pacientes com fadiga e dispneia; e padrões de sono prejudicados expressos por insônia.
Hattingh <i>et al.</i>, (2023); Pharmacy; Australia. Estudo transversal e auditoria retrospectiva	Avaliar o gerenciamento de medicamentos e fatores de risco em pacientes internados pela Covid-19 que foram transferidos do hospital para modelos de cuidado virtual.	Reconciliação medicamentosa. Lista escrita de medicamentos para uso após internação.	Na auditoria, 43% dos pacientes tiveram revisão das medicações realizadas por farmacêuticos enquanto estavam no hospital, e 29% receberam uma lista de medicações na ocasião da alta. 92% dos pacientes iniciaram pelo menos uma nova medicação de alto-risco para danos durante a internação, e 40% tiveram alta com uma nova medicação de alto-risco

			iniciada. Nenhum dos dois fatores foi considerado prioritário para receber a revisão da medicação por farmacêutico. No estudo transversal, 25% dos pacientes selecionados responderam ao questionário; destes, 70% reportaram ter recebido informação adequada sobre a medicação durante a transição, e 55% durante o período de cuidados no modelo virtual.
Avaliação da Transição do Cuidado por meio do CTM-15			
Acosta, A. M. <i>et al.</i> (2023); Rev. Esc. Enferm. USP; Brasil. Estudo Quantitativo Transversal	Avaliar a qualidade da transição do cuidado e compará-la com as características clínicas e de continuidade do cuidado pós-alta hospitalar de sobreviventes de Covid-19.	Escore médio de avaliação da transição do cuidado de 74,2, que é considerado satisfatório (realizado por meio do CTM-15). Comunicação com profissional de saúde após alta por telefone, e-mail, mensagem ou VD. Visita domiciliar de Agente Comunitário de Saúde. Atendimento após alta: na APS de referência, ambulatório do hospital ou serviço privado.	Fatores associados com maior qualidade de TC foram: internação em Unidade de Terapia Intensiva ($p=0,001$); ventilação mecânica não invasiva ($p=0,05$); uso de drogas vasoativas ($P=0,027$); ter consulta agendada após alta hospitalar ($p=0,014$); tempo de internação ($p=0,017$). Fatores associados com avaliação mais negativa; sintomas persistentes pós-internação, como fadiga ($p=0,008$), dificuldade de fazer atividades de esforço moderado ($p=0,003$), grau de dificuldade para recuperar-se ($p=0,003$).

Dantas, M. N. P. <i>et al.</i> (2023); REBen; Brasil. Estudo Quantitativo Transversal	Analisar a Transição do cuidado de pacientes após internação por Covid-19.	Escore médio de avaliação da transição do cuidado de 71,68, que é considerado satisfatório (realizado por meio do CTM-15).	Escore de avaliação da TC por fator: Fator treinamento de autogestão= 75,15. Fator Entendimento sobre medicações=74,10. Fator Preferências asseguradas= 71,87. Plano de cuidados= 65,60. Teve uma associação fraca entre tempo de internação e os fatores da TC.
Arrais, D. J. L. <i>et al.</i> (2023); Nursing Forum; Brasil. Estudo Quantitativo Transversal	Identificar as características clínicas e sociodemográficas e fatores associados à transição do cuidado em pacientes recuperados após Covid-19.	Escore médio de avaliação da transição do cuidado de 87,4, que é considerado satisfatório (realizado por meio do CTM-15).	Escore de avaliação da TC por fator: Fator treinamento de autogestão= 82,6. Fator Entendimento sobre medicações= 86,6. Fator Preferências asseguradas= 82,0. Plano de cuidados= 81,2. Teve associação entre avaliação da TC e alguns fatores clínicos: Diabetes e treinamento de autogestão ($p=0,023$); câncer e Preferências asseguradas ($p=0,051$) e obesidade com todos os quatro fatores ($p<0,005$).

Fonte: dados extraídos dos artigos revisados pela autora.

4.1.5.1 Caracterização dos estudos

Entre as categorias temáticas desta revisão, o atendimento virtual relacionado à TC em pacientes afetados pela Covid-19 teve o maior número de publicações (cinco), incluindo desde atividades de teleconsultas, monitoramento remoto até cuidados de telerreabilitação, por meio do uso de tecnologias de informação, como chamadas telefônicas, videochamadas, entre outros. As abordagens metodológicas dos estudos variaram bastante e foram desenvolvidas por diversas categorias profissionais. Três artigos versaram sobre a temática da trajetória e experiências dos pacientes nos ambientes de cuidado à saúde. Todos com abordagem qualitativa e desenvolvidos por profissionais de diversas áreas do conhecimento. Dois destes foram produzidos no Canadá e um no Reino Unido. Acerca das características na desospitalização de pacientes Covid-19, sintomas persistentes e necessidades de cuidado pós-alta identificadas, três artigos abordaram o tema com diferentes enfoques metodológicos. Uma revisão de escopo (produzido na China) com foco na identificação de problemas persistentes após internação por covid, incluindo saúde mental, renda, sintomas físicos e comportamentos relacionados à saúde. Um estudo transversal, que abordou a reconciliação medicamentosa na TC (produzido na Austrália; e um *Primary care-based TCM Quality Improvement Initiative* (produzido nos EUA), que abordou os sintomas persistentes e a coordenação do cuidado junto à APS. Na categoria de avaliação de TC, todos eram quantitativos transversais, com origem no Brasil e desenvolvidos pela enfermagem.

4.1.6 Discussão dos Resultados

As condições específicas impostas ao mundo pela pandemia da Covid-19 levaram o setor da saúde a pesquisar e testar novas soluções para atender às necessidades de cuidado dos pacientes. O rápido aumento de pacientes agudos demandou uma urgência por disponibilidade de leitos hospitalares, o que, por sua vez, acarretou processos de alta acelerados e necessidade de redesenhar o fluxo dos pacientes dentro dos hospitais, entre instituições e para a comunidade (Levin *et al.*, 2021). Nesta perspectiva, as estratégias de TC junto com o cuidado nos domicílios (virtual e presencial) apresentam-se como uma oportunidade para preencher a lacuna existente na continuidade dos cuidados (Anderson *et al.*, 2021a).

No contexto da pandemia, o desenvolvimento de sistemas de cuidado remoto foi fomentado, dadas as medidas restritivas de circulação adotadas com o intuito de frear a velocidade de expansão da doença (Fried *et al.*, 2023). Tornou-se notável o emprego de tecnologias da informação para prover atendimento virtual remoto aos pacientes. Estudos apontam o emprego do atendimento remoto como viável, aplicável por diversos profissionais, redutor de iniquidades de acesso e de custos (Almeida *et al.*, 2023) e redutor do tempo de internação (Fried *et al.*, 2023; Borgen *et al.*, 2020).

Estudo de revisão sistemática conduzido por Fried *et al.*, (2023) sobre pacientes Covid graves em uso de oxigênio em espaços extra-hospitalares, acompanhados por profissionais de saúde de forma remota por meio do emprego de telemonitoramento, uso de aplicativos móveis, chamadas por telefone e outras formas de o paciente contactar a equipe de saúde, considerou ser uma estratégia que tem potencial para esta população. De maneira geral, os estudos apontaram redução do tempo de internação, satisfação dos pacientes, mas com altas taxas de reinternações. Concluem que a seleção adequada dos pacientes, o ambiente ambulatorial adequado e modelos de intervenção personalizados parecem ser fundamentais para o sucesso da implementação e dos resultados.

Teleatendimentos e monitoramento remoto já eram uma prática na TC (Ghenó; Weis, 2021) e, durante a pandemia, intensificaram-se. Nos EUA, por exemplo, as visitas de gerenciamento da TC nos domicílios dos pacientes que eram presenciais antes da Covid-19 migraram em grande parte para televisitas, conforme ocorriam os picos da Covid-19 (Anderson *et al.*, 2021b). Não se observou aumento nas reinternações e nem na mortalidade nos 30 dias seguintes à alta, com a migração da TC para modelos virtuais (Shen E. *et al.*, 2024).

No Japão, vários hospitais implementaram o uso de aplicativos de comunicação para discutir planos de alta previamente com os familiares. No entanto, ainda ficou pendente o desenvolvimento de estratégias híbridas de TC (virtual com um mínimo de presencial) para favorecer o estabelecimento de relações de confiança entre pacientes/familiares e equipe de saúde, que proporcionam apoio psicológico, decisão compartilhada, bem como a avaliação de riscos (Sumikawa Y; Yamamoto-Mitami N., 2021).

Outro estudo sobre TC conduzido na Noruega (Silsand; Severinsen; Berntsen, 2021) por uma equipe de cuidados centrados no paciente evidenciaram que a videoconferência é uma boa solução para muitos pacientes com necessidades

complexas e cuidados de longo prazo, apesar de necessitar do suporte familiar ou de cuidadores. Economizou tempo de deslocamento, melhorou o compartilhamento de informações entre níveis de cuidado e otimizou o tempo dos profissionais. Isso sugere que a inclusão da videoconferência contribuiu para manter o foco do cuidado centrado na pessoa durante a pandemia.

Neste ínterim, os pacientes que já enfrentavam dificuldades de se orientar no sistema e acessar os serviços de saúde em tempos normais tiveram ainda mais desafios para fazê-lo durante o início e nos picos da pandemia (Landor; Schroeder; Thompson; 2020). Com a superlotação dos serviços com novos infectados simultaneamente e com necessidade de leitos de internação disponíveis, além da escassez de serviços de saúde pós-agudos no domicílio/comunidade (Wasilewski *et al.*, 2023), tornaram árduas também para as equipes de saúde as tarefas de coordenar o cuidado garantir a continuidade do cuidado aos pacientes.

Uma das formas encontradas de superar as dificuldades no atendimento dos pacientes agudos foi acelerar a alta hospitalar (Gustavson *et al.*, 2021). No entanto, isso desencadeou problemas nos cuidados após a fase aguda, como: insegurança, ansiedade nos pacientes/familiares e profissionais de saúde, comunicação ineficiente, cuidado não centrado no paciente, aumento no risco de complicações pós-alta, reinternações e descontinuidade do cuidado (Newman *et al.*, 2023; Wasilewski *et al.*, 2023). Isso tudo somado aos problemas que já enfrentavam, como medo do desconhecido, luta para sobreviver, prognóstico não previsível e solidão do isolamento (Jamili *et al.*, 2021).

As mudanças de fluxo e a carência de conhecimento para lidar com a Covid-19 afetaram os profissionais de saúde e comprometeram a qualidade dos serviços prestados (Newman *et al.*, 2023). O medo do contágio diminuiu o tempo de contato dos profissionais com os pacientes, afastou os familiares e prejudicou a comunicação entre equipe de saúde e pacientes, bem como entre as equipes de saúde (Wasilewski *et al.*, 2023). Todo o processo de preparo para a alta hospitalar e a recuperação subsequente em casa ficou prejudicado.

Em simultâneo, além da introdução dos atendimentos virtuais, outros movimentos de busca por soluções ocorriam, e novas formas de trabalhar foram desenvolvidas na medida em que as condições da pandemia se estabeleciam (Newman *et al.*, 2023). Logo percebeu-se que a Covid-19 não sairia de circulação tão cedo, dado o comportamento da população em relação à vacinação e ao surgimento

de novas variantes com comportamentos clínicos variados (Lai *et al.*, 2022). Com isso, cresceu a urgência de retomar as demandas reprimidas dos pacientes durante a pandemia e após cerca de três anos do início, a Covid-19 passou a ser tratada como uma doença contagiosa junto com as demais (OMS, 2023).

O início da pandemia foi caracterizado pela preocupação em lidar com os pacientes agudos e pouca atenção foi dada à fase pós-aguda (Naylor *et al.*, 2020). Com a descoberta da Covid Longa, percebeu-se que a qualidade de vida, o retorno às atividades da vida diária, inclusive as laborais, ficaram gravemente afetadas (Miranda *et al.*, 2022). Isso nos faz perceber que estudos que exploram as características dos pacientes Covid na alta hospitalar contribuem para entender melhor as suas necessidades e, a partir disso, os fluxos de atendimentos após a fase aguda podem ser planejados e construídos. Ainda, podem nos ajudar a identificar fragilidades na TC, como no estudo sobre medicações de Hattingh *et al.*, (2023), em que foi identificada a necessidade de estabelecer uma classificação de risco para a reconciliação medicamentosa a ser realizada por farmacêutico.

Em relação aos estudos de avaliação da TC, as publicações tiveram origem no Brasil e concentram-se sobre avaliação de TC por meio do instrumento validado ao local por Acosta (2017), que é o CTM-15. Interessante notar que, como já descrito na introdução, não há regulamentação acerca da TC, como também não existem Enfermeiros de Transição neste país. No entanto, as avaliações de TC têm um padrão parecido e um escore médio geral satisfatório.

Vale ainda ressaltar que o Brasil tem um Sistema Único de Saúde (SUS), organizado em Redes de Atenção à Saúde (RAS), o qual tem características de sistema integrado de saúde (Mendes, 2011) e todos os 3 estudos selecionados nesta categoria, assim como muitos outros, são realizados com amostras de pacientes deste sistema. O SUS tem mecanismos intrínsecos que favorecem a continuidade dos cuidados, que, por sua vez, têm uma relação interdependente com a coordenação do cuidado. Estes precisam atuar sinergicamente para que o sistema alcance serviços integrados e contínuos (Santos *et al.*, 2022).

Dessa forma, é compreensível que as avaliações de TC se apresentem satisfatórias, apesar de o contexto ser controverso. Além disso, recentes mudanças ocorreram no conceito de continuidade do cuidado, o que, atualmente, é considerado multidimensional e voltado à percepção do paciente acerca do cuidado coordenado em consonância com as suas necessidades (Santos *et al.*, 2022). Pode-se perceber

que estes conceitos que permeiam o SUS têm muito em comum com os princípios de uma TC eficaz, que inclui o paciente e a família no planejamento, considera as preferências do paciente e faz a ponte entre os serviços de saúde, compartilhando informações.

Outro aspecto digno de nota é a avaliação do Plano de Cuidados (Fator 4), que teve o escore mais baixo nos três estudos. As instituições brasileiras não têm serviços estruturados de planejamento de alta hospitalar, sendo a alta realizada pelos mesmos profissionais que prestam a assistência, sem planejamento estruturado e sem a participação da família (Valente *et al.*, 2022). Porém, recentemente alguns hospitais começaram por iniciativa própria a constituir escritórios de alta, que passaram a executar esta tarefa (Grupo Hospitalar Conceição, 2017; SESA, 2021; Bernardino *et al.*, 2022). O planejamento de alta tem sido apontado como um ponto frágil da enfermagem brasileira em alguns estudos (Souza *et al.*, 2020; Oliveira *et al.*, 2021; Valente *et al.*, 2022).

Considerando que as restrições de contato impostas pela pandemia afastaram os familiares do processo de alta hospitalar, é possível que a avaliação mais negativa do Plano de Cuidados possa estar relacionada a dificuldades de executá-lo no domicílio. Em estudo sobre o impacto das restrições de visitas durante a pandemia, foi constatado que a ausência dos familiares piora os desfechos em saúde (Silvera *et al.*, 2021). Além disso, uma possível falha do seguimento da fase pós-aguda na APS ou com especialistas em ambulatorios pode estar associada. A carência de serviços de saúde para a fase de recuperação na comunidade foi uma realidade no início da pandemia (Wasilewski *et al.*, 2023).

4.1.7 Conclusão

A TC englobou diversas estratégias durante o enfrentamento da pandemia da Covid-19 e, apesar das dificuldades encontradas, ajudou a levar o cuidado aos pacientes, mesmo que de forma remota. A intensificação das tecnologias da informação de forma mais intensiva na execução da TC durante a pandemia foi uma contribuição notável, desenvolvendo novas percepções acerca do potencial do atendimento remoto (monitoramento, visitas, consultas, reabilitação, discussões entre profissionais e familiares). A TC contribuiu para a diminuição das quebras no cuidado, atuando em conjunto com outros setores do cuidado, como a reabilitação e os

cuidados domiciliares. A pandemia foi, em simultâneo, um momento de crise na Transição do Cuidado, como uma oportunidade de desenvolvimento.

A escassez de serviços de reabilitação na comunidade, o isolamento, o medo, a ausência/restrrição de familiares durante internação, a comunicação prejudicada entre equipes de saúde e pacientes desencadeou sofrimento psíquico e TC ineficientes. As equipes de saúde foram desafiadas a encontrarem formas novas de trabalhar em rede, de se comunicarem melhor e construírem novos fluxos para dar conta das novas demandas. Compreender as experiências e vivências dos pacientes na trajetória dentro dos sistemas de saúde contribui para a identificação das suas necessidades e para o planejamento dos serviços de saúde. Por se tratar de uma estratégia capaz de conectar os diferentes níveis de atenção em saúde, a TC mostra-se promissora no enfrentamento de momentos de crise no setor.

4.1.8 Referências

ACOSTA, A. M. *et al.* Brazilian version of the Care Transitions Measure: translation and validation. **International Nursing Review**, [s.l.], v. 64, n. 3, p. 379-387, 2017. DOI: Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/inr.12326>

ALMEIDA, O. A. E. de *et al.* Estratégias de telessaúde no atendimento às pessoas com doença renal crônica: revisão integrativa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 31, p. e4051, 2023. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.6824.4051>

ANDERSON, M. L.; MALONE, M. L.; EDES, T. Reaching beyond our walls: are we meeting the needs of those who need us most?. **Journal Of The American Geriatrics Society**, [s.l.], v. 69, n. 5, p. 1183-1185, 2021a. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/jgs.17131>

ANDERSON, T. S. *et al.* Trends in telehealth and in-person transitional care management visits during the COVID-19 pandemic. **Journal Of The American Geriatrics Society**, [s.l.], v. 69, n. 10, p. 2745-2751, 2021b. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/jgs.17329>

BERNARDINO E. *et al.* Cuidados de transição: análise do conceito na gestão da alta hospitalar. **Escola Anna Nery**, [s.l.], v. 26, p. e20200435, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0435>

BERNARDINO, E. *et al.* Complex clinical hospital model of discharge management: conception and implementation. **Cogitare Enfermagem**, [s.l.], n. 27, p. e87463, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.87463>

BORGEN, I. *et al.* From Hospital to Home: an intensive transitional care management intervention for patients with covid-19. **Population Health Management**, [s.l.], v. 24, n. 1, p. 27-34, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1089/pop.2020.0178>

CASARIN, S. T. *et al.* Tipos de revisão de literatura: considerações das editoras do *Journal of Nursing and Health / types of literature review*. **Journal Of Nursing And Health**, [s.l.], v. 10, n. 5, p. e20104031, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.15210/jonah.v10i5.19924>

CASTELLANO, E. *et al.* A Multi-professional Approach for Transition of Care at Discharge in Hyperglycemic Inpatients with COVID-19: a single center study. **Endocrine, Metabolic & Immune Disorders - Drug Targets**, [s.l.], v. 22, n. 13, p. 1313-1318, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.2174/1871530322666220104100944>

COLEMAN, E. A.; BOULT, C., Improving the Quality of Transitional Care for Persons with Complex Care Needs. **Journal Of The American Geriatrics Society**, [s.l.], v. 51, n. 4, p. 556-557, 2003. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1532-5415.2003.51186.x>. Acesso em: 11 set. 2023.

FRIED, S. *et al.* Transition of Care Interventions to Manage Severe COVID-19 in the Ambulatory Setting: a Systematic Review. **Internal And Emergency Medicine**, [s.l.], v. 19, n. 3, p. 765-775, 2023. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s11739-023-03493-4>

GHENO, J.; WEIS A. H. Care Transition in Hospital Discharge for Adult Patients: Integrative Literature Review. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 30, p. e20210030, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0030>.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2017, **Escritório de Gestão de Altas do Hospital**. Disponível em: <https://www.ghc.com.br/noticia.aberta.asp?idRegistro=10579>. Acesso em: 8 out. 2023.

GUSTAVSON, A. M. *et al.* Reframing Hospital to Home Discharge from “Should We?” to “How Can We?”: covid :19 and beyond. **Journal Of The American Geriatrics Society**, [s.l.], v. 69, n. 3, p. 608-609, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/jgs.17036>

HATTINGH, H. L. *et al.* COVID-19 Patients’ Medication Management during Transition of Care from Hospital to Virtual Care: a cross-sectional survey and audit. **Pharmacy**, [s.l.], v. 11, n. 5, p. 157, 2023. DOI: <http://dx.doi.org/10.3390/pharmacy11050157>

ICEPi - **Escritório de Gestão de Altas (EGA)**. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA). Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Not%C3%Adcia/icepi-escriptorio-de-gestao-de-alta-hospitalar-leva-inovacao-ao-sus>. Acesso em: 8 out. 2023.

JAMILI, S. *et al.* Experience of patients hospitalized with COVID-19: a qualitative study of a pandemic disease in Iran. **Health Expectations**, [s.l.], v. 25, n. 2, p. 513-521, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/hex.13280>

LAI, Christopher Kc *et al.* COVID-19 pandemic after Omicron. **Hong Kong Medical Journal**, [s.l.], v. 28, n. 3, p. 196-198, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.12809/hkmj215130>

LANDOR, M.; SCHROEDER, K.; THOMPSON, T-A. K. Managing Care Transitions to the Community During a Pandemic. **Jona: The Journal of Nursing Administration**, [s.l.], v. 50, n. 9, p. 438-441, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/nna.0000000000000913>

LEVIN, S. R. *et al.* Effect of the COVID-19 Pandemic on Post acute Care Decision Making. **Archives Of Physical Medicine And Rehabilitation**, [s.l.], v. 102, n. 2, p. 323-330, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2020.10.104>

LIMA, M. A. D. S. *et al.* Estratégias de transição de cuidados nos países latino-americanos: uma revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s.l.], v.39, p. e20180119, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180119>

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. [Internet], Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em: 05 set. 2022.

MIRANDA, D. A. P. de *et al.* Long COVID-19 syndrome: a 14-months longitudinal study during the two first epidemic peaks in southeast Brazil. **Transactions Of The Royal Society Of Tropical Medicine And Hygiene**, [s.l.], v. 116, n. 11, p. 1007-1014, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/trstmh/trac030>

NAYLOR, M. D.; HIRSCHMAN, K. B.; MCCAULEY, K. Meeting the Transitional Care Needs of Older Adults with COVID-19. **Journal of Aging & Social Policy**, [s.l.], v. 32, n. 4-5, p. 387-395, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/08959420.2020.1773189>

NEWMAN, C. *et al.* Challenges and improvements associated with transitions between hospitals and care homes during the COVID-19 pandemic: a qualitative study with care home and healthcare staff in England. **Age And Ageing**, [s.l.], v. 52, n. 9, p. 1-11, 2023. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afad146>

OLIVEIRA, L. S. de *et al.* Práticas de enfermeiros de um hospital universitário na continuidade do cuidado para a atenção primária. **Escola Anna Nery**, [s.l.], v. 25, n. 5, p. e20200530, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0530>

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE/ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OPAS/OMS), **OMS declara fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional referente à COVID-19**. 2023. Disponível em: [https://www.paho.org/pt/noticias/5-5-2023-oms-declara-fim-da-emergencia-saude-publica-importancia-internacional-referente#:~:text=%C3%A0%20COVID%2D19-,OMS%20declara%20fim%20da%20Emerg%C3%Aancia%20de%20Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica,Internacional%20referente%20%C3%A0%20COVID%2D19&text=Bras%C3%ADlia%2C%205%20de%20maio%20de,\) %20referente%20%C3%A0%20COVID%2D19](https://www.paho.org/pt/noticias/5-5-2023-oms-declara-fim-da-emergencia-saude-publica-importancia-internacional-referente#:~:text=%C3%A0%20COVID%2D19-,OMS%20declara%20fim%20da%20Emerg%C3%Aancia%20de%20Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica,Internacional%20referente%20%C3%A0%20COVID%2D19&text=Bras%C3%ADlia%2C%205%20de%20maio%20de,) %20referente%20%C3%A0%20COVID%2D19). Acesso em: 11 set. 2023.

REIS, N. *et al.* Telerehabilitation in the Transitional Care of Patients with Sequelae Associated with COVID-19: perception of Portuguese nurses. **International Journal Of Environmental Research And Public Health**, [s.l.], v. 19, n. 24, p. 17096, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph192417096>

REIS, N. *et al.* Telerehabilitation Intervention in Transitional Care for People with COVID-19: pre-post study with a non-equivalent control group. **Healthcare**, [s.l.], v. 11, n. 18, p. 2561, 2023. DOI: <http://dx.doi.org/10.3390/healthcare11182561>

SANTOS, M. T. *et al.* Continuidade e coordenação do cuidado: interface conceitual e contribuições dos enfermeiros. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [s.l.], v. 56, p. e20220100, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2022-0100pt>

SCHNIPPER, J. L. Improving care transitions: is readmission reduction possible? or even desirable?. **Journal Of Hospital Medicine**, [s.l.], v. 17, n. 3, p. 229-230, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/jhm.12786>

SHAMSEER, L. *et al.* Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015: elaboration and explanation. **Bmj**, [s.l.], v. 349, n. 021, p. g7647, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.g7647>

SHEN, E. *et al.* Telehealth transitional care and 30-day readmission during the COVID-19 pandemic. **The American Journal Of Managed Care**, [s.l.], v. 30, n. 1, p. e1-e3, 15 jan. 2024. <http://dx.doi.org/10.37765/ajmc.2024.89487>

SILSAND, L.; SEVERINSEN, G-H.; BERNTSEN, G. Preservation of Person-Centered Care Through Videoconferencing for Patient Follow-up During the COVID-19 Pandemic: case study of a multidisciplinary care team. *Jmir Formative Research*, [s.l.], v. 5, n. 3, p. e25220, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.2196/25220>

SILVERA, G. A. *et al.* The influence of COVID-19 visitation restrictions on patient experience and safety outcomes: a critical role for subjective advocates. **Patient Experience Journal**, [s.l.], v. 8, n. 1, p. 30-39, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.35680/2372-0247.1596>

SOUZA, M. T. de; SILVA, M. D. da; CARVALHO, R. de. Integrative review: what is it? how to do it?. **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>

SOUZA, N. F. de *et al.* Planejamento da Alta Hospitalar para Pacientes Submetidos a Revascularização do Miocárdio: Desafios à Atuação do Enfermeiro. **Cogitare Enfermagem**, [s.l.], v. 25, p. e71602, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.71602>

SUMIKAWA, Y.; YAMAMOTO-MITANI, N. Transitional care during COVID-19 pandemic in Japan: calls for new strategies to integrate traditional approaches with information and communication technologies. **Bioscience Trends**, [s.l.], v. 15, n. 1, p. 55-57, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.5582/bst.2021.01056>

VALENTE, S. H. *et al.* Transição do cuidado de idosos do hospital para casa: vivência da enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, [s.l.], v. 35, p. eAPE02687, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2022ao02687>

WASILEWSKI, M. B. *et al.* Patients, Caregivers, and Healthcare Providers' Experiences with COVID Care and Recovery across the Care Continuum: a qualitative

study. **International Journal Of Integrated Care**, [s.l.], v. 23, n. 2, p. 1-10, 2023. DOI: <http://dx.doi.org/10.5334/ijic.6952>

WEBER, L. A. F.; LIMA, M. A. D. S.; ACOSTA, A. M. Quality of care transition and its association with hospital readmission. **Aquichan**, [s.l.], v. 19, n. 4, p. e1945, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2019.19.4.5>

4.2 MANUSCRITO DOIS

4.2.1 Transição do Cuidado de Pacientes pós-Covid-19: do Hospital para o Domicílio

4.2.2 Resumo

Objetivo: Avaliar a qualidade da Transição do Cuidado sob a ótica dos pacientes que tiveram alta hospitalar após internação pela Covid-19 e verificar possível associação das suas características clínicas e sociodemográficas. **Método:** Estudo descritivo transversal aninhado em um macroprojeto. Foi realizado com 176 pacientes afetados pela Covid-19 e que tiveram alta hospitalar de um hospital público do Sul do Brasil. O questionário *Care Transitions Measure* (CTM-15) foi aplicado por meio de ligação telefônica para avaliar a Transição do Cuidado em até 30 dias após a alta. As variáveis sociodemográficas e clínicas dos usuários foram coletadas com uso de instrumento com 33 perguntas. As médias dos fatores do CTM-15 foram comparadas com variáveis sociodemográficas e clínicas usando o teste t ou ANOVA one-way, teste de Mann-Whitney ou teste de Kruskal-Wallis. O nível de significância adotado foi de 0,05. As análises foram realizadas pelo SPSS, v.25. **Resultados:** A média geral da Transição do Cuidado foi avaliada satisfatória, com um escore de 70,53 ($\pm 15,21$). Entre os quatro Fatores da Transição do Cuidado individualmente, a melhor média foi em Preparação para Autogerenciamento (Fator um), com média de 72,58($\pm 15,66$); e a média mais baixa em Entendimento das Medicações (Fator dois), com média de 66,10 ($\pm 21,01$). Variáveis que tiveram influência positiva na avaliação da Transição do Cuidado foram ter idade menor que 70 anos ($p=0,017$), renda familiar maior que sete salários-mínimos ($p=0,029$), ter influenza ($p=0,011$), não fazer uso de tabaco ($p<0,001$) e ser sedentário ($p=0,025$). Ter Doença Renal Crônica teve influência positiva somente no Fator um ($p=0,041$). Variáveis de influência negativa foram ter Diabetes ($p= 0,027$) e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, que influenciou negativamente apenas o Fator quatro - Plano de Cuidados ($p=0,024$). **Conclusão:** O estudo permitiu avaliar a Transição do Cuidado do hospital para casa e foi considerada satisfatória pela maioria dos pacientes. A influência positiva da idade e de renda maior na avaliação traz à tona a relevância das condições socioculturais na Transição do Cuidado e na pandemia por Covid-19. Em contrapartida, a escolaridade não afetou a avaliação, o que nos faz pensar que outras variáveis, a exemplo de literacia em saúde, possam ser consideradas em estudos futuros.

Palavras-chave: Transição do cuidado, Cuidado pós-alta Covid-19, SARS-Cov-2.

4.2.3 Introdução

A ocorrência da Covid Longa ou Síndrome pós Covid preocupa em todo o mundo e afeta milhões de pessoas, embora a pandemia esteja controlada com redução importante de óbitos desde maio de 2023 (OPAS, 2023). Estima-se que a real incidência da Covid Longa seja em torno de 10 a 30 % em pessoas não internadas, e de 50 a 70% em pessoas internadas por Covid-19. Manifesta-se em todas as idades, mas a maioria dos casos é diagnosticada em pessoas entre 36 e 50 anos (OMS, 2022). Segundo estudo de revisão realizado por Davis *et al.*, (2023), a fisiopatologia da Covid Longa ainda não é totalmente conhecida, que consiste em uma condição multissistêmica que ocorre após infecção aguda da Covid-19 e persiste por meses a anos; centenas de sintomas foram documentados e afetam diferentes órgãos e sistemas do corpo, sendo comum o aparecimento de sintomas cardiovasculares, pulmonares, renais, neurológicos entre outros, e que podem levar a danos na capacidade laboral, além de afetar a qualidade de vida destas pessoas.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi essencial para o enfrentamento da pandemia. O SUS é formado por uma rede de serviços de atenção à saúde (RAS), com diversos graus de complexidade, e a Atenção Primária de Saúde (APS) é a principal porta de entrada para o sistema (Brasil, 2017). Nesse cenário, o enfrentamento da pandemia foi desafiador devido ao adoecimento simultâneo de grande número de pessoas pela Covid-19, que sobrecarregou ainda mais o sistema e demandou um aumento rápido por leitos hospitalares, especialmente leitos de Unidades de Terapia Intensiva (Noronha *et al.*, 2020; Avelar *et al.*, 2021).

A transição do cuidado (TC) é uma estratégia que vem sendo estudada e aplicada em alguns países como alternativa para superar a fragmentação dos serviços de saúde. É definida como um conjunto de práticas planejadas que coordenam o cuidado ao usuário ao longo do seu atendimento nos serviços de saúde. Tem por finalidade garantir a continuidade do cuidado e a segurança do usuário quando há necessidade de transferência entre equipes em um mesmo serviço, entre hospitais ou entre diferentes níveis de atenção à saúde ou domicílio (Coleman; Bouldt, 2003). Entre os benefícios da TC, apontados em revisão de literatura, destacam-se a redução das reinternações e das visitas à emergência, diminuição da mortalidade,

redução dos custos hospitalares, diminuição dos eventos adversos, melhora da qualidade de vida e a satisfação dos usuários (Ghenó; Weis, 2021).

Dessa forma, a fragmentação dos serviços de saúde, a falha na comunicação entre profissionais e a informação deficiente aos usuários Covid-19 e familiares/cuidadores concorrem para transição ineficiente e insegura, podendo resultar em danos à saúde, constituindo-se no problema deste estudo. No contexto de saúde brasileiro inexistente a formalização do processo de TC, como também não há políticas acerca do tema. Isso dificulta o compartilhamento das informações e das responsabilidades do cuidado (Weber; Lima; Acosta, 2019). Apesar do enfermeiro ter um papel central no processo da TC, no Brasil este aspecto do cuidado tem pouca atenção (Lima *et al.*, 2018).

Novos estudos sobre o tema que analisem e discutam sobre a qualidade da TC são relevantes, porque o seu potencial de repercussão positiva sobre a saúde do indivíduo e a otimização dos serviços instigam a atenção e o interesse de gestores dos sistemas de saúde sobre o tema, além de contribuir para implementação de futuras políticas de transição do cuidado no país. Somado a isso, a ocorrência expressiva da Covid Longa (Miranda *et al.*, 2022) traz a necessidade de se conhecer melhor o processo de TC nesta população. Diante do exposto, o objetivo deste trabalho é avaliar a qualidade da Transição do Cuidado, sob a ótica do usuário após alta pela Covid-19, por meio da aplicação do questionário *Care Transition Measure-15* e sua associação às variáveis sociodemográficas e clínicas.

4.2.4 Método

Estudo quantitativo, observacional de corte transversal que faz parte de um Macroprojeto. Para a elaboração do manuscrito, seguiram-se as diretrizes *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology - STROBE* (Von Elm *et al.*, 2008). O macroprojeto compreende um estudo de métodos mistos, com abordagem convergente, quanti-qualitativa, exploratória e descritiva, aninhada em um estudo retrospectivo de análise documental, transversal, descritivo, com abordagem quantitativa, intitulado “Atenção à saúde no ambiente hospitalar e a pandemia Covid-19: Aspectos gerenciais, assistenciais, laborais, de segurança do usuário e transição do cuidado”. Este macroprojeto encontra-se em execução, após apreciação ética

parecer n.º 4.323.917. Obteve financiamento pela FAPESC - Termo de Outorga: 2021TR1530.

A coleta de dados foi realizada com usuários que obtiveram alta após internação hospitalar, pela Covid-19, de um hospital público no sul do Brasil. A identificação de usuários foi realizada utilizando a lista de todos os atendimentos no período de 01/11/2020 a 05/05/2021 com desfecho de alta, óbito e transferência. Pesquisadoras do macroprojeto, após treinamento para aplicação do CTM-15 e questionário sociodemográfico, entraram em contato com os usuários via telefone, e todos os que atenderam à ligação e aceitaram o convite participaram da pesquisa. Os critérios de inclusão adotados foram: ter sido acometido ou ser familiar/cuidador de pessoa acometida pela Covid-19, estar no período após alta inferior a 30 dias e ter idade acima de 18 anos. Como critérios de exclusão foram adotados, alta hospitalar por transferência e óbito. No estudo, o banco de dados foi composto por 1.061 pacientes. Destes, 397 casos resultaram em óbito, e 84 foram transferidos para outras unidades hospitalares, 404 pacientes não atenderam às ligações, e 176 atenderam e aceitaram participar do estudo.

A população do estudo caracteriza-se como não-probabilística, e constituiu-se de 176 usuários após internação pela Covid-19. Variáveis sociodemográficas e clínicas dos usuários foram coletadas por instrumentos com 33 perguntas elaboradas pelas pesquisadoras do macroprojeto. O CTM-15 apresenta 15 itens dispostos em quatro fatores: fator 1 - preparação para autogerenciamento da saúde (itens 4, 5, 6, 8, 9, 10 e 11), fator 2 - entendimento crítico das medicações (13, 14 e 15), fator 3 - importância das preferências (itens 1, 2, e 3) e o fator 4 - plano de cuidados (7 e 12). As respostas são medidas por meio de escala tipo Likert, com pontuação até quatro, contendo as seguintes opções para cada um dos 15 itens: “discordo muito” = 1, “discordo” = 2, “concordo” = 3, “concordo muito” = 4, e “não sei/não me lembro/não aplicável” = 0 (este último não entra na soma do escore e deve ser analisado separadamente) (Acosta *et al.*, 2017).

O escore é calculado pela soma dos valores referentes às respostas que por sua vez é dividido pelo total de questões respondidas. O resultado obtido é então transformado em uma escala linear de 0 a 100, através do uso da seguinte fórmula: $[(\text{escore}-1)/3]*100$. Não há um ponto de corte definido na literatura, porém, quanto maior o valor atingido, melhor será a qualidade da transição do cuidado e mais estruturados são os fluxos de transição do cuidado. Na interpretação da avaliação,

devem-se considerar os escores dos quatro fatores individualmente e a média geral (Coleman *et al.*, 2002; Acosta *et al.*, 2017).

As variáveis sociodemográficas e comorbidades foram representadas pela frequência absoluta e relativa. Os itens do CTM-15 foram representados por frequências (itens do questionário) e por média e desvio-padrão (4 fatores e o fator geral). Os 4 fatores e o fator geral, calculados pelos itens do CTM-15, foram representados por média e desvio-padrão, além da mediana e intervalo interquartilico (mediana [P25; P75]) e mínimo e máximo. Também foi calculado o Alfa de Cronbach dos 4 fatores e do fator geral para medir a consistência interna. As médias dos fatores do CTM foram comparadas entre as variáveis sociodemográficas e as comorbidades, usando testes paramétricos; o teste t, para amostras independentes, para comparar as médias das variáveis com 2 categorias; e a análise de variância (ANOVA *one-way*), para comparar as médias das variáveis com mais de 2 categorias. Considerando a homocedasticidade dos dados, foram realizados testes não-paramétricos, ou teste de *Mann-Whitney* ou teste de *Kruskal-Wallis*. A análise estatística foi realizada com auxílio de profissional da estatística. O nível de significância adotado foi de 0,05. As análises foram realizadas pelo SPSS, v.25.

4.2.5 Resultados

Este estudo incluiu 176 usuários após a alta hospitalar pela Covid-19. Entre os participantes, 64,8% (n=114) tinham idade entre 21 a 59 anos; 73,9% (n=130) autodeclararam-se brancos, 73,1% (n=106), com renda familiar de 1 a 3 salários-mínimos, 86,1% (n=149) eram trabalhadores/aposentados/pensionistas; 98,9% (n=172) alfabetizados, e destes, 50% (n=88) com escolaridade até a 4ª série do ensino fundamental; 77,8% (n=137), casados/união estável; e 76,1% (n=134) sem necessidade de internação em Unidade de Terapia Intensiva. A distribuição por sexo (ao nascimento) foi heterogênea, com 51,1 % (n=90) do masculino e 48,9% (n=86) do sexo feminino.

Relacionado à avaliação da qualidade de TC recebida, foi considerada satisfatória de forma geral, com uma média de $70,53 \pm 15,21$, e a consistência interna do CTM-15 avaliada como substancial (calculada com Coeficiente *Alfa de Cronbach*=0,685), conforme Tabela 1. Na análise da avaliação dos 4 fatores do CTM-15 individualmente, a melhor pontuação foi detectada no fator preparação para

autogerenciamento da saúde, com média de $72,58 \pm 15,66$. Seguido do fator importância das preferências, com média de $72,25 \pm 18,50$. O fator plano de cuidados ficou com média de $66,76 \pm 22,84$, e o fator entendimento crítico das medicações teve a pior avaliação, com média de $66,10 \pm 21,01$, conforme Tabela 1 abaixo.

Tabela 1 - Medida de tendência central e dispersão do CTM-15 (n=176). Florianópolis, SC, Brasil, 2021.

CTM-15	média (DP)	min - máx	P50 [P25; P75]	n	Alfa*
Média Geral	70,53 (15,21)	22 - 100	71,11 [64,37; 80,00]	176	0,685
Preparação para autogerenciamento	72,58 (15,66)	29 - 100	71,43 [66,67; 80,95]	176	0,873
Entendimento crítico das medicações	66,10 (21,01)	0 - 100	66,67 [55,56; 77,78]	175	0,788
Importância das preferências	72,25 (18,50)	22 - 100	77,78 [66,67; 88,89]	174	0,602
Plano de Cuidados	66,76 (22,84)	0 - 100	66,67 [66,67; 66,67]	173	0,583

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

*Coeficiente *Alfa de Cronbach*

Na análise das variáveis sociodemográficas, foram encontradas diferenças com significância estatística nas categorias da variável idade e nas categorias da variável faixa de renda familiar. Pacientes abaixo de 70 anos avaliaram a qualidade da TC mais positiva do que os pacientes acima desta idade ($p=0,017$); e pacientes com salários abaixo de 1 salário-mínimo (s.m.) avaliaram-na mais negativamente ($p=0,029$), com destaque para a maior média entre as pessoas com renda maior que 7 s.m. Na análise individual dos 4 fatores com as variáveis sociodemográficas, encontrou-se significância estatística nas mesmas variáveis, idade e renda familiar. Na idade *versus* autogerenciamento da saúde ($p=0,024$) e idade *versus* importância das preferências ($p=0,026$), com avaliação mais positiva da TC entre as pessoas com idade inferior a 70 anos. A renda familiar *versus* autogerenciamento da saúde ($p=0,028$) e a renda familiar *versus* plano de cuidados ($p=0,034$), com melhor média na categoria acima de 7 s.m., conforme Tabela 2.

	Média Geral		Preparação para Autogerenciamento		Entendimento Crítico das Medicações		Importância das Preferências		Plano de Cuidados	
	média(DP) [n]	P	média (DP) [n]	P	média (DP) [n]	P	média(DP) [n]	P	média(DP) [n]	P
Sexo ¹										
Masculino	69,7(14,1) [90]	,453	71,2(13,7)[90]	,244	66,2(20,3)[89]	,932	72,2(16,5)[89]	,945	65,2(22,3)[89]	,346
Feminino	71,4(16,3) [86]		74,0(17,4)[86]		66,0(21,9)[86]		72,4(20,5)[85]		68,5(23,4)[84]	
Idade ²										
de 21 a 59	71,6a(12,4) [114]	,017	73,4a(13,3)[114]	,024	66,7(17,2)[113]	,106	74,1a(14,7)[112]	,026	69,0(19,5)[112]	,073
de 60 a 69	73,4a (17,5) [31]		76,1a (17,9) [31]		70,4 (26,4) [31]		73,8ab(22,6)[31]		66,7 (23,2) [31]	
>70	63,6b (20,1) [31]		66,0b(19,5) [31]		59,5(26,4) [31]		64,2b(24,1) [31]		58,3 (31,5) [30]	
Cônjuge ¹										
Solt./Viúv./Divor.	69,5 (17,2) [39]	,636	72,7 (17,7) [39]	,959	62,4 (23,3) [39]	,213	69,0 (22,7) [38]	,222	67,1 (25,6) [38]	,917
Casado/Un. Estável	70,8 (14,6) [137]		72,5(15,1) [137]		67,2(20,3)[136]		73,2(17,1) [136]		66,7(22,1)[135]	
Raça ¹										
Branca	70,6 (14,5) [130]	,922	72,6(15,5) [130]	,958	65,3(19,7)[129]	,422	72,7(17,8) [128]	,562	67,4(22,9)[128]	,507
Negra/Parda	70,3 (17,2) [46]		72,5 (16,4) [46]		68,2 (24,5) [46]		70,9 (20,6) [46]		64,8 (22,8) [45]	
Faixas Renda do pacto ³										
Não possui renda	66,3 (15,5) [16]	,492	65,5 (14,0) [16]	,188	64,2 (25,4) [16]	,869	68,8 (16,3) [16]	,671	67,7 (19,7) [16]	,352
Abaixo de 1 s.m.	69,2 (18,6) [53]		71,7 (18,6) [53]		64,4 (24,1) [53]		71,6 (22,6) [53]		63,8 (26,3) [52]	
entre 1 e 3 s.m.	71,6 (13,1) [89]		74,0 (13,5) [89]		66,5 (18,9) [88]		73,9 (15,8) [88]		67,0 (21,7) [88]	
Acima de 3 s.m.	76,4 (9,8) [8]		79,8 (13,9) [8]		62,5 (13,2) [8]		77,8 (13,3) [8]		81,0 (17,8) [7]	
Faixa de Renda Fam. ³										
Abaixo de 1 s.m.	59,0a (17,5) [8]	,029	60,9a (16,3) [8]	,028	56,9a (20,1) [8]	,222	55,6 (18,1) [7]	,071	56,3a (29,5) [8]	,034
Entre 1 e 3 s.m.	72,6ab(14,6)[106]		74,4ab(15,1)[106]		69,1ab(20,0)[105]		75,4(17,4) [105]		67,1ab(22,8)[104]	
Entre 4 e 6 s.m.	71,7ab (7,9) [23]		73,6ab (9,5) [23]		65,7ab (12,9) [23]		74,6 (11,2) [23]		69,6ab (13,9) [23]	
Acima de 7 s.m.	80,6b (10,1) [8]		85,1b (13,1) [8]		68,1b (20,1) [8]		76,4 (15,1) [8]		88,1b (15,9) [7]	
Sabe Ler ⁴										
Não	68,7 (37,5) [2]	,971	71,4 (40,4) [2]	,983	66,7 (47,1) [2]	,937	77,8 (31,4) [2]	,817	50,0 (23,6) [2]	,337
Sim	70,6 (15,1) [172]		72,6 (15,5) [172]		66,1 (20,9) [171]		72,2(18,5) [170]		67,1 (22,8) [169]	
Escolaridade ²										
Até 4ª série	70,9 (16,5) [88]	,471	72,6 (16,6) [88]	,437	67,7 (22,1) [88]	,460	72,1 (20,2) [87]	,819	68,2 (23,1) [88]	,094
5ª a 8ª série	68,7 (15,8) [23]		71,6 (17,4) [23]		67,2 (21,3) [22]		69,6 (20,2) [23]		58,3 (23,4) [22]	
Ensino Médio	68,2 (13,6) [36]		70,2 (12,6) [36]		61,1 (21,0) [36]		72,5 (15,7) [35]		63,3 (23,5) [35]	
Ensino Superior	73,8 (12,6) [29]		76,5 (14,6) [29]		66,7 (17,3) [29]		74,5 (15,1) [29]		73,2 (18,9) [28]	
Remuneração ¹										

Não trabalha	68,7 (15,6) [24]	,498	69,7 (17,2) [24]	,320	63,9 (20,0) [24]	,593	71,0 (19,5) [23]	,718	68,8 (20,4) [24]	,676
Traba./Aposen./Pensi.	70,9 (15,2) [149]		73,2 (15,5) [149]		66,4 (21,2) [148]		72,5(18,5) [149]		66,7 (22,9) [146]	
Setor de Internação ³										
Unidade COVID	70,0 (20,5) [6]	,964	73,0 (22,7) [6]	,897	77,8 (31,4) [5]	,173	66,7 (28,1) [6]	,739	55,6 (20,2) [6]	,395
UTI Covid	69,8 (15,0) [36]		73,4 (14,7) [36]		60,0 (21,8) [36]		72,2 (17,0) [35]		67,1 (24,7) [35]	

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

1. Teste t para amostras independentes. 2. Análise de Variância (ANOVA). 3. Teste de Kruskal-Wallis. 4. Teste de Mann-Whitney. As médias seguidas de letras iguais não diferem ao nível de 5% de significância.

Na avaliação das variáveis clínicas (Tabela 3), as comorbidades predominantes prévias à internação foram hipertensão arterial sistêmica (HAS) (38,7%), diabetes *mellitus* (DM) (33%), obesidade (18,8%) e tabaco (17,6%). Dos participantes com comorbidades, 34% portavam uma comorbidade, 19,9% duas comorbidades e 10,9% três ou mais. Entre os participantes, 71% eram sedentários, 87,5% internados pela primeira vez, e em relação à gravidade da Covid-19, 16,5% foram considerados moderados, 55,1% graves e 21% severos, conforme Tabela 3.

Na análise de correlação das variáveis clínicas com a qualidade da TC na aplicação do CTM-15, foi encontrada diferença estatística significativa nas categorias influenza, DM, tabaco e atividade física. Pessoas com influenza avaliaram a TC com mais qualidade do que as que não estavam acometidas pela doença, tanto na média geral ($p=0,011$) quanto na média dos fatores autogerenciamento da saúde ($p=0,013$) e importância das preferências ($p=0,023$). Portadores de DM e fumantes avaliaram a média geral da TC com menos qualidade ($p=0,027$ e $p<0,001$, respectivamente). Na avaliação de correlação individual dos 4 fatores, houve diferença estatística entre o fator plano de cuidado *versus* DM ($p=0,006$) e Tabaco *versus* os quatro fatores do CTM-15 (autogerenciamento da saúde [$p<0,001$]; entendimento crítico das medicações [$p=0,005$]; importância das preferências [$p=0,021$] e plano de cuidados [$p=0,001$]).

Entre os praticantes de atividades físicas, a melhor avaliação da média geral foi do grupo que as pratica duas a três vezes por semana ($p=0,003$). No entanto, o grupo de pessoas que não pratica atividade física teve avaliação mais positiva da TC quando comparado ao grupo dos praticantes ($p=0,025$). Ainda nesta variável, houve diferença significativa em relação aos fatores de autogerenciamento da saúde ($p=0,020$) e importância das preferências ($p=0,016$). Nas variáveis Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e Doença Renal Crônica (IRC), não foi encontrada diferença estatisticamente significativa em relação à média geral do CTM-15. No entanto, na avaliação individual dos fatores, a diferença foi significativa entre autogerenciamento da saúde e DRC ($p=0,041$) e plano de cuidados e DPOC ($p=0,024$).

Não	70,3(15,3)[172]	,233	72,4(15,8) [172]	,176	66,1 (21,1) [171]	,972	72,1 (18,7) [170]	,263	66,4(22,8)[169]	,134
Sim	78,3 (9,3) [4]		81,0 (6,7) [4]		66,7 (20,3) [4]		80,6 (5,6) [4]		83,3 (19,2) [4]	
DRC³										
Não	70,0(15,2)[164]	,112	71,8(15,4) [164]	,041	65,5 (20,9) [164]	,194	72,1 (17,9) [162]	,501	66,9(22,7)[162]	,860
Sim	77,5 (13,8) [12]		83,3 (16,3) [12]		74,7 (21,7) [11]		74,1 (26,5) [12]		65,2 (25,2) [11]	
ICC³										
Não	70,6(14,9)[164]	,987	72,6(15,4) [164]	,899	65,8 (20,6) [164]	,870	72,4 (18,1) [162]	,944	67,2(22,4)[161]	,679
Sim	70,1 (21,8) [6]		72,2 (19,4) [6]		64,8 (24,8) [6]		74,1 (21,8) [6]		66,7 (36,5) [6]	
Obesidade¹										
Não	69,6(15,3)[137]	,080	71,5(15,2) [137]	,056	65,1 (21,6) [137]	,423	71,3 (18,0) [136]	,085	66,9(23,2)[137]	,759
Sim	74,7 (13,7) [33]		77,2 (15,7) [33]		68,4 (16,5) [33]		77,4 (18,2) [32]		68,3 (21,6) [30]	
Tabagismo⁴										
Nunca fumou	72,4a(14,8)[13]	<0,001	74,4a(15,1)[13]	<0,001	68,0a (20,1) [139]	,005	73,9a(18,1) [137]	,021	69,5a(22,8)[13]	,001
Ex- tab	65,0b(13,5)[27]		66,9b(14,8) [27]		60,9ab (20,1) [27]		69,5ab(17,6) [27]		55,8b(21,1)[26]	
Tabagista	46,1b (14,0) [4]		47,6b (12,9) [4]		22,2b (11,1) [3]		55,6b (9,1) [4]		45,8ab(16,0)[4]	
Faz exercício físico⁴										
Não	72,1(14,8)[125]	,025	74,2(15,0) [125]	,020	66,8 (21,5) [125]	,397	74,4 (18,0) [123]	,016	68,8(23,7)[123]	,101
Sim	66,4 (15,7) [48]		68,1 (16,4) [48]		63,8 (19,5) [48]		66,9 (18,5) [48]		62,4 (20,1) [47]	
Exercício físico⁴										
1x Sem	51,8a(12,8) [11]	,003	54,5a(11,1) [11]	,002	50,5a (26,0) [11]	,025	46,5a (13,9) [11]	,001	51,5 (21,7) [11]	,154
2x Sem	69,2b(13,0)[17]		70,9b(15,0) [17]		8ab (13,9) [16]		71,9b (14,8) [17]		66,7 (17,2) [16]	
3x ou +	71,8b(14,9)[23]		73,5b(16,6) [23]		72,0b (16,7) [23]		73,4b (17,0) [23]		63,0 (20,1) [23]	
Nº de Comorbidades²										
Nenhuma	72,0 (12,7) [56]	,589	73,0 (13,1) [56]	,664	69,6 (18,5) [56]	,214	72,3 (14,7) [56]	,805	70,8 (18,9) [56]	,184
1 Comorb	70,7 (15,6) [60]		73,0 (15,7) [60]		63,3 (21,7) [60]		73,7 (17,8) [60]		68,4 (23,9) [59]	
2 Comorb	67,6 (16,9) [35]		69,8 (17,6) [35]		61,9 (22,3) [35]		69,9 (22,2) [34]		63,3 (23,2) [35]	
3 ou mais	71,5 (16,7) [19]		74,8 (17,3) [19]		69,0 (19,5) [19]		73,5 (21,6) [18]		58,8 (28,9) [17]	

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

1. Teste t para amostras independentes. 2. Análise de Variância (ANOVA). 3. Teste de Kruskal-Wallis. 4. Teste de Mann-Whitney.

4.2.6 Discussão dos Resultados

Neste estudo foi possível avaliar a TC sob a ótica dos pacientes internados pela Covid-19 e seus cuidadores por meio do CTM-15. O resultado foi satisfatório, apesar de não existirem, no nosso país, políticas ou regulamentações específicas sobre TC, como já mencionado anteriormente. O que possivelmente contribui para este resultado é a organização do SUS em RAS, e este ser um sistema de saúde integrado (Brasil, 2017), sendo o presente estudo realizado em um dos pontos de atenção deste.

Os sistemas integrados têm uma organização coordenada e sistematizada dos serviços que o compõem, visando à integralidade e à continuidade do cuidado à população do território adscrito. Há evidências que a organização dos serviços de saúde em redes oferece uma saída para a crise persistente nos serviços de atenção à saúde, pois melhoram os resultados econômicos e sanitários (Mendes, 2011).

Este resultado indica também que os cuidados realizados pelos profissionais daquela instituição conseguem contribuir para a continuidade do cuidado dos usuários nos diferentes pontos da RAS. Os enfermeiros são os profissionais destacados na TC pelo seu envolvimento com o usuário e familiares durante a assistência, planejamento da alta, acompanhamento pós-alta, ações de educação em saúde e da comunicação e articulações com profissionais e serviços (Lima *et al.*, 2018; Santos *et al.*, 2022).

Estudo realizado com usuários após alta por Covid-19 em um hospital público do norte do país encontrou resultados semelhantes relacionados à avaliação da qualidade de TC (Arrais *et al.*, 2023). Outro estudo sobre as experiências de TC entre usuários após internação pela Covid-19, realizado no Canadá por Ganton, Hubbard e Burns (2022), evidenciou a satisfação destes com os cuidados recebidos de maneira geral, apesar de reconhecerem falhas da TC no contexto da pandemia. Os dois estudos tiveram os dados coletados em 2020, primeiro ano da pandemia. As opiniões positivas dos usuários em relação aos cuidados de TC recebidos nos levam a pensar em um possível viés dos estudos de avaliação da TC na fase inicial da pandemia, considerando a ocorrência de muitas mortes, gratidão pela sobrevivência e terem conseguido atendimento profissional apesar da superlotação dos serviços de saúde.

Na avaliação das variáveis sociodemográficas, a renda familiar e a idade influenciaram significativamente a avaliação da TC. Pessoas que recebem menos de um s.m. por família avaliaram a TC com menos qualidade quando comparado ao

grupo de pessoas com maiores salários. Em contrapartida, neste estudo, não foi encontrada relação estatística entre escolaridade e avaliação da TC, divergindo de resultados encontrados por Arrais *et al.* (2022). No entanto, em estudo com população de doenças crônicas com idade média de 60,4 anos, o grau de formação escolar também não foi estatisticamente significativo na avaliação da TC (Acosta *et al.*, 2020).

Cerca de dois terços dos participantes tinham idade entre 21 e 59 anos e foram os que melhor avaliaram a qualidade da TC, o que pode ter influenciado o escore geral positivo. Como grande parte dos estudos de transição do cuidado é realizado com amostras de pessoas que convivem com doenças crônicas (idosos, crianças ou comorbidades específicas), a comparação com outros estudos no quesito idade fica prejudicada. Interessante observar que a Literacia em Saúde não foi avaliada e correlacionada neste estudo, e pode ter relação com uma melhor avaliação da TC juntamente com a idade e a renda familiar.

Considerando as variáveis clínicas, as comorbidades pré-Covid-19 mais prevalentes foram HAS, DM, obesidade. O resultado observado vai ao encontro de estudos realizados por Loerinc *et al.* (2021), Castellano *et al.* (2022), e Arrais *et al.* (2023), em que estas mesmas condições clínicas prévias à Covid-19 estavam entre aquelas com maior ocorrência. Em estudo sobre a Covid Longa realizada no Brasil, sete comorbidades, entre as quais DM e HAS, foram associadas ao maior tempo de persistência dos sintomas (Miranda *et al.*, 2022). Em relação à avaliação da CTM=15 (média geral), as variáveis que influenciaram significativamente e positivamente foram ter influenza, não ser fumante e não praticar atividade física. No entanto, entre os praticantes de atividade física, a média maior foi daqueles que o fazem duas ou mais vezes por semana. Ter DM influenciou negativamente a avaliação da TC. IRC e DPOC tiveram influência somente em fatores individuais.

Na avaliação dos fatores individualmente, o fator preparação para autogerenciamento da saúde no domicílio obteve a melhor avaliação neste estudo e corresponde à preparação do usuário para a alta hospitalar. Ressalta-se que a preparação da alta deve ser vista como parte do processo do cuidado integral, permeando toda a hospitalização. Deve ter início no momento seguinte à admissão e envolver o usuário/família no planejamento como parceiros da equipe de saúde, além de fazer uso de abordagem sistemática e organizada no processo de cuidado, incluindo os registros (Mennuni *et al.*, 2017). Ao prestar a assistência ao usuário, o(a) enfermeiro(a) faz uso do processo de enfermagem, o que proporciona um cuidado

sistematizado e organizado, gera registros documentais da assistência prestada, o que, por sua vez, contribui na qualificação do preparo para autogerenciamento da saúde no domicílio.

A enfermagem, como parte da equipe multiprofissional, corresponde à categoria que mais se aproxima do usuário/família/cuidador, por estar presente à beira do leito por toda a internação (Santos *et al.*, 2022). Tem, portanto, um papel fundamental no preparo do usuário/famíliares/cuidadores para o autogerenciamento da saúde após a alta, ao contribuir no estabelecimento de um ambiente favorável à expressão de dúvidas e dificuldades encontradas. A comunicação eficiente entre estes e a equipe de saúde pode aprimorar o processo de aprendizagem e contribuir para uma maior adesão aos cuidados no domicílio, o que favorece melhores desfechos em saúde. Em estudo sobre TC, Costa (2019) traz a competência em comunicação como uma habilidade necessária para alcançar sucesso, pela natureza desta estratégia envolver interprofissionalidade e contato com diferentes pontos da rede de cuidados. A comunicação precária no processo de alta hospitalar foi apontada como causadora de ansiedades e estresses nos pacientes e familiares (Newman *et al.*, 2023).

O entendimento crítico das medicações teve a pior avaliação entre os quatro fatores da TC. Refere-se à capacidade de compreender o tratamento farmacológico a ser seguido no domicílio pelo paciente. Tem relação com a prevenção de erros de medicação que são indesejados e podem levar a desfechos ruins. Pacientes com comorbidades que já fazem uso de medicações contínuas estão sujeitos a ter que lidar com uso de medicações novas no período pós-alta, o que aumenta o risco de erros. Estudo realizado sobre reconciliação medicamentosa na TC de paciente Covid-19 revelou que 92% dos pacientes iniciaram pelo menos uma nova medicação de alto-risco para danos durante a internação, e 40% tiveram alta com uma nova medicação de alto-risco iniciada (Hattingh *et al.*, 2023). Outro estudo acerca da TC em pacientes com doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) evidenciou-se que aqueles que além das DCNT estavam acometidos pela Covid-19 tiveram uma avaliação pior do fator entendimento crítico das medicações na TC (Berghetti *et al.*, 2023).

Nesta perspectiva, é importante que a equipe de saúde faça uso de técnicas para verificar se houve compreensão plena acerca do uso correto das medicações novas prescritas durante a internação. Uma técnica interessante pode ser a do “*teach back*”, em que se pede ao paciente/cuidador para repetir as informações recebidas. A

participação de farmacêuticos na execução da TC também é interessante a ser considerada, visto que contribuiu para redução nas ocorrências de eventos adversos no período pós-alta, pois as mudanças na medicação são mais bem descritas por este profissional (Ooi *et al.*, 2017). Hattingh *et al.* (2023) sugerem priorizar os pacientes que iniciam medicamentos de alto risco de erro para receber assistência de farmacêutico na TC.

Respeitar as preferências do paciente/cuidador na tomada de decisão para o planejamento dos cuidados pós-alta é fundamental para uma adesão satisfatória ao plano de cuidados. Um dos princípios da TC efetiva é a participação ativa do usuário/cuidador no processo de planejamento da TC e está compreendido em um dos principais componentes de TC, que é o engajamento do paciente (Naylor *et al.*, 2017). Em estudo realizado no Reino Unido no contexto da Covid-19, por Newman e colaboradores (2023), o ato de desconsiderar as preferências do paciente no processo de alta foi avaliado por alguns profissionais da saúde como insensível e eticamente questionável, levando a um cuidado de baixa qualidade. Nesse estudo, este fator teve a segunda melhor avaliação entre os fatores avaliados. Isto nos traz a percepção de que a equipe de saúde da instituição do estudo percebe a importância de o paciente/cuidador ser ator central do próprio cuidado no domicílio e praticam os cuidados em saúde centrados no paciente.

O plano de cuidados guia o seguimento dos cuidados pós-alta, faz parte da comunicação entre os níveis de atenção à saúde e precisa estar compreensível para o usuário e/ou cuidador. Estudos acerca da avaliação da TC no Brasil encontraram resultados semelhantes na avaliação do plano de cuidados (Acosta *et al.*, 2023; Dantas *et al.*, 2023; Arrais *et al.*, 2023), o que corrobora o resultado desta pesquisa. Isso evidencia uma fragilidade existente no planejamento da alta hospitalar. Em estudo sobre TC com pacientes acometidos por câncer no trato digestivo, a baixa satisfação com o plano de cuidados foi atribuída à falta de protocolos de cuidados específicos, imperfeições no processo de educação para alta hospitalar, falta de um cuidador de referência e falta de continuidade do cuidado na atenção primária (Rodrigues *et al.*, 2022).

Em geral, o planejamento da alta é realizado pela equipe da assistência (Valente *et al.*, 2022), já sobrecarregada com as atividades do cuidado, o que em nossa percepção pode contribuir para o negligenciamento do plano de cuidados. Alguns serviços têm implementado os escritórios de alta hospitalar em uma

perspectiva de melhorar o processo de desospitalização, especialmente para pacientes críticos (Grupo Hospitalar Conceição, 2017; SESA, 2021; Bernardino *et al.*, 2022). Esta iniciativa nos faz enxergar este campo como potencial para a introdução de novas estratégias de TC nos nossos serviços de saúde.

Este estudo possui algumas limitações, tais como o fato de os dados serem provenientes de um único hospital, bem como o alto número de pacientes que não atenderam à ligação. Ainda assim, a pesquisa é relevante, porque faz um diagnóstico da situação e pode servir de base para novos estudos no avanço do conhecimento acerca da TC.

4.2.7 Considerações Finais

Este estudo permitiu avaliar a TC em pacientes que foram afetados pela Covid-19 e tiveram alta hospitalar. O resultado foi satisfatório, com uma média similar a outros estudos realizados no país. Nos resultados ficou evidente que existem mecanismos dentro do SUS que promovem, em algum grau, os princípios da TC, e esta pode ser uma estratégia promissora para aumentar a qualificação dos nossos serviços de saúde.

Dentre os resultados, destaca-se a influência das variáveis idade e renda familiar na avaliação da TC, em que pessoas com idade inferior a 70 anos e/ou com renda maior de sete salários-mínimos avaliam melhor a TC. Em contrapartida, a escolaridade não teve influência, o que traz à tona a relevância das questões socioculturais no processo de avaliação da TC, bem como no contexto da pandemia Covid-19, e nos faz pensar que outras variáveis, como literacia em saúde, possam ser consideradas em estudos futuros.

4.2.8 Referências

ACOSTA, A. M. *et al.* Care transition of patients with chronic diseases from the discharge of the emergency service to their homes. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s.l.], v. 41, n. esp., p. e20190155, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190155>

ACOSTA, A. M. *et al.* Transition and continuity of care after hospital discharge for COVID-19 survivors. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [s.l.], v. 57, p. e20230083, 2023. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2023-0083en>

ACOSTA, A. M. *et al.* Brazilian version of the Care Transitions Measure: translation and validation. **International Nursing Review**, [s.l.], v. 64, n. 3, p. 379-387, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/inr.12326>

ARRAIS, D. J. L. *et al.* Transition of Care for Post-COVID-19 Patients: sociodemographic and clinical profile and associated factors. **Nursing Forum**, [s.l.], v. 2023, p. 1-8, 2023. DOI: <http://dx.doi.org/10.1155/2023/3505657>

AVELAR, F. G. *et al.* Complications of Covid-19: developments for the unified health system. Physis: **Revista de Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 31, n. 1, p. e310133, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312021310133>

BERGHETTI, L. *et al.* Transition of care of patients with chronic diseases and its relation with clinical and sociodemographic characteristics. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 31, p. e4015, 2023. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.6594.4014>

BERNARDINO, E. *et al.* Complex clinical hospital model of discharge management: conception and implementation. **Cogitare Enfermagem**, [s.l.], n. 27, p. e87463, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.87463>

BRASIL. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. **Portaria n.º 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, [2017]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html Acesso em 28 set. 2022.

CASTELLANO, E. *et al.* A Multi-professional Approach for Transition of Care at Discharge in Hyperglycemic Inpatients with COVID-19: a single center study. **Endocrine, Metabolic & Immune Disorders - Drug Targets**, [s.l.], v. 22, n. 13, p. 1313-1318, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.2174/1871530322666220104100944>

COLEMAN, E. A.; BOULT, C., Improving the Quality of Transitional Care for Persons with Complex Care Needs. **Journal Of The American Geriatrics Society**, [s.l.], v. 51, n. 4, p. 556-557, 2003. DOI: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1532-5415.2003.51186.x>

COLEMAN, E. *et al.*, Development and testing of a measure designed to assess the quality of care transitions. **International Journal Of Integrated Care**, [s.l.], p. 1568-4156, 2002. DOI: <http://www.ijic.org/>.

COSTA, M. F. B. N. A. da *et al.* A Continuidade do Cuidado de Enfermagem Hospitalar para a Atenção Primária à Saúde na Espanha. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [s.l.], 2019, v. 53, p. e03477. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018017803477>

DANTAS, M. N. P. *et al.* Transition of care in post-hospitalization patients due to covid-19 in a hospital in northeastern Brazil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 76, n. 1, p. e20230030, 2023. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0030>

DAVIS, H. E. *et al.* Long COVID: major findings, mechanisms and recommendations. **Nature Reviews Microbiology**, [s.l.], v. 21, n. 3, p. 133-146, 2023. DOI: <http://dx.doi.org/10.1038/s41579-022-00846-2>

GANTON, J.; HUBBARD, A.; BURNS, K. K. Patients with COVID-19 share their experiences of recovering at home following hospital care transitions and discharge preparation. **Health Expectations**, [s.l.], v. 25, n. 6, p. 2862-2875, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/hex.13595>

GHENO J.; WEIS A. H. Transição do cuidado na alta hospitalar de pacientes adultos: revisão integrativa de literatura. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 30, p. e20210030, 2021 DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0030>

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2017, **Escritório de Gestão de Altas do Hospital**. Disponível em: <https://www.ghc.com.br/noticia.aberta.asp?idRegistro=10579>. Acesso em: 8 out. 2023.

HATTINGH, H. L. *et al.* COVID-19 Patients' Medication Management during Transition of Care from Hospital to Virtual Care: a cross-sectional survey and audit. **Pharmacy**, [s.l.], v. 11, n. 5, p. 157-70, 2023. DOI: <http://dx.doi.org/10.3390/pharmacy11050157>

ICEPi - **Escritório de Gestão de Altas (EGA)**. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA). Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Not%C3%Adcia/icepi-escriptorio-de-gestao-de-alta-hospitalar-leva-inovacao-ao-sus>. Acesso em: 8 out. 2023.

LIMA, M. A. D. S. *et al.* Estratégias de transição de cuidados nos países latino-americanos: uma revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s.l.], v.39, p. e20180119, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180119>

LOERINC, L. B. *et al.* Discharge characteristics and care transitions of hospitalized patients with COVID-19. **Healthcare**, [s.l.], v. 9, n. 1, p. e100512, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.hjdsi.2020.100512>

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. [s.l.], Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em: 05 set. 2022.

MENNUNI, M. *et al.* ANMCO Position Paper: hospital discharge planning. **European Heart Journal Supplements**, [s.l.], v. 19, p. 244-255, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/sux011>

MIRANDA, D. A. P. de *et al.* Long COVID-19 syndrome: a 14-months longitudinal study during the two first epidemic peaks in southeast Brazil. **Transactions Of The Royal Society Of Tropical Medicine And Hygiene**, [s.l.], v. 116, n. 11, p. 1007-1014, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/trstmh/trac030>

NAYLOR, M. D. *et al.*, Components of Comprehensive and Effective Transitional Care. **Journal Of The American Geriatrics Society**, [s.l.], v. 65, n. 6, p. 1119-1125, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/jgs.14782>

NEWMAN, C. *et al.* Challenges and improvements associated with transitions between hospitals and care homes during the COVID-19 pandemic: a qualitative study with care home and healthcare staff in England. **Age And Ageing**, [s.l.], v. 52, n. 9, p. 1-11, 2023. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afad146>

NORONHA *et al.*, 2020. Pandemia por COVID-19 no Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos hospitalares e equipamentos de ventilação assistida segundo diferentes cenários. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 36, n. 6, p. e115320, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00115320>

OOI, C. E. *et al.* Improving communication of medication changes using a pharmacist-prepared discharge medication management summary. **International Journal Of Clinical Pharmacy**, [s.l.], v. 39, n. 2, p. 394-402, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s11096-017-0435-5>

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE/ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OPAS/OMS), **OMS declara fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional referente à COVID-19**. 2023. Disponível em: [https://www.paho.org/pt/noticias/5-5-2023-oms-declara-fim-da-emergencia-saude-publica-importancia-internacional-referente#:~:text=%C3%A0%20COVID%2D19-,OMS%20declara%20fim%20da%20Emerg%C3%Aancia%20de%20Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica,Internacional%20referente%20%C3%A0%20COVID%2D19&text=Bras%C3%ADlia%2C%205%20de%20maio%20de,\)%20referente%20%C3%A0%20COVID%2D19](https://www.paho.org/pt/noticias/5-5-2023-oms-declara-fim-da-emergencia-saude-publica-importancia-internacional-referente#:~:text=%C3%A0%20COVID%2D19-,OMS%20declara%20fim%20da%20Emerg%C3%Aancia%20de%20Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica,Internacional%20referente%20%C3%A0%20COVID%2D19&text=Bras%C3%ADlia%2C%205%20de%20maio%20de,)%20referente%20%C3%A0%20COVID%2D19). Acesso em: 11 set. 2023.

RODRIGUES, C. D. *et al.* Care Transition From the Perspectives of Oncological Patients and the Multiprofessional Care Team. **Cancer Nursing**, [s.l.], v. 47, n.10, p. E47-E56, 2022. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/ncc.0000000000001160>

SANTOS, M. T. *et al.*, Continuidade e coordenação do cuidado: interface conceitual e contribuições dos enfermeiros. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [s.l.], v. 56, p. e20220100, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2022-0100pt>

VALENTE, S. H. *et al.* Transição do cuidado de idosos do hospital para casa: vivência da enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, [s.l.], v. 35, p. eAPE02687, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2022ao02687>

VON ELM, E. *et al.* The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. **Journal of Clinical Epidemiology**, [s.l.], v. 61, n. 4, p. 344-349, 2008. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2007.11.008>

WEBER, L. A. F.; LIMA, M. A. D. S.; ACOSTA, A. M. Quality of care transition and its association with hospital readmission. **Aquichan**, [s.l.], v. 19, n. 4, p. e1945, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2019.19.4.5>. Acesso em: 18 set. 2022.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise realizada com os dados coletados nesta pesquisa permitiu avaliar a qualidade da Transição do Cuidado em pacientes após alta hospitalar que foram afetados pela Covid-19, além de verificar possível associação das suas características clínicas e sociodemográficas. O resultado, que foi satisfatório, vai ao encontro de outros estudos da mesma natureza realizados no país e nos mostra que no SUS existem mecanismos que promovem os princípios da Transição dos Cuidados. Isto nos leva a acreditar que esta pode ser uma estratégia promissora para incrementar a qualificação dos nossos serviços de saúde, contribuindo para a continuidade do cuidado dos atendimentos ao longo da RAS e uma integração maior entre os serviços de saúde. Dado que o contexto influencia o desfecho das estratégias de Transição do Cuidado, estudos futuros acerca de Transição do Cuidado no Brasil poderiam incluir os mecanismos do SUS que o caracterizam como sistema integrado.

Entre as variáveis que estão associadas à avaliação da Transição dos Cuidados, a idade e a renda familiar tiveram destaque. Os pacientes cuja renda familiar era superior a sete s.m. e os pacientes com menos de 70 anos fizeram uma avaliação mais positiva da TC. Em contrapartida, a escolaridade não teve influência na avaliação da Transição do Cuidado, o que coloca em evidência a relevância das questões socioculturais no processo de avaliação da TC. Até mesmo o contexto da pandemia pode ter afetado o processo de avaliação, dado que a coleta foi realizada nas fases iniciais, em que o sistema de saúde estava sempre com superlotação em decorrência das ondas de Covid, e as pessoas sofriam com acesso dificultado. Isso pode ter gerado um sentimento de gratidão nos pacientes e ser um viés neste estudo.

Na revisão integrativa foi possível sintetizar e analisar as evidências disponíveis na literatura acerca do emprego da Transição dos Cuidados no enfrentamento da pandemia. Foi identificado que contribuiu para o acesso dos pacientes aos cuidados em saúde, e que houve uma mudança importante na forma como este passou a ser disponibilizado, sendo o atendimento virtual uma componente de peso. Atendimentos remotos realizados por meio das tecnologias da informação, que já eram utilizados na Transição dos Cuidados previamente à pandemia, passaram a compor em maior quantidade os atendimentos disponibilizados (monitoramento, visitas, consultas, reabilitação, discussões entre profissionais e familiares). Desenvolveu-se uma nova percepção acerca do potencial do atendimento remoto, à medida que contribuiu para

a diminuição das quebras no cuidado, atuando em conjunto com outros setores do cuidado, como: cuidados domiciliares, centros especializados de enfermagem e reabilitação.

Assim, a pandemia foi, em simultâneo, um momento de crise na Transição do Cuidado, como uma oportunidade de desenvolvimento. As mudanças no setor da saúde advindas da pandemia desafiaram as equipes de saúde a pensarem em formas de trabalhar mais integradas, em se comunicarem melhor e construírem novos fluxos para atender às demandas emergentes. As vivências e as trajetórias dos pacientes afetados pela Covid-19 dentro dos sistemas de saúde contribuíram para a identificação das suas necessidades e no planejamento dos serviços de saúde. Por se tratar de uma estratégia concebida para integrar os diferentes níveis de atenção em saúde, a Transição do Cuidado mostra-se promissora no enfrentamento de momentos de crise no setor.

REFERÊNCIAS

- ACOSTA, A. M. *et al.* Atividades do enfermeiro na transição do cuidado: realidades e desafios. **Revista de Enfermagem Ufpe On Line**, [s.l.], v. 12, n. 12, p. 3190, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a231432p3190-3197-2018>
- ACOSTA, A. M. *et al.* Brazilian version of the Care Transitions Measure: translation and validation. **International Nursing Review**, [s.l.], v. 64, n. 3, p. 379-387, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/inr.12326>
- ADAM, D. C. *et al.* Clustering and superspreading potential of SARS-CoV-2 infections in Hong Kong. **Nature Medicine**, [s.l.], v. 26, n. 11, p. 1714-1719, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1038/s41591-020-1092-0>
- ALEEN, A., AKBAR S. A. B; SLENKER A. K. **Emerging Variants of SARS-CoV-2 And Novel Therapeutics Against Coronavirus (COVID-19)**. [s.l.]: StatPearls, 2023. Livro eletrônico. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK570580/> Acesso em: 14 nov. 2023.
- ALTARAWNEH, H. N. *et al.* Protective Effect of Previous SARS-CoV-2 Infection against Omicron BA.4 and BA.5 Subvariants. **New England Journal Of Medicine**, [s.l.], v. 387, n. 17, p. 1620-1622, 2022: DOI: <http://dx.doi.org/10.1056/nejmc2209306>
- AUED, G. K. *et al.* Atividades das enfermeiras de ligação na alta hospitalar: uma estratégia para a continuidade do cuidado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 27, p. e3162, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/15188345.3069.3162>
- AVELAR, F. G. *et al.* Complications of Covid-19: developments for the unified health system. Physis: **Revista de Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 31, n. 1, p. e310133, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312021310133>
- BARBER, R. D. *et al.* A Role for Social Workers in Improving Care Setting Transitions: a case study. **Social Work In Health Care**, [s.l.], v. 54, n. 3, p. 177-192, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/00981389.2015.1005273>
- BERNARDINO E. *et al.* Cuidados de transição: análise do conceito na gestão da alta hospitalar. **Escola Anna Nery**, [s.l.], v. 26. p. e20200435, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0435>
- BERNARDINO, E. *et al.* Complex clinical hospital model of discharge management: conception and implementation. **Cogitare Enfermagem**, [s.l.], n. 27, p. e87463, 2022a. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.87463>
- BERNARDINO, F. B. S. *et al.* Continuidade do Cuidado ao Recém-Nascido Pré-termo Egresso as Unidade: vivências de familiares. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 31, p. e20220096, 2022b. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2022-0096pt>

BOELL, J. E. W. *et al.* Care Transitions of Colorectal Cancer Patients from Hospital to Community: systematic review and meta-analysis protocol. **Revista Cuidarte**, [s.l.], v.12, n. 3, p. e2285, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.2285>

BOUTON, T. C. *et al.* Viral dynamics of Omicron and Delta SARS-CoV-2 variants with implications for timing of release from isolation: a longitudinal cohort study. **Medrxiv: the preprint server for health sciences**, [s.l.], 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.1101/2022.04.04.22273429>

BRASIL. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. **Portaria n.º 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do sistema único de saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, [2010]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 20 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. **Portaria n.º 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, [2017]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 28 set. 2022.

BRASIL. Ministério Da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Sistema de Indicadores Hospitalares (SIHOSP)**. [S.l.]: Ministério da Saúde. Publicado em 2021, atualizado em 08 de dez. de 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/qualidade-da-saude/ans-lanca-sistema-de-indicadores-hospitalares>. Acesso em: 07 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Especial 153**. [s.l.]: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/covid-19/2022/boletim-epidemiologico-no-153-boletim-coe-coronavirus.pdf/view>. Acesso em: 05 de out. de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico n.º 118 - Boletim COE Coronavírus**. [s.l.]: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/covid-19/2022/boletim-epidemiologico-no-118-boletim-coe-coronavirus.pdf/view>. Acesso em: 13 set. 2023.

BURKE, R. E. *et al.*, Moving beyond readmission penalties: creating an ideal process to improve transitional care. **Journal Of Hospital Medicine**, [s.l.], v. 8, n. 2, p. 102-109, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/jhm.1990>

BUURMAN, B. M. *et al.* Comprehensive Geriatric Assessment and Transitional Care in Acutely Hospitalized Patients. **Jama Internal Medicine**, [s.l.], v. 176, n. 3, p. 302-309, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.8042>

CAI, M. et al. Three-year outcomes of post-acute sequelae of COVID-19. **Nature Medicine**, [s.l.], v. 30, n. 6, p. 1564-1573, 2024. DOI: <http://dx.doi.org/10.1038/s41591-024-02987-8>

CASARIN, S. T. *et al.* Tipos de revisão de literatura: considerações das editoras do journal of nursing and health / types of literature review. **Journal Of Nursing And Health**, [s.l.], v. 10, n. 5, p. e20104031, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.15210/jonah.v10i5.19924>

CHENCHULA, S., *et al.* Current evidence on efficacy of COVID-19 booster dose vaccination against the Omicron variant: a systematic review. **Journal Of Medical Virology**, [s.l.], v. 94, n. 7, p. 2969-2976, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/jmv.27697>

COLEMAN, E. *et al.*, Development and testing of a measure designed to assess the quality of care transitions. **International Journal Of Integrated Care**, [s.l.], p. 1568-4156, 2002. DOI: <http://dx.doi.org/10.5334/ijic.60>

COLEMAN, E. A.; BOULT, C., Improving the Quality of Transitional Care for Persons with Complex Care Needs. **Journal Of The American Geriatrics Society**, [s.l.], v. 51, n. 4, p. 556-557, 2003. DOI: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1532-5415.2003.51186.x>

COSTA, M. F. B. N. A. *et al.* A Continuidade do Cuidado de Enfermagem Hospitalar para a Atenção Primária à Saúde na Espanha. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [s.l.], 2019, v. 53, p. e03477. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018017803477>

COSTA, M. F. B. A.; PEREZ, E. I. B.; CIOSAK, S. I. Practices of Hospital Nurses for Continuity of Care in Primary Care: an exploratory study. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 30, p. e20200401, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2020-0401>

DAVIS, H. E. *et al.* Long COVID: major findings, mechanisms and recommendations. **Nature Reviews Microbiology**, [s.l.], v. 21, n. 3, p. 133-146, 2023. DOI: <http://dx.doi.org/10.1038/s41579-022-00846-2>

DIZON, M. L.; REINKING, C. Reducing Readmissions: nurse :driven interventions in the transition of care from the hospital. **Worldviews On Evidence-Based Nursing**, [s.l.], v. 14, n. 6, p. 432-439, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/wvn.12260>

DOMINGO, J. L. What we know and what we need to know about the origin of SARS-CoV-2. **Environmental Research**, [s.l.], v. 200, p. e111785, 2021. Elsevier BV. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.envres.2021.111785>. Acesso em: 08 dez. 2022.

EGGEN, A. C. *et al.* A methodology to systematically analyze the hospital discharge of terminally ill patients. **Medicine**, [s.l.], v. 97, n. 46, p. e12953, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/md.00000000000012953>

FEIKIN, D. R. *et al.* Duration of effectiveness of vaccines against SARS-CoV-2 infection and COVID-19 disease: results of a systematic review and meta-regression. **The Lancet**, [s.l.], v. 399, n. 10328, p. 924-944, 2022. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(22\)00152-0](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(22)00152-0)

FINLAYSON, K. *et al.* Transitional care interventions reduce unplanned hospital readmissions in high-risk older adults. **Bmc Health Services Research**, [s.l.], v. 18, n. 1, p. 956-64, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-018-3771-9>

FRUTOS, R. *et al.* There is no “origin” to SARS-CoV-2. **Environmental Research**, [s.l.], n. 207, p. e112173, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.envres.2021.112173>

GALLO, V. C. L. *et al.* Estratégias de transição para alta hospitalar utilizadas por enfermeiros: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem da Ufsm**, [s.l.], v. 11, n. 0, p. e79, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.5902/2179769264383>

GHENO, J.; WEIS, A. H. Transição do cuidado na alta hospitalar de pacientes adultos: revisão integrativa de literatura. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 30, p. e20210030, 2021 DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0030>

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2017, **Escritório de Gestão de Altas do Hospital**. Disponível em: <https://www.ghc.com.br/noticia.aberta.asp?idRegistro=10579>. Acesso em: 8 out. 2023.

HAGGERTY, J. L. *et al.* Continuity of care: a multidisciplinary review. **British Medical Journal**, [s.l.], v. 327, n. 7425, p. 1219–1221, 2003. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219>

HALL, V. J. *et al.* SARS-CoV-2 infection rates of antibody-positive compared with antibody-negative health-care workers in England: a large, multicentre, prospective cohort study (siren). **The Lancet**, [s.l.], v. 397, n. 10283, p. 1459-1469, 2021. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(21\)00675-9](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(21)00675-9)

HE, Xi *et al.* Temporal dynamics in viral shedding and transmissibility of COVID-19. **Nature Medicine**, [s.l.], v. 26, n. 5, p. 672-675, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1038/s41591-020-0869-5>

HESTEVIK, C. H. *et al.* Older persons' experiences of adapting to daily life at home after hospital discharge: a qualitative meta summary. **Bmc Health Services Research**, [s.l.], v. 19, n. 1, p. 224, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-019-4035-z>

ICEPi - **Escritório de Gestão de Altas (EGA)**. Secretaria d Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA). Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Not%C3%Adcia/icepi-escriptorio-de-gestao-de-alta-hospitalar-leva-inovacao-ao-sus>. Acesso em: 8 out. 2023.

JESUS, M. A. S. de *et al.* Profile of Brazilian inpatients with COVID-19 vaccine breakthrough infection and risk factors for unfavorable outcome. **Revista**

Panamericana de Salud Pública, [s.l.], v. 18, n. 46, p. e106, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.26633/rpsp.2022.106>

JOHANSSON, M. A. *et al.*, SARS-CoV-2 Transmission From People Without COVID-19 Symptoms. **Jama Network Open**, [s.l.], v. 4, n. 1, p. e2035057, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.35057>

KAMPF, G. *et al.* Persistence of coronaviruses on inanimate surfaces and their inactivation with biocidal agents. **Journal Of Hospital Infection**, [s.l.], v. 104, n. 3, p. 246-251, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhin.2020.01.022>

KARUNA, S. *et al.* Post-COVID symptom profiles and duration in a global convalescent COVID-19 observational cohort: correlations with demographics, medical history, acute covid-19 severity and global region. **Journal Of Global Health**, [s.l.], v. 13, p. e06020, 2023. DOI: <http://dx.doi.org/10.7189/jogh.13.06020>

KNIGHT, S. W.; TRINKLE, J.; TSCHANNEN, D. Hospital-to-Homecare Videoconference Handoff. **Home Healthcare Now**, [s.l.], v. 37, n. 4, p. 198-207, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/nhh.0000000000000755>

LAI, C. K. *et al.* COVID-19 pandemic after Omicron. **Hong Kong Medical Journal**, [s.l.], v. 28, n. 3, p. 196-198, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.12809/hkmj215130>

LIMA, M. A. D. S. *et al.* Estratégias de transição de cuidados nos países latino-americanos: uma revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s.l.], v. 39, p. e20180119, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180119>

LIN, D. *et al.* Reliably Assessing Duration of Protection for Coronavirus Disease 2019 Vaccines. **The Journal Of Infectious Diseases**, [s.l.], v. 226, n. 11, p. 1863-1866, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/infdis/jiac139>

LOMBARDI, N. F. *et al.* Analysis of the discrepancies identified during medication reconciliation on patient admission in cardiology units: a descriptive study. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 24, p. e2760, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0820.2760>

LORENZINI, E. *et al.* Care transition from hospital to home: cancer patients' perspective. **Bmc Research Notes**, [s.l.], v. 13, n. 267, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s13104-020-05099-x>

MAURO, A. D.; CUCOLO, D. F.; PERROCA, M. G. Ações do enfermeiro para a Continuidade do cuidado na Atenção Primária em Saúde: estudo de validação. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 32, p. e20230058, 2023. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2023-0058pt>

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em: 05 set. 2022.

MENNUNI, M. *et al.* ANMCO Position Paper: hospital discharge planning. **European Heart Journal Supplements**, [s.l.], v. 19, p. 244-255, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/sux011>

MEYEROWITZ, E.A. *et al.* Transmission of SARS-CoV-2: a review of viral, host, and environmental factors. **Annals Of Internal Medicine**, [s.l.], v. 174, n. 1, p. 69-79, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.7326/m20-5008>

MIRANDA, D. A. P. de *et al.* Long COVID-19 syndrome: a 14-months longitudinal study during the two first epidemic peaks in southeast Brazil. **Transactions Of The Royal Society Of Tropical Medicine And Hygiene**, [s.l.], v. 116, n. 11, p. 1007-1014, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/trstmh/trac030>

MORAWSKA, L.; MILTON, D. K. It Is Time to Address Airborne Transmission of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). **Clinical Infectious Diseases**, [s.l.], v. 71, n. 9, p. 2311-2313, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/cid/ciaa939>

NAYLOR, M. D. *et al.*, Components of Comprehensive and Effective Transitional Care. **Journal Of The American Geriatrics Society**, [s.l.], v. 65, n. 6, p. 1119-1125, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/jgs.14782>

NORONHA, K. V. M. de *et al.*, 2020. Pandemia por COVID-19 no Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos hospitalares e equipamentos de ventilação assistida segundo diferentes cenários. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 36, n. 6, p. e115320, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00115320>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Post COVID-19 Condition (Long COVID)**. 2022. Disponível em: <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/post-covid-19-condition>. Acesso em: 30/05/2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE/ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OPAS/OMS), **Histórico da pandemia de COVID-19**. [2020]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>. Acesso em: 13 fev. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE/ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OPAS/OMS). **Envelhecimento Saudável**. [2021]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/envelhecimento-saudavel>. Acesso em: 07 nov. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE/ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OPAS/OMS), **OMS declara fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional referente à COVID-19**. 2023. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/5-5-2023-oms-declara-fim-da-emergencia-saude-publica-importancia-internacional-referente#:~:text=%C3%A0%20COVID%2D19-,OMS%20declara%20fim%20da%20Emerg%C3%Aancia%20de%20Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica,Internacional%20referente%20%C3%A0%20COVID%2D19&text=Bras%C3%ADlia%2C%205%20de%20maio%20de,%20referente%20%C3%A0%20COVID%2D19>. Acesso em: 11 set. 2023.

ROBINEAU, O. *et al.* Long-lasting Symptoms After an Acute COVID-19 Infection and Factors Associated With Their Resolution. **Jama Network Open**, [s.l.], v. 5, n. 11, p. e2240985, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.40985>

RODRIGUES, C. D. *et al.* Care Transition From the Perspectives of Oncological Patients and the Multiprofessional Care Team. **Cancer Nursing**, [s.l.], v. 47, n.10, p. E47-E56, 2022b. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/ncc.0000000000001160>

RODRIGUES, C. D. *et al.* Care transitions among oncological patients: from hospital to community. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [s.l.], v. 56, p. e20220308, 2022a. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2022-0308en>

ROHSIG, V. *et al.* Nurse Navigation Program: outcomes from a breast cancer center in Brazil. **Clinical Journal Of Oncology Nursing**, [s.l.], p. e25-31, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1188/19.cjon.e25-e31>

SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L. Managing comprehensive care: a case study in a health district in Bahia State, Brazil. **Cadernos de saúde pública**, [s.l.], v. 32, n. 3, p. e00172214, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00172214>

SANTOS, M.T. *et al.*, Continuidade e coordenação do cuidado: interface conceitual e contribuições dos enfermeiros. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [s.l.], v. 56, p. e20220100, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2022-0100pt>

SHAHSAVARI, H.; ZAREI, M.; MAMAGHANI, J. A. Transitional care: concept analysis using Rodgers evolutionary approach. **International Journal Of Nursing Studies**, [s.l.], v. 99, p. e103387, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103387>. Acesso em: 30 ago. 2022.

SHAMSEER, L. *et al.* Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015: elaboration and explanation. **Bmj**, [s.l.], v. 349, n. 021, p. g7647, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.g7647>

SOUZA, M. T. de; SILVA, M. D. da; CARVALHO, R.de. Integrative review: what is it? how to do it? **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>

SULINO, M. C. *et al.* Children and Youth with Special Healthcare Needs: (dis) continuity of care. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 30, p. e20190363-3, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2019-0363>

SUN, K. *et al.* Transmission heterogeneities, kinetics, and controllability of SARS-CoV-2. **Science**, [s.l.], v. 371, n. 6526, p. eabe2424, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1126/science.abe2424>

TAKAMATSU, A. *et al.* Prevalence and trends in persistent symptoms following COVID-19 in Japan: a nationwide cross-sectional survey. **Journal Of Infection And Chemotherapy**, [s.l.], v. 30, n. 8, p. 725-733, 2024. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jiac.2024.02.008>

TRINDADE, L. F. *et al.* Effectiveness of care transition strategies for colorectal cancer patients: a systematic review and meta-analysis. **Supportive Care In Cancer**, [s.l.], v. 30, n. 7, p. 6251-6261, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s00520-022-07033-2>

UTZUMI, F. C. *et al.* Continuidade do Cuidado e o interacionismo simbólico: um entendimento possível. **Texto & Contexto Enfermagem**, [s.l.], v. 27, n. 2, p. 1–8, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180004250016>

VAN SPALL, H. G. C. *et al.* Comparative effectiveness of transitional care services in patients discharged from the hospital with heart failure: a systematic review and network meta-analysis. **European Journal Of Heart Failure**, [s.l.], v. 19, n. 11, p. 1427-1443, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/ejhf.765>

VON ELM, E. *et al.* The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. **Journal of Clinical Epidemiology**, [s.l.], v. 61, n. 4, p. 344-349, 2008. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2007.11.008>

WEBER, L. A. F.; LIMA, M. A. D. S.; ACOSTA, A. M. Quality of care transition and its association with hospital readmission. **Aquichan**, [s.l.], v. 19, n. 4, p. e1945, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2019.19.4.5>

YANG, S., Impact of pharmacist-led medication management in care transitions. **Bmc Health Services Research**, [s.l.], v. 17, n.722. p. 1-8, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-017-2684-3>

ZANGIROLAMI R. J.; ECHEIMBERG J. O.; LEONE, C. Research methodology topics: Cross-sectional studies. **Journal of Human Growth and Development**, [s.l.], v. 28, n. 3, p. 356-360, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.152198>

ZHU, N. *et al.* A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. **New England Journal Of Medicine**, [s.l.], v. 382, n. 8, p. 727-733, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1056/nejmoa2001017>

ZWART, D. L. M. *et al.* How Do Care Transitions Work? **Medical Care**, [s.l.], v. 59, n. 4, p. 387-397, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/mlr.0000000000001581>

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA – TCLE PARA PACIENTES/FAMILIARES

Prezado(a) Senhor(a),

1) Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “ATENÇÃO À SAÚDE NO AMBIENTE HOSPITALAR E A PANDEMIA COVID-19: ASPECTOS GERENCIAIS, ASSISTENCIAIS, LABORAIS, DE SEGURANÇA DO PACIENTE E TRANSIÇÃO DO CUIDADO”. A pesquisa é coordenada pela Dra. Elisiane Lorenzini (em Florianópolis) e pela Dra. Juliana Lessmann Reckziegel (em Lages).

2) O objetivo principal desta pesquisa é desenvolver uma Plataforma de Telemonitoramento via domicílio de pacientes confirmados com COVID-19, e, analisar processos de atenção à saúde no ambiente hospitalar, no âmbito da pandemia COVID-19, no que tange à aspectos gerenciais, assistenciais, laborais, de segurança do paciente e transição do cuidado.

3) Participarão da pesquisa, 150 pacientes que tiveram Coronavírus, sendo que se tiverem dificuldades para responder, será solicitado aos seus familiares/acompanhantes responsáveis para que respondam ao questionário.

4) Os critérios de inclusão são: Ter sido acometido ou ser familiar de pessoa acometida pelo COVID 19, necessitando de assistência em saúde, ter idade acima de 18 anos.

Os Critérios de exclusão são: Não possuir registros de saúde em prontuários; Não conseguir fornecer informações para a coleta de dados, ter idade inferior a 18 anos.

5) As pesquisadoras farão a leitura de um questionário para que sejam obtidas informações sociodemográficas e sobre a sua saúde. Também pedimos autorização para coletar informações sobre sua saúde em seu prontuário.

6) Após a sua alta hospitalar, faremos uma ligação telefônica para efetuar perguntas referentes ao instrumento utilizado nesta pesquisa, Medida de Transição

do Cuidado (CTM-15 Brasil), questionando o(a) senhor(a) sobre a experiência com o processo de alta hospitalar. O tempo de duração da ligação aproximada é de 20 minutos. Ao aceitar participar do estudo, o(a) senhor(a) concorda em fornecer essas informações ao pesquisador.

7) Caso você seja novamente internado no hospital em decorrência do Coronavírus, você também poderá ser convidado a responder a algumas perguntas de entrevista semiestruturada que terá o áudio gravado. Por exemplo, responderia sobre: “Na sua opinião, o que ocasionou a reinternação hospitalar?”

8) A pesquisa oferecerá o mínimo risco aos participantes, o qual está relacionado ao tempo dedicado para participar das etapas do estudo, a possibilidade de ocorrência de certo desconforto em responder algum tema abordado e ainda a possibilidade, ainda que remota, de quebra de sigilo, mesmo que involuntária e não intencional, e como potencial consequências na vida pessoal e profissional dos participantes seria a discriminação e estigmatização a partir do conteúdo revelado, pelo participante ter apresentado o corona vírus.

9) Se ocorrer algum tipo de desconforto emocional relacionado aos questionários, os pesquisadores contam com o apoio do Hospital Tereza Ramos e do Hospital Florianópolis para a realização do atendimento gratuito, sendo o encaminhamento realizado pelas pesquisadoras.

10) Para minimizar os riscos, em nenhum momento seu nome será citado nos resultados apresentados e será garantido o caráter confidencial das informações recebidas. Além disso, mesmo depois de assinar o TCLE o participante continua com o direito de pleitear indenização por reparação de danos que apresentem nexo causal com a pesquisa.

11) A participação no estudo não trará benefício pessoal para o participante, porém contribuirá para o aumento do conhecimento sobre o assunto estudado e os resultados poderão auxiliar na realização de futuros estudos. Os possíveis benefícios são para a população a médio e longo prazo, pois os resultados da pesquisa podem

contribuir para a melhoria da transição do cuidado de pacientes com alta hospitalar para o domicílio.

12) Sua participação é voluntária, sem custo financeiro/sem recompensa financeira. O(A) Sr(a). terá o direito e a liberdade de negar-se a participar desta pesquisa total ou parcialmente ou dela retirar-se a qualquer momento, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo com relação ao seu atendimento nestas instituições, de acordo com a Resolução CNS n.º 466/12 e complementares. É garantido, quando necessário, o ressarcimento exclusivamente de despesas decorrentes da participação do participante e/ou seus acompanhantes na pesquisa, tais como transporte e alimentação.

13) Como pesquisadoras, somos responsáveis pela proteção das informações e pela manutenção da confidencialidade dos dados de identificação pessoal dos participantes. Nós garantimos que as informações a serem concedidas são confidenciais, com garantia de anonimato.

14) As informações coletadas serão utilizadas unicamente com fins científicos, sendo garantidos o total sigilo e confidencialidade, através da assinatura deste termo, que você receberá uma cópia. O presente termo possui 3 páginas. (a) senhor(a) terá acesso às suas informações entrando em contato com as pesquisadoras pelos endereços que serão fornecidos a seguir.

15) O(A) senhor(a) tem liberdade para recusar-se a participar da pesquisa, ou desistir dela a qualquer momento sem que haja constrangimento e sem que haja prejuízo ao seu atendimento em saúde.

16) Nós, pesquisadoras responsáveis, Elisiane Lorenzini e Juliana Lessmann Reckziegel, assumimos toda e qualquer responsabilidade decorrente diretamente desta investigação e garantimos que as informações somente serão utilizadas para estudo, podendo os resultados virem a ser publicados.

17) Para qualquer esclarecimento no decorrer da sua participação, estaremos disponíveis através dos telefones:

Dra. Elisiane Lorenzini :(48) 988422015, no endereço Departamento de Enfermagem: Campus Universitário - Trindade CEP: 88040-900 - Florianópolis - SC - Brasil BLOCO I (CEPETEC) - Centro de Ciências da Saúde.

Ou Profa. Juliana: (49) 991623838, ou pelo endereço COMISSÃO DA RESIDÊNCIA MÉDICA CEHTR/HTR – CENTRO DE ESTUDOS do Hospital Tereza Ramos, Rua: Marechal Deodoro, no 799, Centro, Lages/SC - CEP: 88501-003.

18) Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH). “O CEPSH é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), 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.” O endereço do CEPSH na UFSC é :Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, no 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC, CEP 88.040-400, Contato: (48) 3721-6094, cep.propesq@contato.ufsc.br

19) Este documento é elaborado em duas vias, que devem ser rubricadas em todas as suas páginas e assinadas, ao seu término, pelo convidado a participar da pesquisa, ou por seu representante legal, assim como pelo pesquisador responsável, ou pela pessoa por ele delegada.

Desde já agradecemos!

Eu, _____(nome por extenso), CPF _____, declaro que após ter sido esclarecido(a) pelo(a) pesquisador(a), lido o presente termo, e entendido tudo o que me foi explicado, concordo em participar da Pesquisa.

Assinatura do Participante/ familiar responsável

_____, _____ de _____ de 2020

Profa. Dra. Elisiane Lorenzini
Profa. - Piso Térreo. Dra. Elisiane
Lorenzini
Orientadora/Pesq.Responsável.
Contato:(48)988422015
elisiane.lorenzini@ufsc.br.
Departamento de Enfermagem: Campus
Universitário - Trindade 88040-900 -
Florianópolis - SC - Brasil BLOCO I
(CEPETEC) - Centro de Ciências da
Saúde.

**APÊNDICE B: VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E
CLÍNICAS/QUESTIONÁRIO DE CONDIÇÕES DE SAÚDE**

1. Número do questionário:	nquest __
2. Coletador (a): _____ Código: _	codcol __
BLOCO A – IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE	
3. Nome Completo _____	-
Município que reside _____ Telefone/contato (__) _____ Telefone contato de um familiar ou pessoa próxima: (__) _____	munic _
4. Sexo/ Gênero (1) Masculino (2) Feminino	sex_ __
5. Qual a sua idade? __ __ em anos completos	idade_ __
6. Raça (1) Indígena (2) Branca (3) Negra (4) Parda	raça_ __
7. Estado civil? (1) Solteiro (2) casado(a)/união estável (3) viúvo(a) (4) divorciado(a)	conjuce _
8. Sabe ler e escrever? (0) Não (1) Sim	ler_ __
9. Tempo de estudo: (0) Não estudou Ensino Fundamental - (11) 1a série (12) 2a série (13) 3a série (14) 4a série (15) 5a série (16) 6a série (17) 7a série (18) 8a série Ensino Médio – (21) 1a série (22) 2a série (23) 3a série Ensino Superior - (30) Ensino Superior Completo (31) Ensino Superior Incompleto Pós Graduação - (40) Especialização (50) Mestrado (60) Doutorado	anos _
10. O senhor (a) tem um trabalho no qual recebe remuneração/pagamento? (0) Não possui trabalho remunerado (não é aposentado ou pensionista) (1) Sim (possui trabalho remunerado) (2) Aposentado (3) Pensionista	trab _
11. Ocupação? _____	ocup
12. Renda mensal? _____, ____	renda _ __, _
13. Renda mensal da sua família? _____, ____	rendaf _ __ _ __, _

BLOCO B – CONDIÇÃO DE SAÚDE	
14. Setor de internação _____	setintern _ _
15. Data da internação: __ / __ / ____	datainter _ _
16. Status _____	status _ _
17. Data coleta COVID-19: __ / __ / ____	datacoleta _ _
18. Resultado Influenza Status _____ (0) Negativo (1) Positivo	influenza_ _
19. É a 1a internação? (1) Sim (0) Não	primintern
20. Se não é a primeira internação, a corresponde qual? (99) NA 2a internação (1) 3a internação (2) 4a internação (3) 5a ou mais	outraintern ____
21. Gravidade da doença: _____	gravdoenc_ _ _
22. Possui outros problemas de saúde? (0) Não (1) Sim	outroprob_
23. Possui Diabetes? (0) Não (1) Sim	dm _ _ _
24. Possui Hipertensão Arterial? (0) Não (1) Sim	has _ _ _
25. Possui DPOC? (0) Não (1) Sim	dpoc _ _
26. Possui ASMA? (0) Não (1) Sim	asma _ _
27. Apresenta Insuficiência Renal Crônica? (0) Não (1) Sim	drc _ _
28. Apresenta ICC? (0) Não (1) Sim	icc _ _
29. Apresenta obesidade e/ou sobrepeso? (0) Não (1) Sim	obes _ _
30. Além dos problemas mencionados acima, possui algum outro problema de Saúde? Se sim, quais os outros problemas de saúde? _____	quaispr1 _ quaispr2 _ quaispr3 _
31. Faz uso de Tabaco? (0) Não (1) Sim	tabaco _ _
32. Pratica algum exercício físico com regularidade? (0) Não (1) Sim	exefisc _ _
33. Se sim, quantas vezes na semana? (1) 1 vez na semana (2) 2 vezes na semana (3) 3 vezes ou mais na semana (99) NA	Regexefisc _ _

ANEXO A – INSTRUMENTO DE MEDIDA DA TRANSIÇÃO DO CUIDADO (CTM-15 BRASIL)

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

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

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

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

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

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

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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

12. Quando eu saí do hospital, eu recebi por escrito uma lista legível e de fácil compreensão, das consultas e exames que eu precisava realizar dentro das próximas semanas.

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

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

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

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

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

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

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

ANEXO B - AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA HOSPITAL TEREZA RAMOS



DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Declaramos, para os devidos fins, que o Hospital Tereza Ramos (HTR), referência na Serra Catarinense para internação de média e alta complexidade de pacientes confirmados com COVID-19, manifesta apoio para a realização do projeto de pesquisa e intitulado **“Atenção à saúde no ambiente hospitalar e a pandemia covid-19: aspectos gerenciais, assistenciais, laborais, de segurança do paciente e transição do cuidado”**, sob a coordenação de Dra. Elisiane Lorenzini e Profa. Dra. Juliana Cristina Lessmann Reckziegel.

Lages, 10 de setembro de 2020.


Fabio Lage
DIRETOR
Hospital e Maternidade Tereza Ramos
Matrícula 616640-7-01
Direção

ANEXO C – TERMO DE APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ATENÇÃO À SAÚDE NO AMBIENTE HOSPITALAR E A PANDEMIA COVID-19: ASPECTOS GERENCIAIS, ASSISTENCIAIS, LABORAIS, DE SEGURANÇA DO PACIENTE E TRANSIÇÃO DO CUIDADO

Pesquisador: ELISIANE LORENZINI

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 38674120.1.1001.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.361.273

Apresentação do Projeto:

As informações que seguem e as elencadas nos campos "Objetivo da pesquisa" e "Avaliação dos riscos e benefícios" foram retiradas do arquivo PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_...pdf, de 22/09/2020, preenchido pelos pesquisadores.

Segundo os pesquisadores:

Resumo: "A pandemia COVID-19 tem sido considerada o maior desafio da contemporaneidade, junto à uma crise sem precedentes. A Atenção Primária à Saúde (APS) tem um papel fundamental na resposta global à doença. Porém, estima-se que pelo menos 5% dos casos requerem hospitalização e cuidados intensivos. A fragmentação do cuidado entre a APS e os hospitais é um problema já reconhecido no mundo todo e possivelmente está relacionada à readmissão hospitalar. Objetivo geral: Desenvolver uma Plataforma de Telemonitoramento via domicílio de pacientes confirmados com COVID-19, e analisar processos de atenção à saúde no ambiente hospitalar, no âmbito da pandemia COVID-19, no que tange a aspectos gerenciais, assistenciais, laborais, de segurança do paciente e transição do cuidado. Objetivos específicos: 1) Analisar indicadores hospitalares que possuem relação com a qualidade e segurança assistencial; 2) Analisar a transição do cuidado de pacientes que tiveram alta das unidades, por meio do

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 4.361.273

questionário Care Transitions Measure; 3) Compreender aspectos da transição do cuidado na perspectiva de pacientes, familiares e profissionais; 4) Desenvolver um protocolo de intervenção, em conjunto com os participantes envolvidos na pesquisa, para aprimorar a transição do cuidado centrado no paciente; 5) Analisar o perfil dos pacientes e dos profissionais de saúde que atuaram durante a pandemia; 6) Descrever terapias e intervenções clínicas/cirúrgicas empregadas para o tratamento de pessoas com Coronavírus. Método: Pesquisa de métodos mistos, com abordagem convergente que será realizada no Hospital Geral e Maternidade Tereza Ramos, em Lages e no Hospital Florianópolis, em Florianópolis, bem como e em outros hospitais que demonstrarem interesse em participar. Inicialmente, participarão do estudo 170 sujeitos (entre pacientes e familiares que residem em Santa Catarina, equipe multidisciplinar e gestores, que atuam no local do estudo e na APS em Santa Catarina). A coleta de dados será realizada por meio de questionário e entrevistas por meio on-line ou telefone. Os dados quantitativos serão analisados pelo Statistical Package for Social Science, aplicando-se testes estatísticos apropriados às variáveis em análise. Os dados qualitativos serão analisados de forma interativa e dinâmica com análise de conteúdo do tipo temática. Para atender ao propósito dos métodos mistos, os resultados quantitativos e qualitativos serão integrados para a extração de inferências e meta inferências sobre o fenômeno em estudo. O projeto encontra-se em consonância com a Resolução do CONEP nº 466/2012, que versa sobre pesquisa com seres humanos. A participação implica assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por todo participante."

Hipótese: "Não se aplica para estudo descritivo".

Metodologia: "Trata-se de uma pesquisa de métodos mistos (CRESWELL, 2013), com abordagem convergente, quanti-qualitativa, exploratória e descritiva, alinhado em um estudo retrospectivo de análise documental, transversal, descritivo, com abordagem quantitativa. A pesquisa exploratória envolve levantamento e análise de dados com a finalidade de desenvolver, esclarecer e modificar conceitos. Na pesquisa qualitativa, o trabalho em campo permite aproximação com aquilo que se deseja estudar, bem como conhecer a realidade do campo que será investigado (LORENZINI, 2017). Métodos mistos envolvem triangulação e integração de dados quantitativos e qualitativos em um único projeto. Essas abordagens se complementam, na medida em que representam palavras e números, as duas linguagens fundamentais da comunicação humana. Entre as vantagens desse método, menciona-se que os pesquisadores podem permitir a manifestação do melhor de ambas

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401

Bairro: Trindade

CEP: 88.040-400

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3721-6094

E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 4.361.273

abordagens, evitando as possíveis limitações de um único enfoque quanti ou qualitativo (CRESWELL, 2013; LORENZINI, 2017). Utilizando estudo de métodos mistos, será conduzida uma pesquisa em quatro fases, compreendendo 24 meses de execução. Fase 1: Para atender a demanda urgente da pandemia COVID-19, será desenvolvida uma Plataforma de Telemonitoramento para apoiar a Transição do Cuidado de pacientes na APS e no hospital. Na APS, os pacientes sintomáticos confirmados com COVID-19 serão incluídos para Telemonitoramento e instruídos a utilizar um aplicação web para enviar seus dados de saúde. No hospital, o médico ou enfermeiro poderão identificar pacientes que apresentam condições de alta precoce, os quais terão continuidade da assistência por Telemonitoramento do seu quadro com o uso da aplicação web. Dessa forma, haverá segurança e transição do cuidado efetiva, o que contribui para a liberação de leitos hospitalares para pacientes graves. Será empregada metodologia da área, com participação de stakeholders e o desenvolvimento será feito por empresa comprovadamente habilitada para tal. Fase 2: Para analisar indicadores hospitalares que possuem relação com a qualidade e segurança assistencial serão coletados dados retrospectivos nos registros eletrônicos prévios, com apoio de um profissional de Tecnologia da Informação. Para compreender o contexto local sobre a transição do cuidado, dados iniciais (baseline data) serão coletados sobre transição do cuidado por meio do questionário Care Transitions Measure (CTM) (ACOSTA et al., 2018) com pacientes, por telefone após a alta; e entrevistas de perguntas abertas, com pacientes, membros da família, membros da equipe multidisciplinar do hospital e da Atenção Primária e gestores, serão realizadas preferencialmente por telefone ou meio eletrônico. Variáveis demográficas e clínicas dos pacientes serão coletadas por instrumento elaborado pelos pesquisadores. Fase 3: Pautando-se em estratégias de integrated Knowledge Translation, soluções para melhorar a transição do cuidado centrado no paciente serão criadas em conjunto por todos os stakeholders e uma"

Critérios de inclusão:

- Para os profissionais serão os seguintes: estar trabalhando há pelo menos um mês; trabalhar pelo menos 20 horas semanais; ter idade superior a 18 anos, Ser profissional da saúde em nível de graduação;
- Para todos os participantes e/ou familiares: Ter sido acometido ou ser familiar de pessoa acometida pelo COVID 19, necessitando de assistência em saúde, ter idade acima de 18 anos.

Critério de exclusão:

- Profissionais: idade inferior a 18 anos, não ser profissional da saúde em nível de graduação,

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 4.361.273

estar de licença ou afastamento do trabalho;

- Pacientes: Não possuir registros de saúde em prontuários; Não conseguir fornecer informações para a coleta de dados, ter idade inferior a 18 anos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Desenvolver uma Plataforma de Telemonitoramento via domicílio de pacientes confirmados com COVID-19, e analisar processos de atenção à saúde no ambiente hospitalar, no âmbito da pandemia COVID-19, no que tange a aspectos gerenciais, assistenciais, laborais, de segurança do paciente e transição do cuidado.

Objetivo Secundário: 1) Analisar indicadores hospitalares que possuem relação com a qualidade e segurança assistencial; 2) Analisar a transição do cuidado de pacientes que tiveram alta das unidades, por meio do questionário Care Transitions Measure; 3) Compreender aspectos da transição do cuidado na perspectiva de pacientes, familiares e profissionais; 4) Desenvolver um protocolo de intervenção, em conjunto com os participantes envolvidos na pesquisa, para aprimorar a transição do cuidado centrado no paciente; 5) Analisar o perfil dos pacientes e dos profissionais de saúde que atuaram durante a pandemia; 6) Descrever terapias e intervenções clínicas/cirúrgicas empregadas para o tratamento de pessoas com Coronavírus.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: A pesquisa oferecerá o mínimo risco aos participantes, o qual está relacionado ao tempo dedicado para participar das etapas do estudo, a possibilidade de ocorrência de certo desconforto em responder algum tema abordado e ainda a possibilidade, ainda que remota, de quebra de sigilo, mesmo que involuntária e não intencional, e como potencial consequências na vida pessoal e profissional dos participantes seria a discriminação e estigmatização a partir do conteúdo revelado, pelo participante ter apresentado o corona vírus.

Benefícios: Os possíveis benefícios são para a população a médio e longo prazo, pois os resultados da pesquisa podem contribuir para a melhoria da transição do cuidado de pacientes com alta hospitalar para o domicílio, investigaremos no âmbito da pandemia de Covid-19, mas os benefícios podem ser expandidos para a transição do cuidado de pacientes com condições agudas e crônicas de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Informações retiradas primariamente do formulário com informações básicas sobre a pesquisa

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 4.361.273

gerado pela Plataforma Brasil e/ou do projeto de pesquisa e demais documentos postados, conforme lista de documentos e datas no final deste parecer.

Projeto de pesquisa coordenado na UFSC pela professora Elisiane Lorenzini e na UNIPLAc pela professora Juliana Cristina Lessmann Reckziegel. São pesquisadores Julia Estela Willrich Böell, Edna Ribeiro de Jesus, Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz e Millena Maria Piccolin.

Estudo nacional de metodologia mista quali-quantitativa.

Não há informação sobre financiamento, entretanto, a declaração da Empresa PalmSoft informa que o projeto está sendo submetido a Edital da FAPESC.

Número de participantes no Brasil será de 170 divididos em dois grupos. Grupo 1 denominado "Pacientes com coronavírus e familiares" incluirá 150 participantes aos quais será aplicado questionário e/ou entrevista semiestruturada. Grupo 2 – incluirá 20 profissionais de saúde que responderão entrevista semiestruturada por telefone

Previsão de início da coleta de dados: 15/01/2021

Previsão de término do estudo: novembro de 2022.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto assinada pelo pesquisador responsável e pela Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/CCS/UFSC, professora Jussara Gue Martini.

Constam autorizações institucionais, nos termos da resolução 466/12, emitidas pelo Hospital Tereza Ramos/Lages e Hospital Florianópolis/Florianópolis.

Consta do projeto os instrumentos para coleta de dados: "Instrumento medida de transição do cuidado (CTM -15 BRASIL)" e "Questionário sociodemográfico e de condições de saúde".

TCLE contempla os itens obrigatórios da resolução 466/12.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401	
Bairro: Trindade	CEP: 88.040-400
UF: SC	Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094	E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 4.361.273

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências relacionadas ao TCLE, análise de riscos, critérios de inclusão e formação dos grupos foram todas resolvidas. Não há impedimentos éticos para início do projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Informamos aos pesquisadores a necessidade de enviar, por meio de notificação, relatórios parciais e final.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1621349.pdf	19/10/2020 10:55:47		Aceito
Outros	Resposta.pdf	19/10/2020 10:53:34	Juliana Lessmann Reckziegel	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	19/10/2020 10:48:58	Juliana Lessmann Reckziegel	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_profissionais.docx	19/10/2020 10:46:29	Juliana Lessmann Reckziegel	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_pacientes.docx	19/10/2020 10:45:57	Juliana Lessmann Reckziegel	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	19/10/2020 10:15:45	Juliana Lessmann Reckziegel	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_Elisianeassinado.pdf	28/09/2020 18:37:43	ELISIANE LORENZINI	Aceito
Outros	Anuencia_HTR.jpeg	18/09/2020 10:09:55	Julia Estela Willrich Böell	Aceito
Outros	Declaracao_PalmSoft_Fapesc.pdf	18/09/2020 10:06:43	Julia Estela Willrich Böell	Aceito
Outros	Anuencia_UFSC.pdf	18/09/2020 10:05:29	Julia Estela Willrich Böell	Aceito
Declaração de concordância	carta_HF.pdf	18/09/2020 10:00:58	Julia Estela Willrich Böell	Aceito

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 4.361.273

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 26 de Outubro de 2020

Assinado por:

Nelson Canzian da Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br