

Estado da publicação: Não informado pelo autor submissor

Cuidado transicional de pacientes pós-COVID-19: da alta hospitalar para o domicílio

Fabianne Sousa, Diego João de Lima Arrais, Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa, Fernando Riegel, Carlos Leonardo Figueiredo da Cunha, Andressa Parente, Cintia Yolette Urbano Pauxis Aben-Athar, Aline Maria Cruz Ramos

<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.4152>

Submetido em: 2022-05-20

Postado em: 2022-05-23 (versão 1)

(AAAA-MM-DD)

Cuidado transicional de pacientes pós-COVID-19: da alta hospitalar para o domicílio*

Transitional care of post-COVID-19 patients: from hospital discharge to home

Diego Joao de Lima Arrais¹

ORCID: 0000-0003-3399-5561

Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa²

ORCID: 0000-0002-2763-8050

Carlos Leonardo Figueiredo da Cunha¹

ORCID: 0000-0002-1891-4201

Fernando Riegel³

ORCID: 0000-0002-3688-419X

Andressa Tavares Parente¹

ORCID: 0000-0001-9364-4574

Cintia Yolette Urbano Pauxis Aben-Athar¹

ORCID: 0000-0002-6951-3547

Aline Maria Cruz Ramos¹

ORCID: 0000-0001-8812-2923

Fabianne de Jesus Dias de Sousa¹

ORCID: 0000-0002-8151-3507

¹ Universidade Federal do Pará, Faculdade de Enfermagem, Departamento de Enfermagem

² Universidade Federal de Santa Catarina, Faculdade de Enfermagem, Departamento de Enfermagem

³ Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica

Autor correspondente:

Fabianne de Jesus Dias de Sousa

Endereço: Rua Augusto Correa S/N

Telefone para contato: (91) 3201-8563

E-mail: fabianneousa@hotmail.com

* Artigo extraído da dissertação “Transição do cuidado na alta hospitalar para o domicílio de pacientes recuperados de COVID-19 no contexto amazônico” no 2022 da Universidade Federal do Pará

RESUMO

Objetivo: Avaliar a qualidade da transição do cuidado de pacientes pós-COVID-19 que tiveram alta do serviço hospitalar para o domicílio. **Método:** Estudo quantitativo, do tipo transversal, descritivo e analítico realizado em um hospital universitário no Norte do Brasil, de maio a dezembro de 2021. A amostra foi composta por 49 participantes. A coleta de dados ocorreu por meio de um questionário sociodemográfico e do instrumento de avaliação da transição de cuidados, o *Care Transitions Measure* (CTM-15) traduzido e validado para o português.

Resultados: A pontuação média para a transição do cuidado foi de 87,4 ($\pm 16,1$). O Fator 1 (Treinamento de Autogestão) obteve uma pontuação média de 82,6 ($\pm 14,8$), Fator 2 (Entendimento da Medicação) 86,6 ($\pm 15,0$), Fator 3 (Preferências Respeitadas) 82,0 ($\pm 16,7$) e Fator 4 (Plano de Cuidados) 81,2 ($\pm 18,2$). **Conclusão:** A qualidade da transição do cuidado percebida pelo paciente recuperado de COVID-19, ou por seus cuidadores, no processo de alta hospitalar para o domicílio, foi considerada alta, evidenciando o envolvimento da equipe multiprofissional no preparo e orientações para o seguimento dos cuidados no domicílio, reduzindo as taxas de re-internações e complicações pós alta hospitalar.

Descritores: Cuidado Transicional; Continuidade do Cuidado ao Paciente; COVID-19; Alta do Paciente.

ABSTRACT

Objective: To assess the quality of the care transition of post-COVID-19 patients who were discharged from the hospital service to their home. Method: Quantitative, cross-sectional, descriptive and analytical study carried out in a university hospital in Northern Brazil, from May to December 2021. The sample consisted of 49 participants. Data collection took place through a sociodemographic questionnaire and the Care Transitions Measure (CTM-15) translated and validated into Portuguese. Results: The mean score for the transition of care was 87.4 (± 16.1). Factor 1 (Self-Management Training) had an average score of 82.6 (± 14.8), Factor 2 (Understanding of Medication) 86.6 (± 15.0), Factor 3 (Respected Preferences) 82.0 (± 16.7) and Factor 4 (Care Plan) 81.2 (± 18.2). Conclusion: The quality of the care transition perceived by the patient recovered from COVID-19, or by their caregivers, in the process of hospital discharge to home, was considered high, evidencing the involvement of the multidisciplinary team in the preparation and guidelines for the follow-up of care. at home, reducing the rates of readmissions and post-discharge complications.

Descriptors: Transitional Care; Continuity of Patient Care; COVID-19; Patient discharge.

INTRODUÇÃO

Em meados de dezembro de 2019, a população mundial foi surpreendida com uma nova doença respiratória, identificada inicialmente no mercado público de Wuhan na China. A doença chamada de COVID-19 (*Coronavírus Disease 2019*) se disseminou exponencialmente entre milhões de pessoas nos cinco continentes revelando as características de alta transcendência, o que levou o planeta a rever seus acordos de ajuda e biossegurança⁽¹⁾. A COVID-19 apresenta manifestações sistêmicas graves como sintomas respiratórios, visto que

o vírus infecta facilmente as células pulmonares. Entretanto, através de estudos epidemiológicos e clínicos da doença, podem ser identificados sinais e sintomas semelhantes a outros vírus, dentre os quais: mialgia, hipertermia, fadiga e perda de apetite⁽²⁾.

Ao analisar a elevada taxa de incidência e complicações decorrentes da COVID-19 observa-se a importância da transição e continuidade do cuidado constituindo-se num desafio mundial para os sistemas de saúde, considerando a heterogeneidade dos serviços e das equipes profissionais que prestam assistência aos usuários⁽³⁾.

A Transição do cuidado (TC) contribui na coordenação, integração e longitudinalidade do cuidado, é definida como um conjunto de ações destinadas a assegurar a continuidade de cuidados de saúde, nas transferências do paciente, sejam entre serviços na Rede de Atenção à Saúde (RAS) ou de um serviço de saúde para os cuidados domiciliares e autocuidado. Sendo fundamentada. A TC se constitui como o intervalo de tempo que inicia com a preparação do indivíduo para alta e finaliza quando ele é recebido no próximo serviço, requer ainda intervenções contínuas a fim de se obter resultados satisfatórios⁽⁴⁾.

É oportuno destacar, que o paciente do sistema de saúde vivencia diversos momentos de tensão durante seu percurso em uma rede de atenção à saúde, necessitando de ações destinadas a assegurar a coordenação e a continuidade do cuidado, relacionadas à transição do cuidado⁽⁵⁾. Assim, torna-se essencial a prestação de cuidados envolvendo os usuários, família e prestadores de serviços, podendo, quando adequada, proporcionar maior segurança e qualidade à jornada na rede assistencial. Dessa forma, é fundamental que eles sejam considerados componentes principais para quaisquer estratégias de TC segura e eficaz⁽⁶⁾.

Entretanto pode ocorrer lacunas na integração da rede de serviços e prestadores de atenção ao paciente, existindo uma preocupação sobre como os serviços e prestadores de saúde estão preparados para atender efetivamente os usuários no seu domicílio⁽⁵⁾.

No Brasil, pesquisadores desenvolvem estudos e apontam estratégias para o fortalecimento da continuidade do cuidado no cenário hospitalar e de transição para a atenção primária, pois o paciente pode apresentar maior vulnerabilidade e risco de deterioração clínica especialmente nesse período pandêmico da COVID-19⁽⁵⁻⁶⁾.

Dessa forma, são necessárias ações para a identificação, desenvolvimento e implementação de estratégias fortalecedoras de transição do cuidado que permitam a sua continuidade, especialmente da alta hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS) para o domicílio com vistas ao fortalecimento da continuidade do cuidado após a alta⁽⁶⁾.

Diante da escassez de estudos sobre avaliação da qualidade da transição de cuidados dos pacientes recuperados da COVID-19, destaca-se a importância da transição do cuidado na

alta hospitalar para o domicílio de pacientes pós- COVID 19 contribui na melhoria da qualidade da assistência realizada pelos profissionais de saúde desde a admissão do paciente perpassando todo o período de internação hospitalar até a alta e pós-alta e no seguimento do cuidado no domicílio.

Nessa direção, a questão norteadora dessa pesquisa foi: como ocorre a transição do cuidado do paciente de COVID -19 da alta hospitalar para o domicílio? E a hipótese: a qualidade de transição do cuidado do hospital para o domicílio, de pacientes pós-COVID-19 e/ou cuidadores, é alta. Dessa forma, este estudo teve como objetivo avaliar a qualidade da transição do cuidado de pacientes pós-COVID-19 que tiveram alta do serviço hospitalar para o domicílio e/ou cuidadores.

MÉTOD

Tipo do estudo

Estudo quantitativo, do tipo transversal, descritivo e analítico, seguindo as recomendações do *check list Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE)*⁽⁷⁾ para estudos transversais.

Este estudo faz parte do projeto multicêntrico relacionado a avaliação do cuidado de enfermagem à pacientes com COVID-19 em hospitais universitários brasileiros.

População

Os pacientes recuperados de COVID-19 que tiveram alta para o domicílio e/ou seus cuidadores.

Local do estudo

Unidades de internação clínicas específicas ao atendimento à COVID-19 num hospital universitário de referência da região Norte do Brasil.

Critérios de seleção

Foram incluídos pacientes com idade igual ou superior a 18 anos; diagnóstico de Covid-19; cuidador ou responsável pelo cuidado no domicílio, ter fluência no idioma português do Brasil; período mínimo de 72 horas de internação no hospital antes da administração do questionário, por se considerar um período razoável para o paciente conhecer a instituição e responder aos itens do questionário; alta hospitalar entre 7 a 30 dias. Foram excluídos pacientes sem capacidade para consentir em participar da pesquisa (por exemplo, devido a alterações neurológicas, psiquiátricas, doença avançada ou em uso de sedação). Pacientes que, aceitaram

participar da pesquisa, mas sem condições de responder ao estudo em razão do quadro clínico (por dificuldade respiratória, dor ou pós-operatório imediato); alta hospitalar acima de 31 dias.

Definição da amostra

Para o cálculo amostral foi utilizado o programa *Winpepi*, versão 11.65. Considerando nível de confiança de 95%, margem de erro de 4 pontos e desvio padrão de 17,1 conforme preconizado estatisticamente⁽⁸⁾ chegou-se ao tamanho de amostra de 73 pacientes procedendo a uma margem de segurança de 85 pacientes e/ou cuidadores.

No entanto, no decorrer da pesquisa houve diminuição dos leitos para o recebimento de pacientes infectados até o descredenciamento do hospital pela Secretaria Municipal de Saúde do município de Belém, conseqüentemente, houve diminuição do atendimento impactando no resultado final da amostra.

Da amostra inicial prevista, também, houve óbitos de pacientes recuperados por alguma complicação, outros devido condição de saúde debilitada não conseguiram responder as questões do estudo, outros pela dificuldade de contato telefônico (acima de 5 ligações perdidas). Dessa forma, a amostra final resultou em 49 pacientes e/ou cuidadores.

Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de maio a dezembro de 2021. Foi utilizado um questionário sociodemográfico e o instrumento *Care Transitions Measure* (CTM-15) para avaliar a qualidade da transição do cuidado validado no Brasil⁽⁹⁾. O CTM-15, é composto por 15 itens, com opções de resposta em escala Likert de 4 pontos (“Discordo totalmente =1”, “Discordo=2”, “Concordo=3”, “Concordo totalmente=4”, “Não sei/não lembro/ não se aplica=0”). Dessa forma, quanto maior a pontuação, maior a qualidade da transição do cuidado. Os itens do instrumento estão organizados em quatro fatores: Fator 1- “Preparação da gestão em saúde” (itens 4, 5, 6, 8, 9, 10 e 11); Fator 2- “Compreensão da medicação” (itens 13, 14 e 15); Fator 3- “Preferências importantes” (itens 1, 2 e 3); e Fator 4- “Plano de cuidados” (itens 7 e 12). O escore final do CTM-15 foi calculado por meio de uma fórmula com as médias dos escores encontrados, convertendo-os em uma escala linear de zero a 100 pontos, sendo o escore de cada indivíduo $EC = [E/3] * 100$, em que E é o escore original do indivíduo e EC é o escore padronizado, conforme recomendado pelos autores do instrumento.

No instrumento original do CTM-15, não possui um ponto de corte para definir o nível de satisfação, apenas o estabelecimento de que valores mais baixos indicam um menor nível de satisfação e os mais altos um maior nível de satisfação com a continuidade do cuidado. Entretanto, para calcular o valor geral da pesquisa, os autores aconselham medir as respostas e

passá-las para uma escala de 0 a 100, conseqüentemente, valores acima de 51 indicariam um nível aceitável de satisfação⁽¹⁰⁾.

Dessa forma, seguindo as indicações acima, nesse estudo foi definido que para valores maiores que 51 há um nível bom ou aceitável de satisfação, e para valores menores ou iguais a 50 haveria um baixo nível de satisfação.

Foi obtida uma listagem pacientes e/ou cuidadores de sete a 30 dias após a alta hospitalar, dessa forma o CTM-15 foi preenchido por telefone conforme recomendação dos autores do instrumento⁽¹⁰⁾. Procedeu-se, então, a entrevista por telefone, de modo pausado e claro dos itens afim de atender a demanda do respondente. As ligações foram gravadas com a permissão dos entrevistados por meio do consentimento verbal do participante, obtido no momento do contato telefônico, após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Análise e tratamento dos dados

Os dados coletados foram tabulados no programa Microsoft Office Excel® 2016, conferidos na totalidade por outro pesquisador para assegurar a correta inserção das respostas e analisados pelo *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 25.0 para Windows.

As variáveis categóricas foram representadas pela frequência absoluta e relativa. As variáveis quantitativas foram representadas por média e desvio-padrão. Para os escores do CTM, foi realizado inicialmente, o teste de normalidade de *Shapiro-Wilk*. Tendo essas distribuições assimétricas optou-se pelo uso de testes não paramétricos. Ademais, realizado a correlação de *Spearman* para verificar o grau de relação entre as variáveis quantitativas e os escores dos fatores do CTM-15 e, os testes estatísticos não paramétricos *Mann-Whitney e Kruskal Wallis* para os dados com distribuição normal de dois grupos. Adotando como significativa a intensidade da correlação classificada⁽⁸⁾ como: fraca de 0 a 0,4; regular de 0,4 a 0,6; forte de 0,6 a 0,9 e muito forte de 0,9 a 1,0. O nível de significância adotado foi de 0,05.

Aspectos éticos

O estudo seguiu as recomendações da Resolução nº 466/2012 e nº510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Em se tratando de uma vertente da pesquisa multicêntrica aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina e da Universidade Federal do Pará sob Pareceres Nº 4.347.463 e 4.464.829 em outubro e dezembro de 2020, respectivamente. Tendo a coleta de dados realizada por meio telefônico, o consentimento foi gravado e uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) enviada aos participantes através de mensagem eletrônica.

RESULTADOS

Dos 49 participantes da pesquisa, (83,7%) foram do sexo masculino (59,2%; $p=0,000$) com média de idade de 50,4 anos ($\pm 16,1$) apresentando escolaridade superior a 10 anos (49%; $p=0,005$). A comorbidade mais frequente foi a hipertensão arterial sistêmica (32,7%; $p < 0,585$) (Tabela 1).

Tabela 1- Estatística descritiva das variáveis categóricas dos pacientes acometidos com COVID-19 e/ou cuidadores. Belém, PA, Brasil, 2021

Variáveis categóricas	n	%	p valor
Quem respondeu a entrevista?			0,0322*
Paciente	41	83,7	
Cuidador	8	16,3	
Sexo			0,000*
Masculino	29	59,2	
Feminino	20	40,8	
Faixa etária			0,000*
21- 29 anos	7	14,2	
30 - 39 anos	5	10,2	
40 - 49 anos	9	18,3	
50 - 59 anos	12	24,4	
60 - 69 anos	11	22,4	
≥ 70 anos	5	10,2	
Média de idade ($\pm DP$)	50,4 anos ($\pm 16,1$)		
(Escolaridade) (em anos)			$<0,005^*$
0 - 1	4	8,2	
4 - 9	21	42,9	
≥ 10	24	49,0	
Comorbidades			
Doença respiratória crônica	4	8,2	$<0,040^{**}$
Hipertensão Arterial Sistêmica	16	32,7	$<0,585^{**}$
Doenças Cardiovasculares	3	6,1	$<0,026^{**}$
Diabetes Mellitus	11	20,4	$<0,023^{**}$
Doenças Renais	3	6,1	$<0,085^{**}$

Obesidade	6	12,2	<0,026**
Câncer	6	12,2	<0,013**

Fonte: dados da pesquisa

*Teste de Kruskal-Wallis; ** Teste de Mann-Whitney

Na tabela 2, descrita a seguir, apresenta-se a pontuação total média do instrumento e por fatores do CTM-15. O valor médio do escore total foi de 87,4 ((±16,1). Já, o Fator 1 (Treinamento de Autogestão) obteve uma pontuação média de 82,6 (± 14,8), Fator 2 (Entendimento da Medicação) 86,6 (± 15,0), Fator 3 (Preferências Respeitadas) 82,0 (± 16,7) e Fator 4 (Plano de Cuidados) 81,2 (±18,2).

Tabela 2 – Distribuição das Média e Desvio Padrão (DP) do instrumento CTM-15 e por Fatores. Belém, PA, Brasil, 2021

Escores	Média	(±DP)
Transição Total	87,4	(±16,1)
Por Fatores		
Fator 1- Preparação para autogerenciamento	82,6	(±14,8)
Fator 2- Entendimento sobre medicações	86,6	(±15,0)
Fator 3- Preferências asseguradas	82,0	(±16,7)
Fator 4- Plano de cuidado	81,2	(±18,2)

Fonte: dados da pesquisa

A análise quanto a distribuição das respostas dos entrevistados em cada item do instrumento, oferece melhor entendimento sobre os itens “não sei/não me lembro/não se aplica”, aqueles que tiveram maior concordância (agrupando opções “concordo” e “concordo muito”) ou discordância (opção e “discordo muito” e “discordo”). A opção “discordo muito” não recebeu pontuação e, portanto, não foi incluída no cálculo do escore. As respostas foram classificadas nos valores de 0 a 4). Obtiveram maior percentual de concordância os itens (1 a 5 e 8 a 15) enquanto o percentual de discordância foram os itens (4,5 e 7). Nota-se que o item 08 teve o maior percentual de resposta na opção concordo muito da escala de Likert (61,2%), valor bem superior ao restante de itens do instrumento (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição da frequência simples, relativa, média e DP de opções de resposta por item do instrumento CTM-15. Belém, PA, Brasil, 2021

Item- CTM	Não sei/não me	Discordo muito	Discordo	Concordo	Concordo muito	Média (±DP)
--------------	-------------------	-------------------	----------	----------	-------------------	-------------

	lembro/não se aplica					
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
1	0 (0)	0 (0)	2 (4,1)	23 (46,9)	24 (49)	3,45 ($\pm 0,58$)
2	0 (0)	0 (0)	2 (4,1)	23 (46,9)	24 (49)	3,45 ($\pm 0,58$)
3	0 (0)	0 (0)	2 (4,1)	21 (42,9)	26 (53,1)	3,49 ($\pm 0,58$)
4	0 (0)	0 (0)	4 (8,2)	18 (36,7)	27 (55,1)	3,47 ($\pm 0,65$)
5	1 (2)	0 (0)	4 (8,2)	15 (30,6)	29 (59,2)	3,45 ($\pm 0,82$)
6	0 (0)	0 (0)	3 (6,1)	24 (49)	22 (44,9)	3,39 ($\pm 0,61$)
7	0 (0)	0 (0)	4 (8,2)	22 (44,9)	23 (46,9)	3,39 ($\pm 0,64$)
8	0 (0)	0 (0)	2 (4,1)	17 (34,7)	30 (61,2)	3,57 ($\pm 0,58$)
9	0 (0)	0 (0)	1 (2)	24 (49)	24 (49)	3,47 ($\pm 0,54$)
10	0 (0)	0 (0)	2 (4,1)	23 (46,9)	24 (49)	3,45 ($\pm 0,58$)
11	0 (0)	0 (0)	2 (4,1)	23 (46,9)	24 (49)	3,49 ($\pm 0,58$)
12	0 (0)	0 (0)	2 (4,1)	21 (42,9)	26 (53,1)	3,39 ($\pm 0,93$)
13	2 (4,1)	0 (0)	3 (6,1)	16 (32,7)	28 (57,1)	3,33 ($\pm 1,11$)
14	4 (8,2)	0 (0)	0 (0)	17 (34,7)	28 (57,1)	3,39 ($\pm 1,11$)
15	4 (8,2)	0 (0)	0 (0)	14 (28,6)	31 (63,3)	3,20 ($\pm 1,15$)

Fonte: dados da pesquisa

Neste estudo, a média de internação total no hospital foi de 29,4 dias ($\pm 28,8$) e, na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) foi de 2,7 dias ($\pm 9,4$). Quanto aos resultados da associação entre o tempo de internação, faixa etária e os Fatores do CTM-15 observou-se que houve associação fraca entre o total de dias de internação e os fatores 1, 2 e 4, e moderada entre total de dias de internação na UTI com o fator 3 com dados considerados significativos. Portanto, supõe-se que quanto maior o tempo de internação melhor o escore dos fatores da qualidade de transição do cuidado. Não houve associação entre a faixa etária e os fatores do CTM-15 (Tabela 4).

Tabela 4 – Associação entre Tempo de internação, faixa etária e os Fatores do CTM-15. Belém, PA, Brasil, 2021

CTM - Escore Fator 1	CTM - Escore Fator 2	CTM - Escore Fator 3	CTM - Escore Fator 4
-------------------------	----------------------------	----------------------------	-------------------------

	$r_s^* (P)^+$	$r_s^* (P)^+$	$r_s^* (P)^+$	$r_s^* (P)^+$
Total de Dias de internação	0,368 (0,009)	0,399 (0,007)	0,254 (0,078)	0,389 (0,006)
Total de dias internado em UTI	0,108 (0,471)	0,064 (0,683)	0,400 (0,005)	0,059 (0,693)
Faixa etária	0,016 (0,912)	0,054 (0,724)	-0,038 (0,794)	0,030 (0,835)

Fonte: dados da pesquisa

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

A Tabela 5 apresenta a média e o desvio padrão obtidos para cada item do instrumento. Os itens com maior pontuação foram o 13 e 14 que pertencem ao fator “Compreensão da medicação”. A média com menor pontuação foi o item 7 pertencente ao fator “Plano de Cuidados”.

Tabela 5 – Distribuição das medias e desvio padrão (\pm DP) por item do CTM-15. Belém, PA, Brasil, 2021

Item	Fator	CTM-15	Média	(\pm DP)
1	3	Antes de sair do hospital, eu e a equipe de saúde concordamos sobre objetivos para minha saúde e como eles seriam alcançados	86,2	(\pm 14,49)
2	3	A equipe do hospital considerou as minhas preferências e as da minha família ou cuidador para decidir quais seriam as minhas necessidades de saúde para depois que eu saísse do hospital	86,2	(\pm 14,49)
3	3	A equipe do hospital considerou as minhas preferências e as da minha família ou cuidador para decidir onde as minhas necessidades de saúde seriam atendidas depois que eu saísse do hospital	87,2	(\pm 14,54)
4	1	Quando eu saí do hospital, eu tive todas as informações que precisava para que eu pudesse cuidar de mim mesmo	86,7	(\pm 16,22)
5	1	Quando eu saí do hospital, eu entendi claramente como cuidar da minha saúde	88,0	(\pm 16,30)

6	1	Quando eu saí do hospital, eu entendi claramente os sinais de alerta e os sintomas que eu deveria observar para monitorar a minha condição de saúde	84,6	(±15,15)
7	4	Quando eu saí do hospital, eu recebi um plano escrito, legível e de fácil compreensão, que descrevia como todas as minhas necessidades de saúde seriam atendidas	84,6	(±15,99)
8	1	Quando eu saí do hospital, eu compreendi bem minha condição de saúde e o que poderia melhorá-la ou piorá-la	89,2	(±14,43)
9	1	Quando eu saí do hospital, eu compreendi bem o que era de minha responsabilidade para cuidar da minha saúde	86,7	(±13,60)
10	1	Quando eu saí do hospital, eu me senti seguro de que eu sabia o que fazer para cuidar da minha saúde	86,2	(±14,49)
11	1	Quando eu saí do hospital, eu me senti seguro de que conseguiria fazer as coisas necessárias para cuidar da minha saúde	87,2	(±14,54)
12	4	Quando eu saí do hospital, eu recebi uma lista por escrito, legível e de fácil compreensão, das consultas ou exames que eu precisava realizar dentro das próximas semanas	88,3	(±15,51)
13	2	Quando eu saí do hospital, eu entendi claramente o motivo de tomar cada um dos meus medicamentos	90,5	(±12,26)
14	2	Quando eu saí do hospital, eu entendi claramente como tomar cada um dos meus medicamentos, inclusive a quantidade e os horários	92,2	(±11,70)
15	2	Quando saí do hospital, eu entendi claramente os possíveis efeitos colaterais de cada um dos meus medicamentos	87,2	(±16,53)

Fonte: dados da pesquisa

DISCUSSÃO

Este estudo permitiu analisar a qualidade da transição do cuidado do hospital para o domicílio, na perspectiva dos pacientes recuperados de COVID-19 e/ou seus cuidadores. Os

resultados de um modo geral vão ao encontro de pesquisas nacionais^(5,9)e internacionais ⁽¹¹⁻¹²⁾ sobre a qualidade da transição do cuidado.

Em uma pesquisa de revisão sistemática⁽¹¹⁾ desenvolvida em 2020 na Austrália com estudos de intervenções que abordavam a Transição do cuidado com idosos que receberam alta hospitalar para o domicílio, constatou-se que o tamanho das amostras, variavam entre 50 e 2494, apresentando resultado semelhante com esse estudo. Quanto ao perfil dos entrevistados dessa pesquisa, a maioria eram pacientes, do sexo masculino com média de idade de 50 anos, escolaridade acima de 10 anos apresentando hipertensão arterial sistêmica.

Em referência à escolaridade, é importante ressaltar que a maioria apresentava ensino acima de 10 anos corroborando com estudo⁽¹³⁾ realizado em idosos residentes do município de Lages (Santa Catarina) e o autocuidado que evidenciou que maior escolaridade aumenta o autocuidado interferindo diretamente na transição do cuidado do hospital para o domicílio.

A comorbidade mais prevalente entre os entrevistados foi a hipertensão arterial sistêmica indo ao encontro de estudo realizado com cuidadores de um hospital universitário em Porto Alegre, na região Sul do Brasil⁽⁹⁾. O tempo de médio de internação foi alto (29 dias) devido o processo infeccioso da COVID-19, entretanto quando comparado com outro estudo que constatou tempo médio de 40 dias de internação⁽¹²⁾. Nesse sentido, devido a imunossenescência e distúrbios metabólicos tem maior probabilidade de evoluir para deficiências multissistêmicas no organismo⁽¹²⁾.

Neste estudo, os resultados obtidos possibilitaram a mensuração da qualidade da TC de pacientes que receberam alta hospitalar para o domicílio, com um escore médio de 87,4 indicando uma qualidade alta, corroborando com estudos^(4,9)que avaliaram a qualidade de transição do cuidado que apontaram para escore elevado, apesar de que o instrumento não tenha um ponto de corte predefinido, essa média pode ser considerada alta. Tais resultados contribuem para orientar profissionais em ações com vistas a melhorar o processo de transição assistencial⁽⁵⁾, principalmente em um contexto pandêmico da COVID-19.

Em relação aos escores por fatores do CTM-15, constatou-se que o Fator 2 relacionado ao “Entendimento sobre medicações” obteve maior escore divergindo de estudo realizado com pacientes que tiveram alta de um hospital universitário no Sul do Brasil que apontou pior escore nesse fator (69,0)⁽¹⁴⁾. Ainda sim, ressalta-se que as orientações sobre os efeitos colaterais das medicações ainda são incipientes, no entanto, são importantes para evitar a ocorrência de eventos adversos no ambiente domiciliar. No momento da alta são fornecidas informações sobre os medicamentos, e pacientes e seus cuidadores não são orientados sobre efeitos colaterais, recebendo apenas a receita médica, com dose, horário e via de administração ⁽¹⁴⁾.

No que concerne aos escores por itens, foi observado que os itens que tiveram maior pontuação foram o 13 (“entende claramente o motivo de tomar cada um dos meus medicamentos”) e 14 (“entende claramente como tomar cada um dos meus medicamentos, inclusive a quantidade e os horários”). Essa maior pontuação está relacionada ao fator 1, demonstrando que os entrevistados possuem um melhor entendimento sobre os cuidados que devem ter com a sua saúde⁽¹⁴⁾. Já, o item 7 que se refere ao fator “plano de cuidados” obteve o menor escore evidenciando que a equipe hospitalar e paciente ou cuidadores, devem participar ativamente das decisões relacionadas a execução do plano de cuidados, além de fornecer informações sobre medicamentos após a alta hospitalar.

Quanto ao Fator 4 relacionado ao “Plano de cuidado” apesar de ter obtido média alta foi identificado com o menor escore mostrando a importância de melhorar a qualidade do plano de transição do cuidado, especialmente em pacientes recuperados da COVID-19. Ademais, pode apontar a existência de problemas na articulação entre os serviços na rede de atenção à saúde (RAS), especialmente quanto a encaminhamentos e/ou acompanhamento do problema de saúde quando se encontram na comunidade, gerando a fragmentação dos cuidados após a alta hospitalar⁽¹⁷⁾.

O planejamento de alta e a elaboração de um plano de cuidados são essenciais para assegurar o preparo do paciente para autogerenciamento da sua condição de saúde no ambiente domiciliar. A equipe multiprofissional, planeja a alta durante a hospitalização, investiga o entendimento do paciente sobre sua saúde, reconcilia as medicações novas e as de uso anterior à internação, realiza metas para o tratamento com as preferências do paciente e programa o tempo de permanência no hospital⁽⁹⁾.

Nesse contexto, a aplicação do processo de enfermagem (PE) pelo enfermeiro como instrumento metodológico com cinco passos (observação, exame físico, entrevista, diagnóstico e plano de cuidados)⁽¹⁸⁾ que norteia e orienta a assistência e a documentação da prática do cuidado ao paciente qualifica o plano de cuidados e as orientações na alta hospitalar.

O Fator 1 relacionado a “Preparação para autogerenciamento”, referente ao item 8 (Quando eu saí do hospital, eu compreendi bem minha condição de saúde e o que poderia melhorá-la ou piorá-la) foi identificado com a média de resposta mais alta entre todos os fatores. A comunicação entre os profissionais de saúde e os pacientes é extremamente importante e, aprimora os cuidados diários após a alta hospitalar. O enfermeiro, como um dos profissionais de saúde, ao permitir um ambiente passível para a exposição de problemas e dúvidas sobre o gerenciamento do autocuidado, pode facilitar a compreensão das orientações e, assim, proporcionar maior adesão aos cuidados e ao tratamento no domicílio (Weber, 2019).

O Fator 3 relacionado “Preferencias asseguradas” obteve o segundo menor escore (apesar de sua média alta) corroborando com estudo realizado com pacientes crônicos⁽¹⁴⁾. A inserção dos pacientes e familiares nas decisões do tratamento e dos cuidados é crucial para promover o autogerenciamento dos cuidados após a alta, porém é necessário um papel protagonista dos pacientes e da família⁽¹⁴⁾.

Houve associação de fraca a moderada entre os dias de internação (total e UTI) e a qualidade de transição do cuidado. Esse resultado reflete que a hospitalização, apesar de ser um momento tenso e delicado, reflete confiança entre profissionais, pacientes e cuidadores⁽¹⁵⁾. Estudo⁽¹⁶⁾ realizado com idosos para avaliar a qualidade do cuidado de transição evidenciou que quanto maior tempo de hospitalização melhor a transição do cuidado da alta para o domicílio, fato que pode ser explicado pois os pacientes e/ou cuidadores se beneficiariam de orientações que promovem o autocuidado fornecidas pelos profissionais de saúde durante seu tempo de internação.

Assim, a alta hospitalar pode representar uma interrupção desse suporte contribuindo para a insegurança nos cuidados a serem realizados no ambiente domiciliar. Dessa forma, é pertinente que os profissionais de saúde fiquem preocupados com a transição assistencial com o risco para maior fragmentação da assistência, justificando a diferença entre a qualidade percebida da transição no período de internação dessa paciente. Os resultados deste estudo não encontraram associação entre a qualidade da transição do cuidado e a faixa etária.

Esse estudo teve como limitação, a coleta de dados através de contato telefônico, mesmo com a apresentação e identificação do pesquisador antes do início da entrevista, houve receio dos participantes no repasse de informações para pessoas desconhecidas.

CONCLUSÃO

O estudo permitiu avaliar a qualidade da transição do cuidado de pacientes recuperados de COVID-19 e/ou cuidadores da alta hospitalar para o domicílio. A utilização do CTM-15 mostrou a transição do cuidado do hospital para o ambiente domiciliar com escore satisfatório. Destaca-se que o instrumento foi útil e permite uma avaliação global da transição do cuidado. Os itens relacionados a “Preparação da Gestão a Saúde” e “Compreensão dos Medicamentos” mostraram-se favoráveis para qualificar a qualidade de transição do cuidado. Houve associação entre o tempo de internação e a qualidade de transição do cuidado, entretanto, não houve associação com a faixa etária.

Novos estudos são necessários para melhor compreender a qualidade da transição do cuidado do paciente recuperado de COVID-19 e cuidadores da alta hospitalar para o domicílio

poderá contribuir com a implantação e implementação de programas de transição entre a área hospitalar e a RAS, especialmente na região norte do Brasil que busca ampliar a qualidade da assistência prestada aos diferentes serviços que compõem a RAS, com vistas a reduzir taxas de reinternações e complicações após alta hospitalar.

CONFLITOS DE INTERESSES:

Os autores declaram que não possuem conflitos de interesses.

Contribuição dos autores:

Diego Joao de Lima Arrais (contribuições substanciais na concepção ou desenho do trabalho; na coleta, análise e interpretação dos dados); Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa, Carlos Leonardo Figueiredo da Cunha e Fabianne de Jesus Dias de Sousa (contribuições substanciais na concepção ou desenho do trabalho; na coleta, análise e interpretação dos dados; na redação do artigo ou em sua revisão crítica; na aprovação final da versão a ser publicada); Fernando Riegel, Andressa Tavares Parente, Cintia Yolette Urbano Pauxis Aben-Athar e Aline Maria Cruz Ramos (contribuições substanciais na concepção ou desenho do trabalho; na redação do artigo ou em sua revisão crítica; na aprovação final da versão a ser publicada).

REFERÊNCIAS

1. Simpson N, Milnes S, Steinfort D. Don't forget shared decision-making in the COVID-19 crisis. *Intern Med J.* 2020;50(6):761-63. doi: <https://doi.org/10.1111/imj.14862>
2. McMichael TM, Clark S, Pogosjans S, Kay M, Lewis J, Baer A, et al. COVID-19 in a Long-Term Care Facility - King County, Washington, February 27-March 9, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2020; 27;69(12):339-42. doi: <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6912e1>
3. Utzumi FC, Lacerda MR, Bernardino E, Gomes IM, Aued GK, Sousa SM. Continuity of care and the symbolic interactionism: a possible understanding. *Texto Contexto Enferm.* 2018;27(2):e4250016. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180004250016>
4. Berenguer-García N, Roldán-Chicano MT, Rodríguez-Tello J, García-López MM, Dávila-Martínez R, Bueno-García MJ. Validación del cuestionario CTM-3-modificado sobre satisfacción con la continuidad de cuidados: un estudio de cohortes. *Aquichan.* 2018; 18(1): 9-19. doi: <https://doi.org/10.5294/aqui.2018.18.1.2>
5. Cechinel-Peiter C, Lanzoni GMM, Mello ALSF, Acosta AM, Pina JC, Andrade SR, et al. Qualidade do cuidado de transição de crianças com doenças crônicas: um estudo transversal.

Rev Esc Enferm USP. 2022;56:e20210535. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0535>

6. Gallo VCL, Khalaf DK, Hammerschmidt KS de A, Santiago ML, Vendruscolo C. Estratégias de transição para alta hospitalar utilizadas por enfermeiros: revisão integrativa. *Revista EnfermagemUFMS*, 2021;11:e79. doi: <https://doi.org/10.5902/2179769264383>

7. Vandembroucke JP, Von EE, Altman DG, Gøtzsche PC, Mulrow CD, Pocock SJ, et al. STROBE Initiative. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE): explanation and elaboration. *Int J Surg*. 2014;12(12):1500-24. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2014.07.014>

8. Callegari-Jaques SM. *Bioestatística: princípios e aplicações*. 2 reimpressão. Porto Alegre: Artmed, 2005.

9. Acosta AM, Lima MADS, Marques GQ, Levandovski LAF, Weber LAF. Versão brasileira do Care Transitions Measure: tradução e validação. *Int Enfermeiras Rev*. 2017; 64 (3): 379-87. doi: <https://doi.org/10.1111/inr.12326>

10. Coleman EA, Mahoney E, Parry C. Assessing the quality of preparation for posthospital care from the patient's perspective: the Care Transitions Measure. *Med Care*. 2005;43(3):246-55. doi: <https://doi.org/10.1097/00005650-200503000-00007>

11. O'Donnell R, Savaglio M, Skouteris H, Banaszak-Holl J, Moranl C, Morris H, Vicary D, Ayton D. The Effectiveness of Transition Interventions to Support Older Patients from Hospital to Home: A Systematic Scoping Review. *J Appl Gerontol*. 2021;40(11):1628-36. doi: <https://doi.org/10.1177/0733464820968712>

12. Perrotta F, Corbi G, Mazzeo G, Boccia M, Aronne L, D'Agnano V, et al. COVID-19 and the elderly: insights into pathogenesis and clinical decision-making. *Aging Clin Exp Res*. 2020;32(8):1599-08. doi: <https://doi.org/10.1007/s40520-020-01631-y>.

13. Coutinho LSB, Tomasi E. Déficit de autocuidado em idosos: características, fatores associados e recomendações às equipes de Estratégia Saúde da família. *Interface-Comunicação, Saude e Educação*, 2020; 24 (suppl 1). doi: <https://doi.org/10.1590/Interface.190578>

14. Weber LAF, Lima MADS, Acosta AM. Quality of care transition and its association with hospital readmission. *Aquichan*. 2019;19(4): e1945. doi: <https://doi.org/10.5294/aqui.2019.19.4.5>

15. Silva-Rodrigues FM, Bernardo CCG, Alvarenga WA, Janzen DC, Nascimento LC. Cuidados de transição para o domicílio na perspectiva de pais de crianças com leucemia. *Rev Gaúcha Enferm*. 2019;40:e20180238. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180238>

16. McLeod J, Stolee P, Walker J, Heckman G. Measuring care transition quality for older patients with musculoskeletal disorders. *Musculoskeletal Care*. 2014;12(1):13-21. doi: <https://doi.org/10.1002/msc.1043>
17. Bonetti AF, Bagatim BQ, Mendes AM, Rotta I, Reis RC, Fávero MLD. Impact of discharge medication counseling in the cardiology unit of a tertiary hospital in Brazil: a randomized controlled trial. *Clinics*. 2018;73:e325. doi:<https://doi.org/10.6061/clinics/2018/e325>
18. Horta W de A. Enfermagem: Teorias, conceitos, princípios e processo. *Rev Da Esc Enferm Da USP*.1974; 8(1):7–17. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0080-6234197400800100007>

Este preprint foi submetido sob as seguintes condições:

- Os autores declaram que estão cientes que são os únicos responsáveis pelo conteúdo do preprint e que o depósito no SciELO Preprints não significa nenhum compromisso de parte do SciELO, exceto sua preservação e disseminação.
- Os autores declaram que os necessários Termos de Consentimento Livre e Esclarecido de participantes ou pacientes na pesquisa foram obtidos e estão descritos no manuscrito, quando aplicável.
- Os autores declaram que a elaboração do manuscrito seguiu as normas éticas de comunicação científica.
- Os autores declaram que os dados, aplicativos e outros conteúdos subjacentes ao manuscrito estão referenciados.
- O manuscrito depositado está no formato PDF.
- Os autores declaram que a pesquisa que deu origem ao manuscrito seguiu as boas práticas éticas e que as necessárias aprovações de comitês de ética de pesquisa, quando aplicável, estão descritas no manuscrito.
- Os autores declaram que uma vez que um manuscrito é postado no servidor SciELO Preprints, o mesmo só poderá ser retirado mediante pedido à Secretaria Editorial do SciELO Preprints, que afixará um aviso de retratação no seu lugar.
- Os autores concordam que o manuscrito aprovado será disponibilizado sob licença [Creative Commons CC-BY](#).
- O autor submissor declara que as contribuições de todos os autores e declaração de conflito de interesses estão incluídas de maneira explícita e em seções específicas do manuscrito.
- Os autores declaram que o manuscrito não foi depositado e/ou disponibilizado previamente em outro servidor de preprints ou publicado em um periódico.
- Caso o manuscrito esteja em processo de avaliação ou sendo preparado para publicação mas ainda não publicado por um periódico, os autores declaram que receberam autorização do periódico para realizar este depósito.
- O autor submissor declara que todos os autores do manuscrito concordam com a submissão ao SciELO Preprints.