

Estado da publicação: Não informado pelo autor submissor

Transição do cuidado de pacientes pós-Covid-19: perfil sociodemográfico, clínico e fatores associados

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

<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.4216>

Submetido em: 2022-06-02

Postado em: 2022-06-03 (versão 1)

(AAAA-MM-DD)

Transição do cuidado de pacientes pós-Covid-19: perfil sociodemográfico, clínico e fatores associados*

*Transition of care for post-Covid-19 patients: sociodemographic and clinical profile and associated factors**

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

Mateus Cunha Gomes¹

ORCID:0000-0002-9560-0433

Fernando Riegel³

ORCID: 0000-0002-3688-419X

Andressa Tavares Parente¹

ORCID: 0000-0001-9364-4574

Diego Pereira Rodrigues¹

ORCID:0000-0001-8383-7663

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: fabianne Sousa@hotmail.com

***Artigo extraído do projeto multicêntrico intitulado “Avaliação do cuidado de enfermagem a pacientes com Covid-19 em hospitais universitários brasileiros”.**

Resumo

Objetivo: identificar as características sociodemográficas, clínicas e fatores associados à transição do cuidado de pacientes recuperados de Covid-19. **Método:** estudo transversal com abordagem quantitativa realizado com 49 pacientes e/ou cuidadores que receberam alta hospitalar para o domicílio em um hospital universitário. Utilizou-se três instrumentos, o questionário sociodemográfico, o clínico e o instrumento *Care Transitions Measure* para avaliar a transição do cuidado. A análise foi realizada por meio do *software* SPSS, aplicado o Teste de Mann-Whitney adotado nível de significância $p \leq 0,005$. **Resultados:** dos 49 participantes, eram do sexo masculino (59,2%) com média de idade de 50 anos apresentando escolaridade acima de 10 anos de estudo. Os principais sintomas da Covid-19 foram dispneia (79,6%) seguidos de fadiga (75,5%) e febre (69,4%). A comorbidade mais prevalente foi a Hipertensão arterial sistêmica (32,7%). Houve associação significativa entre a transição do cuidado com as comorbidades (Diabetes mellitus, Obesidade e Câncer) ($p < 0,005$). **Conclusão e implicações para a prática:** as práticas de enfrentamento a Covid-19 foram bem-sucedidas refletindo na transição do cuidado alta. Contudo ressalta-se a necessidade de implementação de políticas públicas após alta hospitalar em contexto pandêmico.

Palavras chaves: COVID-19; Cuidado Transicional; Alta do Paciente

Abstract

Objective: to identify the sociodemographic and clinical characteristics and factors associated with the transition of care for patients recovered from Covid-19. **Method:** a cross-sectional study with a quantitative approach carried out with 49 patients and/or caregivers who were discharged home from a university hospital. Three instruments were used, the sociodemographic questionnaire, the clinical questionnaire, and the *Care*

Transitions Measure instrument to assess the transition of care. The analysis was performed using SPSS software, applying the Mann-Whitney test, adopting a significance level of $p \leq 0,005$. **Results:** of the 49 participants, they were male (59.2%) with a mean age of 50 years, with more than 10 years of schooling. The main symptoms of Covid-19 were dyspnea (79.6%) followed by fatigue (75.5%) and fever (69.4%). The most prevalent comorbidity was systemic arterial hypertension (32.7%). There was a significant association between the transition of care and comorbidities (Diabetes mellitus, Obesity and Cancer) ($p < 0,005$). **Conclusion and implications for practice:** Covid-19 coping practices were successful, reflecting the transition from high care. However, the need to implement public policies after hospital discharge in a pandemic context is highlighted.

Keywords: COVID-19; Transitional Care; Patient discharge

INTRODUÇÃO

A transição do cuidado (TC) é definida como um conjunto de ações destinadas a assegurar a continuidade e a coordenação do cuidado a pacientes, transferidos entre diferentes serviços ou níveis de atenção à saúde. É constituída por estratégias tais como: planejamento da alta, planejamento antecipado do cuidado, educação do paciente e promoção do autogerenciamento, segurança no uso de medicações, comunicação completa de informações e acompanhamento ambulatorial do paciente.¹

A TC tem sido foco de pesquisas na Europa, especialmente em países como Portugal e Espanha, nos quais estão sendo desenvolvidas pesquisas sobre transição do cuidado do profissional de saúde com ênfase no trabalho do enfermeiro.²

No Brasil, a temática é insipiente, pois são escassos os estudos que abordam a transição do cuidado em contexto pandêmicos e não pandêmicos. Evidenciou-se um

estudo nacional que abordou as atividades realizadas pelos enfermeiros na transição do cuidado ao paciente com alta hospitalar, destacando-se as atividades focadas nas orientações de alta do paciente, planejamento da alta pela equipe multiprofissional, plano de alta por escrito, articulação entre os serviços e contrarreferência do paciente poderiam ser mais desenvolvidos pelos profissionais.³ Nessa direção, pode-se afirmar que a transição de cuidados é um processo em construção e adaptação necessitando de investigação, sobretudo, em países latino-americanos como o Brasil.⁴

A COVID-19, foi declarada uma pandemia pela Organização Mundial da Saúde (OMS)⁵ em 11 de março de 2020. Embora as características clínicas e os resultados de curto prazo de pacientes hospitalizados com COVID-19 estejam relativamente bem descritos na literatura mundial, os pacientes que recebem alta hospitalar geralmente precisam de acompanhamento para novas condições diagnosticadas durante a admissão e no monitoramento do plano de cuidados para a alta hospitalar planejado pela equipe multiprofissional.⁶⁻⁷ À luz da prescrição contínua de isolamento, da falta de serviços de saúde presenciais e agendas clínicas reduzidas, os pacientes com COVID-19 representam um contingente de usuários de preocupação no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), pois podem apresentar necessidades singulares após a alta hospitalar.⁸

Devido às circunstâncias de efetivação de uma transição de cuidados de qualidade durante a pandemia, os serviços de saúde pós-alta devem se adaptar às necessidades e limitações específicas identificadas para o atendimento de pacientes com COVID-19.⁸ Frente ao exposto, a questão norteadora deste estudo foi: qual o perfil sociodemográfico, clínico e fatores associados que poderão interferir na transição de cuidados pós alta hospitalar e exigir cuidados especiais no domicílio e na rede de atenção à saúde?

Este estudo teve como objetivo identificar as características sociodemográficas, clínicas e fatores associados à transição do cuidado de pacientes recuperados de Covid-19.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa seguindo as recomendações *Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology* (STROBE)⁹ sendo parte integrante do projeto multicêntrico intitulado “Avaliação do cuidado de enfermagem a pacientes com Covid-19 em hospitais universitários brasileiros”.

Para a coleta de dados foi disponibilizada uma relação de pacientes que tiveram alta hospitalar do hospital público universitário. Após, os pesquisadores entravam em contato por meio telefônico com pacientes recuperados de COVID-19 e/ou seus cuidadores que tiveram alta hospitalar para o domicílio, no período entre maio e dezembro de 2021. A amostra foi composta por 49 pacientes e/ou cuidadores que receberam alta hospitalar para o domicílio em um hospital universitário.

Como critérios de inclusão: 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 e 30 dias.

Foram excluídos pacientes incapacitados para consentir a participação na 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 conforme recomendado pelos autores do instrumento.

Para o cálculo amostral foi utilizado o programa *Winpepi*, versão 11.65, dessa maneira, considerando o nível de confiança de 95%, margem de erro de 4 pontos e desvio padrão de 17,1 como é referido em Weber (2018), chegou-se ao tamanho de amostra de 73 pacientes.

Faz-se importante salientar que, 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, diminuição até a extinção do atendimento resultando na diminuição da amostra. Também houve óbitos de pacientes recuperados por alguma complicação inerente ao estudo, outros devido condição de saúde debilitada não conseguiram responder as questões do estudo, outros pela dificuldade de contato telefônico (acima de 5 ligações perdidas).

Para a coleta de dados foram utilizados três instrumentos: um questionário sociodemográfico com 05 questões (procedência, respondente, sexo, idade, grau de escolaridade), questionário clínico com 17 questões abordando sintomatologia da COVID-19, comorbidades e o uso da ventilação mecânica invasiva) e, o instrumento *Care Transitions Measure* (CTM-15) para avaliar a qualidade da transição do cuidado versão brasileira (Acosta, 2017). 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 a 6 e 8 a 11); Fator 2- “Compreensão da medicação” (itens 13 a 15); Fator

3- “Preferências importantes” (itens 1 a 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.

O 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 (Coleman, 2015). Portanto, nesse estudo foram considerados valores superiores a 51 há um nível bom ou aceitável de satisfação, e para valores inferiores ou iguais a 50 haveria um baixo nível de satisfação.

Para a análise dos dados, utilizou-se na etapa de tabulação, o programa Microsoft Office Excel® 2016, auditados em sua totalidade por um segundo pesquisador assistente para assegurar a correta inserção das respostas e analisados pelo *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 25.0 para Windows.

Para análise estatística dos dados obtidos, 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. Foi adotado o nível de significância de 0,05.

O estudo seguiu as recomendações da Resolução nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Por se tratar de uma pesquisa multicêntrica, o estudo foi submetido e 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. Em razão da coleta de dados ter sido realizada através de contato telefônico, o consentimento foi gravado e uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) enviada aos participantes através de mensagem eletrônica (e-mail solicitado no momento da entrevista).

RESULTADOS

Apresenta-se, a seguir, o perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa (Tabela 1).

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico dos participantes, segundo variáveis da pesquisa. Belém, PA, Brasil, 2021. (n=49)

Variável	<i>f</i>	(%)	P valor
Sexo			0,000*
Masculino	29	59,2	
Feminino	20	40,8	
Idade (em anos)			0,000*
21 - 29	7	14,2	
30 - 39	5	10,2	
40 - 49	9	18,3	
50 - 59	12	24,4	
60 - 69	11	22,4	
≥ 70	5	10,2	
Média de idade (±DP)	50,4 anos (±16,1)		

Escolaridade (em anos)			<0,005*
0 - 1	4	8,2	
4 - 9	21	42,9	
≥ 10	24	49,0	
Procedência			<0,005*
Belém e RMB**	35	76,0	
Interior do estado	14	24,0	
Entrevistado			0,0322*
Paciente	41	83,7	
Cuidador	8	16,3	

*Teste de Kruskal-Wallis;

**RMB – Região metropolitana de Belém.

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Dos participantes, (59,2%) foram do sexo masculino, com idade média de 50 anos. No que se refere à escolaridade, a média foi de 10 anos de estudos, procedentes do município Belém e/ou região metropolitana de Belém. Na tabela 2, apresentam-se, as variáveis clínicas dos pacientes de Covid-19 que tiveram hospitalar para o domicílio.

Tabela 2 – Perfil clínico dos participantes, segundo variáveis clínicas da pesquisa. Belém, PA, Brasil, 2021. (n=49)

Variáveis	<i>f</i>	%
Febre		
Não	15	30,6
Sim	34	69,4
Fadiga		
Não	12	24,5
Sim	37	75,5
Dispneia		
Não	10	20,4
Sim	39	79,6
Tosse		

Não	18	36,7
Sim	31	63,3
Perda de olfato e paladar		
Não	27	55,1
Sim	22	44,9
Cefaléia		
Não	20	40,8
Sim	29	59,2
Fraqueza muscular		
Não	19	38,8
Sim	30	61,2
Náuseas e/ou vômitos		
Não	34	69,4
Sim	15	30,6
Diarreia		
Não	30	61,2
Sim	19	38,8
Comorbidades		
Doença respiratória crônica		
Não	45	91,8
Sim	4	8,2
Hipertensão arterial sistêmica		
Não	33	67,3
Sim	16	32,7
Doenças cardiovasculares		
Não	46	93,9
Sim	3	6,1
Diabetes mellitus		
Não	39	79,6
Sim	10	20,4
Doenças renais		
Não	46	93,9
Sim	3	6,1

Obesidade		
Não	43	87,8
Sim	6	12,2
Câncer		
Não	43	87,8
Sim	6	12,2
Suporte ventilatório invasivo		
Não	45	91,8
Sim	4	8,2

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Das variáveis clínicas, houve prevalência de dispneia, febre e fraqueza muscular. Das comorbidades, destaca-se a Hipertensão arterial sistêmica com (32,7%) dos participantes. Durante o período de internação na Unidade de Terapia Intensiva, (91,8%) dos participantes não utilizaram ventilação mecânica invasiva (VMI).

Quanto aos itens que compõe o instrumento de avaliação da transição do cuidado, evidenciado na Tabela 3. Mostra a média e o desvio padrão obtidos para cada item do instrumento CTM-15. 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 3 - Distribuição das médias e desvio padrão (DP) por item do CTM-15. Belém, PA, Brasil, 2021.

Item	Fator	CTM-15	Média	(±DP)
1	3	Antes de sair do hospital, eu e a equipe de saúde concordamos sobre objetivos para minha saúde e como eles seriam alcançados	86,2	(±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	(±14,49)
3	3	A equipe do hospital considerou as minhas preferências e as da minha família ou cuidador para decidir onde as minhas	87,2	(±14,54)

		necessidades de saúde seriam atendidas depois que eu saísse do hospital		
4	1	Quando eu saí do hospital, eu tive todas as informações que precisava para que eu pudesse cuidar de mim mesmo	86,7	(±16,22)
5	1	Quando eu saí do hospital, eu entendi claramente como cuidar da minha saúde	88,0	(±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, 2021.

Na Tabela 4 é apresentada a avaliação da associação por Fator do CTM-15 e as variáveis de interesse. Houve associação significativa entre Diabetes mellitus e Fator 1

(**0,023**), Obesidade e Fatores 1, 2, 3 e 4 (**0,002, 0,007, 0,026 e 0,037**, respectivamente) e Câncer e Fator 3 (**0,051**).

Tabela 4 - Associação entre os escores por fator do CTM-15 e as variáveis de interesse.

Belém, PA, Brasil, 2021. (n=49)

Variáveis	n	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4
		Média (±DP)	Média (±DP)	Média (±DP)	Média (±DP)
Sexo					
Masculino	29	82,1 (±15,6)	85,5 (±15,3)	81,6 (±18,4)	78,7 (2±0,4)
Feminino	20	83,3 (±14,0)	88,3 (±15,0)	82,8 (±14,6)	85,0 (±14,2)
p valor		0,805	0,483	0,907	0,336
Escolaridade (em anos)					
0 - 1	4	78,6 (±22,8)	88,9 (±19,2)	75,0 (±16,7)	75,0 (±28,9)
4 - 9	21	82,5 (±14,6)	85,6 (±16,9)	78,3 (±18,7)	80,2 (±18,7)
≥ 10	24	83,3 (±14,3)	87,4 (±13,4)	86,6 (±14,3)	83,3 (±16,3)
p valor		0,945	0,921	0,169	0,789
Uso da VMI*					
Não	45	81,2 (±16,7)	80,7 (±18,4)	81,2 (±16,7)	80,7 (±18,4)
Sim	4	91,7 (±16,7)	87,5 (±16,0)	91,7 (±16,7)	87,5 (±16,0)
p valor		0,246	0,537	0,246	0,537
Comorbidades					
Doenças respiratórias					
Não	45	82,7 (±16,7)	81,5 (±18,2)	81,1 (±17,2)	80,3 (±18,8)
Sim	4	75,0 (±19,0)	79,2 (±21,0)	84,0 (±16,2)	83,3 (±17,2)
p valor		0,406	0,819	0,585	0,638
HAS**					
Não	33	81,5 (±14,6)	87,0 (±14,6)	81,1 (±17,2)	80,3 (±18,8)
Sim	16	84,8 (±15,6)	85,9 (±16,5)	84,0 (±16,2)	83,3 (±17,2)
p valor		0,478	0,969	0,585	0,638
Doenças Cardiovasculares					
Não	46	83,3 (±14,3)	86,8 (±15,0)	82,6 (±16,5)	81,9 (±17,9)

Sim	3	71,4 ($\pm 21,8$)	83,3 ($\pm 23,6$)	74,1 ($\pm 23,1$)	72,2 ($\pm 25,5$)
p valor		0,265	0,808	0,411	0,460
Diabetes Mellitus					
Não	39	80,6 ($\pm 14,0$)	84,9 ($\pm 15,3$)	80,9 ($\pm 16,9$)	79,5 ($\pm 18,1$)
Sim	10	90,5 ($\pm 16,0$)	93,8 ($\pm 12,6$)	86,7 ($\pm 16,4$)	88,3 ($\pm 17,7$)
p valor		0,023	0,110	0,345	0,171
Doenças Renais					
Não	46	82,7 ($\pm 15,2$)	86,5 ($\pm 15,0$)	83,1 ($\pm 16,8$)	80,8 ($\pm 18,6$)
Sim	3	81,0 ($\pm 8,2$)	88,9 ($\pm 19,2$)	66,7 ($\pm 0,0$)	88,9 ($\pm 9,6$)
p valor		0,708	0,708	0,085	0,565
Obesidade					
Não	43	85,0 ($\pm 14,0$)	88,9 ($\pm 14,5$)	84,0 ($\pm 16,1$)	83,3 ($\pm 17,8$)
Sim	6	65,1 ($\pm 7,2$)	68,9 ($\pm 5,0$)	68,5 ($\pm 16,4$)	66,7 ($\pm 14,9$)
p valor		0,002	0,007	0,026	0,037
Câncer					
Não	43	83,9 ($\pm 14,2$)	87,5 ($\pm 14,7$)	83,7 ($\pm 16,9$)	82,9 ($\pm 17,6$)
Sim	6	73,0 ($\pm 16,9$)	80,0 ($\pm 18,3$)	70,4 ($\pm 11,5$)	69,4 ($\pm 19,5$)
p valor		0,134	0,388	0,051	0,111

*VMI – Ventilação mecânica invasiva;

**HAS – Hipertensão arterial sistêmica;

***** Teste de Mann-Whitney.

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

DISCUSSÃO

Nesse estudo, houve prevalência do sexo masculino e a faixa etária média foi de 50 anos. Resultados semelhantes aos encontrados em estudos nacionais e internacionais.⁷⁻^{8,10} Quanto à escolaridade, a média foi de 10 anos de instrução, esse resultado diverge de estudo realizado com pacientes internados em um hospital universitário em Porto Alegre que demonstrou grau de instrução até 09 anos dos entrevistados.¹⁰ Em relação à procedência por se tratar de um hospital universitário localizado no mesmo município e

a região metropolitana de Belém (RMB) os entrevistados, de um modo geral, facilita o acesso aos serviços de saúde refletindo na maior adesão dos respondentes na participação desse estudo.

Um achado relevante foi a baixa incidência de comorbidades apresentadas pelos participantes da pesquisa. No entanto, dentre as comorbidades evidenciadas, a mais prevalente foi a Hipertensão arterial sistêmica (HAS) seguido de Diabetes mellitus (DM) corroborando com o estudo realizado em Atlanta (EUA) com pacientes que receberam alta pós-COVID-19 que apontou a prevalência das comorbidades HAS e DM.⁸ No Brasil, a HAS atinge cerca de 32,3% de indivíduos adultos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por Doenças cardiovasculares (DCV).¹¹

Além disso, estudos apontam que a prevalência de HAS e DM2 está associada de forma significativa à faixa etária acima de 60 anos devido o enrijecimento progressivo e a perda da complacência das artérias bem como ao aumento da mortalidade e morbidade dos pacientes com COVID-19.¹²⁻¹³ Nessa pesquisa não houve associação significativa entre idade e comorbidades.

A dispneia foi o sintoma predominante referido pelos entrevistados corroborando com os achados na literatura em que o sintoma decorrente de insuficiência respiratória aguda é a principal causa de internação de pacientes com COVID-19, podendo evoluir para a síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA).¹⁴ Nesse contexto, a ventilação mecânica invasiva (VMI) é o tratamento principal para esses pacientes. Nesse estudo a maioria dos entrevistados não utilizaram VMI divergindo de estudo na Itália que evidenciou que a maioria dos pacientes com COVID-19 necessitaram de VMI.¹⁵

Em relação aos itens do CTM-15, este estudo evidenciou que as pontuações mais elevadas foram nos itens 13 e 14 pertencentes ao fator “Compreensão da medicação”, revelando que o paciente e/ou seu cuidador entendem os cuidados que devem ser tomados

na ingestão de medicamentos. Provavelmente, pode ser explicado pela a escolaridade acima de 10 anos dos entrevistados, estudos apontam que quanto maior o tempo de escolaridade maior o entendimento sobre as questões de cuidado e saúde.¹⁶

A média com menor pontuação foi no item 7 pertencente ao fator “Plano de Cuidados”. Corroborando com estudo¹⁷ realizado em Tóquio (Japão) durante a pandemia de COVID-19 evidenciou que muitos hospitais restringiram as visitas familiares com o intuito de minimizar a propagação do vírus resultando na prestação de cuidados deficiente após a alta do paciente. Dessa maneira, os enfermeiros são profissionais de saúde essenciais no planejamento dos cuidados de transição por meio das orientações aos pacientes e/ou seus cuidadores.

Quanto à análise das associações, as variáveis sociodemográficas não revelaram associação significativa, entretanto, cabe enfatizar que a escolaridade obteve elevados escores dos fatores do CTM-15 semelhante ao estudo realizado em Seoul (Korea) com pacientes receberam alta após COVID-19.¹⁶ Assim, a escolaridade elevada contribui para que os pacientes e/ou cuidadores possam entender com mais clareza as orientações dadas pelos profissionais quanto aos cuidados de saúde após alta hospitalar.

Por outro lado, houve associação significativa entre os fatores da TC e as comorbidades (DM, Obesidade e Câncer). Tais comorbidades são complexas e os cuidados fragmentados influenciam diretamente na assistência ao paciente. Dessa forma a TC de forma estruturada na alta hospitalar é uma prática com associações positivas na diminuição das internações e satisfação do paciente na qualidade do seu cuidado.¹⁸

Neste estudo, o fator Preparação da gestão em saúde obteve associação com a DM, sabe-se que pacientes acometidos por alguma doença crônica não transmissível (DCNT) referem dificuldades no entendimento de medicamentos bem como nos cuidados após alta hospitalar.³ Nesse contexto, a alta hospitalar deve ser planejada, pela equipe

multiprofissional, durante a hospitalização, identificando o entendimento do paciente sobre sua saúde, implementando metas para o cuidado a saúde no domicílio.

A obesidade, foi a comorbidade que apresentou associação significativa em todos os fatores da transição do cuidado. A obesidade é um fator de risco para insuficiência respiratória e está associada com maior gravidade no contexto da COVID-19, além de fator de risco independente para HAS.¹⁹⁻²⁰

O Câncer, outra comorbidade, teve associação significativa com o fator Preferências importantes. Nesse estudo, os resultados apontam que a comunicação foi essencial em uma TC eficaz. Assim, cabe ressaltar que uma das estratégias da TC é a comunicação entre o hospital e os demais serviços da rede de saúde. Espera-se que os indivíduos e suas famílias sejam responsáveis pela sua saúde, assumindo maior responsabilidade por ela e que sejam parceiros nas decisões do cuidado.²¹

É oportuno ressaltar que a falta de transição do cuidado da alta hospitalar para o domicílio de pacientes hospitalizados com comorbidades, dentre elas, a hipertensão, diabetes e a obesidade podem resultar em altas taxas de readmissão hospitalar. Uma intervenção de cuidados de transição iniciada no hospital e coordenada pelo enfermeiro, baseada na colaboração entre hospitais de cuidados agudos e centros de saúde comunitários, resulta em melhor controle da hipertensão e redução das readmissões com comorbidades e, outras condições crônicas.²² Além de que um serviço de atendimento integrado e bem coordenado entre hospitais e atenção primária a saúde (APS)²³ pode contribuir para o fortalecimento da abordagem da APS com vistas a apoiar o autogerenciamento de comorbidades como hipertensão, diabetes e outras condições de saúde associadas ao para pacientes recuperados da COVID-19.

CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

O estudo contribuiu no mapeamento e diagnóstico do perfil sociodemográfico, clínico e fatores associados a transição do cuidado permitindo aos profissionais de saúde, especialmente, para os enfermeiros, resultando numa avaliação mais fidedigna da transição do cuidado, afim qualificar as ações da alta hospitalar para o domicílio

A limitação do estudo refere-se à dificuldade de contato telefônico com os entrevistados, pelo fato da entrevista abordar perguntas pessoais, gerando desconforto em responder pelo telefone.

A implementação da transição do cuidado é fundamental, pois trata-se de uma estratégia que visa qualificar o acompanhamento pós-alta do paciente reduzindo as taxas de complicações, reinternações e conseqüentemente aumento dos custos hospitalares, onerando o sistema de saúde brasileiro.

CONFLITOS DE INTERESSES:

Os autores declaram que não possuem conflitos de interesses.

Contribuição dos autores:

Diego Joao de Lima Arrais e Mateus Cunha Gomes (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 Diego Pereira Rodrigues 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. Coleman EA. Boulton C. Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. *J Am Geriatr Soc.* 2003;51(4):556-7. <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2003.51186.x>

2. Aued GK, Bernardino E, Lapierre J, Dallaire C. Liaison nurse activities at hospital discharge: a strategy for continuity of care. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2019;27:e3162. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3069.3162>
3. Acosta AM, Câmara CE, Weber LAF, Fontenele RM. Nurse's activities in care transition: realities and challenges. *Rev Enferm UFPE on line*. 2018;12(12):3190-7. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a231432p3190-3197-2018>
4. Weber LAF, Lima MADS, Acosta AM, Maques GQ. Care transition from hospital to home: integrative review. *Cogitare Enferm*. 2017;22(3):e47615. <https://doi.org/10.5380/ce.v22i3.47615>
5. O. World Health. COVID-19 Weekly Epidemiological Update. World Health Organization, Geneva (2020);10-25. <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---25-may-2022>
6. S. Richardson, J.S. Hirsch, M. Narasimhan, *et al*. Presenting characteristics, comorbidities, and outcomes among 5700 patients hospitalized with COVID-19 in the New York city area *J Am Med Assoc*.2020; <https://doi.org/10.1001/jama.2020.6775>
7. D. Wang, Y. Yin, C. Hu. Clinical course and outcome of 107 patients infected with the novel coronavirus, SARS-CoV-2, discharged from two hospitals in Wuhan, China. *Crit Care*. 2020; 24 (1):188. <https://doi.org/10.1186/s13054-020-02895-6>
8. Leah B. Loerinc, Amy M. Scheel, Sean T. Evans, O'Keefe J. Discharge characteristics and care transitions of hospitalized patients with COVID-19. *Healthcare*. 2021; 9(1). <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2213076420301111?via%3Dihub>
9. Elm EV, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *The Lancet*. 2007; 370 (9596):1453-57. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61602-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61602-X)
10. Buffon, Marina Raffin et al. Critically ill COVID-19 patients: a sociodemographic and clinical profile and associations between variables and workload. *Revista Brasileira de Enfermagem [online]*. 2022; 75 (Suppl 1), e20210119. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0119>
11. Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa ADM. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. *Arq Bras Cardiol*. 2021; 116(3):516-58. <http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/pdf/Diretriz-HAS-2020.pdf>
12. Barros GM, Filho JBRM, Mendes Jr AC. Considerações sobre a relação entre a hipertensão e o prognóstico da COVID-19. *J Health Biol Sci*. 2020;8(1):1-3. <https://doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v8i1.3250.p1-3.2020>
13. Roncon L, Zuin M, Rigatelli G, Zuliani G. Diabetic patients with COVID-19 infection are at higher risk of ICU admission and poor short-term outcome. *J Clin Virol*. 2020; 127:104354. <https://doi.org/10.1016/j.jcv.2020.104354>
14. Matthay MA, Aldrich JM, Gotts JE. Treatment for severe acute respiratory distress syndrome from COVID-19. *Lancet Respir Med*. 2020;8(5):433-4. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30127-2](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30127-2)
15. Grasselli G, Zangrillo A, Zanella A, Antonelli M, Cabrini L, Castelli A, et al. Baseline Characteristics and Outcomes of 1591 Patients Infected With SARS-CoV-2 Admitted to ICUs of the Lombardy Region, Italy. *JAMA*. 2020;323(16):1574–81. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.5394>
16. Hwang JI, Chung JH, Kim HK. Psychometric properties of transitional care instruments and their relationships with health literacy: Brief PREPARED and Care Transitions Measure. *Int J Qual Health Care*. 2019;31(10):774-80. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzz033>

17. 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. *Biosci Trends*. 2021;15(1):55-57. <https://doi.org/10.5582/bst.2021.01056>
18. Bernardino E, de Sousa SM, Nascimento JD, Lacerda MR, Torres DG, Gonçalves LS. Cuidados de transição: análise do conceito na gestão da alta hospitalar. *Escola Anna Nery*. 2022; 26, e20200435. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0435>.
19. Palaiodimos L, Kokkinidis DG, Li W, Karamanis D, Ognibene J, Arora S, et al. Severe obesity, increasing age and male sex are independently associated with worse in-hospital outcomes, and higher in-hospital mortality, in a cohort of patients with COVID-19 in the Bronx, New York. *Metabolism*. 2020; 108:154262. <https://doi.org/10.1016/j.metabol.2020.154262>
20. Costa MVG, Lima LR, Silva ICR, Rehem TCMSB, Funghetto SS, Stival MM. Increased cardiovascular risk and role of metabolic syndrome in hypertensive elderly. *Esc Anna Nery* 2021;25(1):e20200055 . <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0055>
21. Weber LAF, Lima MADS, Acosta AM, Maques GQ. Care transition from hospital to home: integrative review. *Cogitare Enferm*. 2017; 22(3):e47615. <https://doi.org/10.5380/ce.v22i3.47615>
22. Tu Q, Xiao LD, Ullah S, Fuller J, Du H. A transitional care intervention for hypertension control for older people with diabetes: A cluster randomized controlled trial. *J Adv Nurs*. 2020; 76(10):2696-2708. <https://doi.org/10.1111/jan.14466>.
23. Ministério da Saúde (BR). Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 (Cadernos de Atenção Básica, 37). http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica.pdf

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.