



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ANA CECILIA BOENG

**TRANSIÇÃO DO CUIDADO DE PACIENTES COM COVID-19 EM UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO AO SUL DO BRASIL**

Florianópolis

2022

ANA CECILIA BOENG

**TRANSIÇÃO DO CUIDADO DE PACIENTES COM COVID-19 EM UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO AO SUL DO BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido ao curso de Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador(a): Prof.(a) Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni, Dr.(a)

Florianópolis

2022

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

BOENG, ANA CECILIA

TRANSIÇÃO DO CUIDADO DE PACIENTES COM COVID-19 EM UM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO AO SUL DO BRASIL / ANA CECILIA
BOENG ; orientadora, GABRIELA MARCELLINO LANZONI, 2022.
71 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências
da Saúde, Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2022.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. CUIDADO TRANSICIONAL. 3. GESTÃO DO
CUIDADO. 4. COVID-19. 5. CONTINUIDADE DA ASSISTÊNCIA. I.
LANZONI, GABRIELA MARCELLINO. II. Universidade Federal de
Santa Catarina. Graduação em Enfermagem. III. Título.

ANA CECILIA BOENG

**TRANSIÇÃO DO CUIDADO DE PACIENTES COM COVID-19 EM UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO AO SUL DO BRASIL**

Este Trabalho Conclusão de Curso foi julgado adequado como requisito parcial para obtenção do Título de “Enfermeiro” e aprovado e sua forma final pelo Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 08 de novembro de 2022

Prof. Dra. Margarete Maria de Lima
Coordenador do Curso de Graduação em Enfermagem

Prof. Dra. Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni
Orientador

Banca examinadora:

Dra. Caroline Cechinel Peiter
Universidade Federal de Santa Catarina

Laísa Fischer Wachholz
Universidade Federal de Santa Catarina

Florianópolis

2022

RESUMO

Introdução: A transição do cuidado consiste em uma estratégia para garantir a transferência segura do paciente entre os serviços de saúde, garantindo a continuidade do cuidado, reduzindo reinternações e custos. **Objetivo:** Avaliar, na perspectiva de pacientes e cuidadores, a qualidade da transição do cuidado do hospital para o domicílio de pacientes com COVID-19 em um Hospital Universitário. **Método:** Estudo quantitativo do tipo transversal, realizado em um Hospital Universitário ao Sul do Brasil entre agosto de 2021 e fevereiro de 2022. A amostra foi composta por 78 pacientes que tiveram alta hospitalar após internação por COVID-19. A coleta de dados foi realizada por telefone utilizando um instrumento de caracterização e a versão brasileira do instrumento Care Transitions Measure (CTM – 15). Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e analítica, o software *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 25 foi utilizado. Os testes t-Student e Análise de Variância (ANOVA) também foram aplicados, e o nível de significância considerado foi de 95% ($p < 0,05$). **Resultados:** Os resultados foram organizados em forma de manuscrito. A média da qualidade da transição do cuidado de acordo com o CTM-15 Brasil foi de 70,8 (DP=17) em uma escala linear que varia de zero a 100. O fator com melhor escore foi o referente à preparação para o autogerenciamento da saúde no domicílio e o pior escore foi o referente à elaboração do plano de cuidado. **Conclusões:** A qualidade da transição do cuidado de pacientes com COVID-19 em um Hospital Universitário tem um nível moderado. As principais fragilidades na transição do cuidado foram em relação ao entendimento dos pacientes acerca dos efeitos colaterais dos medicamentos e ao planejamento do cuidado após a alta hospitalar. Também foram verificadas associações entre a qualidade da transição do cuidado e as características clínicas e sociodemográficas dos participantes. Tendo em vista o contexto pandêmico do estudo, os resultados foram considerados positivos.

Palavras-chave: Cuidado transicional. Gestão do cuidado. Continuidade da assistência ao paciente. Alta Hospitalar. COVID-19.

ABSTRACT

Introduction: The transitions of care consist in strategies to ensure the safe transfer of patients between health services, guaranteeing the continuity of care, reducing readmissions and costs. **Aim:** To evaluate, from the perspective of patients and caregivers, the quality of care transitions from hospital to home of patients with COVID-19 in a University Hospital. **Method:** Quantitative cross-sectional study, carried out at a University Hospital in the South of Brazil between August 2021 and February 2022. The sample consisted of 78 patients who were discharged home after being hospitalized for COVID-19. Data collection was performed by telephone using a characterization instrument and the Brazilian version of the Care Transitions Measure (CTM – 15) instrument. Data were analyzed using descriptive and analytical statistics, using the software Statistical Package for the Social Science (SPSS) version 25. The tests t-Student and Analysis of Variance (ANOVA) were also applied, and the significance level considered was 95% ($p < 0.05$). **Results:** The results were organized in an article. The average quality of care transition according to the CTM-15 Brazil was 70.8 (SD=17) on a linear scale ranging from zero to 100. The factor with the best score was related to preparation for self-management at home and the worst score was the one referring to the elaboration of the care plan. **Conclusions:** The quality of care transitions for patients with COVID-19 in a University Hospital has a moderate level. The main weaknesses in the care transition were related to patients' understanding of medication side effects and care planning after hospital discharge. Associations were also observed between the quality of the care transition and the clinical and sociodemographic characteristics of the participants. In view of the pandemic context of the study, the results were considered positive.

Keywords: Care transitions. Care management. Continuity of health assistance. Hospital discharge. COVID-19.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Os 10 domínios para a transição do cuidado ideal.....	19
--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Variáveis do instrumento de caracterização do estudo.....	27
Quadro 2 – Itens e domínios da versão brasileira do Care Transitions Measure (CTM-15).....	28

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos participantes incluídos no estudo	37
Tabela 2 – Caracterização clínica dos participantes incluídos no estudo.....	37
Tabela 3 – Qualidade da transição do cuidado segundo os itens do instrumento <i>Care Transitions Measure</i> (CTM-15).....	38
Tabela 4 – Distribuição das respostas do instrumento <i>Care Transitions Measure</i> (CTM-15).	39
Tabela 5 – Qualidade da transição do cuidado segundo os Fatores do instrumento <i>Care Transitions Measure</i> (CTM-15)	40
Tabela 6 – Qualidade da transição do cuidado segundo as características sociodemográficas dos participantes	40
Tabela 7 – Qualidade da transição do cuidado segundo os Fatores do instrumento <i>Care Transitions Measure</i> (CTM-15) e das características sociodemográficas dos participantes	41
Tabela 8 – Qualidade da transição do cuidado segundo as características clínicas dos participantes	42
Tabela 9 – Qualidade da transição do cuidado segundo os Fatores do instrumento <i>Care Transitions Measure</i> (CTM-15) e das características clínicas dos participantes.	43

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANOVA – Análise de Variância

CTM – *Care Transitions Measure*

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

EUA – Estados Unidos da América

FAPESC – Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina

HU/UFSC - Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago

NFR/UFSC – Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina

RAS – Redes de Atenção à Saúde

RPM – *Remote Patient Monitoring*

SARS-CoV-2 – *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus*

SPSS - *Statistical Package for the Social Science*

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	15
2.1	CARACTERIZAÇÃO DA COVID-19 NA PERSPECTIVA DA TRANSIÇÃO DO CUIDADO.....	15
2.2	TRANSIÇÃO DO CUIDADO E A CONTRIBUIÇÃO DA ENFERMAGEM.....	18
3	MÉTODO	25
3.1	NATUREZA E TIPO DE ESTUDO	25
3.2	CAMPO DE ESTUDO.....	25
3.3	PARTICIPANTES E AMOSTRA.....	26
3.4	COLETA DE DADOS E INSTRUMENTOS	26
3.5	ANÁLISE DE DADOS	30
3.6	ASPECTOS ÉTICOS	30
4	RESULTADOS	32
4.1	MANUSCRITO 1 – TRANSIÇÃO DO CUIDADO DE PACIENTES COM COVID-19 EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO AO SUL DO BRASIL	32
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	52
	REFERÊNCIAS.....	53
	ANEXO A – VERSÃO BRASILEIRA DO INSTRUMENTO CARE TRANSITIONS MEASURE (CTM-15 BRASIL)	57
	ANEXO B – INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO.....	61
	ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	65
	ANEXO D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO..	72

1 INTRODUÇÃO

O vírus denominado como *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus* (SARS-CoV-2), responsável pela COVID-19, surgiu em dezembro de 2019 na cidade de Wuhan, China. Apesar de menos letal que outros vírus do gênero beta-CoV, o SARS-CoV-2 possui uma transmissibilidade muito maior, o que levou a Organização Mundial da Saúde a declarar a COVID-19 como uma pandemia global em março de 2020, três meses após a confirmação do primeiro caso. A pandemia da COVID-19 sobrecarregou os sistemas de saúde e causou consequências drásticas na economia de muitos países. Em janeiro de 2021, o vírus já havia infectado 93 milhões de pessoas e tirado mais de 2 milhões de vidas (OCHANI et al., 2021).

No Brasil, o primeiro caso foi detectado em fevereiro de 2020, e inicialmente o vírus se concentrou nas grandes metrópoles, se disseminando das capitais para os municípios (PONTES et al., 2022). Desde o início da pandemia até fevereiro de 2022, haviam sido registrados mais de 25,7 milhões de casos e 628 mil óbitos pela doença no país (SANTOS; OLIVEIRA; ALBUQUERQUE, 2022). Segundo dados da Organização Mundial da Saúde, atualmente o Brasil é o terceiro país com mais casos confirmados da doença mundialmente, e é superado apenas pelos Estados Unidos no número de mortes (WHO, 2022).

Aproximadamente 20% dos pacientes infectados pela COVID-19 exigem internação hospitalar devido a falência respiratória. Tendo em vista a alta taxa de virulência e infecção da doença, tal proporção levou a um aumento da demanda e consequente saturação dos sistemas de saúde (VENTURAS, et al., 2021). Diante desse cenário, as instituições hospitalares buscaram transformar sua estrutura e seus processos, para possibilitar os melhores resultados no atendimento ao paciente e também para a manutenção física e psicológica da equipe da linha de frente (ARAÚJO; BOHOMOL; TEIXEIRA, 2020). Neste ponto, cabe o destaque ao papel dos Hospitais Universitários Federais (HUFs), os quais constituem importantes centros de referência de média e alta complexidade para o Sistema Único de Saúde, além de serem essenciais na formação de recursos humanos em saúde e no apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão nas instituições de ensino superior federais das quais fazem parte (SANTOS et al., 2020).

A qualidade das transições do cuidado representa um dos componentes importantes na avaliação do desempenho dos serviços de saúde. Diversos estudos buscaram identificar fatores que influenciam no sucesso das transições, assim como para propor mudanças práticas para sua melhoria. Pesquisadores e gestores consideram aspectos como preparação de alta, educação em

saúde, continuidade dos cuidados no domicílio e acompanhamento pós alta como importantes indicadores na avaliação do atendimento prestado nos serviços de saúde (ACOSTA, 2016).

O conceito transição do cuidado refere-se a intervenções coordenadas entre os serviços de saúde, no momento da transferência do paciente entre estes, que possuem como objetivo a continuidade da assistência à saúde do usuário. Diante de tendências ao aumento da atenção nas comunidades e redução do tempo de internação hospitalar, a transição tem sido apontada como uma forma de combate à fragmentação da assistência. O processo de transição feito de maneira adequada pode melhorar a qualidade dos resultados assistenciais e influenciar na qualidade de vida dos pacientes, contribuindo para evitar reinternações e reduzir custos de saúde atrelados (WEBER; LIMA; ACOSTA; MARQUES, 2017).

O enfermeiro normalmente é o profissional que assume o protagonismo na transição do cuidado, articulando ações e interações entre profissionais, serviços, pacientes e cuidadores, visando assegurar a continuidade do cuidado após a internação (MAURO; CUCOLO; PERROCA, 2021). A participação ativa dos enfermeiros nos processos de transição do cuidado está ligada ao seu perfil em atividades de planejamento, organização e prestação de cuidados integrais e seguros. Dentre as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros no processo de transição do cuidado estão o planejamento de cuidados para a alta, o auxílio na reabilitação social, a educação em saúde, a articulação com os demais serviços e o acompanhamento após a alta (WEBER; LIMA; ACOSTA; MARQUES, 2017).

Em alguns países, existem enfermeiros responsáveis exclusivamente pela coordenação da alta hospitalar, estabelecendo junto a equipe e o paciente e família um plano de cuidados individualizado e transferindo informações pertinentes do Hospital à Atenção Primária. Esses enfermeiros foram nomeados como enfermeiros de transição, gestores de caso, enfermeiros de continuidade do cuidado ou enfermeiros de enlace (GHENO; WEIS, 2021).

Segundo Acosta (2016) entender a percepção dos pacientes e cuidadores acerca do processo de transição do cuidado é importante para a elaboração de estratégias para modificar práticas e contribuir no desenvolvimento e implementação de transições mais qualificadas. Os resultados podem auxiliar na identificação de deficiências, oferecendo ferramentas para a formulação de intervenções baseadas em evidências para qualificar os processos de continuidade do cuidado.

Antes mesmo da pandemia, o momento da migração do paciente entre os serviços de saúde já representava um ponto frágil para a ruptura da continuidade do cuidado (PEITER, 2020). A crise sanitária em decorrência da COVID-19 exigiu uma maior atenção no acompanhamento dos pacientes após a alta hospitalar, tendo em vista a complexidade e

particularidade dos cuidados pós-alta que o paciente hospitalizado em virtude do vírus necessita. A maioria dos pacientes hospitalizados por COVID-19 não retornam às suas condições normais de saúde no momento da alta hospitalar, e geralmente necessitam de acompanhamento de novas condições clínicas diagnosticadas durante a hospitalização, de assistência para sua recuperação funcional e do monitoramento do plano de cuidados formulado pela equipe responsável pela alta (LOERINC et al., 2021).

Na literatura internacional, existem poucos estudos avaliando a experiência da transição do cuidado de pacientes internados pela COVID-19.

Diante do exposto, questiona-se: Como é avaliada a qualidade, na perspectiva de pacientes e cuidadores, da transição do cuidado de pacientes com COVID-19 a partir da alta de um Hospital Universitário ao sul do Brasil? O presente estudo tem o objetivo de analisar, na perspectiva de pacientes e cuidadores, a qualidade da transição do cuidado do hospital para o domicílio de pacientes com COVID-19 em hospital universitário ao sul do Brasil.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Esse item será subdividido em duas partes: 1) Caracterização da COVID-19 na perspectiva da transição do cuidado e 2) Transição do cuidado e a contribuição da enfermagem.

2.1 CARACTERIZAÇÃO DA COVID-19 NA PERSPECTIVA DA TRANSIÇÃO DO CUIDADO

O vírus responsável pela COVID-19 surgiu pela primeira vez em Wuhan, na China. Em dezembro de 2019, a província de Hubei se tornou epicentro de um surto de pneumonia de causa desconhecida, que despertou atenção internacional. Autoridades de saúde chinesas conduziram uma investigação imediata para caracterizar e controlar a doença, e em janeiro de 2020, cientistas haviam isolado um novo coronavírus, o Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus (SARS-CoV-2) (ARAÚJO; BOHOMOL; TEIXEIRA, 2020).

O SARS-CoV-2 pertence ao gênero beta-CoV, que também compreende ao coronavírus da síndrome respiratória aguda grave (SARS-CoV) e o coronavírus da síndrome respiratória do Oriente Médio (MERS-CoV), vírus que emergiram no início do século XXI. Apesar da mortalidade do SARS-CoV-2 ser menor do que dos outros vírus do grupo beta-CoV, o mesmo possui uma disseminação mais rápida e ampla, o que levou a Organização Mundial da Saúde a declarar pandemia da doença nomeada como COVID-19 em março de 2022 (OCHANI et al, 2021).

A COVID-19 afetou aproximadamente 570 milhões de pessoas globalmente, causando mais de 6 milhões de mortes até julho de 2022. No Brasil, até então, são estimados aproximadamente 33 milhões de casos diagnosticados e mais de 650 mil mortes (WHO, 2022). O desfecho desfavorável da COVID-19 possui diversos determinantes, entre eles fatores populacionais, individuais e o próprio vírus. Durante a pandemia, observamos também o surgimento de diversas variantes do SARS-CoV-2, que foram responsáveis pelas ondas de infecção (RODRIGUES et al, 2022).

As manifestações clínicas da infecção pelo SARS-COV-2 variam de uma doença leve e autolimitada ao envolvimento de múltiplos órgãos com risco de vida. Inicialmente, foi descrita como sintomas respiratórios, pneumonia, síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA) e choque. No decorrer da pandemia, também foram descritos quadros de inflamação sistêmica, com o envolvimento de múltiplos órgãos, incluindo o sistema cardiovascular, pulmões e sistema nervoso central (HATMI, 2021).

Após a internação por COVID-19, a maioria dos pacientes necessita de acompanhamento de novas condições clínicas diagnosticadas durante a hospitalização ou do monitoramento do plano de cuidados formulado pela equipe responsável pela alta. Grande parte dos pacientes hospitalizados por COVID-19 não retornam às suas condições normais de saúde no momento da alta hospitalar, e podem exigir a continuidade dos cuidados para gerenciamento de sintomas ou para a supervisão de sua recuperação funcional (LOERINC *et al.*, 2021).

Estudos recentes demonstraram declínio funcional e aumento da fragilidade em pelo menos um terço dos pacientes em até 3 meses após a internação por COVID-19. Essas condições são associadas a uma maior mortalidade e diminuição da qualidade de vida dos pacientes, além de significarem uma maior responsabilidade para os familiares, cuidadores e para o sistema de saúde como um todo. Tais achados enfatizam o impacto que a doença possui nos pacientes e suas famílias mesmo após a internação, e reforçam a importância do acompanhamento, plano de cuidado personalizado e reabilitação após a internação pela doença (PRAMPART *et al.*, 2022; TANIGUCHI *et al.*, 2022).

Pacientes em recuperação da COVID-19 podem apresentar uma série de sequelas, como alterações funcionais, tomográficas, psiquiátricas e metabólicas. A presença de comorbidades nesses indivíduos também é frequente, fazendo com que estes, durante o seguimento pós internação, possam apresentar complicações clínicas relacionadas à própria doença ou à sua doença de base. Desse modo, é de grande relevância que os pacientes pós COVID sejam acompanhados por uma equipe multidisciplinar (GRAÇA *et al.*, 2020).

Ninguém estava preparado para o impacto que a doença teria na área social, econômica e na capacidade assistencial dos sistemas de saúde (SANTOS *et al.*, 2020). A transição do cuidado já é desafiadora em tempos normais, e a COVID-19 levou a uma crise e sobrecarga do sistema de saúde como um todo, prejudicando os processos e também a gestão do cuidado (LANDOR; SCHROEDER; THOMPSON, 2020).

Em todo o mundo, pacientes vítimas da COVID-19 recebem alta para a comunidade com lacunas na transição do cuidado. Determinantes sociais e de saúde e condições de moradia são fatores que influenciam na capacidade dos pacientes e famílias de seguir acompanhamento extra-hospitalar após a internação. Em um mundo ideal, profissionais de todos os níveis de atenção trabalhariam para assegurar a continuidade do cuidado e uma transição adequada para todos os pacientes. Essas lacunas na transição do cuidado têm como consequência o aumento da incidência de complicações, readmissões e a desconexão no cuidado (LANDOR; SCHROEDER; THOMPSON, 2020).

Se faz importante também a menção ao impacto que as próprias medidas de restrição domiciliar impostas para a contenção do vírus SARS-COV-2 tiveram no planejamento e segurança da alta hospitalar, no tempo de internação dos pacientes e na continuidade do cuidado na comunidade (YOON *et al.*, 2022).

Diante disso, observou-se uma necessidade de criar modelos de transição do cuidado específicos para pacientes internados pela COVID-19, e de difundir o uso do atendimento virtual (*Telehealth*), acelerando uma mudança na prestação de cuidados que já havia se iniciado (YOON *et al.*, 2022).

Internacionalmente, muitas instituições implementaram estratégias como o monitoramento remoto de pacientes, o *Remote Patient Monitoring* (RPM). Essa ferramenta permite o monitoramento dos pacientes fora do ambiente hospitalar, como em suas próprias casas, e consiste no uso de tecnologias para coletar dados de saúde (questionários sobre sintomas, sensores vestíveis para controle de sinais vitais) e a transmissão desses dados à um profissional de saúde em um outro local. Tal estratégia tem apresentado potencial para assegurar a continuidade do cuidado após a alta hospitalar, diminuindo o tempo de internação dos pacientes, o potencial de transmissão da doença (por permitir que pacientes infectados fiquem em suas casas) e a taxa de reinternação dos pacientes (GORDON *et al.*, 2020).

Já Landor, Schroeder e Thompson (2020) descrevem o estabelecimento de um modelo de transição do cuidado específico para pacientes vítimas da COVID-19 coordenado por uma equipe multidisciplinar que inclui enfermeiros, assistentes sociais, médicos da assistência hospitalar e da atenção primária. Esse time serve como mediador e educador para o paciente durante 30 dias após sua alta hospitalar e provém suporte para o paciente durante sua transição entre os serviços. Esse acompanhamento e gestão permite que se resolvam lacunas no cuidado e certifica a continuidade do mesmo. Entre os resultados presumidos para a iniciativa estão diminuição de custos pela menor estadia hospitalar e diminuição da incidência de reinternações e visitas ao setor de emergência.

Apesar dos evidentes benefícios das estratégias de atendimento virtual, esse possui alguns desafios na sua implementação. Estudos apontam que fatores como idade, nível de escolaridade e alfabetização digital são chave no sucesso dessas estratégias. O desafio é maior principalmente na população idosa e mais vulnerável, devido à falta de alfabetização digital e dificuldade de descrever os sintomas e as necessidades de cuidado apresentadas (YOON *et al.*, 2022).

No Brasil, não encontramos na literatura evidências do uso de tecnologias e modelos específicos para a transição do cuidado em pacientes vítimas da COVID-19.

2.2 TRANSIÇÃO DO CUIDADO E A CONTRIBUIÇÃO DA ENFERMAGEM

A transição do cuidado consiste em um conjunto de ações que visam garantir a transferência segura do paciente entre os serviços de saúde, por meio de modelos assistenciais que assegurem a continuidade do cuidado (PEITER, 2020). A transição do cuidado pode acontecer entre equipes, setores ou ambientes de saúde, e trata-se de uma forma de superar a fragmentação da atenção e garantir a continuidade dos cuidados na rede de atenção à saúde, constituindo uma importante estratégia para a efetivação de um sistema integrado de saúde (ACOSTA, 2016).

O momento de transição do paciente entre os serviços de saúde representa um ponto vulnerável para a ruptura da continuidade do cuidado. As evidências de que tanto a qualidade do cuidado quanto a segurança do paciente são prejudicadas nas transições do cuidado continuam a crescer. Essa ruptura é ainda mais propícia quando na transição do cuidado após a alta hospitalar (COLEMAN; MAHONEY; PARRY, 2005; PEITER, 2020). O processo de alta hospitalar é amplo e complexo, e a transição do paciente para o domicílio é um processo delicado pois se trata do período em que o paciente está mais propenso a eventos adversos (GHENO; WEIS, 2021).

Burke e colaboradores (2013) identificaram os principais componentes para uma transição do cuidado ideal, os quais podem auxiliar na identificação de problemas e guiar no planejamento de mudanças. Os autores descrevem dez domínios que suportam uma "ponte", representando a transição dos pacientes de um serviço a outro. Os domínios são: Planejamento da alta; Comunicação das informações; Disponibilidade, pontualidade, clareza e organização das informações; Segurança da medicação; Educação em saúde promovendo autogerenciamento; Direcionamento do paciente a apoios sociais e comunitários; Planejamento avançado de cuidados; Coordenação de cuidados entre os membros da equipe; Monitoramento e gerenciamento de sintomas após a alta; e Acompanhamento ambulatorial.

Figura 1 – Os 10 domínios para a transição do cuidado ideal



Fonte: Adaptado de Burke et al. (2013)

Segundo Burke et al. (2013) a figura da ponte contém os elementos chave para a transição segura e sugere que a falta de algum desses elementos enfraquece a ponte e predispõe a lacunas no cuidado e resultados insatisfatórios. Também significa que quanto mais componentes faltando, menos segura é essa transição.

O primeiro domínio se refere ao planejamento da alta hospitalar. Esse domínio destaca a importância de planejar a alta do paciente durante a internação, enquanto o mesmo ainda está sob os cuidados da equipe (BURKE et al., 2013). Idealmente, o planejamento da alta deve iniciar no momento da internação e definição do diagnóstico do paciente. É nesse momento que todos os profissionais envolvidos no cuidado devem avaliar as necessidades sociais e de saúde do mesmo. Durante o planejamento da alta, também se faz importante o envolvimento do paciente e da família, a qual é essencial para o sucesso desse processo. Altas mal organizadas prejudicam e colocam em risco a segurança do paciente, o expondo à eventos adversos relacionados a lacunas no plano de cuidados (GHENO; WEIS, 2021).

Outro domínio essencial para a qualidade da transição do cuidado é a comunicação de informações, que faz menção ao conteúdo que deve ser incluído no sumário de alta ou mecanismo de transferência de informação do hospital aos demais serviços de saúde

responsáveis pelos cuidados pós-alta. A disponibilidade, organização e clareza dessas informações são tão importantes quanto o conteúdo, pois os profissionais responsáveis pelos cuidados pós-alta do paciente devem ser capazes de acessar e entender rapidamente essas informações antes de assumirem o cuidado do paciente (BURKE et al., 2013). No entanto, isso é uma dificuldade comum encontrada nos estudos. Normalmente, encontramos notas de alta incompletas, com discrepâncias das informações e falta de clareza sobre as necessidades e particularidades do paciente no momento de transição (GHENO; WEIS, 2021).

O domínio da segurança das medicações é importante pois se trata do domínio responsável pela maioria dos eventos adversos após a alta hospitalar. Saber o histórico medicamentoso dos pacientes, reconciliar mudanças durante a hospitalização e comunicar os pacientes e demais profissionais acerca desse tópico é essencial para diminuir erros medicamentosos e aumentar a segurança do paciente (BURKE et al., 2013). A reconciliação medicamentosa pode resultar no aumento do cumprimento dos cuidados básicos pós-alta do paciente, e é frequentemente realizada por enfermeiros, devendo ser feita na admissão e na alta do paciente (GHENO; WEIS, 2021).

Quanto a educação do paciente e promoção do autogerenciamento, esse domínio se refere a ensinar aos pacientes e cuidadores sobre seu diagnóstico e dar instruções acerca do seu autocuidado (BURKE et al., 2013). O processo educativo conduzido pela equipe durante a hospitalização, com a comunicação efetiva e adequadas orientações, contribui para a segurança do paciente tornando compreensível a continuidade do tratamento e o papel da rede de apoio no seguimento após a alta (WACHHOLZ et al., 2021; GHENO; WEIS, 2021). Essas ações são indispensáveis para o empoderamento do paciente na participação ativa no seu gerenciamento e manejo do cuidado, assegurando a continuidade do tratamento no seu ambiente domiciliar (ACOSTA, 2016).

Outro aspecto que merece destaque na transição do cuidado é o suporte social, esse envolve avaliar as necessidades individuais do paciente e providenciar o suporte dos cuidadores ou da comunidade (BURKE et al., 2013). Nem todos os pacientes possuem o apoio familiar ou cuidadores para satisfazer suas necessidades, e nesses casos, é importante a promoção de suporte social formal (ACOSTA, 2016). A participação do profissional assistente social nas atividades de transição do cuidado qualifica as conexões com os serviços de saúde e com a comunidade, além de proporcionar maior apoio psicossocial ao paciente (GHENO; WEIS, 2021).

O domínio planejamento antecipado de cuidados envolve o estabelecimento de metas e preferências de cuidado, por vezes por meio de procuração legal, principalmente nos casos de

cuidados paliativos. Evidências apontam que essa estratégia diminui readmissões desnecessárias, especialmente em pacientes que não se beneficiariam dessa conduta (BURKE et al., 2013). No entanto, essa prática não é comum no Brasil (ACOSTA, 2016).

A devida atenção ao domínio coordenação de cuidado entre os membros da equipe de saúde é necessária para sincronizar os esforços entre os serviços de saúde responsáveis pelo cuidado do paciente. É imprescindível que estes coordenem informações, avaliações e planos, trabalhando em equipe (BURKE et al., 2013). No Brasil, para que o plano de cuidado formulado no momento da alta do paciente seja bem-sucedido, se faz necessária a interligação entre os diferentes níveis de atenção à saúde (atenção primária, secundária e terciária), os quais fazem parte das Redes de Assistência à Saúde (RAS) (WACHHOLZ et al., 2021).

Após a alta hospitalar, o paciente é encaminhado pelas RAS, visando a continuidade do cuidado na comunidade e tornando o mesmo mais efetivo e integral. Para a continuidade na assistência, todos os envolvidos devem deter o mesmo conhecimento das atividades e cuidados a serem desenvolvidos em domicílio. Divergências nas orientações fornecidas pelos profissionais da saúde dos diferentes níveis de atenção causam desconfiança dos pacientes e baixa adesão ao tratamento. É necessário e importante que a equipe da RAS esteja comprometida em todas as esferas de atenção para que a continuidade do cuidado seja efetiva (WACHHOLZ et al., 2021).

Outro aspecto relacionado à melhor transição do cuidado é o gerenciamento de sintomas após a alta, que permite que problemas na transição ou complicações sejam detectados e abordados precocemente, evitando utilizações não planejadas dos serviços de saúde (BURKE et al., 2013). Atualmente, estratégias como o telemonitoramento vêm se mostrando úteis no auxílio dos profissionais para a supervisão e autogerenciamento dos pacientes após a alta (GHENO; WEIS, 2021).

Por último, o acompanhamento ambulatorial com profissionais adequados é essencial para transições bem-sucedidas e para a efetivação da continuidade do cuidado. Este deve ser realizado o mais brevemente possível após a alta do paciente, e por profissionais que possuam vínculo com o mesmo (BURKE et al., 2013).

A despeito do progresso do saber científico em relação a transição do cuidado, reconhece-se a dificuldade dos profissionais da saúde para colocarem em prática métodos e estratégias para qualificar as transições (ACOSTA, 2016).

No que diz respeito à perspectiva dos pacientes, as evidências apontam que os principais problemas relatados pelos pacientes na transição hospital-domicílio costumam ser instabilidade de sinais vitais, erros de medicação e recidivas. Pacientes e cuidadores também relatam

ansiedade pela falta de preparação para a alta, falta de entendimento para o autocuidado, falta de participação no plano de cuidado e sentimento de abandono pela dificuldade de contatar os profissionais da saúde para receber orientações (COLEMAN; MAHONEY; PARRY, 2005).

Diversos fatores podem influenciar a qualidade da experiência de transição do cuidado do usuário, entre eles as expectativas do mesmo, seu nível de conhecimento, autonomia, bem-estar emocional e físico, além do ambiente de cuidado e nível de planejamento da transição. Dentre os aspectos associados a resultados negativos podemos identificar a falta de envolvimento do paciente, falta de comunicação, falta de colaboração entre os membros da equipe, limitação no acompanhamento e monitoramento pós alta; ausência de estratégias para continuidade de cuidados; e lacunas graves entre os diferentes contextos de cuidados (PEITER, 2020).

As ações relacionadas à transição do cuidado contribuem para a integralidade do cuidado, melhoram a qualidade dos resultados assistenciais e influenciam a qualidade de vida dos pacientes, colaborando para evitar reinternações hospitalares e consequentemente reduzindo os custos dos cuidados de saúde (BERNARDINO et al., 2022; WEBER; LIMA; ACOSTA; MARQUES, 2017).

Gheno e Weis (2021) em uma revisão de literatura constataram que os principais benefícios de transições do cuidado bem sucedidas foram a redução das reinternações e visitas ao setor de emergência, principalmente em pacientes portadores de doenças crônicas e idosos. As reinternações não planejadas em até 30 dias após a alta podem ser vistas como falhas na transição do cuidado, ou pelo fato de uma alta precoce ou pelo seu planejamento ineficiente. A diminuição da mortalidade, dos custos hospitalares, de eventos adversos e aumento da qualidade de vida e satisfação dos pacientes também são benefícios evidenciados nos estudos participantes dessa revisão.

Os enfermeiros são responsáveis por proporcionar transições bem sucedidas e a continuidade do cuidado, assegurando que os pacientes voltem para casa preparados e com apoio adequado, contribuindo para melhor articulação e comunicação entre profissionais, pacientes, cuidadores e serviços de saúde (WEBER; LIMA; ACOSTA; MARQUES, 2017).

A participação ascendente e ativa dos enfermeiros no processo de transição do cuidado está ligada ao perfil dos enfermeiros em atividades de planejamento, organização e prestação de cuidados integrais e seguros. O enfermeiro é o principal articulador entre os profissionais e os diferentes níveis de atenção devido a sua experiência e competência no trabalho em equipe, no manejo do cuidado de pacientes complexos e sua família e pelo seu conhecimento da rede

de atenção à saúde, essencial para que o encaminhamento e o vínculo após a alta sejam mantidos, garantindo a continuidade do cuidado (GHENO; WEIS, 2021).

As atividades dos enfermeiros na transição do cuidado na alta hospitalar são múltiplas, principalmente relacionadas à educação em saúde e seguimento após a alta. Essas são realizadas em diferentes complexidades e se iniciam ainda no momento de admissão do paciente (GHENO; WEIS, 2021; WEBER; LIMA; ACOSTA; MARQUES, 2017).

O enfermeiro normalmente é o profissional que assume o papel de planejamento para a alta, por vezes em conjunto com a equipe multidisciplinar. É ele quem articula ações e interações entre profissionais, serviços, pacientes e cuidadores, visando assegurar a continuidade do cuidado após a internação (MAURO; CUCOLO; PERROCA, 2021). Além disso, são funções do enfermeiro na gestão de alta o auxílio na reabilitação social, a educação em saúde e o acompanhamento pós-alta (PEITER, 2020).

Estratégias de transição do cuidado podem melhorar a realidade dos serviços de saúde e os seus indicadores de qualidade (GHENO; WEIS, 2021). Nesse sentido, vários modelos e estratégias têm sido desenvolvidos com o intuito de melhorar as transições do cuidado e contribuir para a integralidade e continuidade do cuidado (PEITER, 2020).

Diversas estratégias baseadas em evidências vêm sendo desenvolvidas internacionalmente para operacionalizar transições seguras. Dentre elas, se destaca o *Care Transitions Intervention*, desenvolvido por Eric A. Coleman, autor também responsável pela criação do instrumento *Care Transitions Measure*.

O *Care Transitions Intervention* é um programa que tem como objetivo realizar transições do cuidado seguras e qualificadas, fornecendo aos pacientes e cuidadores ferramentas e apoio para que participem ativamente de suas transições. Essa estratégia inclui visitas aos pacientes no hospital, no domicílio e contatos telefônicos para acompanhamento realizados por profissionais denominados “*transition coach*”. Os *transition coaches* são profissionais enfermeiros experientes com a função de incentivar o paciente e seus cuidadores a assumirem o protagonismo no seu autogerenciamento durante suas transições e prover e se assegurar de que as necessidades do paciente estão sendo atendidas nos diferentes níveis de atenção (CARE TRANSITIONS INTERVENTION, 2022).

A intervenção possui 4 pilares: (1) assistência com o autogerenciamento de medicações; (2) registros centrados no paciente e mantidos pelo mesmo para garantir a transferência eficaz de informações; (3) acompanhamento na atenção primária e especializada em tempo oportuno; (4) orientação quanto a sinais de alerta que sugerem piora do estado de saúde e instruções de como agir (COLEMAN et al., 2006). Trata-se de uma intervenção que vem demonstrando

resultados satisfatórios, com incontáveis estudos demonstrando uma menor chance de rehospitalizações e maior chance de recuperação funcional e manejo adequado dos sintomas nos pacientes que a recebem (CARE TRANSITIONS INTERVENTION, 2022).

Já o *Care Transitions Measure* (CTM), trata-se de um instrumento elaborado pelo mesmo autor que possui o intuito de entender a experiência do usuário na transição do cuidado e avaliar sua qualidade. O *Care Transition Measure* possui uma versão completa com 15 itens (CTM-15) e outra resumida com três itens (CTM-3). O instrumento divide tais itens em 4 domínios, intitulados entendimento crítico, importância das preferências, preparação para autogerenciamento e plano de cuidado (ACOSTA, 2016). O instrumento já foi testado extensivamente e em diversas populações, porém, não se encontram na literatura estudos com pacientes COVID-19.

3 MÉTODO

O presente trabalho faz parte do projeto de pesquisa multicêntrico intitulado “Avaliação do cuidado de enfermagem a pacientes com COVID-19 em hospitais universitários brasileiros”. O projeto foi aprovado na Chamada MCTIC/CNPq/FNDCT/MS/SCTIE/Decit N° 07/2020 – Pesquisas para enfrentamento da COVID-19, suas consequências e outras síndromes respiratórias agudas graves (Processo n°: 402392/2020-5), e no edital de chamada pública n° 005/2020 - adesão da FAPESC à chamada pública MCTIC/CNPq/FNDCT/MS/SCTIE/Decit N° 07/2020.

3.1 NATUREZA E TIPO DE ESTUDO

O presente estudo possui abordagem quantitativa, a qual tem por objetivo demonstrar, de forma quantificada, a importância dos dados coletados em uma apuração. Ela é adequada para medir opiniões, atitudes, preferências e estimar potencial. Esse tipo de pesquisa tem a finalidade de mensurar, por análise estatística, para comprovar parâmetros de forma precisa e confiável (PROETTI, 2018).

A pesquisa quantitativa leva em conta que tudo pode ser quantificável, buscando traduzir opiniões e informações em números para poder classificá-las e analisá-las. Essa forma de abordagem é empregada em diversos tipos de pesquisa, pois torna possível a quantificação e o tratamento estatístico do objeto de estudo (PRODANOV; FREITAS, 2013; PROETTI, 2018).

3.2 CAMPO DE ESTUDO

O campo de estudo foi o Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU), instituição vinculada à Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e administrada pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

O HU/UFSC é um hospital geral de grande porte com 245 leitos. Desses são subdivididos em 70 leitos cirúrgicos; 72 leitos clínicos adulto; 20 leitos clínicos pediátricos; 15 leitos de isolamento; 14 leitos de UTI; 28 leitos obstétricos; 16 leitos de cuidados neonatais; 05 leitos de hospital dia e 05 leitos de cuidados para doentes crônicos (CNES, 2022).

Foram inseridos no estudo apenas unidades de internação nas quais os profissionais participaram do atendimento de pacientes adultos com suspeita ou diagnóstico confirmado de COVID-19 e realizaram a alta para casa.

3.3 PARTICIPANTES E AMOSTRA

Os participantes do estudo foram pacientes e cuidadores com alta para casa após internação de no mínimo 72h por atendimento específico para COVID-19.

Foram incluídos no estudo pacientes com idade superior a 18 anos e com fluência no idioma português do Brasil, que receberam alta hospitalar para o domicílio após internação para atendimento específico de COVID-19 de no mínimo 72 horas.

Foram considerados critérios para exclusão do estudo pacientes e cuidadores sem capacidade para consentir em participar da pesquisa, pacientes que, apesar de poderem consentir em participar da pesquisa, estavam muito debilitados, e aqueles que, no momento do contato telefônico, tenham ido a óbito ou tenham sido rehospitalizados.

Para o cálculo amostral, pensando em uma representatividade numérica, foi utilizado o programa Winpepi®, versão 11.65 e definida uma amostra de pacientes a partir do número de leitos do hospital, utilizando margem de erro de 4 pontos, desvio padrão de 17,1 e nível de confiança de 95%. Desta forma, para o HU/UFSC a amostra mínima estimada foi de 63 pacientes.

3.4 COLETA DE DADOS E INSTRUMENTOS

Foram utilizados dois instrumentos, um de caracterização e a versão brasileira do Care Transitions Measure (CTM-15 Brasil). A coleta de dados foi realizada por ligações telefônicas, a partir de 7 dias após a alta do paciente. Para acessar os pacientes, foram solicitadas listas mensais ao serviço de saúde contendo o nome e o telefone dos pacientes com alta. A coleta aconteceu de abril a dezembro de 2021 e todo o processo de coleta se deu de forma não presencial, por contato telefônico (contato com o participante) e comunicações por e-mail (contato com a instituição de coleta).

O instrumento de caracterização apresentou as variáveis: idade; gênero; grau de instrução; raça, município de residência; renda familiar; tempo total de internação; tempo de internação em UTI; uso de ventilação mecânica não invasiva; histórico de tabagismo; sintomas apresentados; e comorbidades. O Quadro 1 descreve cada variável e a descrição das respostas.

Quadro 1 – Variáveis do instrumento de caracterização do estudo

Variável	Tipo	Descrição
Idade	Contínua	Idade do paciente em anos completos
Gênero	Categórica	Gênero com o qual o paciente se identifica. 1. Feminino; 2. Masculino.
Grau de instrução	Categórica	Maior grau de instrução do respondente da pesquisa. 1. Sem instrução ou menos de 1 ano de estudo; 2. Ensino Fundamental; 3. Ensino Médio; 4. Ensino Superior.
Raça	Categórica	Raça autodeclarada pelo paciente
Renda familiar	Categórica	Soma de todos os rendimentos da família
Tempo total de internação	Contínua	Total de dias entre a admissão até a alta para domicílio
Tempo de internação em UTI	Contínua	Total de dias entre a admissão na Unidade de Terapia Intensiva até a alta para a unidade de internação
Uso de ventilação mecânica invasiva	Categórica	Uso de ventilação mecânica invasiva (mediante intubação)
Histórico de tabagismo	Categórica	Não fumantes são indivíduos que nunca fumaram ou fumaram menos de 100 cigarros ao longo da vida; Fumantes são aqueles que fumaram mais de 100 cigarros ao longo da vida e fumam atualmente; Ex fumantes são aqueles que fumaram mais de 100 cigarros ao longo da vida e pararam de fumar
Sintomas apresentados	Categórica	Febre; Fadiga; Falta de ar; Tosse; Perda de Olfato e Paladar; Dor de cabeça; Dor no corpo; Náuseas e Vômitos; Diarreia
Comorbidades	Categórica	Doença respiratória crônica; Hipertensão arterial sistêmica; Doenças cardiovasculares; Diabetes Mellitus; Doenças renais; Obesidade; Câncer.

Fonte: elaborado pela autora.

O Care Transitions Measure é um instrumento desenvolvido nos EUA em 2002 que possui como propósito a avaliação da qualidade da transição do cuidado entre os diferentes serviços de atenção à saúde, segundo a perspectiva do paciente (ACOSTA, 2016). Coleman e colaboradores (2002) tinham como objetivo principal o desenvolvimento de um instrumento metodologicamente compatível com o cuidado centrado no paciente e que servisse para mensurar o desempenho de serviços e sistemas de saúde (COLEMAN; MAHONEY; PARRY, 2005).

O CTM foi desenvolvido a partir de grupos focais com idosos e cuidadores que recentemente haviam recebido alta hospitalar. Como por predefinição pacientes idosos costumam gerenciar sua transferência entre os serviços de saúde, o instrumento foi elaborado para ser centrado no paciente e no cuidador (COLEMAN et al., 2002).

Atualmente, o CTM possui duas versões, a completa com 15 itens (CTM-15) e outra resumida com apenas três itens (CTM-3). O CTM-15 apresenta quatro domínios: entendimento crítico, importância das preferências, preparação para gerenciamento e plano de cuidado (ACOSTA, 2016). Em 2016, o instrumento foi traduzido, adaptado e validado para o português e para a realidade brasileira por Acosta (2016), em sua tese de doutorado.

O quadro abaixo mostra a versão brasileira do CTM-15. Também são destacados os domínios de cada um dos itens.

Quadro 2 – Itens e domínios da versão completa do *Care Transitions Measure* (CTM 15)

	Item	Domínio
1	Antes de sair do hospital, eu e a equipe de saúde concordamos sobre objetivos para minha saúde e como eles seriam alcançados.	Preferências
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.	Preferências
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.	Preferências
4	Quando eu saí do hospital, eu tive todas as informações que precisava para que eu pudesse cuidar de mim mesmo.	Preparação para o gerenciamento
5	Quando eu saí do hospital, eu entendi claramente como cuidar da minha saúde.	Preparação para o gerenciamento
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.	Preparação para o gerenciamento

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.	Plano de cuidado
8	Quando eu saí do hospital, eu compreendi bem minha condição de saúde e o que poderia melhorá-la ou piorá-la.	Preparação para o gerenciamento
9	Quando eu saí do hospital, eu compreendi bem o que era de minha responsabilidade para cuidar da minha saúde.	Entendimento crítico
10	Quando eu saí do hospital, eu me senti seguro de que eu sabia o que fazer para cuidar da minha saúde.	Entendimento crítico
11	Quando eu saí do hospital, eu me senti seguro de que conseguiria fazer as coisas necessárias para cuidar da minha saúde.	Entendimento crítico
12	Quando eu saí do hospital, eu recebi uma lista por escrito, legível e de fácil compreensão, das consultas ou exames que eu precisava realizar dentro das próximas semanas	Plano de cuidado
13	Quando eu saí do hospital, eu entendi claramente o motivo de tomar cada um dos meus medicamentos.	Entendimento crítico
14	Quando eu saí do hospital, eu entendi claramente como tomar cada um dos meus medicamentos, inclusive a quantidade e os horários.	Entendimento crítico
15	Quando saí do hospital, eu entendi claramente os possíveis efeitos colaterais de cada um dos meus medicamentos.	Entendimento crítico

Fonte: Adaptado de Acosta (2016).

O instrumento é formado por afirmações sobre o processo de transição do cuidado, medidas por uma escala Likert com quatro opções de respostas que variam de “concordo muito” a “discordo muito”. A resposta “Não sei/não me lembro/ não se aplica” também é uma opção, embora não seja incluída no cálculo do escore final (ACOSTA, 2016). O escore é calculado pela soma dos valores referentes às respostas: Discordo muito (1 ponto); Discordo (2 pontos); Concordo (3 pontos); Concordo muito (4 pontos). A opção “Não sei/não lembro/não se aplica” corresponde a 0 pontos e é analisada separadamente, não entrando na contagem (PEITER, 2020).

Geralmente, o instrumento é aplicado por profissionais da saúde em pacientes que tiveram alta recente (de 7 a 30 dias após a alta) por meio de contato telefônico. O escore varia de 0 a 100, sendo que, quanto maior o valor, melhor a qualidade de transição do cuidado (ACOSTA, 2016).

Ao longo dos anos, o CTM tem sido extensivamente testado e se mostrado confiável e preciso para avaliar a transição do cuidado do ponto de vista dos pacientes. “O instrumento apresenta validade de conteúdo, de face e de constructo” (ACOSTA, 2016). Estudos apontam também a capacidade do instrumento de distinguir usuários que apresentaram uma subsequente internação, o que mostra um bom valor preditivo do método (COLEMAN; MAHONEY; PARRY, 2005).

O *Care Transition Measure* tem sido utilizado como indicador de qualidade em muitos estudos que analisam intervenções na transição do cuidado e se mostra um importante indicador de qualidade dos serviços de saúde (ACOSTA, 2016). Embora tenha sido desenvolvido para mensurar a transição do cuidado em idosos, o CTM tem sido empregado em diversos países para a resolução de problemas de pacientes de alto risco. Atualmente, ele pode ser encontrado em 11 idiomas, entre eles espanhol, francês, italiano e chinês (ACOSTA, 2016).

3.5 ANÁLISE DE DADOS

Com ajuda de um profissional estatístico, os dados foram tabulados em uma planilha do programa Excel e a análise foi realizada pelo software *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 25.

A descrição do perfil da amostra foi feita por meio de estatística descritiva. As variáveis categóricas são apresentadas por meio de frequência absoluta (n) e relativa (%), e as variáveis contínuas por meio de medidas tendência central e de dispersão (mínima, máxima, média e desvio padrão).

Para obtenção dos escores e análise da qualidade da transição do cuidado, através do instrumento CTM-15 Brasil, foram respeitadas as instruções dos autores do instrumento (COLEMAN et al., 2002; THE CARE TRANSITION PROGRAM, 2022). O escore obtido pela soma dos valores referentes às respostas dividido pelo número de questões respondidas foi transformado, então, em uma escala linear que varia de zero a 100, por meio da fórmula: $[(\text{escore}-1)/3]*100$. Para a avaliação da transição do cuidado em todo o contexto, calculou-se a média da escala linear entre todos os participantes (COLEMAN et al., 2002; THE CARE TRANSITION PROGRAM, 2022).

A média da pontuação do CTM-15 Brasil também foi testada frente às variáveis independentes, como: gênero, grau de instrução, raça, renda familiar, uso de ventilação mecânica, histórico de tabagismo, presença de comorbidades e sintomas apresentados. O nível de significância considerado foi de 95% ($p<0,05$).

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

O presente trabalho de conclusão de curso faz parte do macroprojeto intitulado “Avaliação do cuidado de enfermagem a pacientes com COVID-19 em hospitais universitários

brasileiros”, o qual está aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, por meio do parecer nº 4.347.463, CAAE: 38912820.3.1001.0121, (ANEXO C)

A pesquisa seguiu as determinações da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012) que dispõe sobre os cuidados da pesquisa com Seres Humanos, seguindo os preceitos básicos da bioética, os quais são: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, a fim de assegurar os direitos e deveres referentes à comunidade científica, bem como aos participantes da pesquisa.

Como a coleta de dados foi desenvolvida via chamada telefônica, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO D) ocorreu pelo consentimento verbal do participante, obtido no momento da chamada, em consonância com a Resolução no 510 de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde, que retrata as recomendações para as pesquisas em saúde realizadas de forma on-line (BRASIL, 2016). Destaca-se que o aceite do participante foi gravado. Para isso, foi disponibilizado um roteiro para o telefonema, o qual continha informações sobre a coordenação do projeto, os objetivos e benefícios, os desconfortos, possibilidade de finalizar participação a qualquer momento, garantia de confidencialidade e voluntariedade. Assim, como foi esclarecido ao participante sobre o direito de recuso e desistência a qualquer momento, garantindo ausência de prejuízos ou constrangimentos.

4 RESULTADOS

Nesse item são apresentados os resultados da pesquisa em forma de manuscrito, conforme instrução normativa NFR/UFSC 2015.

MANUSCRITO 1 – TRANSIÇÃO DO CUIDADO DE PACIENTES COM COVID-19 EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO AO SUL DO BRASIL

TRANSIÇÃO DO CUIDADO DE PACIENTES COM COVID-19 EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO AO SUL DO BRASIL

RESUMO

Objetivo: Avaliar, na perspectiva de pacientes e cuidadores, a qualidade da transição do cuidado do hospital para o domicílio de pacientes com COVID-19 em um Hospital Universitário ao sul do Brasil. **Método:** Estudo quantitativo do tipo transversal, realizado em um Hospital Universitário ao Sul do Brasil. Participaram 78 pacientes que tiveram alta hospitalar após internação por COVID-19. A coleta de dados foi realizada por telefone utilizando um instrumento de caracterização e a versão brasileira do instrumento Care Transitions Measure (CTM-15). Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e analítica. **Resultados:** A média da qualidade da transição do cuidado foi de 70,8, em uma escala linear que varia de zero a 100. Foram verificadas associação entre a qualidade da transição do cuidado e as características clínicas e sociodemográficas dos participantes. **Conclusões:** Evidenciou-se uma qualidade da transição do cuidado moderada. As principais fragilidades na transição do cuidado foram em relação ao entendimento dos pacientes acerca dos efeitos colaterais dos medicamentos e ao planejamento do cuidado após a alta hospitalar. Tendo em vista o contexto pandêmico do estudo, os resultados foram considerados positivos.

INTRODUÇÃO

A pandemia abalou a capacidade assistencial dos sistemas de saúde, trazendo consequências drásticas na área social, econômica e na saúde da população (SANTOS et al., 2020). Anteriormente à pandemia, o momento da transição do paciente entre os serviços de saúde já correspondia a um período propício à ruptura da continuidade do cuidado (PEITER, 2020).

O processo de alta hospitalar, por sua vez, é complexo, e a transição do paciente para o domicílio representa o momento em que o paciente está mais propenso a eventos adversos (GHENO; WEIS, 2021). A crise sanitária ocasionada pela pandemia exigiu maior cautela no acompanhamento dos pacientes após a alta hospitalar, devido à complexidade e particularidade dos cuidados após a alta que o paciente hospitalizado pela COVID-19 necessita. A maioria dos pacientes não retorna às suas condições prévias de saúde no momento da alta, geralmente necessitando de acompanhamento especializado após a internação (LOERINC et al., 2021).

É comum pacientes vítimas da COVID-19 receberem alta para a comunidade com lacunas na transição do cuidado. Essas lacunas têm como consequência o aumento da incidência de complicações, readmissões e a falta de coerência no cuidado. Fatores como determinantes sociais, de saúde e condições de moradia influenciam na capacidade dos pacientes e famílias de seguir acompanhamento extra-hospitalar após a internação (LANDOR; SCHROEDER; THOMPSON, 2020).

As ações relacionadas à transição do cuidado visam garantir a transferência segura do paciente entre os serviços de saúde, por meio de modelos assistenciais que assegurem a continuidade do cuidado (PEITER, 2020). A transição do cuidado constitui uma importante estratégia para a efetivação de um sistema integrado de saúde, sendo uma forma de superar a fragmentação da atenção e garantir a continuidade dos cuidados na rede de atenção à saúde (ACOSTA, 2016).

O enfermeiro é o principal profissional responsável por proporcionar transições bem sucedidas, garantindo que os pacientes voltem ao domicílio preparados e com o apoio adequado (WEBER; LIMA; ACOSTA; MARQUES, 2017). Devido a sua experiência e competência no trabalho em equipe, no manejo de pacientes complexos e suas famílias e pelo seu conhecimento da rede de atenção, o enfermeiro é o principal articulador entre profissionais e serviços dos diferentes níveis de atenção (GHENO; WEIS, 2021). O enfermeiro geralmente assume o papel do planejamento para a alta, promovendo ações e interações entre profissionais e serviços, pacientes e cuidadores, visando assegurar a continuidade dos cuidados após a internação (MAURO; CUCOLO; PERROCA, 2021).

Entre os principais benefícios de transições do cuidado efetivas estão a redução das reinternações e visitas ao setor de emergência, principalmente em pacientes portadores de doenças crônicas e com idade avançada. A diminuição da mortalidade, dos custos hospitalares, de eventos adversos e aumento da qualidade de vida e satisfação dos pacientes também são benefícios já evidenciados por estudos (GHENO; WEIS, 2021).

Diversas questões podem influenciar a qualidade e a experiência da transição do cuidado do paciente, entre elas as suas expectativas, seu nível de conhecimento, autonomia, bem-estar emocional e físico, além do ambiente de cuidado e nível de planejamento da transição (PEITER, 2020). Compreender a percepção dos pacientes e cuidadores acerca do processo de transição do cuidado é essencial para a elaboração de estratégias que contribuam para o desenvolvimento e implementação de transições mais qualificadas (ACOSTA, 2016).

Atualmente existem poucos estudos na literatura internacional descrevendo a experiência da transição do cuidado do paciente após a internação por COVID-19.

Nesse sentido, com o intuito de auxiliar profissionais e gestores de saúde a identificar aspectos a serem melhorados na transição do cuidado, questiona-se: como é avaliada a qualidade, na perspectiva de pacientes e cuidadores, da transição do cuidado de pacientes com COVID-19 a partir da alta de um Hospital Universitário ao sul do Brasil? O presente estudo tem o objetivo de avaliar, na perspectiva de pacientes e cuidadores, a qualidade da transição do cuidado do hospital para o domicílio de pacientes com COVID-19 em hospital universitário ao sul do Brasil.

MÉTODOS

Campo de estudo

O estudo foi conduzido em unidades de internação de um Hospital Universitário referência ao Sul do Brasil nas quais os profissionais participaram do atendimento de pacientes adultos com suspeita ou diagnóstico confirmado de COVID-19 e realizaram sua alta para casa.

Participantes e amostra

A população do estudo foi composta por pacientes e cuidadores com alta para casa após internação de no mínimo 72h por atendimento específico para COVID-19, sendo os critérios de inclusão: idade superior a 18 anos, fluência no idioma português do Brasil, internação de no mínimo 72h para atendimento específico de COVID-19, e alta hospitalar em um período superior a sete dias a 30 dias contados no momento da ligação telefônica.

A amostra mínima foi definida a partir do número de leitos do hospital, utilizando uma margem de erro de 4 pontos, desvio padrão de 17,1 e nível de confiança de 95%. Desta forma, foi estimada uma amostra mínima de 63 pacientes.

Coleta de dados e instrumentos

A coleta de dados foi realizada por ligações telefônicas, considerando o período de sete dias após a alta do paciente. Foram utilizados dois instrumentos, um de caracterização e a versão brasileira do Care Transitions Measure (CTM-15 Brasil). O instrumento de caracterização apresenta as variáveis: idade; gênero; grau de instrução; raça; renda familiar; tempo total de internação; tempo de internação em UTI; uso de ventilação mecânica não invasiva; histórico de tabagismo; sintomas apresentados; e comorbidades.

O Care Transitions Measure é um instrumento desenvolvido nos Estados Unidos da América em 2002 que tem o objetivo avaliar a qualidade da Transição do Cuidado entre os diferentes serviços de atenção à saúde segundo a perspectiva do paciente (ACOSTA, 2016). O instrumento é formado por 15 afirmações sobre o processo de transição do cuidado que são divididas em 4 fatores: Preparação para autogerenciamento; Entendimento sobre medicações; Preferências asseguradas e Plano de cuidado. Essas afirmações são medidas por uma escala Likert com quatro opções de respostas que variam de “concordo muito” a “discordo muito” (ACOSTA, 2016).

Análise de dados

Os dados foram tabulados em uma planilha do programa Excel e analisados pelo software Statistical Package for the Social Science (SPSS) versão 25.

As variáveis categóricas foram apresentadas por meio de frequência absoluta (n) e relativa (%), e as variáveis contínuas por meio de medidas tendência central e de dispersão (média, mínima, máxima e desvio padrão).

Para obtenção dos escores e análise da qualidade da transição do cuidado, foram calculados a soma dos valores referentes às respostas: Discordo muito (1 ponto); Discordo (2 pontos); Concordo (3 pontos); Concordo muito (4 pontos). A opção “Não sei/não lembro/não se aplica” corresponde a 0 pontos e é analisada separadamente, não entrando na contagem. O escore obtido pela soma dos valores referentes às respostas dividido pelo número de questões respondidas foi transformado, então, em uma escala linear que varia de zero a 100, por meio da fórmula: $[(\text{escore}-1)/3]*100$. A média da escala entre todos os participantes foi então calculada, indicando o nível de qualidade da transição do cuidado naquele contexto (THE CARE TRANSITIONS PROGRAM, 2022).

A média da pontuação do CTM-15 Brasil também foi testada frente às variáveis independentes, como: gênero, grau de instrução, raça, renda familiar, uso de ventilação mecânica, histórico de tabagismo, presença de comorbidades e sintomas apresentados. Os testes

t-Student e Análise de Variância (ANOVA) também foram aplicados, e o nível de significância considerado foi de 95% ($p < 0,05$).

Aspectos éticos

A pesquisa seguiu as determinações da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre os cuidados da pesquisa com Seres Humanos (BRASIL, 2012). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, por meio do parecer nº 4.347.463, CAAE: 38912820.3.1001.0121. Como a coleta de dados foi desenvolvida via chamada telefônica, o consentimento ocorreu de forma verbal, obtido no momento da chamada, em consonância com a Resolução nº 510 de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde, que retrata as recomendações para as pesquisas em saúde realizadas de forma online (BRASIL, 2016). Destaca-se que o aceite do participante foi gravado. Para isso, foi disponibilizado um roteiro para o telefonema, o qual continha informações sobre a coordenação do projeto, os objetivos e benefícios, os desconfortos, possibilidade de finalizar participação a qualquer momento, garantia de confidencialidade e voluntariedade.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 78 pacientes que tiveram alta hospitalar após internação por COVID-19. Em 54 entrevistas (69,2%) foram os próprios pacientes que responderam o instrumento, no restante (30,8%) foi o cuidador. Importante ressaltar que, nas entrevistas realizadas com o cuidador, todas as informações coletadas eram referentes aos pacientes. Do total de participantes, 71 (91%) responderam ao instrumento de caracterização, entre eles, sete não souberam ou não quiseram responder à questão referente à renda familiar.

Em relação às características sociodemográficas dos participantes do estudo, a maioria eram homens (57,7%) de idade entre 21 e 97 anos (média 53,7; dp 17,6). A maior parte dos participantes possuíam Ensino Fundamental completo (43,7%), se autodeclarou branca (74,6%), e quanto a renda familiar, dos 64 pacientes que responderam à essa questão, a maioria possuía uma renda familiar de 2 a 5 salários mínimos (62,5%). A tabela 1 ilustra a caracterização demográfica dos pacientes em relação às variáveis qualitativas.

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica dos participantes incluídos no estudo.
Florianópolis, 2022

Variáveis	n	%
Gênero n=71		
Masculino	41	57,7
Feminino	30	42,3
Grau de instrução n=71		
Sem instrução	2	2,8
Ensino Fundamental	31	43,7
Ensino Médio	23	32,4
Ensino Superior	15	21,1
Raça n=71		
Branca	53	74,6
Preta	6	8,5
Parda	12	16,9
Outra	-	-
Renda familiar n=64		
Até 2 salários mínimos	15	23,4
2 a 5 salários mínimos	40	62,5
Mais de 5 salários mínimos	8	12,5
Sem rendimentos	1	1,6

O tempo de internação total dos pacientes variou de três a 105 dias, com uma média de 16,7 dias (dp=16), enquanto o tempo de internação em UTI foi de zero a 33 dias (média 6 dias; dp=8,9). No que diz respeito ao quadro clínico dos participantes, a maioria não necessitou de ventilação mecânica durante a internação (67,1%). Com relação ao histórico de tabagismo, menos da metade dos participantes (47,1%) relatou nunca ter fumado. Quanto às comorbidades apresentadas pelos participantes, a doença mais prevalente foi a Hipertensão Arterial Sistêmica (48,6%), seguida de Obesidade (31,4%) e Diabetes Mellitus (27,1%). Em relação aos sinais e sintomas apresentados pelos participantes durante a infecção pela COVID-19, a maioria relatou fadiga (95,7%), febre, dispneia, artralgia e mialgia (84,3%), tosse (75,7%) e cefaleia (61,4%). A tabela 2 mostra as características clínicas dos participantes incluídos no estudo:

Tabela 2: Caracterização clínica dos participantes incluídos no estudo. Florianópolis, 2022

Variáveis	n	%
Uso de ventilação mecânica n=70		
Não	47	67,1
Sim	23	32,9
Histórico de tabagismo n=70		
Não fumante	33	47,1
Fumante	3	4,3
Ex fumante	34	48,6
Comorbidades n=70		
Hipertensão Arterial Sistêmica	34	48,6
Obesidade	22	31,4
Diabetes Mellitus	19	27,1
Doença respiratória crônica	18	25,7

Doenças Cardiovasculares	15	21,4
Doenças renais	8	11,4
Câncer	7	10,0
Sinais e sintomas n=70		
Fadiga	67	95,7
Febre	59	84,3
Dispneia	59	84,3
Mialgia e artralgia	59	84,3
Tosse	53	75,7
Cefaleia	43	61,4
Diarreia	35	50,0
Anosmia e ageusia	32	45,7
Náuseas e vômitos	29	41,4

A média de escore total do CTM foi 70,8, com desvio padrão de 17,0. A Tabela 3 ilustra a qualidade da transição do cuidado segundo cada item do CTM. Nela, pode-se observar que o maior escore (79,1) é atribuído ao item “Teve informações que precisava para o autocuidado” pertencente ao fator que avalia a preparação para autogerenciamento após a alta. Os itens 13 e 14, relacionados ao entendimento do paciente sobre a terapia medicamentosa, possuem o segundo maior escore da tabela (77,5). No entanto, o item “entendimento sobre os efeitos colaterais” apresenta o segundo menor escore da tabela (54,2). Observa-se também que os itens “Recebeu um plano escrito de cuidados” e “Recebeu uma lista escrita das consultas ou exames”, pertencentes ao fator 4 - Plano de Cuidado, estão entre os menores escores da tabela (67,6 e 62,3 respectivamente).

Tabela 3: Qualidade da transição do cuidado segundo os itens do instrumento *Care Transitions Measure* (CTM-15). Florianópolis, 2022

	Item	Fator	Média	Desvio Padrão
4	Teve informações que precisava para autocuidado	1	79,1	24,4
6	Entende sinais de alerta e sintomas	1	77,9	19,2
14	Entende como tomar os medicamentos	2	77,5	18,3
13	Entende o motivo de tomar os medicamentos	2	77,5	19,1
9	Compreende o que é de sua responsabilidade	1	76,5	20,9
1	Concordou com a equipe de saúde sobre objetivos para sua saúde e como eles seriam alcançados	3	75,6	20,8
8	Compreende o que melhora ou piora sua condição de saúde	1	75,6	21,3
5	Entende claramente como cuidar da saúde	1	75,1	23,3
10	Sente-se seguro de que sabe o que fazer	1	71,5	22,9
2	Preferências consideradas para decidir as necessidades de saúde	3	71,1	20,8
11	Sente-se seguro de que consegue fazer o que é necessário	1	71,0	22,5
3	Preferências consideradas para decidir onde as necessidades de saúde são atendidas	3	68,5	23,3
7	Recebeu um plano escrito de cuidados	4	67,6	26,4

12	Recebeu uma lista escrita das consultas ou exames	4	62,3	25,5
15	Entende os efeitos colaterais dos medicamentos	2	60,2	24,2

Foi realizada a distribuição das respostas dos participantes por frequência simples e relativa em cada item do instrumento, proporcionando melhor compreensão sobre os itens que tiveram maior concordância ou discordância.

Tabela 4: Distribuição das respostas do instrumento *Care Transitions Measure* (CTM-15). Florianópolis, 2022

Item	Discordo muito		Discordo		Concordo		Concordo muito		Não sei/não lembro/não se aplica	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
1	2	(2,6)	7	(9,0)	41	(52,6)	27	(34,6)	1	(1,3)
2	2	(2,6)	10	(12,8)	45	(57,7)	20	(25,6)	1	(1,3)
3	3	(3,8)	16	(20,5)	38	(48,7)	20	(25,6)	1	(1,3)
4	3	(3,8)	11	(14,1)	25	(32,1)	39	(50,0)	-	
5	2	(2,6)	11	(14,1)	34	(43,6)	30	(38,5)	1	(1,3)
6	1	(1,3)	4	(5,1)	43	(55,1)	30	(38,5)	-	
7	3	(3,8)	21	(26,9)	27	(34,6)	23	(29,5)	4	(5,1)
8	-	-	8	(10,3)	41	(52,6)	29	(37,2)	-	
9	-	-	7	(9,0)	41	(52,6)	30	(38,5)	-	
10	2	(2,6)	13	(16,7)	39	(50,0)	24	(30,8)	-	
11	1	(1,3)	13	(16,7)	41	(52,6)	23	(29,5)	-	
12	7	(9,0)	25	(32,1)	28	(35,9)	16	(20,5)	2	(2,6)
13	-	-	4	(5,1)	44	(56,4)	29	(37,2)	1	(1,3)
14	-	-	3	(3,8)	46	(59,0)	28	(35,9)	1	(1,3)
15	4	(5,1)	27	(34,6)	32	(41,0)	13	(16,7)	2	(2,6)

Os itens com maior percentual de concordância (“concordo” e “concordo muito”) foram os itens 14 (94,9%), 13 (93,6%), 6 (93,6%) e 9 (91,1%). Enquanto os itens com maior percentual de discordância (“discordo” e “discordo muito”) foram os itens 12 (41,1%), 15 (39,7%) e 7 (30,7%). As maiores frequências de resposta “concordo muito” foram nos itens 4 (50,0%) 5, 6 e 9 (38,5%) e de “discordo muito”, nos itens 12 (9%) e 15 (5,1%). Percebe-se também que o item 7 teve o maior índice de respostas neutras em comparação aos outros itens da escala (5,1%).

Na tabela 5 é ilustrada a média do escore em cada um dos fatores do CTM. Podemos observar que o maior escore é atribuído ao fator 1, “Preparação para autogerenciamento”. O escore mais baixo fica com o fator que inclui os itens pertinentes ao Plano de cuidado.

Tabela 5: Qualidade da transição do cuidado segundo os Fatores do instrumento *Care Transitions Measure* (CTM-15). Florianópolis, 2022

	Fator	Média	Desvio Padrão
1	Preparação para o autogerenciamento	74,1	19,4
2	Entendimento sobre medicações	70,8	17,3
3	Preferências asseguradas	69,6	21,3
4	Plano de cuidado	60,2	25,1

Foram correlacionadas a qualidade da transição do cuidado com as características sociodemográficas dos participantes do estudo. Conforme descrito na Tabela 6, podemos observar um menor escore atribuído pelos participantes autodeclarados da cor parda e com a renda familiar de até dois salários mínimos

Tabela 6: Qualidade da transição do cuidado segundo as características sociodemográficas dos participantes. Florianópolis, 2022

Variáveis	Média (desvio padrão)	p
Gênero		0,533
Masculino	68,9 (15,8)	
Feminino	71,5 (18,7)	
Grau de instrução		0,750
Sem instrução	66,7 -	
Ensino Fundamental	72,2 (16,2)	
Ensino Médio	69,2 (18,8)	
Ensino Superior	67,2 (17,7)	
Raça		0,443
Branca	70,9 (18,4)	
Preta	72,8 (13,4)	
Parda	64,5 (10,7)	
Renda familiar		0,424
Até 2 SM*	64,9 (16,0)	
2 a 5 SM*	72,8 (16,6)	
Mais de 5 SM*	73,9 (18,9)	
Sem rendimentos	86,7 -	

*SM= Salários Mínimos

As variáveis sociodemográficas também foram comparadas aos escores de cada fator do instrumento (Tabela 7). Podemos notar uma predominância de escores mais altos nos fatores 1, 2 e 3 entre os participantes com maior renda familiar. Também é possível observar um menor escore atribuído ao fator 4 entre os participantes com maior grau de instrução e maior renda familiar (50,0 e 47,9, respectivamente). Destaca-se também que o escore do fator 3 “Preferências asseguradas” teve diferença estatística significativa em relação as variáveis de raça.

Tabela 7: Qualidade da transição do cuidado segundo os Fatores do instrumento *Care Transitions Measure* (CTM-15) e das características sociodemográficas dos participantes. Florianópolis, 2022

	Fator 1		Fator 2		Fator 3		Fator 4	
	Média (dp)	p						
Gênero		0,446		0,622		0,266		0,822
Masculino	72,1 (18,1)		69,5 (17,1)		66,5 (20,8)		58,3 (24,5)	
Feminino	75,1 (22,1)		70,9 (18,2)		71,9 (22,4)		60,0 (26,5)	
Grau de instrução		0,419		0,537		0,894		0,468
Sem instrução	66,7 -		66,7 -		66,7 -		66,7 -	
Ensino Fundamental	77,3 (16,8)		69,6 (18,7)		70,6 (22,1)		60,2 (24,2)	
Ensino Médio	70,4 (23,6)		73,2 (18,4)		65,7 (19,5)		62,9 (25,7)	
Ensino Superior	70,8 (20,4)		66,7 (14,6)		70,0 (25,2)		50,0 (27,5)	
Raça		0,684		0,505		0,047		0,960
Branca	73,9 (21,4)		71,2 (18,2)		70,6 (22,6)		59,0 (28,5)	
Preta	77,0 (17,9)		70,4 (15,2)		75,9 (19,1)		58,3 (13,9)	
Parda	69,1 (12,6)		64,7 (14,8)		57,4 (13,3)		59,7 (11,1)	
Outra	-		-		-		-	
Renda familiar		0,157		0,489		0,128		0,514
Até 2 SM*	65,4 (20,7)		68,9 (16,9)		63,0 (16,6)		58,9 (18,8)	
2 a 5 SM*	77,1 (16,7)		70,7 (18,5)		70,3 (22,0)		63,3 (28,4)	
Mais de 5 SM*	78,6 (21,6)		75,0 (19,5)		79,2 (21,0)		47,9 (24,3)	
Sem rendimentos	100 -		55,6 -		100 -		66,7 -	

*SM= Salários Mínimos

A Tabela 8 mostra a qualidade do cuidado em relação às características clínicas dos participantes. Nota-se que um maior escore foi atribuído pelos participantes que possuíam doença respiratória crônica como comorbidade (77,6) e que fizeram o uso de ventilação mecânica durante a internação (74,5). Os menores escores estão atrelados aos participantes que não apresentaram os sintomas de fadiga e dispneia durante a infecção pela COVID-19 (50,4 e 59,1 respectivamente). As variáveis dispneia, tosse e anosmia e ageusia apresentaram diferença estatística significativa.

Tabela 8: Qualidade da transição do cuidado segundo as características clínicas dos participantes. Florianópolis, 2022

Variáveis	Média (desvio padrão)	p
Uso de ventilação mecânica		0,116
Não	68,0 (17,2)	
Sim	74,5 (14,7)	
Histórico de tabagismo		0,758
Não fumante	69,5 (17,2)	
Fumante	67,3 (14,9)	
Ex fumante	71,0 (17,6)	
Doença respiratória crônica		0,840
Não	70,0 (17,4)	
Sim	77,6 (16,5)	
Hipertensão Arterial Sistêmica		0,851
Não	69,5 (19,2)	
Sim	70,8 (14,8)	
Doenças Cardiovasculares		0,088
Não	71,8 (17,1)	
Sim	64,1 (16,2)	
Diabetes Mellitus		0,358
Não	68,2 (16,1)	
Sim	72,7 (19,8)	
Doenças Renais		0,142
Não	71,3 (16,2)	
Sim	61,1 (22,3)	
Obesidade		0,539
Não	70,9 (17,6)	
Sim	68,5 (16,1)	
Câncer		0,543
Não	70,6 (16,3)	
Sim	66,3 (24,3)	
Febre		0,710
Não	69,0 (17,9)	
Sim	70,4 (17,1)	
Fadiga		0,067
Não	50,4 (15,6)	
Sim	71,0 (16,7)	
Dispneia		0,032
Não	59,1 (17,6)	
Sim	72,2 (16,3)	
Tosse		0,024
Não	61,2 (18,0)	
Sim	73,0 (16,0)	
Anosmia e ageusia		0,030
Não	66,2 (15,3)	
Sim	74,8 (18,2)	
Cefaleia		0,566
Não	68,5 (17,2)	
Sim	71,2 (17,2)	

Mialgia e artralgia		0,180
Não	64,2 (16,6)	
Sim	71,2 (17,1)	
Náuseas e vômito		0,694
Não	71,0 (16,5)	
Sim	68,9 (18,1)	
Diarreia		0,115
Não	67,1 (16,4)	
Sim	73,1 (17,5)	

Por fim, foi realizada a comparação entre os escores de cada fator e as características clínicas dos pacientes (Tabela 9).

Tabela 9: Qualidade da transição do cuidado segundo os Fatores do instrumento *Care Transitions Measure* (CTM-15) e das características clínicas dos participantes. Florianópolis, 2022

	Fator 1		Fator 2		Fator 3		Fator 4	
	Média (dp)	p						
Uso de ventilação mecânica		0,427		0,314		0,047		0,079
Não	71,6 (20,1)		68,9 (16,9)		65,6 (22,6)		55,8 (26,6)	
Sim	76,8 (17,3)		72,5 (18,6)		76,8 (16,0)		65,9 (21,6)	
Histórico de tabagismo		0,569		0,970		0,539		0,578
Não fumante	71,0 (21,2)		69,4 (18,2)		72,7 (18,0)		59,6 (28,0)	
Fumante	73,0 (16,7)		66,7 (11,1)		66,7 (11,1)		44,4 (34,7)	
Ex fumante	75,6 (19,2)		71,1 (17,4)		66,2 (24,4)		60,1 (22,0)	
Doença respiratória crônica		0,588		0,972		0,917		0,462
Não	73,7 (20,8)		70,0 (17,9)		68,7 (22,1)		57,5 (26,1)	
Sim	72,2 (17,8)		70,4 (16,6)		71,0 (18,7)		63,9 (23,0)	
Hipertensão Arterial Sistêmica		0,762		0,520		0,526		0,768
Não	72,4 (22,2)		70,1 (18,9)		67,6 (23,4)		60,2 (24,3)	
Sim	74,4 (17,5)		70,1 (16,0)		71,1 (18,8)		58,1 (26,7)	
Doenças Cardiovasculares		0,087		0,112		0,444		0,088
Não	75,0 (19,9)		72,0 (18,1)		70,2 (21,2)		61,7 (25,4)	

Sim	67,3 (19,5)		63,0 (13,1)		65,9 (21,6)		50,0 (23,6)	
Diabetes Mellitus		0,622		0,118		0,734		0,269
Não	72,6 (19,4)		68,4 (16,7)		69,7 (18,7)		56,9 (25,6)	
Sim	75,4 (21,6)		74,6 (19,0)		68,1 (27,3)		65,7 (23,9)	
Doenças Renais		0,264		0,856		0,063		0,038
Não	74,4 (18,8)		69,8 (17,5)		71,9 (18,0)		61,5 (25,2)	
Sim	65,5 (27,2)		72,2 (17,8)		49,3 (33,3)		41,7 (19,9)	
Obesidade		0,853		0,340		0,933		0,259
Não	73,9 (21,0)		71,4 (17,5)		69,1 (22,9)		61,0 (23,6)	
Sim	72,1 (17,8)		67,2 (17,3)		69,7 (17,6)		55,3 (28,8)	
Câncer		0,515		0,418		0,409		0,676
Não	74,0 (19,1)		69,6 (17,5)		70,2 (19,8)		59,4 (24,6)	
Sim	67,4 (27,1)		74,6 (17,8)		61,1 (31,9)		57,1 (33,1)	
Febre		0,961		0,987		0,523		0,687
Não	73,6 (21,3)		68,7 (14,8)		65,7 (23,0)		57,6 (20,2)	
Sim	73,3 (19,8)		70,3 (18,0)		70,0 (21,0)		59,5 (26,3)	
Fadiga		0,019		0,978		0,326		0,271
Não	41,3 (24,0)		66,7 -		59,3 (12,8)		44,4 (19,3)	
Sim	74,8 (18,7)		70,2 (17,8)		69,7 (21,5)		59,9 (25,5)	
Dispneia		0,025		0,473		0,249		0,018
Não	58,9 (23,5)		64,7 (15,6)		63,1 (24,4)		43,9 (17,1)	
Sim	76,0 (18,2)		71,1 (17,7)		70,4 (20,6)		62,1 (25,7)	
Tosse		0,040		0,646		0,003		0,336
Não	63,0 (22,3)		67,3 (13,3)		54,6 (24,9)		54,9 (19,3)	
Sim	76,6 (18,1)		71,0 (18,6)		74,0 (17,7)		60,6 (27,0)	
Anosmia e ageusia		0,027		0,073		0,024		0,545
Não	68,7 (18,7)		66,7 (14,6)		64,8 (19,1)		57,0 (22,1)	
Sim	78,9 (20,1)		74,1 (19,7)		74,7 (22,6)		61,8 (28,9)	
Cefaleia		0,563		0,896		0,340		0,880
Não	71,4 (19,5)		70,0 (17,1)		65,2 (24,0)		59,9 (20,8)	

Sim	74,5 (20,3)		70,2 (17,8)		71,8 (19,2)		58,7 (28,1)
Mialgia e artralgia		0,145		0,438		0,578	0,440
Não	64,5 (20,0)		66,7 (17,9)		67,7 (16,8)		54,6 (23,7)
Sim	75,0 (19,6)		70,7 (17,4)		69,6 (22,0)		60,1 (25,7)
Náuseas e vômitos		0,805		0,644		0,384	0,703
Não	74,1 (18,2)		71,0 (17,9)		70,9 (20,5)		58,9 (25,9)
Sim	72,3 (22,4)		68,8 (17,0)		67,1 (22,3)		59,5 (25,0)
Diarreia		0,081		0,065		0,550	0,305
Não	69,5 (18,5)		66,7 (18,9)		68,6 (20,3)		56,7 (24,0)
Sim	77,1 (20,9)		73,5 (15,4)		70,0 (22,4)		61,8 (26,8)

Foi observado um menor escore no fator 1 “Preparação para autogerenciamento” nos pacientes que apresentaram fadiga, em relação a aqueles que negaram esse sintoma (41,3 para 74,8 respectivamente) e aos demais grupos. O menor escore do fator 2 “Entendimento sobre medicações” foi atribuído pelos participantes com doenças cardiovasculares (63,0). Os fatores 3 “Preferências asseguradas” e 4 “Plano de cuidado” obtiveram escores significativamente inferiores entre os pacientes que possuíam doenças renais (49,3 e 41,7 respectivamente) em comparação aos que não possuíam (71,9 e 61,5 respectivamente), sendo evidenciada uma diferença estatística significativa na atribuição dos escores do fator 4 nos pacientes que possuíam ou não essa comorbidade ($p=0,038$). É notável também uma diferença estatística significativa nos escores do fator 1 e 3 ($p=0,040$ e $p=0,003$) em relação aos pacientes que apresentaram ou não tosse como sintomatologia e nos escores do fator 1 entre os pacientes que apresentaram ou não anosmia e ageusia ($p=0,027$).

DISCUSSÃO

Os resultados dessa pesquisa permitiram a avaliação da transição do cuidado em pacientes internados pela COVID-19 através do instrumento Care Transitions Measure (CTM-15). A média de escore do CTM-15 nesse estudo foi 70,8 (DP 17,0), o que demonstra uma qualidade da transição do cuidado moderada. Na literatura não é descrito um ponto de corte para os escores do CTM-15, no entanto, estudos realizados utilizando o CTM-15 em pacientes adultos no Brasil e Estados Unidos evidenciam escores que variam de 69,5 a 78,5 (ACOSTA, 2016; SABBATINI, 2018). Tendo em vista o contexto pandêmico, com superlotação de

hospitais, sobrecarga de profissionais e falta de recursos, considera-se uma qualidade da transição do cuidado moderada como um resultado positivo.

Uma média de escores elevados indica uma percepção positiva dos pacientes acerca da transição do cuidado. No entanto, apesar do CTM-15 ser o instrumento mais utilizado para acessar a qualidade da transição do cuidado, seu escore é atribuído de acordo com a experiência dos pacientes e cuidadores, além de que se observa uma tendência dos participantes em responder as perguntas de maneira afirmativa, o que pode gerar dados mais favoráveis do que a realidade (ACOSTA *et al.*, 2020; WEBER; LIMA; ACOSTA, 2020).

Devido à natureza atual da doença, existem poucos estudos descrevendo a experiência de transição do cuidado de pacientes que foram internados por COVID-19. Um estudo conduzido na Espanha acerca das experiências de pacientes hospitalizados pela COVID-19 demonstrou que, apesar da gratidão e positividade acerca do cuidado recebido, muitos pacientes sentiram que nem sempre receberam o cuidado que deveriam devido à falta de recursos materiais e humanos causados pela pandemia (VENTURAS *et al.*, 2021). Já um estudo conduzido no Canadá demonstrou que a maioria dos pacientes sentiu que sua alta foi apressada e que não estavam bem preparados e informados para ir para casa. Alguns relatam não ter recebido as informações e orientações necessárias no momento da sua alta, como contatos de apoio e aconselhamento e um plano de cuidado, e que, por isso, muitas vezes tinham que retornar à emergência do hospital. Pacientes também associaram essas lacunas no processo de transição e no cuidado como um todo ao estado de pandemia e aos protocolos de restrição vigentes (GANTON; HUBBARD; BURNS, 2022).

O maior escore do estudo foi para o fator 1 “Preparação para autogerenciamento”, em especial ao item “Teve informações que precisava para autocuidado”, o que demonstra um bom compartilhamento e entendimento de informações durante a hospitalização, assim como segurança dos pacientes para o autogerenciamento das suas necessidades de saúde no domicílio. Esse dado é ainda mais expressivo entre os participantes com maior renda familiar. Tal achado é positivo, tendo em vista que o preparo do paciente para o autogerenciamento e autocuidado no domicílio está entre as intervenções mais efetivas para a construção de transições do cuidado bem qualificadas (GILBERT *et al.*, 2021).

O segundo maior escore do estudo foi atribuído ao fator Entendimento sobre medicações, no entanto, o item “Entende os efeitos colaterais dos medicamentos” obteve o segundo pior escore, o que demonstra uma lacuna nas orientações fornecidas no momento da alta. Informações sobre as medicações são fornecidas, porém os pacientes não são orientados

acerca de efeitos colaterais, sendo que em geral, as prescrições fornecem apenas dados como dose, hora e via de administração (WEBER; LIMA; ACOSTA, 2020).

Orientações acerca do uso de medicações são fundamentais para evitar eventos adversos após a alta hospitalar (GHENO; WEIS, 2021). As prescrições medicamentosas realizadas para a alta hospitalar apresentam um grande potencial problemático, especialmente devido à discrepância entre a terapia medicamentosa antes e após a hospitalização, visto que apenas 10% dos pacientes recebem alta com a mesma terapia medicamentosa da admissão (GRANDCHAMP et al., 2022). Ações de reconciliação medicamentosa podem proporcionar resultados positivos nesse sentido. Estudos demonstraram uma queda no percentual de reinternações e diminuição de eventos adversos em pacientes que receberam esse tipo de intervenção, que também pode ser realizada por enfermeiros (GHENO; WEIS, 2021; LIMA et al., 2018).

O fator Plano de cuidado apresentou o menor escore do estudo, um achado que é mais expressivo entre os participantes com maior grau de instrução e maior renda familiar. A pontuação dos itens 7 “Recebeu um plano escrito de cuidados” e 12 “Recebeu uma lista escrita das consultas ou exames” indicam que muitos pacientes tiveram alta sem receberem um plano de cuidados e encaminhamentos para seguimento pós-alta, um achado similar aos já descritos na literatura, e que demonstra uma fragilidade corriqueira em diferentes serviços de saúde, e potencializada pelo contexto de pandemia. O planejamento e a construção de um plano de cuidados são essenciais para garantir o preparo do paciente para seu autogerenciamento no domicílio, enquanto os encaminhamentos para seguimento extra-hospitalar facilitam a transição do paciente entre os diferentes níveis de atenção, proporcionando a continuidade do cuidado (ACOSTA et al, 2020; WEBER; LIMA; ACOSTA, 2020).

O seguimento ambulatorial permite o acompanhamento rigoroso e administração dos sintomas após a alta, permitindo que problemas e preocupações possam ser detectados e abordados precocemente, evitando reinternações desnecessárias. A comunicação entre os diferentes níveis de atenção auxilia na implementação de melhores práticas de transição e possibilita a continuidade do cuidado. No Brasil, no entanto, percebe-se uma fragmentação e falta de articulação dos hospitais com os demais níveis de atenção, principalmente devido a falhas na comunicação e administração pouco eficiente dos serviços (LIMA et al., 2018; WEBER et al., 2017).

O enfermeiro geralmente é responsável pela coordenação do cuidado, identificando necessidades e preferências e elaborando planos de cuidado individualizados. É o que acontece em alguns países, onde existem enfermeiros responsáveis pela coordenação e planejamento da

alta hospitalar, chamados de enfermeiros de ligação. Esses profissionais possuem um papel fundamental na continuidade do cuidado e são encarregados do planejamento da alta, educação em saúde, identificação de forças e fragilidades e a transferência de informações do paciente entre o hospital e os demais serviços de saúde (AUED *et al.*, 2019).

O estudo também constatou que pacientes que apresentaram sintomas como fadiga, dispnéia, tosse e mialgia atribuíram melhores escores em comparação aos pacientes que não apresentaram esses sintomas, o que também foi evidenciado em pacientes que fizeram o uso de ventilação mecânica e que possuíam doenças respiratórias crônicas. Esse achado pode estar relacionado ao fato de que esses pacientes apresentaram um quadro mais grave da doença, o que refletiu em um tempo de internação maior, algo que já é descrito por influenciar a percepção dos pacientes acerca da transição do cuidado (ACOSTA *et al.*, 2020).

Ainda quanto aos fatores relacionados aos pacientes, foram constatados menores escores atrelados aos participantes autodeclarados da cor parda e com a renda familiar de até dois salários mínimos. Um estudo conduzido nos Estados Unidos por Jones *et al.* (2022) para avaliar a percepção dos pacientes acerca da transição do cuidado também revelou disparidade racial em seus resultados. Pacientes de raça negra relataram menos consultas de acompanhamento agendadas e realizadas, menor probabilidade de receber um contato para sanar dúvidas e de receber equipamento para prosseguir com o cuidado em domicílio. Segundo os autores, tal discrepância pode estar relacionada a fatores como acesso e instrução em saúde, porém, mais estudos são necessários para entender o papel que os elementos raciais e sociais possuem na transição do cuidado (JONES *et al.*, 2022).

O processo de transição do cuidado como um todo é complexo e envolve questões relacionadas à performance de profissionais, o uso de protocolos, entre outros. Dessa forma, avaliar a transição do cuidado em um contexto é um desafio que deve ser abordado de múltiplas perspectivas, instrumentos e indicadores (WEBER; LIMA; ACOSTA, 2020).

CONCLUSÃO

Observou-se que a qualidade da transição do cuidado de pacientes internados pela COVID-19 em um Hospital Universitário foi moderada, resultado positivo considerando o contexto de pandemia, superlotação hospitalar, falta de recursos humanos e materiais e a fragilidade e especificidade dos pacientes acometidos pela doença.

Aspectos relacionados às orientações recebidas durante a hospitalização, ao entendimento dos pacientes acerca destas e a incorporação das preferências dos pacientes no

cuidado apresentaram um resultado positivo. Já as principais fragilidades observadas foram referentes ao entendimento sobre os efeitos colaterais dos medicamentos, ao plano de cuidado e encaminhamentos pós alta.

Salienta-se a contribuição do estudo para a prática da enfermagem, profissão que exerce o protagonismo do cuidado e de suas transições. Fortalecer a atuação da enfermagem no planejamento da alta, em ações de educação em saúde e na articulação entre os diferentes níveis de atenção é garantir a continuidade do cuidado e a existência de um sistema integral de saúde.

Por fim, mais investigações são necessárias para melhor avaliar as transições do cuidado, explorando diferentes perspectivas, determinantes sociais e de saúde e buscando estratégias com o objetivo de qualificar processos e ações nas instituições de saúde.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, Aline Marques. TRANSIÇÃO DO CUIDADO DE PACIENTES COM DOENÇAS CRÔNICAS: DO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA PARA O DOMICÍLIO. 2016. 162 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

ACOSTA, Aline Marques *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. , p. 1-9, 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190155>.

AUED, Gisele Knop *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. 1-8, 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3069.3162>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução no 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 17 out 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução no 510, de 07 de abril de 2016. Regulamenta pesquisas na área de Ciências Humanas e Sociais. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2016. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 17 out. 2022

CARE TRANSITIONS INTERVENTION. **The Care Transitions Intervention**. Disponível em: <https://caretransitions.health/about>. Acesso em: 01 set. 2022.

GANTON, Joanne; HUBBARD, Amberley; BURNS, Katharina Kovacs. Patients with COVID-19 share their experiences of recovering at home following hospital care transitions and discharge preparation. **Health Expectations**, [S.L.], p. 1-14, 22 set. 2022. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/hex.13595>.

GHENO, Jocielle; WEIS, Alísia Helena. CARE TRANSTION IN HOSPITAL DISCHARGE FOR ADULT PATIENTS: integrative literature review. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S.L.], v. 30, p. 1-26, 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2021-0030>.

GILBERT, Thomas *et al.* A Nurse-Led Bridging Program to Reduce 30-Day Readmissions of Older Patients Discharged From Acute Care Units. **Journal Of The American Medical Directors Association**, [S.L.], v. 22, n. 6, p. 1292-1299, jun. 2021. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2020.09.015>.

GRANDCHAMP, Sophie; BLANC, Anne-Laure; ROUSSEL, Marine; TAGAN, Damien; SAUTEBIN, Annelore; DOBRINAS-BONAZZI, Maria; WIDMER, Nicolas. Pharmaceutical Interventions on Hospital Discharge Prescriptions: prospective observational study highlighting challenges for community pharmacists. **Drugs - Real World Outcomes**, [S.L.], v. 9, n. 2, p. 253-261, 31 dez. 2021. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s40801-021-00288-x>.

JONES, Beth *et al.* Patient Perspectives on Care Transitions From Hospital to Home. **Jama Network Open**, [S.L.], v. 5, n. 5, p. 1-13, 6 maio 2022. American Medical Association (AMA). <http://dx.doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.10774>.

LANDOR, Misty; SCHROEDER, Karla; THOMPSON, Tina-Ann Kerr. Managing Care Transitions to the Community During a Pandemic. **Jona: The Journal of Nursing Administration**, [S.L.], v. 50, n. 9, p. 438-441, 13 ago. 2020. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/nna.0000000000000913>.

LIMA, Maria Alice Dias da Silva; MAGALHÃES, Ana Maria Müller de; OELKE, Nelly Donszelmann; MARQUES, Giselda Quintana; LORENZINI, Elisiane; WEBER, Luciana Andressa Feil; FAN, Iris. Care transition strategies in Latin American countries: an integrative review. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [S.L.], v. 39, p. 1-12, 29 nov. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180119>.

LOERINC, Leah B.; SCHEEL, Amy M.; EVANS, Sean T.; SHABTO, Julie M.; O'KEEFE, Ghazala A.; O'KEEFE, James B.. Discharge characteristics and care transitions of hospitalized patients with COVID-19. **Healthcare**, [S.L.], v. 9, n. 1, p. 100512, mar. 2021. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.hjdsi.2020.100512>.

MAURO, Adriéli Donati; CUCOLO, Danielle Fabiana; PERROCA, Marcia Galan. Hospital – primary care articulation in care transition: both sides of the process. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [S.L.], v. 55, p. 1-8, jul. 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2021-0145>.

PEITER, Caroline Cechinel. TRANSIÇÃO DO CUIDADO DE CRIANÇAS COM CONDIÇÕES CRÔNICAS PARA A CONTINUIDADE DOS CUIDADOS APÓS ALTA

HOSPITALAR: PESQUISA DE MÉTODO MISTO. 2020. 222 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2020.

SABBATINI, Amber K.; GALLAHUE, Fiona; NEWSON, Joshua; WHITE, Stephanie; GALLAGHER, Thomas H.. Capturing Emergency Department Discharge Quality With the Care Transitions Measure: a pilot study. **Academic Emergency Medicine**, [S.L.], p. 605-609, 23 maio 2019. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/acem.13623>.

SANTOS, José Luís Guedes dos et al. Como os hospitais universitários estão enfrentando a pandemia de COVID-19 no Brasil? *Acta Paulista de Enfermagem*, [S.L.], v. 33, p. 1-8, 2020. *Acta Paulista de Enfermagem*. <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2020ao01755>.

VENTURAS, Montserrat *et al.* Lived Experiences of Hospitalized COVID-19 Patients: a qualitative study. **International Journal Of Environmental Research And Public Health**, [S.L.], v. 18, n. 20, p. 1-12, 18 out. 2021. MDPI AG. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph182010958>.

WEBER, Luciana Andressa Feil; LIMA, Maria Alice Dias da Silva; ACOSTA, Aline Marques. Quality of care transition and its association with hospital readmission. **Aquichan**, [S.L.], v. 19, n. 4, p. 1-11, 15 jan. 2020. Universidad de la Sabana. <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2019.19.4.5>.

WEBER, Luciana Andressa Feil; LIMA, Maria Alice Dias da Silva; ACOSTA, Aline Marques; MARQUES, Giselda Quintana. TRANSIÇÃO DO CUIDADO DO HOSPITAL PARA O DOMICÍLIO: revisão integrativa. *Cogitare Enfermagem*, [S.L.], v. 22, n. 3, p. 0-11, 28 jul. 2017. Universidade Federal do Parana. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i3.47615>

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu avaliar a transição do cuidado de pacientes internados por COVID-19 em um Hospital Universitário ao Sul do Brasil. Para isso, foi realizado um estudo quantitativo do tipo transversal, utilizando a versão brasileira do instrumento Care Transitions Measure (CTM-15).

A maioria dos participantes do estudo foram homens, autodeclarados brancos, que tiveram um tempo de internação de em média 16 dias. Os resultados do estudo foram organizados em forma de um manuscrito, demonstrando uma qualidade da transição do cuidado moderada (média 70,8). No entanto, levando em consideração o contexto no qual a pesquisa foi realizada, com uma crise mundial afetando os sistemas de saúde como um todo, o resultado foi considerado positivo.

Dentre as principais fragilidades observadas na transição do cuidado nesse contexto estão o entendimento dos pacientes acerca dos efeitos colaterais dos medicamentos prescritos no momento da alta e ao planejamento do cuidado no domicílio. Também foram observadas disparidades na atribuição de escores de acordo com certas características clínicas e sociodemográficas dos pacientes.

Diante dos resultados, entende-se que é necessário o desenvolvimento de práticas e protocolos para qualificar a transição do cuidado, qualificando as orientações no momento da alta do paciente, elaborando um plano de cuidado e dando os encaminhamentos necessários para garantir a continuidade do cuidado.

Destaca-se a relevância desse estudo para a prática da enfermagem, visto que esta é a profissão que exerce o protagonismo no cuidado e em suas transições. O fortalecimento da atuação da enfermagem nas ações de transição do cuidado contribui para a garantia da continuidade do cuidado e de um sistema integrado de saúde.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, Aline Marques. TRANSIÇÃO DO CUIDADO DE PACIENTES COM DOENÇAS CRÔNICAS: DO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA PARA O DOMICÍLIO. 2016. 162 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

ARAÚJO, P. M. C. G.; BOHOMOL, E.; TEIXEIRA, T. A. B. Nursing management in an accredited public general hospital in the response to the COVID-19 pandemic. *Enfermagem em Foco*, v. 11, n. 1, p. 192-195, 2020. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3650/826>

BERNARDINO, Elizabeth et al. Cuidados de transição: análise do conceito na gestão da alta hospitalar. *Escola Anna Nery*, [S.L.], v. 26, p. 1-8, 2022. GN1 Sistemas e Publicacoes Ltd.. <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0435>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução no 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 17 out 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução no 510, de 07 de abril de 2016. Regulamenta pesquisas na área de Ciências Humanas e Sociais. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2016. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 17 out. 2022

BURKE, Robert E.; KRIPALANI, Sunil; VASILEVSKIS, Eduard E.; SCHNIPPER, Jeffrey L.. 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, 26 nov. 2012. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/jhm.1990>.

CARE TRANSITIONS INTERVENTION. **The Care Transitions Intervention**. Disponível em: <https://caretransitions.health/about>. Acesso em: 01 set. 2022.

COLEMAN, Eric A. *et al.* Development and testing of a measure designed to assess the quality of care transitions. *International Journal Of Integrated Care*, [S.L.], v. 2, n. 2, p. 1-9, 1 jun. 2002. Ubiquity Press, Ltd. <http://dx.doi.org/10.5334/ijic.60>.

COLEMAN, Eric A.; PARRY, Carla; CHALMERS, Sandra; MIN, Sung-Joon. The Care Transitions Intervention. *Archives Of Internal Medicine*, [S.L.], v. 166, n. 17, p. 1822-1828, 25 set. 2006. American Medical Association (AMA). <http://dx.doi.org/10.1001/archinte.166.17.1822>.

COLEMAN, Eric A.; MAHONEY, Eldon; PARRY, Carla. Assessing the Quality of Preparation for Posthospital Care from the Patient's Perspective: the care transitions measure. *Medical Care*, v. 43, n. 3, p. 246-255, mar. 2005.

CNES. **FICHA ESTABELECIMENTO**. Disponível em:

<https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/hospitalar/4205403157245>. Acesso em: 19 ago. 2022.

GHENO, Jociele; WEIS, Alísia Helena. CARE TRANSITION IN HOSPITAL DISCHARGE FOR ADULT PATIENTS: integrative literature review. *Texto & Contexto - Enfermagem*, [S.L.], v. 30, p. 1-26, 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2021-0030>.]

GORDON, William J. et al. Remote Patient Monitoring Program for Hospital Discharged COVID-19 Patients. *Applied Clinical Informatics*, [S.L.], v. 11, n. 05, p. 792-801, out. 2020. Georg Thieme Verlag KG. <http://dx.doi.org/10.1055/s-0040-1721039>.

GRAÇA, Nadja Polisseni et al. COVID-19: Seguimento após a alta hospitalar. *Pulmão*, [s. l], v. 1, n. 29, p. 32-36, 2020.

HATMI, Zinat Nadia. A Systematic Review of Systematic Reviews on the COVID-19 Pandemic. *Sn Comprehensive Clinical Medicine*, [S.L.], v. 3, n. 2, p. 419-436, 26 jan. 2021. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s42399-021-00749-y>.

LANDOR, Misty; SCHROEDER, Karla; THOMPSON, Tina-Ann Kerr. Managing Care Transitions to the Community During a Pandemic. *Jona: The Journal of Nursing Administration*, [S.L.], v. 50, n. 9, p. 438-441, 13 ago. 2020. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/nna.0000000000000913>.

LOERINC, Leah B.; SCHEEL, Amy M.; EVANS, Sean T.; SHABTO, Julie M.; O'KEEFE, Ghazala A.; O'KEEFE, James B.. Discharge characteristics and care transitions of hospitalized patients with COVID-19. *Healthcare*, [S.L.], v. 9, n. 1, p. 100512, mar. 2021. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.hjdsi.2020.100512>.

MAURO, Adriéli Donati; CUCOLO, Danielle Fabiana; PERROCA, Marcia Galan. Hospital – primary care articulation in care transition: both sides of the process. *Revista da Escola de Enfermagem da Usp*, [S.L.], v. 55, p. 1-8, jul. 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2021-0145>.

MORAES, Cladis Loren Kiefer et al. A PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS SOBRE O ACOMPANHANTE NA UTI EM TEMPOS DE COVID-19. *Global Academic Nursing Journal*, [S.L.], v. 2, n. 2, p. 1-8, 2021. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/2675-5602.20200108>.

OCHANI, Rohankumar et al. COVID-19 pandemic: from origins to outcomes.: a comprehensive review of viral pathogenesis, clinical manifestations, diagnostic evaluation, and management. *Le Infezioni In Medicina*, Salerno, Italy, v. 29, n. 1, p. 20-36, 2021.

PEITER, Caroline Cechinel. TRANSIÇÃO DO CUIDADO DE CRIANÇAS COM CONDIÇÕES CRÔNICAS PARA A CONTINUIDADE DOS CUIDADOS APÓS ALTA HOSPITALAR: PESQUISA DE MÉTODO MISTO. 2020. 222 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2020.

PONTES, Leticia et al. Perfil clínico e fatores associados ao óbito de pacientes COVID-19 nos primeiros meses da pandemia. Escola Anna Nery, [S.L.], v. 26, p. 1-8, 2022. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2021-0203>.

PRAMPART, Simon et al. Functional decline, long term symptoms and course of frailty at 3-months follow-up in COVID-19 older survivors, a prospective observational cohort study. BMC Geriatrics, [S.L.], v. 22, n. 1, p. 1-11, 30 jun. 2022. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s12877-022-03197-y>.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar de. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. Novo Hamburgo: Editora Feevale, 2013. Disponível em: <https://www.feevale.br/institucional/editora-feevale/metodologia-do-trabalho-cientifico---2-edicao>. Acesso em: 22 ago. 2022.

PROETTI, Sidney. AS PESQUISAS QUALITATIVA E QUANTITATIVA COMO MÉTODOS DE INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA: um estudo comparativo e objetivo. **Revista Lumen - Issn: 2447-8717**, [S.L.], v. 2, n. 4, p. 1-23, 1 jun. 2018. Centro Universitario Assuncao - Unifai. <http://dx.doi.org/10.32459/revistalumen.v2i4.60>.

RODRIGUES, Davi Silva *et al.* Predicting the outcome for COVID-19 patients by applying time series classification to electronic health records. **Bmc Medical Informatics And Decision Making**, [S.L.], v. 22, n. 1, p. 1-15, 17 jul. 2022. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s12911-022-01931-5>.

SANTOS, José Luís Guedes dos et al. Como os hospitais universitários estão enfrentando a pandemia de COVID-19 no Brasil? Acta Paulista de Enfermagem, [S.L.], v. 33, p. 1-8, 2020. Acta Paulista de Enfermagem. <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2020ao01755>.

SANTOS, Priscilla Paiva Gê Vilella dos; OLIVEIRA, Ricardo Antunes Dantas de; ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi de. Desigualdades da oferta hospitalar no contexto da pandemia da Covid-19 no Brasil: uma revisão integrativa. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 46, n. 1, p. 322-337, 2022. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042022e122>.

TANIGUCHI, Leandro Utino et al. Patient-Centered Outcomes Following COVID-19: frailty and disability transitions in critical care survivors*. Critical Care Medicine, [S.L.], v. 50, n. 6, p. 955-963, 26 jan. 2022. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/ccm.0000000000005488>.

VENTURAS, Montserrat *et al.* Lived Experiences of Hospitalized COVID-19 Patients: a qualitative study. **International Journal Of Environmental Research And Public Health**, [S.L.], v. 18, n. 20, p. 1-12, 18 out. 2021. MDPI AG. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph182010958>.

WACHHOLZ, Laísa Fischer; KNIHS, Neide da Silva; SENS, Suyan; PAIM, Sibebe Maria Schuantes; MAGALHÃES, Aline Lima Pestana; ROZA, Bartira de Aguiar. Good Practices in Transitional Care: continuity of care for patients undergoing liver transplantation. Revista Brasileira de Enfermagem, [S.L.], v. 74, n. 2, p. 1-10, 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0746>.

WEBER, Luciana Andressa Feil; LIMA, Maria Alice Dias da Silva; ACOSTA, Aline Marques; MARQUES, Giselda Quintana. TRANSIÇÃO DO CUIDADO DO HOSPITAL PARA O DOMICÍLIO: revisão integrativa. *Cogitare Enfermagem*, [S.L.], v. 22, n. 3, p. 0-11, 28 jul. 2017. Universidade Federal do Parana. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i3.47615>

WHO. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. 2022. Disponível em: <https://covid19.who.int/>. Acesso em: 27 jul. 2022.

YOON, Sungwon et al. Impact of COVID-19 Measures on Discharge Planning and Continuity of Integrated Care in the Community for Older Patients in Singapore. *International Journal Of Integrated Care*, [S.L.], v. 22, n. 2, p. 1-12, maio 2022. Ubiquity Press, Ltd.. <http://dx.doi.org/10.5334/ijic.6416>.

**ANEXO A – VERSÃO BRASILEIRA DO INSTRUMENTO CARE
TRANSITIONS MEASURE (CTM-15 BRASIL)**

Nome do paciente: _____ Data: _____

Quem participou da entrevista? () Paciente () Cuidador

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

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

Discordo muito	Discordo	Concordo	Concordo muito	Não sei/não lembro/não se aplica
---------------------------	-----------------	-----------------	---------------------------	---

2. A equipe do hospital considerou as minhas preferências e as da minha família ou cuidador para decidir quais seriam as minhas necessidades de saúde para depois que eu saísse do hospital.

Discordo muito	Discordo	Concordo	Concordo muito	Não sei/não lembro/não se aplica
---------------------------	-----------------	-----------------	---------------------------	---

3. A equipe do hospital considerou as minhas preferências e as da minha família ou cuidador para decidir onde as minhas necessidades de saúde seriam atendidas depois que eu saísse do hospital.

Discordo muito	Discordo	Concordo	Concordo muito	Não sei/não lembro/não se aplica
---------------------------	-----------------	-----------------	---------------------------	---

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

Discordo muito **Discordo** **Concordo** **Concordo muito** **Não sei/não lembro/não se aplica**

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

Discordo muito **Discordo** **Concordo** **Concordo muito** **Não sei/não lembro/não se aplica**

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

Discordo muito **Discordo** **Concordo** **Concordo muito** **Não sei/não lembro/não se aplica**

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

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

Discordo muito **Discordo** **Concordo** **Concordo muito** **Não sei/não lembro/não se aplica**

As próximas afirmações são sobre seus medicamentos...

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

Discordo muito **Discordo** **Concordo** **Concordo muito** **Não sei/não 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 muito	Discordo	Concordo	Concordo muito	Não sei/não lembro/não se aplica
---------------------------	-----------------	-----------------	---------------------------	---

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

Discordo muito	Discordo	Concordo	Concordo muito	Não sei/não lembro/não se aplica
---------------------------	-----------------	-----------------	---------------------------	---

ANEXO B – INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO

1. Qual a sua idade?

2. Eu vou listar algumas opções para o/a Sr(a) escolher, me diga qual se identifica em relação ao gênero?

- (1) Masculino
- (2) Feminino
- (3) Outros
- (4) Prefiro não informar
- (99) Entrevista suspensa

3. Qual é o seu maior grau de instrução?

- (1) Sem instrução e menos de 1 ano de estudo
- (2) Ensino fundamental incompleto
- (3) Ensino fundamental completo
- (4) Ensino médio incompleto
- (5) Ensino médio completo
- (6) Ensino superior incompleto
- (7) Ensino superior completo
- (99) Entrevista suspensa

4. Você saberia dizer qual é a sua raça?

- (1) Branca
- (2) Preta
- (3) Parda
- (4) Indígena
- (5) Amarela
- (6) Não sei responder
- (99) Entrevista suspensa

5. Em que município você reside?

6. Qual é a sua renda familiar (considerando todos os que residem no domicílio)?

- (1) Até R\$2.090

- (2) R\$2.091 a R\$5.225
- (3) R\$5.226 a R\$10.450
- (4) Mais de R\$10.451
- (5) Sem rendimentos
- (6) Prefiro não responder
- (99) Entrevista suspensa

7. Quantas pessoas residem no seu domicílio?

8. Quantos dias você ficou internado? (total)

9. Quantos dias você ficou internado em UTI?

10. Você fez uso de ventilação mecânica invasiva?

- (0) Não
- (1) Sim
- (99) Entrevista suspensa

11. Você possui histórico de tabagismo?

- (1) Não fumante
- (2) Fumante
- (3) Ex-fumante
- (99) Entrevista suspensa

12. Você possui alguma das comorbidades a seguir:

Doença respiratória crônica?

- (0) Não
- (1) Sim
- (99) Entrevista suspensa

Hipertensão Arterial Sistêmica?

- (0) Não
- (1) Sim
- (99) Entrevista suspensa

Doenças Cardiovasculares?

- (0) Não
- (1) Sim

(99) Entrevista suspensa

Diabetes Mellitus?

(0) Não

(1) Sim

(99) Entrevista suspensa

Doenças Renais?

(0) Não

(1) Sim

(99) Entrevista suspensa

Obesidade?

(0) Não

(1) Sim

(99) Entrevista suspensa

Câncer?

(0) Não

(1) Sim

(99) Entrevista suspensa

13. Durante o período de internação, você apresentou algum dos seguintes sintomas: febre?

(0) Não

(1) Sim

(99) Entrevista suspensa

Fadiga?

(0) Não

(1) Sim

(99) Entrevista suspensa

Falta de ar?

(0) Não

- (1) Sim
(99) Entrevista suspensa

Tosse?

- (0) Não
(1) Sim
(99) Entrevista suspensa

Perda de olfato e paladar?

- (0) Não
(1) Sim
(99) Entrevista suspensa

Dor de cabeça?

- (0) Não
(1) Sim
(99) Entrevista suspensa

Dor no corpo (músculos e articulações)?

- (0) Não
(1) Sim
(99) Entrevista suspensa

Náuseas e vômito?

- (0) Não
(1) Sim
(99) Entrevista suspensa

Diarreia?

- (0) Não
(1) Sim
(99) Entrevista suspensa

14. Gostaria de receber os resultados da pesquisa? Solicitar o e-mail do participante.

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação do cuidado de enfermagem a pacientes com COVID-19 em hospitais universitários brasileiros

Pesquisador: Alacoque Lorenzini Erdmann

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 38912820.3.1001.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.347.463

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 05/10/2020, preenchido pelos pesquisadores.

Segundo os pesquisadores:

Resumo: "No Brasil, os hospitais universitários são centros de referência de média e alta complexidade para o Sistema Único de Saúde (SUS) no atendimento a pacientes com COVID-19. Nesses cenários, destaca-se a atuação da enfermagem, pois é a categoria responsável pela maioria dos cuidados recebidos pelos pacientes durante a hospitalização, podendo influenciar diretamente na qualidade assistencial, segurança do paciente/profissional e busca pela excelência dos resultados institucionais. Assim, este estudo tem como objetivo geral avaliar o cuidado de enfermagem a pacientes com COVID-19 em hospitais universitários brasileiros, sob a perspectiva dos profissionais e pacientes. Trata-se de uma proposta multicêntrica nacional, que reúne 10 instituições de ensino federais, sendo duas de cada região do Brasil: (1) Sul: Universidade Federal de Santa Catarina (proponente) e Universidade Federal de Santa Maria; (2) Sudeste: Universidade Federal de São Paulo e Universidade Federal do Rio de Janeiro; (3) Nordeste: Universidade Federal do Rio Grande do Norte e Universidade Federal da Bahia; (4) Norte: Universidade Federal do Pará e

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

Continuação do Parecer: 4.347.463

Federal de Mato Grosso do Sul. A pesquisa será desenvolvida em três etapas, considerando cada um dos focos avaliados no trabalho: 1) Gestão hospitalar; 2) Liderança, gestão do cuidado e ambiente de prática profissional e 3) Continuidade do cuidado e experiência do paciente. ETAPA 1 – GESTÃO HOSPITALAR Consistirá na análise dos planos de contingência para enfrentamento da COVID-19, relatórios institucionais e entrevistas com gestores hospitalares ETAPA 2 – LIDERANÇA, GESTÃO DO CUIDADO E AMBIENTE DE PRÁTICA PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM Abordagem quantitativa: Serão aplicados três instrumentos: 1) Caracterização pessoal e condições laborais; 2) Avaliação do produto do cuidar em enfermagem (APROCENF) e 3) Practice Environment Scale (PES). Abordagem qualitativa: Os participantes serão abordados visando explorar suas experiências sobre gestão do cuidado, liderança e ambiente de prática profissional a partir de um roteiro semiestruturado. Para a coleta dos dados qualitativos, os participantes serão convidados a fazer parte da pesquisa por e-mail, fornecido pela instituição, sendo nesse momento, apresentados aos objetivos da pesquisa, abordagem metodológica e ética. Etapa 3 – CONTINUIDADE DO CUIDADO E EXPERIÊNCIA DO PACIENTE Abordagem Quantitativa: A população e amostra será composta por

pacientes que tiveram alta da unidade de internação hospitalar destinada a pacientes com COVID-19. A primeira parte do questionário para coleta de dados conterá variáveis relacionadas à caracterização dos participantes, como: Iniciais do Nome; Data de nascimento; Sexo; Cor/raça;

Escolaridade; Tempo de internação; Hospital; Entrevistador - data/hora. Na sequência, serão utilizados os seguintes instrumentos: (1) Patient Measure of Safety (PMOS); (2) Readiness for Hospital Discharge Scale-Adult Form (RHDS) e (3) Care Transitions Measure - CTM-15. Abordagem Qualitativa: Os participantes desta etapa serão pacientes recuperados da COVID-19 e enfermeiros dos hospitais em que o estudo será desenvolvido. A coleta de dados com os pacientes será realizada por meio de entrevista com roteiro semiestruturado, por telefone, contendo questões essenciais que instiguem a abrangência das informações esperadas, planejadas com base na Técnica de Incidente Crítico. Também serão entrevistados os enfermeiros para descrever as estratégias de enfermeiros para a continuidade dos cuidados de pacientes recuperados da COVID-19 após a alta hospitalar. SESSÃO INTEGRADORA FINAL DE TRANSLAÇÃO DO CONHECIMENTO Serão aplicadas estratégias de Integrated Knowledge Translation, com abordagem colaborativa para pesquisar, o que exige integração dos pesquisadores com usuários do conhecimento, tais como tomadores de decisão, profissionais de saúde, pacientes e formuladores de políticas para garantir aplicabilidade na prática, do conhecimento que será produzido (LORENZINI et al., 2020). Ainda, há possibilidade da elaboração de infográficos, ou outras estratégias de mídia que se mostrarem adequadas para maior alcance dos resultados no público-alvo. OBSERVAÇÃO: A descrição

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: 4.347.463

detalhada dos instrumentos de coleta de dados e da operacionalização da proposta está apresentada no arquivo em anexo com a versão completa do projeto/brochura do pesquisador”.

Critérios de inclusão: Etapa 1: Para a etapa documental, serão incluídos os planos de contingência de enfrentamento à COVID-19 dos hospitais universitários brasileiros. Em relação à parte empírica, os participantes do estudo serão gestores/trabalhadores que participaram da construção/implementação e avaliação dos planos de contingência.

Etapa 2: profissional de enfermagem e ter experiência na atuação na assistência direta aos pacientes em setores de internação durante a pandemia de COVID-19 por, no mínimo, três meses.

Etapa 3: idade > 18 anos; 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. Já em relação aos enfermeiros, os critérios de inclusão serão: contrato emergencial, celetista ou concursado há pelo menos 3 meses, com experiência no cuidado a pacientes com COVID-19 nos hospitais universitários.

Critérios de exclusão: Etapa 1: Para a etapa documental, serão excluídos os Planos de Contingência de enfrentamento à COVID-19 dos hospitais universitários brasileiros que não estejam disponíveis por meio virtual. Em relação à parte empírica, serão excluídos os gestores e trabalhadores que estão afastados ou aqueles que não participaram desse processo, bem como, aqueles que não aceitarem participar do estudo.

Etapa 2: profissionais em afastamento laboral no período de coleta de dados.

Etapa 3: 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, apesar de poderem consentir em participar da pesquisa, estão muito debilitados ou angustiados (por exemplo, por dificuldade respiratória, dor ou pós-operatório imediato). Já em relação aos enfermeiros, os critérios de exclusão serão: licença médica e/ou afastamentos de outra natureza durante o período da coleta de dados.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar o cuidado de enfermagem a pacientes com COVID-19 em hospitais universitários brasileiros.

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: 4.347.463

Objetivo Secundário:

- Caracterizar os Hospitais Universitários brasileiros no atendimento de pacientes com COVID-19; - Avaliar os planos de contingência para enfrentamento da COVID-19 nos hospitais universitários brasileiros; - Analisar o processo de elaboração/implementação/avaliação dos planos de contingência para enfrentamento da COVID-19 nos hospitais universitários brasileiros;- Caracterizar o perfil e as condições laborais dos profissionais de enfermagem no atendimento a pacientes com COVID-19;- Avaliar a experiência de enfermeiros na gestão do cuidado e liderança à pacientes com COVID em hospitais universitários; - Avaliar o ambiente de prática profissional da equipe de enfermagem; - Desvelar a experiência do paciente com o cuidado de enfermagem na internação hospitalar; - Analisar fatores relacionados à segurança do paciente sob sua perspectiva; - Descrever as estratégias de enfermeiros para a continuidade dos cuidados de pacientes recuperados da COVID-19 após a alta hospitalar; e, - Desenvolver estratégias para translação/tradução do conhecimento e das evidências produzidas aos participantes do estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e Benefícios:

Riscos: Informações do formulário base da PB "Não são previstos riscos de natureza física aos participantes do estudo. Porém, há a possibilidade de mobilização emocional relacionada à reflexão sobre prática profissional e/ou o enfrentamento da doença. Os pesquisadores, compreendendo esse potencial risco, irão interromper a coleta de dados, estarão dispostos a ouvir os participantes e retornar a coleta de dados em outro momento, se o participante assim desejar".

Benefícios: "Com relação aos benefícios do estudo, esta pesquisa poderá contribuir com o desenvolvimento de novos conhecimentos para melhoria do cuidado em saúde e enfermagem no enfrentamento da COVID-19. Além disso, o mapeamento da prática de cuidado de enfermagem a pacientes com COVID-19 em hospitais universitários, poderá dar visibilidade aos desafios e às boas práticas de cuidado que têm sido desenvolvidas. Pretende-se também fornecer subsídios para gestores e profissionais a partir do diagnóstico situacional do cuidado de enfermagem nos hospitais universitários brasileiros."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Informações retiradas primariamente do formulário com informações básicas sobre a pesquisa gerado pela Plataforma Brasil e/ou do projeto de pesquisa e demais documentos postados, conforme lista de documentos e datas no final deste parecer.

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: 4.347.463

Trata-se de um macroprojeto, multicêntrico nacional, transversal, descritivo e analítico, com articulação entre abordagem quantitativas e qualitativas de pesquisa.

Financiamento do MCTIC/CNPq/FNDCT/MS/SCTIE/Decit Nº 07/2020, no valor de R\$176.030,00.

País de origem: Brasil.

Número de participantes no Brasil: 3040. A amostragem será composta por 2000 enfermeiro(a)s. 1000 pacientes e 40 gestores hospitalares. Não consta o número de participantes por centro.

Previsão de início do estudo: 01/12/2020.

Previsão de término do estudo: 31/08/2022

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto assinada pelo pesquisador responsável e pela chefe do Departamento de Enfermagem, professora Katia Cilene Godinho Bertoncello.

Constam autorizações institucionais, assinadas pelos representantes das seguintes instituições: HU/UFSC/EBSERH; HU/UNIFESP; HUSM/UFMS/EBSERH; HUOL/UFRN/EBSERH; HU/UFRJ; Complexo Hospitalar/UFPA/EBSERH; HUJM/UFMT/EBSERH; HUMAP/UFMS/EBSERH; HUGV/UFAM/EBSERH.

Constam os instrumentos para coleta de dados.

TCLE aos gestores e profissionais e TCLE aos pacientes atendem as exigências da resolução 466/12.

Recomendações:

Recomendamos que em próxima submissão as informações de financiamento devem constar da folha de rosto considerando esta informação da CONEP: "No caso específico de agências de fomento nacionais (como, por exemplo, CNPq, FINEP, FAPs, etc.) e internacionais (por exemplo, US-NIH) e, por se entender a dificuldade de coleta da assinatura, aceita-se que os campos nome,

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

Continuação do Parecer: 4.347.463

cargo/função, CPF, assinatura e data estejam em branco na parte reservada ao patrocinador, desde que o órgão financiador esteja expressamente identificado na Folha de Rosto e que seja apresentado documento comprobatório do financiamento. Cabe esclarecer que o preenchimento do nome do patrocinador (campo 18 da Folha de Rosto) é automático, estando vinculado ao campo "FINANCIAMENTO" da Plataforma Brasil. Somente o nome do responsável pelo "Financiamento primário" será listado na Folha de Rosto como patrocinador."

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos aos pesquisadores da necessidade de encaminhar ao CEP notificações com relatórios e 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_1621138.pdf	05/10/2020 22:32:15		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_GESTORES_PROFSSIONAIS.pdf	05/10/2020 22:31:12	Alacoque Lorenzini Erdmann	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PROFSSIONAIS_PACIENTES_online.pdf	05/10/2020 22:31:05	Alacoque Lorenzini Erdmann	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_final_CEP.pdf	05/10/2020 22:30:57	Alacoque Lorenzini Erdmann	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto_OK.pdf	05/10/2020 10:54:04	José Luís Guedes dos Santos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	UNIFESP.pdf	05/10/2020 10:52:43	José Luís Guedes dos Santos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	UFSCM.pdf	05/10/2020 10:52:36	José Luís Guedes dos Santos	Aceito
Declaração de	UFSC.pdf	05/10/2020	José Luís Guedes	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: 4.347.463

Instituição e Infraestrutura	UFSC.pdf	10:52:26	dos Santos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	UFRN.PDF	05/10/2020 10:52:19	José Luís Guedes dos Santos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	UFRJ.pdf	05/10/2020 10:52:09	José Luís Guedes dos Santos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	UFPA.pdf	05/10/2020 10:51:57	José Luís Guedes dos Santos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	UFMT.pdf	05/10/2020 10:51:44	José Luís Guedes dos Santos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	UFMS.pdf	05/10/2020 10:51:35	José Luís Guedes dos Santos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	UFBA.pdf	05/10/2020 10:51:28	José Luís Guedes dos Santos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	UFAM.pdf	05/10/2020 10:51:22	José Luís Guedes dos Santos	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 19 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

ANEXO D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Formulário de coleta CTM-15 e PMOS

Em nome da Profa Alacoque Lorenzini Erdmann, coordenadora do projeto "Avaliação do cuidado de enfermagem a pacientes com COVID-19 em hospitais universitários brasileiros", convido-o a participar como voluntário deste estudo.

O objetivo geral do estudo é avaliar o cuidado de enfermagem a pacientes com COVID-19 em hospitais universitários brasileiros. A sua participação consta em responder um formulário eletrônico com perguntas relacionadas à temática da pesquisa.

Os benefícios esperados estão relacionados a melhorias no cuidado de enfermagem, já que serão identificadas dificuldades operacionais nos hospitais durante a pandemia de COVID-19. Além disso, o estudo poderá contribuir para o enfrentamento de "novas ondas" de infecção pelo novo coronavírus.

Os desconfortos decorrentes da pesquisa são mínimos, visto que os procedimentos de coleta de dados não irão gerar conflitos ou exposição social dos participantes.

Contudo, caso você, em algum momento, não apresentar condições para prosseguir, você poderá suspender a entrevista definitivamente ou pelo tempo que você achar necessário, sem qualquer tipo de prejuízo.

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

As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão ser divulgadas apenas em eventos ou publicações, sem a identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis do estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação.

A pesquisa seguirá as determinações do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre os cuidados da pesquisa com seres humanos. Caso necessário, você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Você gostaria de

anotar os dados para contato? (informações a serem adaptadas a partir do CEP de referência).

INICIAR A GRAVAÇÃO AQUI

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

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**DISCIPLINA: INT 5182-TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO II
PARECER FINAL DO ORIENTADOR SOBRE O TRABALHO DE
CONCLUSÃO DE CURSO**

Este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) realizado pela aluna **Ana Cecília Boeng**, intitulado: “**TRANSIÇÃO DO CUIDADO DE PACIENTES COM COVID-19 EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO AO SUL DO BRASIL**” integra as atividades curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC.

Desde o início do processo de construção desse trabalho, a aluna demonstrou compromisso e responsabilidade para alcançar o objetivo proposto. Desenvolveu o projeto de estudo com muito empenho, criatividade, competência e dedicação.

O estudo é um convite à valorização e visibilidade da transição do cuidado, em especial ao protagonismo da enfermagem que atuou na linha de frente em hospitais, promovendo cuidado de enfermagem seguro e qualificado; reestruturando serviços de saúde e processos assistenciais; bem como oferecendo suporte para pacientes e familiares na perspectiva da Rede de Atenção à Saúde.

Desejo muito sucesso à futura enfermeira Ana Cecília e recomendo ampla divulgação dos resultados da pesquisa.

Florianópolis, 15 de dezembro de 2022.

Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni