



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

Laísa Fischer Wachholz

**Avaliação da qualidade da transição do cuidado de pacientes com Covid-19 na alta
hospitalar**

Florianópolis
2023

Laísa Fischer Wachholz

Avaliação da qualidade da transição do cuidado de pacientes com Covid-19 na alta hospitalar

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

Área de Concentração: Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Políticas, Gestão e Avaliação do Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Grupo de Pesquisas: Laboratório de Estudos e Pesquisas em Administração, Gerência do Cuidado e Gestão Educacional em Enfermagem e Saúde (GEPADES).

Orientadora: Dr^a Prof^a Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni

Coorientadora: Dr^a Caroline Cechinel-Peiter

Florianópolis

2023

Wachholz, Laísa Fischer

Avaliação da qualidade da transição do cuidado de pacientes com Covid-19 na alta hospitalar / Laísa Fischer Wachholz ; orientadora, Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni, coorientadora, Caroline Cechinel-Peiter, 2023.

163 p.

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

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Cuidado transicional. 3. Alta do Paciente. 4. Covid-19. 5. Continuidade do Cuidado. I. Lanzoni, Gabriela Marcellino de Melo . II. Cechinel-Peiter, Caroline. III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. IV. Título.

Laísa Fischer Wachholz

Avaliação da qualidade da transição do cuidado de pacientes com Covid-19 na alta hospitalar

O presente trabalho em nível de Mestrado foi avaliado e aprovado, em 02 de maio de 2023, pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

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

Prof.a Aline Marques Acosta, Dra.
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

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

Prof.a Mara Ambrosina Vargas, Dra.
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Prof.a Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni, Dra.
Orientadora

Florianópolis, 2023

Este trabalho é dedicado aos profissionais de saúde que estiveram na linha de frente no enfrentamento à pandemia.

AGRADECIMENTOS

Inicialmente, agradeço a **Deus** que me sustentou durante esta trajetória. Sou grata pela vida, pela saúde e por tudo o que Ele me concedeu para que eu chegasse até aqui.

Ao meu marido, **Renan**, por ser meu parceiro incansável, incentivador e maior apoiador. Sou grata por sua compreensão e renúncias para que alcançássemos juntos esse objetivo, sem ele seria impossível.

Ao meus pais, **Siegmar** e **Simoni**, por me incentivarem a continuar estudando e me qualificando. Espero conseguir retribuir todo amor e esforço que dedicam a mim. Eles me inspiram e impulsionam a ir além.

À minha orientadora, **Profª Drª Gabriela Marcelino de Mello Lanzoni**, por me acolher e ensinar nos últimos dois anos. A admiro desde a graduação onde também foi minha professora. Desejo ser leve, dedicada e produtiva como ela.

À minha coorientadora, **Drª Caroline Cechinel-Peiter**, sempre compreensiva e dedicada a me ajudar, ensinar, direcionar e, especialmente, escutar. A sua presença foi fundamental para que eu chegasse até aqui.

À banca examinadora, **profª Drª Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa**, **profª Aline Marques Acosta**, **profº Drº José Luis Guedes dos Santos** e **profª Drª Liana Correa Trotte**, por agregarem conhecimento e compartilharem experiências para qualificar o meu estudo. Suas contribuições foram importantes para a evolução e construção deste trabalho.

Ao laboratório de pesquisa **GEPADES**, pela oportunidade de produções, trocas de conhecimentos e pelas amizades construídas.

À **Universidade Federal de Santa Catarina**, por me proporcionar crescimento e desenvolvimento em minha formação, além de inúmeras memórias afetivas.

Ao **Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico**, pela concessão da bolsa de estudos que me permitiu dedicação exclusiva ao mestrado, e pelo fomento do projeto multicêntrico desenvolvido.

A todos que foram presentes nesses últimos dois anos, professores, colegas, familiares e amigos, que me impulsionaram e incentivaram para conquistar este sonho, muito obrigada!

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.”

Carl Jung

WACHHOLZ, Laísa Fischer. **Avaliação da qualidade da transição do cuidado de pacientes com Covid-19 na alta hospitalar.** 2023. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2023. 163 p.

RESUMO

Objetivo geral: Avaliar, na perspectiva de pacientes e cuidadores, a qualidade da transição do cuidado de pacientes com Covid-19 na alta em hospitais universitários brasileiros. **Método:** Trata-se de um estudo desenvolvido em duas etapas com delineamentos metodológicos distintos. A primeira etapa consiste em uma Revisão de Escopo com o objetivo de identificar as ações de enfermagem na transição do cuidado do hospital para o domicílio de pacientes com Covid-19, de acordo com os pressupostos estabelecidos pela *Joanna Briggs Institute* (JBI). A busca foi realizada em nove bases de dados e literatura cinzenta, no período de 2020 a 2021, publicados nos idiomas português, inglês e espanhol. A segunda etapa do estudo trata da avaliação da qualidade da transição do cuidado a pacientes com Covid-19 na alta em Hospitais Universitários brasileiros, na perspectiva de pacientes e cuidadores. Estudo quantitativo, do tipo transversal, descritivo e analítico, realizado em cinco hospitais universitários federais brasileiros, no período entre abril a dezembro de 2021. A amostra final foi composta por 527 participantes. Para coleta de dados, utilizou-se um questionário sociodemográfico e o instrumento de avaliação da transição de cuidado, *Care Transitions Measure* (CTM-15). **Resultados:** A amostra final da revisão de escopo foi composta por 16 estudos. As evidências foram sumarizadas, resultando em três tópicos centrais: Ações de enfermagem na transição do cuidado do hospital para domicílio no contexto pandêmico; Ações de monitoramento após a transição do cuidado; e, Ações de enfermagem desenvolvidas com a equipe multidisciplinar. Quanto a etapa da avaliação da transição do cuidado, identificou-se a qualidade da transição do cuidado como satisfatória, considerando o contexto adverso vivenciado na pandemia, com resultados que variaram de 67,0 a 72,9 pontos, em uma escala linear de zero a 100. A pesquisa identificou diferença em todos os fatores do instrumento CTM-15 na qualidade da TC, de acordo com o hospital de internação, com maior média em todos os hospitais o Fator 1, enquanto a menor média foi identificada no Fator 4, também em todos os hospitais. **Conclusão:** A literatura apontou que as principais ações de enfermagem na transição do cuidado aos pacientes que receberam alta após internação devido a Covid-19, foram a educação em saúde, telessaúde, monitoramento do paciente, envolvimento da equipe multidisciplinar, entre outros, permitindo um processo de transição com maior qualidade. A avaliação da qualidade do cuidado obteve resultado satisfatório, considerando os desafios vivenciados pela Covid-19, como a escassez de recursos e conhecimento sobre a nova doença. **Contribuições para a enfermagem:** O estudo ressaltou lacunas que precisam ser minimizadas e identificou conhecimentos e estratégias neste contexto. Ampliar o conhecimento da equipe multidisciplinar, principalmente dos profissionais de enfermagem, no que diz respeito aos cuidados de transição de pacientes com Covid-19 pode repercutir positivamente nos resultados de saúde dos pacientes. Espera-se que com os resultados deste trabalho, novas produções científicas sejam produzidas, visando maior subsídio científico aos profissionais de saúde, contribuindo para a elaboração de intervenções de ações de cuidados de transição, pa tornar a assistência mais qualificada e efetiva.

Palavras-chave: Cuidado transicional; Covid-19; Enfermagem; Equipe de Assistência ao Paciente; Continuidade do cuidado; Alta do Paciente.

WACHHOLZ, Laísa Fischer. **Assessment of the quality of care transition for patients with Covid-19 at hospital discharge.** 2023. Dissertation (Master's in Nursing). Post-Graduate course in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2023. 163 p.

ABSTRACT

Objective: To assess, from the perspective of patients and caregivers, the quality of care transition for patients with Covid-19 at discharge in Brazilian university hospitals. **Methods:** This is a study carried out in two stages with different methodological designs. The first stage consists of a Scope Review with the objective of identifying nursing actions in the transition from hospital care to the home of patients with Covid-19, according to the assumptions established by the Joanna Briggs Institute (JBI). The search was carried out in nine databases and gray literature, from 2020 to 2021, published in Portuguese, English and Spanish. The second stage of the study deals with the assessment of the quality of the transition of care for patients with Covid-19 at discharge in Brazilian University Hospitals, from the perspective of patients and caregivers. Quantitative, cross-sectional, descriptive and analytical study, carried out in five Brazilian federal university hospitals, from April to December 2021. The final sample consisted of 527 participants. For data collection, a sociodemographic questionnaire and the care transition assessment instrument, Care Transitions Measure (CTM-15), were used. **Results:** The final sample of the scope review consisted of 16 studies. The evidence was summarized, resulting in three central topics: Nursing actions in the transition from hospital to home care in the pandemic context; Monitoring actions after the transition of care; and, Nursing actions developed with the multidisciplinary team. As for the evaluation stage of the transition of care, the quality of the transition of care was identified as satisfactory, considering the adverse context experienced in the pandemic, with results ranging from 67.0 to 72.9 points, on a linear scale of zero to 100. The research identified differences in all factors of the CTM-15 instrument in the quality of CT, according to the hospital where the hospital was admitted, with the highest mean in all hospitals for Factor 1, while the lowest mean was identified for Factor 4, also in all hospitals. **Conclusion:** The literature pointed out that the main nursing actions in the transition of care for patients who were discharged after hospitalization due to Covid-19 were health education, telehealth, patient monitoring, involvement of the multidisciplinary team, among others, allowing a process of higher quality transition. The assessment of the quality of care obtained a satisfactory result, considering the challenges experienced by Covid-19, such as the scarcity of resources and knowledge about the new disease. **Contributions to nursing:** The study highlighted gaps that need to be minimized and identified knowledge and strategies in this context. Expanding the knowledge of the multidisciplinary team, especially nursing professionals, with regard to transitional care for patients with Covid-19 can have a positive impact on the health outcomes of patients. It is expected that with the results of this work, new scientific productions will be produced, aiming at greater scientific subsidy to health professionals, contributing to the elaboration of interventions of transitional care actions, to make the assistance more qualified and effective.

Keywords: Transitional Care; Covid-19; Nursing; Patient Care Team; Continuity of Patient Care; Patient Discharge.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Interrelação entre os quatro pilares do Cuidado Baseado nas Forças.....	27
Figura 2 – Componentes que constituem a ponte do cuidado de transição ideal.....	34
Figura 3 – Diagrama de fluxo PRISMA-ScR do processo de seleção das publicações da revisão de escopo.....	57

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Descrição das principais características dos hospitais universitários participantes do estudo. Florianópolis, SC, Brasil, 2021.....	44
Quadro 2 – Amostra mínima estimada por hospital universitário participantes. Florianópolis, SC, Brasil, 2021.....	45
Quadro 3 – Caracterização dos estudos incluídos na revisão de escopo. Florianópolis, SC, Brasil, 2022.....	57

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos participantes incluídos no estudo, de acordo com o hospital de internação. Florianópolis, SC, Brasil, 2022.....	81
Tabela 2 – Caracterização clínica dos participantes incluídos no estudo, de acordo com o hospital de internação. Florianópolis, SC, Brasil, 2022.....	82
Tabela 3 – Caracterização de variáveis quantitativas, de acordo com o hospital de internação. Florianópolis, SC, Brasil, 2022.....	83
Tabela 4 – Qualidade da transição do cuidado segundo a média total do instrumento <i>Care Transitions Measure</i> (CTM-15), de acordo com o hospital de internação. Florianópolis, SC, Brasil, 2022.....	83
Tabela 5 – Qualidade da transição do cuidado segundo os Fatores do instrumento <i>Care Transitions Measure</i> (CTM-15), de acordo com o hospital de internação. Florianópolis, SC, Brasil, 2022.....	84
Tabela 6 – Qualidade da transição do cuidado segundo as características sociodemográficas dos participantes. Florianópolis, SC, Brasil, 2022.....	84
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. Florianópolis, SC, Brasil, 2022.....	85
Tabela 8 – Qualidade da transição do cuidado segundo as características clínicas dos participantes. Florianópolis, SC, Brasil, 2022.....	86
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. Florianópolis, SC, Brasil, 2022.....	87

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVE	Acidente Vascular Encefálico
BDEN	Base de dados de Enfermagem
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
Covid-19	<i>Corona Virus Disease-19</i>
CTM	<i>Care Transitions Measure</i>
DM	Diabetes Mellitus
DAC	Doença Arterial Coronariana
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HU	Hospital Universitário
IEPS	Instituto de Estudos para Políticas de Saúde
JBI	<i>Joanna Briggs Institute</i>
JCI	<i>Joint Commission International</i>
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
POP	Procedimento Operacional Padrão
SARS-CoV-2	<i>Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2</i>
SCIELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SDRA	Síndrome do Desconforto Agudo
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Science</i>
STROBE	<i>Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Transição do Cuidado
UFAM	Universidade Federal do Amazonas
UFMT	Universidade Federal de Mato Grosso
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	18
2. OBJETIVOS.....	25
2.1 OBJETIVO GERAL.....	25
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	25
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	26
4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	30
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA COVID-19.....	30
4.2 TRANSIÇÃO DO CUIDADO DO HOSPITAL PARA O DOMICÍLIO.....	32
4.3 ESCASSEZ DE PESQUISAS NACIONAIS SOBRE A TRANSIÇÃO DO CUIDADO NA PANDEMIA.....	37
5. MÉTODO.....	39
5.1 REVISÃO DE ESCOPO.....	40
5.2 AVALIAÇÃO DA TRANSIÇÃO DO CUIDADO.....	43
6 RESULTADOS.....	50
6.1 MANUSCRITO 1 – AÇÕES DE ENFERMAGEM NA TRANSIÇÃO DO CUIDADO HOSPITALAR DE PACIENTES COM COVID-19: REVISÃO DE ESCOPO.....	51
6.2 MANUSCRITO 2 – QUALIDADE DA TRANSIÇÃO DO CUIDADO HOSPITALAR PARA DOMICÍLIO DE PACIENTES INTERNADOS COM COVID-19 EM HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS BRASILEIROS.....	74
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	101
REFERÊNCIAS.....	103
APÊNDICE A – PROTOCOLO DE PESQUISA PARA REVISÃO DE ESCOPO.....	113
ANEXO A – VERSÃO BRASILEIRA DO <i>CARE TRANSITIONS MEASURE</i> (CTM-15 BRASIL).....	119
ANEXO B – INSTRUMENTO SOCIODEMOGRÁFICO.....	122
ANEXO C – MANUAL DE COLETA DE DADOS PARA APLICAÇÃO DO <i>CARE TRANSITIONS MEASURE</i> (CTM-15).....	127
ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	155

ANEXO E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	163
--	------------

APRESENTAÇÃO

A presente dissertação está vinculada ao Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Políticas e Gestão do Cuidado e da Educação em Enfermagem e Saúde (GEPADES) do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC), área de concentração: Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem, e linha de pesquisa: Políticas, Gestão e Avaliação do Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Sou formada em Enfermagem pela UFSC no ano de 2020, aonde tive a oportunidade de participar de um projeto de extensão que tinha por objetivo disseminar um guia para o planejamento do cuidado de enfermagem no momento da alta hospitalar do paciente transplantado hepático, estimulando o autocuidado no domicílio junto ao paciente, familiares e profissionais de saúde que atuavam diretamente na alta hospitalar.

A partir da minha inserção neste projeto, a temática da transição do cuidado tornou-se alvo de interesse para mim. Nesse período tive muitas experiências com os pacientes, realizando educação em saúde, e também participando ativamente junto à equipe multidisciplinar na discussão de casos e cuidados ao paciente. Concluí a graduação em enfermagem com o Trabalho de Conclusão de Curso intitulado “Desenvolvimento de protótipo de aplicativo móvel para gestão de cuidados domiciliares do paciente submetido ao transplante hepático”. Com grata satisfação, desenvolvi um aplicativo móvel que está sendo utilizado pelos pacientes transplantados hepáticos e seus familiares, os auxiliando no processo de transição hospitalar para o domicílio.

Assim, ao ingressar no PEN/UFSC em 2021, estávamos vivenciando a pandemia da Covid-19, com inúmeros desafios na área da saúde. O GEPADES estava desenvolvendo o projeto multicêntrico intitulado “Avaliação do cuidado de enfermagem a pacientes com Covid-19 em hospitais universitários brasileiros”, o qual foi subdividido em cinco dimensões principais, sendo: 1) Gestão Hospitalar; 2) Liderança e gestão do cuidado; 3) Ambiente de prática profissional; 4) Experiência do paciente; e, 5) Continuidade do cuidado. Dessa forma, fui inserida na dimensão “Continuidade do cuidado”, e a presente dissertação tem como foco principal a transição do cuidado.

O presente estudo está organizado em sete capítulos: 1) Introdução; 2) Objetivos; 3) Fundamentação teórica; 4) Referencial teórico; 5) Método; 6) Resultados; e, 7) Considerações finais.

1 INTRODUÇÃO

A temática da transição do cuidado vem ganhando destaque em cenário internacional e nacional, considerando o seu potencial de impacto na qualidade da assistência ao paciente. A transição do cuidado é parte integrante da jornada de um paciente em todo o atendimento nos sistemas de saúde (WHO, 2016). É relacionada às ações para assegurar e coordenar a continuidade da assistência à saúde, na transferência do paciente entre os diferentes níveis de atenção à saúde, ou entre as diferentes unidades de um mesmo local (COLEMAN; BOULT, 2003; WEBER, 2018).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) apresenta o conceito da transição do cuidado relacionando os vários pontos, físicos ou em contato com os profissionais de saúde, que o paciente se desloca ou retorna para os fins de receber cuidado de saúde. Incluindo as transições entre a atenção hospitalar e a atenção primária e vice-versa, reconhecidos como cenários de alto risco para a segurança do paciente. O conceito apresentado pela OMS relaciona a transição do cuidado de forma plural, por envolver interfaces entre cuidados primários, comunitários e hospitalares (WHO, 2016).

O processo da transição do cuidado não ocorre de forma linear, pois envolve os diversos pontos da Rede de Atenção à Saúde para a garantia do cuidado continuado. Assim, é de suma importância a articulação desses pontos na perspectiva da integralidade do cuidado em saúde (ACOSTA et al., 2018; MORÉS, 2021).

Compreende um processo complexo, visto que ocorre em um contexto de múltiplos relacionamentos que envolvem o paciente, familiares, cuidadores e os profissionais de saúde que prestam atendimento e os que continuarão a assistência. Destaca-se que o cuidador integra a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), que o define como alguém que cuida a partir dos objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida. Assim, é a pessoa, seja da família ou da comunidade, com capacitação ou não, que presta cuidados à outra pessoa (BRASIL, 2008). Portanto, o processo de transição do cuidado exige coordenação e comunicação entre diferentes formações, experiências e habilidades (OIKONOMOU et al., 2019; NASCIMENTO et al., 2022).

Essa temática está relacionada diretamente à segurança do paciente, logo, requer um grau de coordenação do cuidado para não ocorrer a fragmentação da continuidade do cuidado. Visto que às transições de cuidado entre os serviços de saúde estão associadas

às alterações no estado de saúde do paciente, novo diagnóstico, novo tratamento ou uma mudança no status funcional que afeta sua capacidade para gerir as suas próprias condições fora do ambiente de cuidados de saúde (WHO, 2016).

Em território nacional, identifica-se, ainda, a incipiência do planejamento da alta hospitalar, a fragilidade no processo de referência e contrarreferência e escassos estudos voltados à transição do cuidado (CECHINEL-PEITER et al., 2023). Estudo aponta que as atividades como o planejamento da alta pela equipe multiprofissional, plano de alta por escrito, articulação entre os serviços e contrarreferência do paciente, são aspectos que podem ser melhor desenvolvidos pelos profissionais (AUED et al., 2021).

No que diz respeito a transição do cuidado na alta hospitalar, ressalta-se a vulnerabilidade que acompanha o paciente no momento de transição do hospital para o domicílio. Corresponde ao intervalo de tempo que inicia com a preparação do paciente para alta e conclui quando ele é recebido no próximo serviço, envolvendo o planejamento de alta e a educação em saúde do paciente e da família, a organização logística e a articulação com os serviços de saúde, bem como a comunicação entre os profissionais envolvidos (COLEMAN; BOULT, 2003; PARRY et al., 2009; BURKE et al., 2013; WACHHOLZ et al., 2020). A alta hospitalar compreende um momento permeado de mudanças na rotina do paciente, considerando suas necessidades individuais, condições clínicas, e a adesão ao tratamento proposto (COSTA et al., 2020; CECHINEL-PEITER et al., 2023).

No entanto, a literatura aponta fragilidades enfrentadas pela equipe de saúde, o que propicia a abordagem não adequada da preparação para a transição do cuidado, potencializando a fragmentação do cuidado posteriormente a alta hospitalar (OLIVEIRA et al., 2021; WACHHOLZ et al., 2021). É considerado um período de dúvidas e inseguranças quanto ao gerenciamento do autocuidado, o que pode gerar baixa adesão ao tratamento, eventos adversos, exacerbação da doença, favorecendo readmissões hospitalares, possibilitando, inclusive, o óbito (WEBER; LIMA; ACOSTA, 2019; WACHHOLZ et al., 2020). Dessa forma, é um processo que exige planejamento, preparação e educação em saúde do paciente, familiares e cuidadores (COLEMAN; BOULT, 2003; COSTA et al., 2020).

Na prática assistencial muitas vezes as orientações e o preparo da alta hospitalar, ocorrem de forma mecânica e acelerada, não considerando as especificidades do paciente e suas necessidades (KNIHS et al., 2020). Além disso, destaca-se que muitas orientações são fornecidas apenas no momento da saída do hospital, tornando mais difícil a adequada

compreensão dos cuidados que necessitam ser implementados na rotina do paciente (WACHHOLZ et al., 2020).

Em contrapartida, quando a alta hospitalar é desenvolvida de forma adequada, fazendo uso de ferramentas e estratégias, potencializa o desenvolvimento do autocuidado, fortalece a adesão ao tratamento proposto, diminui os riscos de complicações e readmissões hospitalares, favorecendo a economia. Além de aumentar o vínculo com os profissionais de saúde, contribuindo para a sistematização da assistência e a continuidade do cuidado (COSTA et al., 2019; ACOSTA et al., 2022).

Nesse cenário, a enfermagem exerce função central no planejamento da alta, e é considerada como facilitadora na transição do cuidado, pois coordena as ações e a interação entre os profissionais, serviços, paciente e familiares ou cuidadores a fim de assegurar a continuidade da assistência após a internação (ACOSTA et al., 2018; MARTINS et al., 2018).

A literatura ressalta a participação ascendente e ativa da enfermagem neste processo (GHENO; WEIS, 2021). Dentre as competências e habilidades da enfermagem, ressalta-se o trabalho em equipe, experiência no tratamento de situações difíceis, cuidado de pacientes com maior nível de complexidade e compreensão sobre a rede de atenção à saúde para garantir o encaminhamento e vínculo após a alta hospitalar (COSTA et al., 2019). Desse modo, a participação efetiva da enfermagem na transição do cuidado é fundamental para favorecer uma transição segura, além de contribuir para a visibilidade e valorização da enfermagem.

Embora a enfermagem seja ativa nesse processo, a transição do cuidado refere-se à um desafio multiprofissional, o que demanda o envolvimento de toda a equipe uma vez que compreende um processo complexo (LIMA et al., 2018; WACHHOLZ et al., 2021). Portanto, exige organização, empenho e trabalho multiprofissional, pois auxilia no trabalho assistencial, e contribui na segurança do paciente e qualidade do cuidado (GHENO; WEIS, 2021).

Importante ressaltar que a qualidade da transição do cuidado integra a avaliação de desempenho e de qualidade dos hospitais, fato pelo qual a temática vem tornando-se foco de interesse de pesquisadores e gestores de saúde (WHO, 2009; JCI, 2013; WEBER et al., 2017). A diminuição do tempo de internação e das taxas de reinternações também são indicadores de desempenho (BRASIL, 2018). Portanto, para que seja possível melhorar tais indicadores, se faz necessário intervenções relacionadas a organização adequada para alta hospitalar (GHENO; WEIS, 2021), bem como desenvolvimento de

novas estratégias baseadas em conhecimento científico (WEBER; LIMA; ACOSTA, 2019).

Destaca-se a escassez de estudos referentes às atividades na rotina da prática assistencial dos enfermeiros na transição do cuidado. No Brasil, as discussões acerca do processo de transição ainda são recentes (KNIHS et al., 2020; CECHINEL-PEITER et al., 2021; GHENO; WEIS, 2021). As pesquisas apresentam estudos relacionados a determinadas populações, como, por exemplo, pacientes com doenças crônicas na alta da emergência para o domicílio (ACOSTA et al., 2020), a transição do cuidado de crianças (CECHINEL-PEITER et al., 2023), a transição de pessoas idosas (TOMAZELA et al., 2023), entre outros estudos desenvolvidos.

É imprescindível o desenvolvimento de novas pesquisas em território nacional abordando esta temática, visto ser uma importante estratégia para potencializar a efetivação de sistemas integrados de saúde (WEBER et al., 2017; CECHINEL-PEITER et al., 2023), visando o aumento da qualidade das experiências dos pacientes e cuidadores, da situação de saúde, além da otimização dos recursos disponíveis (SHAHSAVARI; ZAREI; MAMAGHANIA, 2019).

Somado aos desafios já existentes nesse contexto, em dezembro de 2019, a doença denominada *Corona Virus Disease-19*, mundialmente conhecida como Covid-19, causada pelo novo coronavírus, *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2* (SARS-CoV-2), trouxe inúmeros desafios para o mundo, evidenciando lacunas de conhecimento, inclusive relativas à transição do cuidado. A fragilidade de conhecimento acerca da nova doença, recomendações de isolamento, diminuição de serviços de saúde presenciais, bem como redução de agendas clínicas, agravaram diversos desafios existentes, além de potencializar o surgimento de novos desafios a serem superados (LOERINC et al., 2021).

Em 2020 a OMS declarou o surto causado pelo SARS-CoV-2 uma pandemia, com mais de 214 mil casos em todo o mundo em 18 de março de 2020 (BRASIL, 2020a). No Brasil, o primeiro caso notificado ocorreu em 26 de fevereiro de 2020, e o primeiro óbito foi confirmado em 17 de março de 2020. Até a data de 04 de abril de 2023 foram notificados, no país, um total de 37.319.254 casos acumulados e 700.556 mortes, com letalidade de 1,9% (BRASIL, 2021a).

A rápida propagação com que a Covid-19 espalhou-se entre os países sobrecarregou os serviços de saúde, em todos os níveis de atenção, tanto no primário, secundário, mas principalmente no setor terciário (TEIXEIRA et al., 2020). Novos

desafios foram impostos aos sistemas de saúde frente ao alto potencial de transmissão, inexistência de vacinas e alternativas terapêuticas comprovadamente eficazes, e insuficiente capacidade assistencial aos indivíduos com agravamento do quadro clínico (SANTOS et al., 2020).

O contexto sanitário da Covid-19 impactou drasticamente as rotinas dos serviços de saúde, com exponencial aumento do número de interações hospitalares devido às complicações causadas pela doença. A superlotação das unidades de saúde, bem como a falta de leitos e equipamentos, foram desafios para os gestores, os quais impactaram diretamente na assistência prestada. Em vista disso, foi necessário realizar ajustes nos procedimentos organizacionais para contribuir na prevenção e segurança dos pacientes e profissionais de saúde (GALLASCH et al., 2020; GONÇALVES et al., 2021).

Ações como a restrição de portas de entrada e limitação de alguns tipos de atendimento foram adotadas para reduzir o contato com os demais pacientes e profissionais (SANTOS; SANTANA, 2021). A disseminação da Covid-19 gerou impactos avassaladores e sem precedentes aos serviços de saúde, inclusive no que diz respeito a transição do cuidado. Estudo destaca que a superlotação hospitalar, a falta de serviços na comunidade e as pressões econômicas determinam quando e onde os pacientes serão transferidos (MORÉS, 2021).

Para apoiar gestores e profissionais da saúde, no Brasil, diversas recomendações e normas foram estabelecidas pela OMS, Ministério da Saúde (MS) e Secretarias de Saúde dos Estados, regulamentando a adequação da estrutura física, rotinas, fluxogramas, entre outros, com o objetivo de reduzir os riscos e proporcionar uma assistência efetiva (GONÇALVES et al., 2021).

Em vista disso, destaca-se a atuação diferenciada dos hospitais universitários (HUs) brasileiros das universidades públicas federais, que compreendem centros de formação de recursos humanos, além de realizarem o desenvolvimento de tecnologias referentes a área de saúde e produção de conhecimento (MEDEIROS, 2020; BRASIL, 2021b). O serviço prestado à população produz bons resultados, dentre eles a constante qualificação do atendimento, assim como a construção de protocolos técnicos para diversas doenças, e procedimentos operacionais padrão (POPs). Assim, os HUs buscaram proporcionar uma assistência de qualidade, à disposição do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2021b).

Em relação ao enfrentamento da pandemia da Covid-19, os HUs possuíram significativa atuação, incluindo prestação de assistência, capacitação dos profissionais e

fomento à pesquisa. Desde o início da pandemia, destacaram-se no atendimento a pacientes diagnosticados com a nova doença, sendo considerados centros de referência de média e alta complexidade para o Sistema Único de Saúde (SUS). Realizaram abertura de novos leitos clínicos e de UTI (Unidade de Terapia Intensiva), somado à significativa formação de recursos humanos em saúde, e no apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão dentre as instituições de ensino superior vinculadas (SANTOS, et al. 2020; BRASIL, 2021b).

Portanto, tornou-se imprescindível que as instituições de saúde desenvolvessem intervenções rapidamente a fim de conseguirem suprir a crescente demanda assistencial, amenizar os agravantes da pandemia e preencher lacunas no cuidado ao paciente.

Nesse sentido, se faz necessário e prudente avaliar o processo de transição do cuidado no contexto da pandemia. Para avaliar às ações estratégicas da transição do cuidado, encontram-se disponíveis diferentes instrumentos e indicadores (HARRISON et al., 2014; WEBER et al., 2017). Submeter o processo da transição do cuidado à avaliação, possibilita identificar oportunidades de ajustes e elaboração de estratégias, as quais são capazes de impactar na qualidade de vida dos pacientes e familiares e/ou cuidadores, propiciando redução nas readmissões hospitalares e na busca por serviços de emergência (ACOSTA et al., 2020).

Considerando o exposto, ressalta-se a importância de modelos de transição do cuidado eficazes, que potencializam o fortalecimento da comunicação entre os serviços de saúde e reduzem a fragmentação da rede de atenção (CECHINEL-PEITER, 2021), visto que é uma estratégia para a organização dos serviços de saúde. Em diversos países tem-se implementado e estabelecido o planejamento de altas, por meio de planos de alta estruturados e sistematizados (WEBER, 2018).

Neste trabalho adotou-se o referencial teórico Cuidado Baseado nas Forças (CBF), pois aborda a pessoa como um todo dentro do seu contexto de vida, investigando as forças existentes e utilizando-as para motivar, empoderar e engajar os pacientes, familiares e cuidadores para uma transição do cuidado efetiva. Para que, assim, as ações de saúde sejam planejadas considerando as forças que estão a favor do paciente, ao invés de evidenciar uma lista de problemas (GOTLLIEB, 2016).

Frente ao exposto, surgem as motivações pela temática da transição do cuidado a pacientes com Covid-19, visto que este processo se encontra ainda em construção e adaptação, necessitando de investigação, principalmente no Brasil. Em virtude da pouca

produção na temática em território nacional, e as novas demandas e desafios vivenciados pela Covid-19, trouxe a motivação do estudo pelo tema.

Assim, a pergunta que norteia a pesquisa é a seguinte: Como é avaliada, na perspectiva de pacientes e cuidadores, a transição do cuidado de pacientes com Covid-19 na alta em hospitais universitários brasileiros?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar, na perspectiva de pacientes e cuidadores, a qualidade da transição do cuidado de pacientes com Covid-19 na alta em hospitais universitários brasileiros.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Mapear a literatura científica nacional e internacional em relação aos cuidados de enfermagem na transição do cuidado a pacientes com Covid-19;
- ✓ Analisar a qualidade da transição do cuidado de pacientes com Covid-19 na alta em hospitais universitários brasileiros;
- ✓ Identificar fatores associados à qualidade da transição do cuidado de pacientes com Covid-19 na alta em hospitais universitários brasileiros.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Este trabalho tem como referencial teórico a teoria do Cuidado Baseado nas Forças (CBF) desenvolvido por Laurie N. Gottlieb e colaboração de Bruce Gottlieb. Laurien N. Gottlieb é mestre em Enfermagem e doutora em Psicologia Desenvolvimental pela Universidade de McGill, em Montréal no Canadá (McGUILL, 2017).

O CBF é uma teoria que considera o ser humano como um todo, visando o que está funcionando bem, o que o indivíduo faz de melhor e os recursos que este dispõe para lidar da melhor forma com a sua vida, sua saúde e com os desafios do sistema de saúde (GOTTLIEB, 2013).

A teoria propõe uma nova forma de cuidar, visto que possui uma visão holística do ser humano, não considerando apenas a doença e os desafios individuais. Para tanto, para desenvolver este cuidado, se faz necessário que os profissionais de saúde desenvolvam um maior e melhor conhecimento do paciente e sua rede de apoio. Desse modo, é capaz de conduzir os profissionais a centrar-se na pessoa, visualizando para além da doença e problemas, encontrando no paciente, nos seus familiares e cuidadores, as forças, ou seja, as competências, as atitudes e os recursos que podem contribuir para a recuperação e cura do paciente (AUED et al., 2021).

Nesse sentido, a autora define que:

as forças são qualidades únicas e especiais da pessoa e da família que definem a sua personalidade (...) são aptidões da pessoa e elas aparecem de muitas formas, incluindo ativos, capacidades, competências, recursos, habilidades, talentos e dons (...) podem ser biológicas, emocionais, psicológicas ou sociais (...) internas (motivação, coragem, resiliência), (...) assim como externas (...) relações, suporte, religião, espiritualidade. (GOTTLIEB, 2016, p. 414)

Assim, é possível compreender como o trabalho da enfermagem pode potencializar o que funciona bem para ajudar os pacientes, familiares e comunidades a se desenvolverem. Salienta-se que a teoria não ignora os problemas existentes. Antes, usa-os como força para balancear ou minimizar as fragilidades (GOTTLIEB, 2013). Ao identificar as forças, essas são utilizadas para superar os problemas e limitações, bem como compensar os déficits. O cuidado de enfermagem deve centrar-se na saúde, cura, alívio do sofrimento, por meio de ações que se inspirem nas forças e recursos externos, com o objetivo de gerar condições para que o paciente alcance o máximo de funcionamento (GOTTLIEB, 2014; AUED, 2017).

No CBF, assim como nos ensinamentos de Florence Nightingale, mantém-se o respeito ao direito de os pacientes possuírem valores e crenças, bem como possuírem autonomia em decisões sobre os cuidados de saúde. Por exemplo, ao questionar o paciente, ao invés de perguntar o que está errado, faz-se a pergunta: “o que está certo?”. No lugar de questionar sobre o que aconteceu, questionar “o que está indo bem?”. Dessa forma é possível identificar como o problema tem sido vivenciado pelo paciente e sua rede de apoio, no contexto em que estão inseridos (GOTTLIEB, 2013; AUED, 2017).

Este referencial teórico orienta a prática profissional através de quatro pilares, os quais são: cuidado centrado no paciente, na família e no relacionamento; movimento de empoderamento; promoção da saúde, prevenção da doença e cultura do autocuidado; e, participação colaborativa (GOTTLIEB, 2013), conforme representado na imagem a seguir.

Figura 1 – Interrelação entre os quatro pilares do Cuidado Baseado nas Forças



Fonte: Adaptado de Gottlieb (2016, p. 18).

Estes quatro pilares do CBF possuem o objetivo de criar um sistema de saúde mais humano, o qual coloca as pessoas em primeiro lugar e que responde às suas necessidades. De forma que o reconhecimento de que em cada pessoa, família e comunidade residem suas forças reais e potenciais. O CBF trabalha com forças biológicas, intra e interpessoais e sociais (recursos, bens) para ajudar o indivíduo a lidar com os desafios, atingir metas e atuar integradamente em sua totalidade (GOTTLIEB,

2016). Apesar das quatro abordagens serem apresentadas separadas, cabe destacar que elas são interrelacionadas.

Importante destacar que o CFB é uma filosofia fundamentada por meio de uma abordagem orientada por oito valores para transformar o cuidado: 1: saúde e cura; 2: singularidade da pessoa, 3: holismo e empoderamento, 4: realidade objetiva/subjetiva e construção do significado, 5: autodeterminação, 6: pessoa e ambiente estão integrados; 7: aprendizagem; preparação e timing e 8: parceria colaborativa. Esses oito valores estão inter-relacionados e trabalham em conjunto, promovendo empoderamento e autoeficácia. Esses valores auxiliam os profissionais de saúde sobre o cuidado ao paciente (GOTTLIEB, 2016, p. 123).

Considerando o metaparadigma de enfermagem, entende-se os pressupostos do CBF relacionado à saúde como os indivíduos, a família e a comunidade que aspiram alcançar um estado de saúde melhor. Em relação à pessoa, refere-se à singularidade do indivíduo, o funcionamento como um todo integrado, cada pessoa possui a capacidade de crescer e de se transformar, cada indivíduo têm força potenciais, bem como problemas, fraquezas, vulnerabilidades, privações e sofrimentos. Também no interior de cada pessoa reside o potencial de cura. Sendo que este poder representa uma força, e as forças permitem a adaptação à ambientes diferentes e à grande variedade de desafios de saúde. Em relação ao ambiente, os indivíduos podem viver em ambientes saudáveis à tóxicos, que possuem forças que compelem para aumentar suas forças ou os déficits. Por fim, referente aos cuidados de enfermagem, os profissionais atuam de forma a ajudar que a pessoa alcance saúde, facilitar o processo de cura, aliviar o sofrimento e auxiliar a lidar com os problemas (GOTTLIEB, 2016).

Portanto, o CBF compreende em identificar as potencialidades do indivíduo, e frente a isso, realizar o cuidado centrado em trabalhar com as forças da pessoa, para promover a saúde, recuperação e cura (GOTTLIEB, 2016).

A enfermagem é desafiada a trabalhar com os pacientes e familiares de modo que as decisões sobre os cuidados de saúde sejam ao que melhor responda às suas necessidades e objetivos. Dessa forma, o CBF pode trazer muitas contribuições, visto que orienta aos profissionais de saúde a trabalharem em favor dos interesses do paciente, colocando-o na centralidade do cuidado. Contudo, este ressignificar do cuidado demanda novas habilidades e competências dos profissionais para atuarem na rede de atenção ao paciente (GOTTLIEB, 2016; KNOP et al., 2021).

Adotar o referencial teórico do CBF contribui para a assistência à saúde, principalmente da enfermagem, ao resgatar o cuidado centrado na pessoa, o que possibilita analisar além dos papéis convencionais do profissional de saúde, refletir sobre quais competências são prioritárias para enfrentar os atuais desafios em saúde e promover a continuidade dos cuidados após a alta hospitalar (AUED et al., 2021). O CBF de Gottlieb pode trazer muitas contribuições à transição do cuidado, visto que amplia a visão dos profissionais de saúde, propiciando a promoção da saúde para os pacientes (GOTTLIEB; GOTTLIEB, 2017).

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A seguir apresenta-se uma revisão narrativa de literatura com o intuito de proporcionar maior sustentação teórica relacionada a temática do presente estudo, em que são exploradas e apresentadas evidências científicas. Para isso, três tópicos foram desenvolvidos, sendo estes: 1) Caracterização da Covid-19; 2) Conceitos relacionados à transição do cuidado; e, 3) Escassez de pesquisas nacionais sobre a transição do cuidado na pandemia. Para a busca na literatura, utilizou-se as bases de dados MEDLINE/PubMed, Scopus, Web of Science, Scielo, Cinahl e LILACS, além da busca na biblioteca virtual de saúde, teses e dissertações, com os seguintes descritores: Covid-19; Cuidado transicional; Continuidade da assistência ao paciente; e, Enfermagem.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA COVID-19

Em dezembro de 2019 o mundo deparou-se com uma nova doença, conhecida como Covid-19, a qual foi identificada pela primeira vez em Wuhan, na província de Hubei, na China. A doença é causada pelo vírus SARS-CoV-2, uma nova cepa de coronavírus, o qual pode acarretar uma doença respiratória grave (CARDOSO et al., 2021). O novo coronavírus é altamente contagioso, o que tornou rápida a sua propagação entre os seres humanos (HUANG et al., 2020), resultando em uma emergência de relevância internacional (KOVEN, 2020; LI et al., 2020).

A transmissão do SARS-CoV-2 ocorre através de gotículas e aerossóis dispersados durante a fala, espirros, tosses ou procedimentos de saúde (PESSOA et al., 2021), de pacientes com ou sem sintomas clínicos aparentes (SINGHAL, 2020). A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) aponta a possibilidade de transmissão mediante o contato com superfícies contaminadas, e, posteriormente, levando o vírus para regiões como os olhos, a boca e o nariz (OPAS, 2020). O tempo de incubação varia entre dois a 14 dias (CARDOSO et al., 2021). Sendo assim, é fundamental que o diagnóstico seja efetivo, bem como o paciente realize o tempo de isolamento e o tratamento solicitado (GUAN et al., 2020).

Em relação as características clínicas causadas pela Covid-19, há a possibilidade de o paciente permanecer assintomático, ou apresentar sintomas mais comuns como febre, dispneia, tosse seca e fadiga, podendo evoluir a Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA) e disfunção de múltiplos órgãos (SINGHAL, 2020). Estudo

aponta que a duração média dos primeiros sintomas até à dispneia foi de cinco dias, apresentando variação de 1 a 10 dias; dos primeiros sintomas até a internação hospitalar foi de 7 dias, apresentando variação de 4 a 8 dias; e, dos primeiros sintomas à SDRA foi de 8 dias, apresentando variação de 6 a 12 dias (LAUER et al., 2020).

Destaca-se que tais sintomas ocasionados pelo SARS-CoV-2 não são restritos a esse tipo de vírus, sendo tais sinais e sintomas semelhantes a outros vírus respiratórios, como: influenza, parainfluenza, rinovírus, vírus sincicial respiratório, adenovírus, entre outros (BRASIL, 2020a). Assim, é fundamental a realização de exame laboratorial para o diagnóstico efetivo (SILVA et al., 2020).

O tratamento da Covid-19 compreende um tratamento de suporte e sintomático. Dessa forma, a manifestação de sintomas leves deve ser tratada em domicílio, com o paciente ciente a respeito dos sinais de alerta, e orientado sobre os cuidados em relação a hidratação, nutrição, controle de temperatura e presença de tosse (SILVA et al., 2020).

Já as características clínicas mais severas da Covid-19 apresentam maior probabilidade de se desenvolver em pessoas acima de 60 anos e portadores de doenças crônicas (AMB, 2020). Frente a isso, salienta-se a estatística populacional brasileira referente a comorbidades. Estudo aponta que no Brasil encontrou-se uma prevalência de 67,8% de indivíduos com uma ou mais doenças acima dos 50 anos de idade, representando 26 milhões de brasileiros. Ainda, 47,1% com três ou mais doenças, representando 18 milhões de brasileiros (BRASIL, 2020b). Outro estudo relata que as principais comorbidades em casos de Covid-19 com hospitalização e óbito, incluem: hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), doença arterial coronariana (DAC), acidente vascular encefálico (AVE) e bronquite crônica (DENG; PENG, 2020).

A literatura aponta a gravidade e complexidade que a pandemia trouxe aos serviços de saúde, assim como se verifica na análise dos dados apresentados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2021a). Em virtude do aumento dos casos em todo o país, também aumentou a demanda hospitalar, gerando preocupações em relação a capacidade da rede terciária para suprir tal demanda (NORONHA et al., 2020).

Nesse sentido, também se destaca o aumento da demanda por leitos na UTI para tratamento dos pacientes em situação grave. O Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS) emitiu uma nota técnica, em abril de 2020, em relação ao aumento da demanda por leitos nas UTIs, alertando para o colapso de sistemas de saúde bem estruturados, como na Espanha e na Itália (RACHE et al., 2020). Assim, alertou-se que o possível aumento da demanda por leitos na UTI devido à Covid-19 no Brasil, iria requerer

um aumento substancial de recursos para pagamento de internações pelo SUS. Porém, em muitas regiões do país, não havia infraestrutura assistencial para absorver a demanda que estava constantemente aumentando, sendo necessários investimentos para a ampliação do número de leitos de UTI nas áreas de maior vulnerabilidade (NORONHA et al., 2020).

A realidade apresentava a fragilidade no cenário hospitalar de forma intensa, visto que em um cenário simulado em que 10% da população fosse infectada pelo novo coronavírus em 6 meses, o déficit de leitos de UTI estimado seria de 40.770, sendo este número superior a quantidade de leitos de UTIs existentes no país, tanto no setor público quanto no privado (RACHE et al., 2020).

Considerando esta situação, foi necessário a reorganização dos serviços em todos os níveis de atenção, e em março de 2020 o MS autorizou a habilitação de leitos de UTI adulto e pediátrico para atendimento exclusivo de pacientes com Covid-19, com custeio diferenciado para diária hospitalar (BRASIL, 2020c), juntamente com a recomendação de ampliação de leitos hospitalares, tendo como estratégia a abertura de unidades hospitalares de campanha (SANTOS et al., 2021).

Frente a complexidade do cuidado durante a pandemia e a reestruturação da assistência, encontram-se os pacientes com sentimentos e receios, os quais foram e são vivenciados entre a maioria, mas que foram vivenciados de modo singular. Conforme pontua estudo, o medo, a solidão e as incertezas foram experimentadas por cada paciente (CLEM; HOCH, 2021). Junto aos pacientes, encontra-se também a equipe multiprofissional que proporciona aos pacientes, familiares e cuidadores, conhecimento e motivação para superar os desafios (PEDUZZI, 2001). Logo, a implementação da abordagem multiprofissional é necessária para a integralidade do cuidado ao paciente, proporcionando maior segurança ao paciente (CUNHA et al., 2020), inclusive na transição do cuidado em um contexto desafiador como o da pandemia, como já mencionado anteriormente.

4.2 TRANSIÇÃO DO CUIDADO DO HOSPITAL PARA O DOMICÍLIO

A transição do cuidado contempla um conjunto de ações desde a preparação do paciente para a alta, concluindo a transição somente quando paciente é acolhido no outro serviço de saúde que dará continuidade à assistência (COLEMAN, 2003; BURKE et al., 2013). O cenário da transição do cuidado envolve o planejamento da alta do paciente, o qual se relaciona com a educação em saúde do paciente e familiares e/ou cuidadores, a

organização logística, bem como a articulação entre os serviços de saúde, a comunicação com os profissionais envolvidos no processo e o acompanhamento após a alta (PARRY et al., 2009; BURKE et al., 2013; GRAÇA et al., 2020).

No que se refere à transição do cuidado na alta hospitalar, esta transição é considerada um período crítico, visto sua complexidade e esforços necessários para manutenção da qualidade dos cuidados e segurança do paciente (PARRY et al., 2009). Ao retornar para o domicílio, o paciente necessita adaptar-se a diversos cuidados, que podem envolver medicações, nutrição, hidratação, exercícios físicos, higiene, entre outros (WACHHOLZ et al., 2020), dependendo da condição clínica de cada paciente. E, nesse momento, é comum surgirem dúvidas e inseguranças quanto ao tratamento proposto pela equipe de saúde

Estudos apontam que no Brasil a discussão acerca da transição do cuidado ainda é recente (ACOSTA, 2016; CECHINEL-PEITER et al., 2021). O desenvolvimento da transição do cuidado é uma ferramenta eficaz para a qualificação do cuidado ao paciente durante a alta hospitalar (GHENO; WEIS, 2021). Diversos fatores compreendem obstáculos para o desenvolvimento de uma transição, como o envolvimento em atividades administrativas, sobrecarga de trabalho e falta de tempo, comunicação ineficaz entre a equipe, falta de suporte e estrutura no sistema de saúde (NUNES et al., 2016). Quando não há uma adequada transição do cuidado, gera-se uma fragmentação do mesmo. Dessa forma, discussões e elaborações de estratégias relacionadas à transição do cuidado, propiciam a superação da fragmentação da atenção à saúde, favorecendo a continuidade dos cuidados na rede de atenção, referindo-se a uma estratégia importante para a efetivação de um sistema integrado de saúde (CECHINEL-PEITER et al., 2021).

Em contrapartida, quando a transição do cuidado é realizada de forma inadequada, repercute em erros, efeitos adversos, complicações, baixa adesão ao tratamento proposto, assim como prejudica a autonomia e autocuidado do paciente, influenciando na qualidade de vida (ACOSTA, 2020; WACHHOLZ et al., 2020). Como consequência de uma transição do cuidado frágil, a literatura aponta maiores riscos para readmissão hospitalar e em serviços de emergência (COLEMAN; MAHONEY; PARRY, 2005).

Nesse contexto, é fundamental o desenvolvimento de ações estratégicas na transição do cuidado, pois a literatura aponta os impactos positivos na qualidade de vida dos pacientes e dos seus familiares/cuidadores, bem como uma redução em readmissões

hospitalares, em busca por atendimento de emergência e nos custos do sistema de saúde (LIMA et al., 2018).

Com a finalidade de facilitar a compreensão e o desenvolvimento de estratégias para a transição do cuidado hospitalar para o domicílio, Burke et al. (2013, p. 12) propuseram um modelo com dez componentes para o cuidado de transição ideal, os quais constituem o que os autores denominam de “ponte”. Os dez componentes compreendem: planejamento da alta; comunicação de informações; organização, clareza e disponibilidade, em tempo hábil de informações; segurança da medicação; educação do paciente e programação do autogerenciamento; suporte social; planejamento antecipado de cuidados; coordenação do cuidado entre membros da equipe de saúde; monitoramento e gerenciamento de sintomas após a alta; e, acompanhamento ambulatorial. A Figura 2 apresenta de forma ilustrativa a “ponte”.

Figura 2 – Componentes que constituem a ponte do cuidado de transição ideal



Fonte: Adaptado de Burke et al. (2013, p. 12).

Conforme a representação gráfica acima, os componentes representam os pilares da ponte. Assim, quando um domínio não é executado adequadamente, o sustento da ponte torna-se mais frágil, enfraquecido, ocasionando uma transição do cuidado mais fraca e ineficaz (WEBER et al., 2019).

Para Coleman (2003) a transição do cuidado compreende um conjunto de ações organizadas em modelos assistenciais, podendo potencializar a transferência do paciente de um serviço de saúde a outro, de forma segura e oportuna, propiciando e favorecendo a continuidade do cuidado. Nesse sentido, Coleman et al. (2002) apresentam quatro fatores essenciais para que ocorra a transição do cuidado eficaz, sendo estes: 1) transferência de informações; 2) preparação do paciente e do cuidador; 3) suporte de autogestão; e, 4) empoderamento para afirmar preferências. Estes domínios são relacionados a orientações sobre as medicações, bem como as considerações de conveniências do paciente e seus cuidadores na elaboração do plano de cuidados.

Assim sendo, a transição do cuidado representa um desafio para os sistemas de saúde em todo mundo, haja vista a quantidade de profissionais nos diversos pontos de atenção à saúde pelo qual o paciente é atendido, visando a integração e continuidade do cuidado a longo prazo (UTZUMI et al., 2018). O contexto da transição do cuidado apresenta diversos desafios os quais são anteriores à Covid-19, entretanto, o surgimento da pandemia somado ao aumento exponencial de hospitalizações e posteriores transições do cuidado, acentuou as fragilidades existentes.

Estudo que descreve as ações de liderança da enfermagem para a organização do atendimento de pacientes com Covid-19 no âmbito hospitalar, pontua que o planejamento da alta hospitalar traz esperança e motivações a equipe assistencial. Dentre as ações desenvolvidas, destaca-se o alerta aos pacientes sobre a possibilidade do agravamento do quadro clínico e a presença de sinais de complicações, como: febre, sinais respiratórios, taquicardia, dor, fadiga e dispneia (GEROLIN et al., 2020).

A literatura aponta as possíveis sequelas que pacientes com Covid-19 podem desenvolver a médio e longo prazo, como as sequelas respiratórias. Em doenças ligeiramente moderadas não se observa alterações respiratórias após 4 meses de infecção aguda na maioria dos pacientes. Entretanto, em pacientes com doenças graves, observa-se uma significativa redução do desempenho no esforço físico e na pressão parcial de oxigênio. Também sequelas cardíacas, sendo as mais frequentes a miocardite, arritmias, insuficiência cardíaca aguda e as síndromes coronárias agudas (LINO-MOURA et al., 2021). Outro estudo aponta que as manifestações a longo prazo são diversas, e os sintomas podem se relacionar a manifestações neurológicas, respiratórias e alterações na saúde mental (AGUIAR; SARQUIS; MIRANDA, 2021).

Em vista disso, as sequelas geradas pela Covid-19 interferem na qualidade de vida dos pacientes, podendo dificultar as atividades diárias, bem como reduzir a

produtividade e a qualidade de vida (AGUIAR; SARQUIS; MIRANDA, 2021).

Entretanto, autores pontuam que:

Embora se encontrem disponíveis estudos observacionais relacionados ao impacto da Covid-19 em desfechos agudos e centrados na doença, são escassos os dados relativos aos resultados em longo prazo, e essa falta de evidência pode constituir uma barreira para a compreensão das necessidades dos pacientes sobreviventes a formas graves de Covid-19 (ROSA et al., 2021, p. 32)

Portanto, se fazem necessárias novas investigações nesse contexto para que a assistência ao paciente durante a transição do cuidado seja mais assertiva, eficaz, favorecendo o gerenciamento do autocuidado, e contribuindo para a continuidade do cuidado.

Nos últimos anos, profissionais que ocupam cargos de gestão e pesquisadores da saúde, ampliaram o interesse em qualificar e garantir que a transição do cuidado hospitalar para o domicílio seja realizada de modo eficaz e seguro (ACOSTA, 2016). Os componentes que sustentam a transição do cuidado ideal são considerados indicadores importantes no que se refere a avaliação da qualidade do atendimento prestado na rede de atenção à saúde. Ressalta-se que a OMS e a *Joint Commission International (JCI)* consideram a qualidade da transição do cuidado um importante componente na avaliação de desempenho de unidades hospitalares (JCI, 2014; WHO, 2009).

As evidências científicas apresentam conjuntos de ações que qualificam a transição do cuidado ao paciente com Covid-19, afim de nortear as equipes assistenciais, bem como gestores. Nesse sentido, a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) propôs um arcabouço matricial para diferentes arranjos assistenciais, frente a pandemia da Covid-19. Ao que se refere a transição do cuidado, orientam que

O atendimento e a transição do paciente de um ponto a outro devem ser orientados por diretrizes clínicas e demais instrumentos voltados à identificação da síndrome gripal e Covid-19, da presença de vulnerabilidade social, do grau de gravidade da doença e da detecção precoce da Síndrome Respiratória Aguda Grave (PORTELA; GABROIS; TRAVESSAS, 2020, p. 3)

Portanto, frente à alta hospitalar de um paciente, faz-se necessário e prudente seguir as diretrizes e protocolos, para que ao retornar ao domicílio, o paciente possua autonomia para realizar o autocuidado, bem como mantenha o vínculo com a equipe de saúde. A atenção primária à saúde realiza o monitoramento de casos leves de Covid-19 em isolamento domiciliar, porém em relação à transição do cuidado do paciente internado

devido à nova doença, exerce função essencial na reabilitação após a alta do hospital (DAUMAS et al., 2020).

Outro estudo aponta a necessidade de uma gestão criteriosa referente aos processos de desospitalização, a qual compreende como fundamental para potencializar as articulações entre pontos da rede de saúde e assistência social, e consideram as discussões sobre diversos fatores para uma alta hospitalar oportuna e segura. Além disso, o mesmo estudo, descreve que em cada linha de cuidado, o processo da alta hospitalar desenvolve com a rede de saúde, um plano de cuidados que leve em consideração e identifique quais as necessidades para que o paciente se mantenha clinicamente estável, minimizando agravamentos e possibilidade de reinternações (JORGE; COSTA; COUTO, 2021).

4.3 ESCASSEZ DE PESQUISAS NACIONAIS SOBRE A TRANSIÇÃO DO CUIDADO NA PANDEMIA

Frente ao cenário da pandemia da Covid-19, pesquisadores, gestores da saúde e governantes buscaram medidas de saúde para redução da contaminação, a fim de evitar o esgotamento dos sistemas de saúde, possibilitar tratamento adequado e reduzir número de mortes (AQUINO et al., 2020).

No sentido de aprofundar o conhecimento sobre o tema e indicar possíveis lacunas para futuras investigações, considera-se relevante analisar as tendências da pesquisa em saúde sobre a transição do cuidado durante a pandemia da Covid-19. Para isso, realizou-se uma investigação a partir da base de dados Catálogo de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal e Nível Superior (CAPES)¹, vinculada ao Ministério da Educação brasileiro, afim de identificar as produções em programas de pós-graduação no Brasil.

Para a coleta de dados, utilizou-se os termos “Covid-19” e “Cuidado transicional”, bem como os respectivos termos alternativos, no campo de busca, com aplicação do filtro “Ciências da Saúde” no campo Grande Área do Conhecimento. Foram considerados como critério de inclusão: tese ou dissertação desenvolvida no cenário brasileiro, defendida entre os anos de 2020 e 2023. Foram excluídos trabalhos que não disponibilizassem o resumo, que não apresentassem o termo “Covid-19” e “Cuidado

¹ Disponível no endereço eletrônico: <https://catalogodeteses.capes.gov.br/catalogo-teses/#/>.

transicional” no título ou resumo. A delimitação temporal estabelecida visou contemplar o início da pandemia da Covid-19 até o início do ano de 2023.

A busca inicial apresentou 561 resultados, dos quais 249 estavam vinculados a grande área do conhecimento “Ciências da Saúde”. Destes, 246 foram excluídos por apresentarem os termos “Covid-19” e “Cuidado transicional” apenas no nome da linha ou projeto de pesquisa aos quais estavam vinculados. Assim, identificaram-se três trabalhos.

Os trabalhos identificados foram dissertações sustentadas no ano de 2022, desenvolvidas nas regiões norte, centro-oeste e sul. Nas instituições de ensino “Universidade Federal do Pará”, “Universidade Federal de Goiás” e “Hospital Nossa Senhora Conceição”, nos programas de pós graduação em Enfermagem (n=2; 66,6%) e Avaliação de Tecnologias para o SUS (n=1; 33,3%) (RICARDO, 2022; ARRAIS, 2022; MENDONÇA, 2022).

As palavras-chaves que mais apareceram foram “Cuidado transicional”, “Continuidade do cuidado”, “Alta do paciente” e “Covid-19”. O foco dos estudos centrou-se em descrever a transição do cuidado dos pacientes pós Covid-19 que foram acompanhados por um programa de atenção domiciliar, avaliar a transição do cuidado de pacientes de Covid-19 que tiveram alta do hospital para o domicílio, e descrever a perspectiva de pacientes e profissionais de saúde acerca do planejamento de alta hospitalar pós Covid-19.

Foram encontrados estudos relevantes para a prática assistencial, contribuindo para o cuidado do paciente. Entretanto, a escassez de produções pelos programas de pós-graduação no Brasil acerca desta temática salienta a relevância do presente estudo e aponta a necessidade de novas pesquisas com o mesmo objeto de estudo, explorando, em especial, um conjunto de instituições que apresente o panorama nacional. Identificar estas lacunas de pesquisa propicia o desenvolvimento de estudos inéditos e relevantes para a prática assistencial, bem como qualidade do cuidado ao paciente, familiares e cuidadores. É imprescindível a busca por embasamento científico, considerando a pertinência da capacitação para novas situações como as que foram vivenciadas durante a pandemia.

5 MÉTODO

Este estudo foi desenvolvido em duas etapas com delineamentos metodológicos distintos. A primeira etapa consiste em uma revisão de escopo com o objetivo de possibilitar a busca sistematizada, na literatura científica nacional e internacional, pelas ações de enfermagem na transição do cuidado a pacientes com Covid-19. Enquanto a segunda etapa trata da avaliação da qualidade da transição do cuidado de pacientes com Covid-19 na alta em hospitais universitários brasileiros, na perspectiva de pacientes e cuidadores.

O estudo está inserido no projeto de pesquisa intitulado “Avaliação do cuidado de enfermagem a pacientes com Covid-19 em hospitais universitários brasileiros”, com financiamento do CNPq pelo Edital 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. Para fins operacionais, o projeto foi subdividido em cinco dimensões principais: 1) Gestão hospitalar, com análise dos planos de contingência para enfrentamento da Covid-19 e entrevistas com gestores hospitalares; 2) Liderança e gestão do cuidado, gestão do cuidado e 3) Ambiente de prática profissional, com foco na equipe de enfermagem a partir da aplicação de instrumentos para caracterização pessoal e condições laborais, Avaliação do Produto do Cuidar em Enfermagem (APROCENF) e *Practice Environment Scale* (PES), além de entrevistas qualitativas; 4) Experiência do paciente e 5) Continuidade do cuidado, em que foram aplicados instrumentos aos pacientes recuperados da Covid-19 após a alta hospitalar: *Patient Measure of Safety* (PMOS) e *Care Transitions Measure* (CTM-15).

Em cada etapa, foram utilizadas técnicas específicas de coleta e análise de dados quantitativas e qualitativas, conforme o foco estudado. A pesquisa teve como objetivo geral avaliar o cuidado de enfermagem a pacientes com Covid-19 em hospitais universitários brasileiros, visando contribuir com a produção de novos conhecimentos para melhoria do cuidado em saúde/enfermagem no SUS no combate a Covid-19.

O presente estudo está inserido no subprojeto 5, que tem seu foco na continuidade do cuidado de pacientes com Covid-19.

5.1 REVISÃO DE ESCOPO

A primeira etapa do estudo trata-se de uma revisão de escopo, tipo de revisão de literatura que é utilizada como método de pesquisa para mapear os principais conceitos, abordar uma questão de pesquisa exploratória, identificar evidências e lacunas na pesquisa relacionada a um campo emergente (ARKSEY; OMALLEY, 2005). Destaca-se que esse tipo de revisão de literatura apresenta diferenças frente a outros tipos de revisões sistematizadas, visto que não há a necessidade de uma questão de pesquisa focada. Assim permite ampliar a sua abrangência (CECHINEL-PEITER et al., 2021).

Estudo sustentado pelo método proposto pelo *Joana Briggs Institute* (JBI) (PETERS, 2020), o mesmo é composto pelas seguintes etapas: (1) definir e alinhar os objetivos e perguntas; (2) desenvolver e alinhar os critérios de inclusão com os objetivos e pergunta da revisão; (3) descrever a abordagem planejada para busca de evidências, seleção, extração de dados e apresentação das evidências; (4) busca das evidências; (5) seleção das evidências; (6) extrair as evidências; (7) analisar as evidências; (8) apresentar os resultados; (9) resumir as evidências em relação ao objetivo da revisão, concluindo e observando quaisquer implicações dos resultados.

Destaca-se que este estudo seguiu as orientações preconizadas pelo *check-list* Prisma-ScR, portanto, os resultados da etapa de busca das evidências estão apresentados por meio de diagrama de fluxo do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses* (PRISMA-ScR), extensão para *Scoping Review* (TRICCO et al., 2018).

A condução do presente estudo se ocorreu conforme protocolo da revisão de escopo (APÊNDICE A), o qual está registrado no software de pesquisa *Open Science Framework Registries*[®], sob o número 10.17605/OSF.IO/Y3UWM², seguindo as etapas elencadas, as quais se apresentam detalhadas a seguir.

Definição e alinhamento dos objetivos e pergunta da revisão

Nessa etapa, seguiu-se a construção da estratégia PCC (População – Conceito – Contexto). Na qual o “P” significa pacientes adultos hospitalizados por Covid-19 que tiveram alta para casa, o “C” significa ações de enfermagem na transição do cuidado, e o “C” significa hospitalar, respectivamente.

² Disponível no endereço eletrônico: <https://osf.io/y3uwm>

Assim, a questão norteadora do estudo é: Quais são as ações de enfermagem a pacientes com Covid-19 na transição do cuidado na alta hospitalar? E objetivo compreende identificar as ações de enfermagem a pacientes com Covid-19 na transição do cuidado na alta hospitalar.

Desenvolvimento e alinhamento dos critérios de inclusão com os objetivos e pergunta de revisão

Foram considerados estudos de qualquer desenho metodológico, como artigos originais, artigos de revisão, relatos de experiência, artigos de reflexão, editoriais, pré prints e literatura cinzenta, em inglês, português e espanhol entre 2020 a 2021 que abordassem o tema das ações de enfermagem a pacientes com Covid-19 na transição do cuidado na alta hospitalar.

Descrição da abordagem planejada para busca, seleção, extração de dados e apresentação das evidências

Foram consideradas as bases de dados PubMed; Embase; CINAHL; COCHRANE library; Scopus; Web of Science; LILACS; BDEFN; e, SciELO. Foram escolhidos os descritores: cuidado transicional; infecções por coronavírus; e, enfermagem, com os seus respectivos termos alternativos. os descritores foram combinados através de operadores booleanos OR e AND. As estratégias de busca das evidências foram elaboradas com os descritores e os termos alternativos, em cada base de dados, através do auxílio de uma bibliotecária, conforme apresentado: ("Coronavirus Infections"[Mesh] OR "Coronavirus Infections" OR "Coronavirus"[Mesh] OR "Coronavirus" OR "SARS Virus"[Mesh] OR "SARS Virus" OR "SARS-CoV" OR "COVID-19"[Mesh] OR "Covid-19" OR "SARS-CoV-2"[Mesh] OR "SARS-CoV-2" OR "SARSCoV2" OR "SARS2" OR "COVID19" OR "COVID-2019" OR "SARS COV 2" OR "2019-nCoV" OR "2019ncov" OR "nCoV 2019") AND ("Transitional Care"[Mesh] OR "Transitional Care" OR "Transition Care" OR "Transition Cares" OR "Transitional Cares" OR "Continuity of Patient Care"[Mesh] OR "Continuity of Patient Care" OR "Care Continuity, Patient" OR "Patient Care Continuity" OR "Continuum of Care" OR "Care Continuum" OR "Continuity of Care" OR "Care Continuity") AND ("Nursing"[Mesh] OR "Nursing" OR "Nursings" OR "Nurses"[Mesh] OR "Nurses" OR "Nurse").

As bases de dados selecionadas possuem ampla divulgação de evidências científicas produzidas sobre a Covid-19. Destaca-se a análise da lista de referências dos

estudos selecionados em busca de materiais adicionais, como pré prints, e pesquisa de literatura cinzenta. Mantendo propositalmente ampla a pesquisa, a fim de identificar todos os materiais possíveis. A busca pela literatura cinzenta e pré prints ocorreu no Google Scholar, utilizando os termos “coronavirus”, “Covid-19”, “transitional care”, “continuity of patient care”, “nurse” e “nursing”. Salienta-se que nessa etapa, em cada base de dados, foram construídas estratégias de busca com os descritores e termos alternativos com o auxílio de uma bibliotecária. O recorte temporal definido foi de janeiro de 2020 a novembro de 2021.

Busca das evidências

A busca dos estudos e demais materiais que fazem parte da revisão, ocorreu por uma pesquisadora, considerando os aspectos definidos no protocolo de revisão de escopo.

Seleção das evidências

Foram realizadas a leitura do título e resumo dos materiais identificados, sendo selecionados os artigos para leitura na íntegra. Quando dentro dos critérios de seleção, os artigos foram incluídos no estudo. Em caso de dúvidas quanto a elegibilidade do artigo, duas pesquisadoras com experiência na temática relacionada a transição do cuidado realizaram a leitura dos artigos para definição da inserção ou exclusão do estudo. No desenvolvimento desta etapa foi utilizado o *Mendeley*[®], o qual é um o software que auxilia no gerenciamento da revisão.

Extração das evidências

Foram coletados os seguintes dados a partir dos materiais selecionados: ano de publicação; país em que a pesquisa foi desenvolvida; tipo de material; local onde se encontra o material (periódico, manual, guia, legislação, site, etc.); definições encontradas no material, e objetivo e método do estudo (quando se tratar de artigos científicos). Todos os dados foram coletados utilizando planilha do *Microsoft Excel*[®] desenvolvida para essa revisão

Análise das evidências

Os dados coletados foram agrupados conforme os principais assuntos de interesse identificados nos materiais, possibilitando a elaboração de categorias. Isso, para promover a identificação das ações de enfermagem na transição do cuidado a pacientes

com Covid-19. Essa etapa foi conduzida pela pesquisadora com o suporte de outras duas pesquisadoras com experiência no contexto da transição do cuidado.

Apresentação dos resultados

Essa etapa refere-se à separação, sumarização, integração dos dados e relatório de resultados. A partir das categorias formadas, os resultados foram apresentados por meio de quadros e descrições.

Resumo das evidências

Em relação ao objetivo da revisão, concluindo e observando implicações dos resultados, apresentado na seção resultados.

5.2 AVALIAÇÃO DA TRANSIÇÃO DO CUIDADO

A segunda etapa do estudo busca descrever a qualidade da transição do cuidado de pacientes com Covid-19 na alta em hospitais universitários brasileiros, assim como identificar os fatores associados à qualidade do cuidado no mesmo contexto e população.

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e analítico com abordagem quantitativa. Nessa abordagem, o pesquisador observa o fenômeno em um determinado recorte temporal sem interferir, descrevendo fator e efeito, mas evidenciando as características e as correlações do que está sendo analisado (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2003).

Local do estudo

O estudo foi desenvolvido em cinco hospitais universitário brasileiros vinculados às instituições de ensino: Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e Universidade Federal do Amazonas (UFAM), as quais integram o macroprojeto de pesquisa. Justifica-se o desenvolvimento da pesquisa nestes cinco HUs visando abranger diferentes regiões do país. Destaca-se que o macroprojeto tinha por objetivo realizar as entrevistas em 10 HUs, porém, com o decorrer da pesquisa o número mínimo de participantes não foi atingido,

devido à dificuldade de conseguir contato com o paciente ou cuidador, além dos motivos de exclusão e perda.

As principais características dos hospitais participantes do estudo no ano de 2021 estão apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1 – Descrição das principais características dos hospitais universitários participantes do estudo. Florianópolis, SC, Brasil, 2021

Hospital Universitário (HU)	Universidade	Ano de fundação	Leitos ativos	Profissionais	Profissionais de enfermagem
HU Polydoro Ernani de São Thiago	Universidade Federal Santa Catarina	1980	226	2082	720
HU Clementino Fraga Filho	Universidade Federal do Rio de Janeiro	1978	266	4506	1551
HU Ana Berra	Universidade Federal do Rio Grande do Norte	1952	231	654	192
Hospital São Paulo	Universidade Federal de São Paulo	1938	489	6177	1959
HU Getúlio Vargas	Universidade Federal do Amazonas	1965	99	1709	646

Fonte: CNES, 2021

População e amostra

A população participante dessa etapa foi composta por pacientes que foram internados com Covid-19 e que tiveram alta de um HU envolvido na pesquisa, e o seus cuidadores. Os participantes foram identificados através da relação de pacientes internados no hospital disponibilizada pelas instituições.

Pensando em uma representatividade numérica, com auxílio de profissional estatístico, utilizando o programa *Winpepi*[®], versão 11.65, foi definida uma amostra de pacientes em cada HU participante 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% (WEBER; LIMA; ACOSTA, 2019).

A amostra mínima estimada por hospital está apresentada no Quadro 2.

Quadro 2 – Amostra mínima estimada por hospital universitário participante.
Florianópolis, SC, Brasil, 2021

Hospitais universitários	Amostra mínima estimada por hospital (n)
HU - Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)	n = 63
HU - Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)	n = 163
HU - Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)	n = 74
HU - Universidade Federal do Amazonas (UFAM)	n = 28
HU - Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)	n = 64

Fonte: elaborado pela autora (2021)

Foram considerados como critérios de inclusão: ser maior que 18 anos, fluência no idioma português do Brasil, internação em uma unidade de atendimento específico para Covid-19 por no mínimo 72 horas, e ter recebido alta hospitalar. Destaca-se a possibilidade de o cuidador também ser participante do estudo, sendo este o cuidador que acompanhou o paciente durante a internação devido a Covid-19.

Enquanto que os critérios de exclusão foram: participante sem capacidade de consentir em participar da pesquisa (por exemplo, devido a alterações neurológicas, psiquiátricas, doença avançada ou em uso de medicação), participante que apesar de possui a capacidade de consentir em participar da pesquisa, encontram-se muito debilitados ou angustiados (por exemplo, devido à dificuldade respiratória ou dor), paciente que foi a óbito após a alta e paciente que tenha sido rehospitalizado.

Os participantes foram identificados de acordo com as listas mensais de altas dos serviços prestados pelas instituições participantes. A disponibilização das listas dos pacientes a serem contactados foi realizada através do pesquisador supervisor. As listas foram disponibilizadas de forma compartilhada com os entrevistadores em planilhas no Google Drive[®], contendo: nome do paciente, número de identificação do participante, telefones para contato e nome do hospital. A ordem de abordagem dos participantes ocorreu de forma aleatória.

Os motivos de perda definidos foram: telefone não corresponde ao contato do paciente, contato não efetivado após esgotadas o período da coleta, participante negou-se a participar, outros motivos (descrever a justificativa do motivo).

Importante destacar que, de acordo com o instrumento utilizado, um dos critérios de inclusão refere-se a alta hospitalar superior a 7 dias e inferior a 30 dias. No

entanto, no desenvolvimento da coleta de dados, os coletadores enfrentaram dificuldades em entrar em contato com os participantes, tendo como principal motivo a recusa das chamadas telefônicas. Dessa forma, o pesquisador supervisor entrou em contato com o autor do instrumento, o qual pontuou não haver prejuízos em realizar a coleta após os 30 dias da alta hospitalar considerando o contexto pandêmico vivenciado.

Coleta de dados

Para a coleta de dados dessa etapa, foi utilizada a versão adaptada para uso no Brasil do instrumento *Care Transitions Measure* (CTM-15) (ANEXO A) e um instrumento de caracterização (ANEXO B). O instrumento de caracterização incluía as variáveis categóricas: gênero, grau de instrução, raça, uso de ventilação mecânica invasiva, histórico de tabagismo, sintomas apresentados (febre, fadiga, falta de ar, tosse, perda de olfato e paladar, dor de cabeça, dor no corpo, náuseas e vômitos, diarreia) e comorbidades (doença respiratória crônica, hipertensão arterial sistêmica, doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, doenças renais, obesidade, câncer) e as variáveis contínuas: idade, tempo total de internação e tempo de internação da UTI.

O CTM-15 foi desenvolvido por Coleman et al. (2002) com a finalidade de mensurar a qualidade da transição na perspectiva do paciente. Este instrumento possibilita a avaliação de domínios teóricos, sendo: entendimento crítico sobre os cuidados após a alta hospitalar; importância das preferências do paciente na tomada de decisão; preparação para o gerenciamento do cuidado no domicílio; e, existência de um plano de cuidado (ACOSTA, 2016).

Destaca-se que o presente instrumento possui duas versões, sendo uma versão completa, apresentando 15 itens, e uma versão simplificada com 3 itens. As duas versões são utilizadas em diversos países tanto na área de pesquisa quanto na gestão hospitalar (THE CARE TRANSITIONS INTERVENTION, 2021). O CTM é um instrumento fácil de compreender e aplicar, e tem sido utilizado para auxiliar na identificação de aspectos que necessitem de melhorias na transição do cuidado (ACOSTA, 2020). Apesar da amplitude de seu uso, Weber et al. (2019) alerta que as pontuações são realizadas de acordo com as experiências vivenciadas pelos pacientes e familiares/cuidadores, o que pode gerar dados mais favoráveis do que a realidade.

O CTM foi desenvolvido nos Estados Unidos (COLEMAN; MAHONEY; PARRY, 2005) e foi adaptado para uso no Brasil (ACOSTA et al., 2017). Destaca-se que:

A versão brasileira possui equivalência semântica com o original, boa aplicabilidade e fácil compreensão. Além disso, possui validade de face e conteúdo, consistência interna e estabilidade temporal satisfatórios, denotando boas propriedades psicométricas (ACOSTA et al., 2017, p. 2)

A versão brasileira do instrumento é composta por 15 itens, os quais estão dispostos em quatro fatores, sendo eles: preparação para autogerenciamento; entendimento sobre medicações; preferências asseguradas; e, plano de cuidado (ACOSTA et al., 2020). Ainda segundo os mesmos autores, o CTM-15 é amplamente aplicado através de chamadas telefônicas, além de possibilitar que seja o cuidador a responder o instrumento. Todas as perguntas apresentam opções de resposta em escala de *Likert* de cinco pontos, as quais são: discordo totalmente; discordo; não se aplica; concordo; concordo totalmente.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de abril a dezembro de 2021, em turnos da manhã, da tarde e da noite, e foi realizada por chamada telefônica, visto que a versão original do CTM foi desenvolvida para ser aplicada por esse meio, pois os participantes estão em seus domicílios quando contatados (COLEMAN et al., 2002; PARRY et al., 2009).

Destaca-se que o grupo de pesquisadores entrevistadores foi submetido a um treinamento, por meio de reuniões via *Google Meet*[®] com os coordenadores do projeto, visando alinhar os pesquisadores sobre a aplicação dos instrumentos de coleta. Também foi disponibilizado um manual de orientações para coleta de dados para os pesquisadores entrevistadores (ANEXO C). Inicialmente os coletadores foram direcionados a coleta em determinadas instituições, e a medida em que a amostra mínima foi atingida, os coletadores foram redirecionados à coleta em outras instituições participantes, visando que todas as instituições alcançassem a amostragem mínima.

Análise de dados

Os dados coletados foram inseridos em uma planilha do *software Excel*[®] e, posteriormente, analisados por meio de estatística descritiva e inferencial. Para descrever o perfil da amostra foi utilizada estatística descritiva. O instrumento de caracterização incluía as variáveis categóricas: gênero, grau de instrução, raça, uso de ventilação mecânica invasiva, histórico de tabagismo, sintomas apresentados (febre, fadiga, falta de ar, tosse, perda de olfato e paladar, dor de cabeça, dor no corpo, náuseas e vômitos, diarreia) e comorbidades (doença respiratória crônica, hipertensão arterial sistêmica,

doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, doenças renais, obesidade, câncer) e as variáveis contínuas: idade, tempo total de internação e tempo de internação da UTI.

A análise da qualidade da transição do cuidado foi realizada mediante aplicação da versão brasileira do CTM-15, considerando as orientações dos autores do instrumento (COLEMAN et al., 2002; THE CARE TRANSITIONS PROGRAM, 2021). Dessa forma, o escore resultante da soma dos valores referentes às respostas dividido pelo número de questões respondidas por cada participante foi transformado em uma escala linear, com variação de zero a 100, sendo os maiores valores relacionados à maior estruturação dos fluxos de transição do cuidado, através da fórmula: $[(\text{escore}-1)/3]*100$. Posteriormente, foi calculada a média da escala linear entre todos os participantes (COLEMAN et al., 2002; THE CARE TRANSITIONS PROGRAM, 2021), apresentando o nível de avaliação da transição do cuidado a pacientes com Covid-19 na alta em hospitais universitários brasileiros.

Após este resultado, foi realizado o teste considerando a média da escala linear do CTM-15 em relação as variáveis independentes, as quais são: idade; gênero; grau de instrução; raça; quantos dias de internação; dias de internação em UTI; se fez uso de ventilação mecânica invasiva; histórico de tabagismo; se possui comorbidade: doença respiratória crônica, hipertensão arterial sistêmica, doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, doenças renais, obesidade, câncer; se durante a internação apresentou algum dos seguintes sintomas: febre, fadiga, falta de ar, tosse, perda de olfato e paladar, dor de cabeça, dor no corpo (músculos e articulações), náuseas e vômito, diarreia.

A análise foi realizada por meio do Programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 25, sendo aplicados os testes não paramétricos de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis. Foi considerado o nível de significância 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 (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.

O presente projeto de dissertação 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 (ANEXO D), CAAE 02730018.7.0000.0121.

Como a coleta de dados foi desenvolvida via chamada telefônica, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO E) ocorreu pelo consentimento verbal do participante, obtido no momento da chamada. 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.

Os arquivos de áudio provenientes das entrevistas, os documentos com conteúdo transcrito, bem como os instrumentos de coleta dos dados quantitativos foram armazenados em local seguro e permanecerão em posse dos coordenadores da pesquisa pelo período de cinco anos.

6 RESULTADOS

Conforme a Instrução Normativa 01/PEN/2016 do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da UFSC, de 17 de agosto de 2016, que dispõe sobre os critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e de Doutorado – PEN/UFSC, os resultados da dissertação devem ser apresentados na forma de no mínimo dois manuscritos. Deste modo, este estudo resultou em dois manuscritos que visam responder aos objetivos específicos do estudo. O primeiro está intitulado “Ações de enfermagem na transição do cuidado hospitalar de pacientes com Covid-19: revisão de escopo” e o segundo intitula-se “Qualidade da transição do cuidado hospitalar para domicílio de pacientes internados com Covid-19 em hospitais universitários brasileiros”.

6.1 MANUSCRITO 1 – AÇÕES DE ENFERMAGEM NA TRANSIÇÃO DO CUIDADO HOSPITALAR DE PACIENTES COM COVID-19: REVISÃO DE ESCOPO

AÇÕES DE ENFERMAGEM NA TRANSIÇÃO DO CUIDADO HOSPITALAR DE PACIENTES COM COVID-19: REVISÃO DE ESCOPO

RESUMO

Objetivo: Mapear as ações de enfermagem na transição do cuidado do hospital para o domicílio de pacientes com Covid-19. **Método:** Trata-se de uma revisão de escopo, com base na *Joanna Brigs Institute (JBI)*, realizada em nove bases de dados e literatura cinzenta, no período de 2020 a 2021, publicados em português, inglês e espanhol. **Resultados:** Foram selecionados 16 estudos para análise, tendo como origem Brasil, Espanha, Portugal, e os Estados Unidos, com predomínio de relatos de experiência. As evidências foram categorizadas em “Ações de enfermagem na transição do cuidado do hospital para domicílio no contexto pandêmico”, em que são apresentadas estratégias desenvolvidas em diferentes países, considerando os desafios enfrentados e as ações de cuidado adotadas; “Ações de monitoramento após a transição do cuidado”, evidenciando o uso de ferramentas virtuais para realizar o acompanhamento do paciente, em especial, a expansão e fortalecimento da telessaúde; e, “Ações de enfermagem desenvolvidas com a equipe multidisciplinar”, pontuando o desempenho de atividades coordenadas e planejadas para a alta hospitalar. **Conclusões:** A revisão mapeou as ações de enfermagem na transição do cuidado aos pacientes que receberam alta após internação devido a Covid-19, como a educação em saúde, telessaúde, monitoramento do paciente, envolvimento da equipe multidisciplinar, entre outros, permitindo um processo de transição com maior qualidade.

DESCRITORES: Cuidado transicional; Continuidade da assistência ao paciente; Infecção por coronavírus; Enfermagem; Cuidados de enfermagem.

INTRODUÇÃO

A temática da transição do cuidado está em processo de construção e adaptação, especialmente no Brasil. A Organização Mundial da Saúde define a transição do cuidado como a relação existente entre os vários pontos de atenção de onde o paciente se desloca

ou retorna para receber cuidado/atendimento em saúde (WHO, 2016). Compreende um conjunto de ações que visa assegurar a continuidade e coordenação do cuidado do paciente (WEBER et al., 2017).

A transição do cuidado contempla diversos significados que direcionam para um processo de cuidado sistemático com foco no paciente, envolvendo também os cuidadores, familiares e membros da equipe multiprofissional responsável pelo cuidado, tanto os que prestaram assistência ao paciente quanto os que serão responsáveis pela continuidade do cuidado (COLEMAN et al., 2003; PENA et al., 2018; SHAHSAVARI et al., 2019).

Dentre as transições de cuidado, destaca-se a transição entre hospital e domicílio, reconhecida como uma transição de alto risco para a segurança do paciente (WHO, 2016). Quando o processo da transição não ocorre de modo assertivo e efetivo, a continuidade do cuidado torna-se fragmentada. Fragilidades na comunicação entre os diferentes pontos de atenção à saúde e na sistematização das informações, acrescidas à vazios assistenciais, comprometem a integração do sistema de saúde, não garantindo o alcance da continuidade do cuidado (CECHINEL-PEITER et al., 2021).

Assim, o processo da alta hospitalar refere-se à elaboração de um plano personalizado para cada paciente, de acordo com as suas necessidades e contexto em que está inserido, visando melhorar os resultados de sua recuperação. Para isso, é necessário que a alta hospitalar ocorra no momento apropriado e que seja organizada a continuidade dos cuidados após a alta hospitalar (LOPES et al., 2019).

Somado às fragilidades existentes, no final do ano de 2019, o mundo foi surpreendido com a doença denominada *Corona Virus Disease-19* (Covid-19) causada pelo coronavírus *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2* (SARS-CoV-2). A manifestação clínica da doença se apresentou de diferentes formas, ocasionando desde sintomas leves, como febre, coriza e tosse, ou apresentando situações clínicas graves, como quadros de síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA), podendo evoluir, inclusive, ao óbito (FARIAS et al., 2020).

O alto potencial de transmissibilidade propiciou ao vírus uma rápida e ampla disseminação, sobrecarregando os serviços de saúde, especialmente as instituições hospitalares, gerando preocupações em relação a capacidade em suprir a crescente demanda (NORONHA et al., 2020). Assim, com a alta demanda nos sistemas de saúde, o contexto da transição do cuidado bem como as dificuldades inerentes ao processo, se tornaram mais evidentes.

O cenário pandêmico fragilizou ainda mais as ações de planejamento da alta hospitalar, orientações e educação em saúde ao paciente, promoção do autogerenciamento, segurança no uso de medicações, e o acompanhamento ambulatorial. No entanto, foram observadas iniciativas que buscaram implementar novas estratégias aos pacientes que tiveram alta hospitalar devido a Covid-19 buscando garantir a qualidade do cuidado da transição, como o uso de teleconsultas, centrais telefônicas, criação de polos de atenção à Covid-19 (DAUMAS et al., 2020).

Considerando as dificuldades da transição do cuidado já existentes previamente ao cenário pandêmico, faz-se importante analisar as ações desenvolvidas no processo de transição de cuidado a pacientes com Covid-19. O conhecimento dessas ações permitirá identificar aspectos de melhorias na transição do cuidado, bem como, comparar as respostas às mudanças desenvolvidas em diferentes realidades. A integração desses resultados pode gerar respostas importantes e oportunidades de avanço nesse cenário. A pergunta de pesquisa do presente estudo é: Quais são as ações de enfermagem a pacientes com Covid-19 na transição do cuidado na alta hospitalar? Sendo assim, esta revisão de escopo tem como objetivo mapear as ações de enfermagem na transição do cuidado do hospital para o domicílio de pacientes com Covid-19.

MÉTODOS

Desenho de Estudo

Trata-se de uma revisão de escopo, compreendendo uma busca sistematizada das ações de enfermagem na transição do cuidado do hospital para o domicílio de pacientes com Covid-19 no cenário mundial. As revisões de escopo são utilizadas como método de pesquisa para mapear os principais conceitos, abordar uma questão de pesquisa exploratória, mapear evidências, assim como evidenciar lacunas na pesquisa relacionada a um campo emergente (PETERS et al., 2020).

Esta revisão foi desenvolvida e sustentada pelo método proposto por JBI (PETERS et al., 2020) através das seguintes etapas: (1) definir e alinhar os objetivos e perguntas; (2) desenvolver e alinhar os critérios de inclusão com os objetivos e pergunta da revisão; (3) descrever a abordagem planejada para busca de evidências, seleção, extração de dados e apresentação das evidências; (4) busca das evidências; (5) seleção das evidências; (6) extrair as evidências; (7) analisar as evidências; (8) apresentar os

resultados; e, (9) resumir as evidências em relação ao objetivo da revisão, concluindo e observando quaisquer implicações dos resultados.

A condução do presente estudo ocorreu conforme protocolo da revisão de escopo, o qual está registrado no software de pesquisa *Open Science Framework Registries*[®], sob o número 10.17605/OSF.IO/Y3UWM.

Identificação da Questão de Pesquisa

A definição da pergunta de pesquisa seguiu a construção da estratégia PCC (População – Conceito – Contexto). Na qual o “P” significa pacientes adultos hospitalizados por Covid-19 que tiveram alta para casa, o “C” significa ações de enfermagem na transição do cuidado, e o “C” significa hospitalar.

Assim, a questão norteadora do estudo é: Quais são as ações de enfermagem a pacientes com Covid-19 na transição do cuidado na alta hospitalar?

CrITÉRIOS de Seleção

Os estudos selecionados foram de qualquer desenho metodológico (artigos originais, de revisão, de reflexão, relatos de experiência, editoriais, pré prints e literatura cinzenta, nos idiomas inglês, português e espanhol, com recorte temporal definido de dezembro de 2019 a novembro de 2021, que abordassem o tema de ações de enfermagem a pacientes com Covid-19 na transição do cuidado na alta hospitalar.

Estratégias de Busca

A busca foi realizada considerando as bases de dados PubMed, Embase, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), COCHRANE library, Scopus, Web of Science, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de dados de Enfermagem (BDENF), e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Os descritores foram extraídos dos Descritores em Ciências da Saúde (DECS) e do *Medical Subject Headings* (MeSH), sendo selecionados: cuidado transicional; infecções por coronavírus; e, enfermagem, com os seus respectivos termos alternativos. Assim, os descritores foram combinados através de operadores booleanos OR e AND. As estratégias de busca foram elaboradas com os descritores e termos alternativos, em cada base de dados, com o auxílio de uma bibliotecária, conforme apresentado: ("Coronavirus Infections"[Mesh] OR "Coronavirus Infections" OR "Coronavirus"[Mesh] OR "Coronavirus" OR "SARS Virus"[Mesh] OR "SARS Virus"

OR "SARS-CoV" OR "Covid-19"[Mesh] OR "Covid-19" OR "SARS-CoV-2"[Mesh] OR "SARS-CoV-2" OR "SARSCoV2" OR "SARS2" OR "COVID19" OR "COVID-2019" OR "SARS COV 2" OR "2019-nCoV" OR "2019ncov" OR "nCoV 2019") AND ("Transitional Care"[Mesh] OR "Transitional Care" OR "Transition Care" OR "Transition Cares" OR "Transitional Cares" OR "Continuity of Patient Care"[Mesh] OR "Continuity of Patient Care" OR "Care Continuity, Patient" OR "Patient Care Continuity" OR "Continuum of Care" OR "Care Continuum" OR "Continuity of Care" OR "Care Continuity") AND ("Nursing"[Mesh] OR "Nursing" OR "Nursings" OR "Nurses"[Mesh] OR "Nurses" OR "Nurse").

As bases de dados selecionadas possuem ampla divulgação de evidências científicas produzidas sobre a Covid-19. Destaca-se a análise da lista de referências dos estudos selecionados em busca de materiais adicionais, pesquisa de literatura cinzenta. Manteve-se propositalmente ampla a pesquisa, a fim de identificar todos os materiais possíveis. A busca pela literatura cinzenta e *pré-prints* ocorreu pelo *Google Scholar*, utilizando os termos “coronavirus”, “Covid-19”, “transitional care”, “continuity of patient care”, “nurse” e “nursing”.

Seleção dos Estudos

A busca dos estudos e demais materiais que fizeram parte da revisão, ocorreram por meio de uma pesquisadora em dezembro de 2021, considerando os aspectos definidos no protocolo de revisão de escopo.

Após leitura de título e resumo, foram selecionados os artigos para leitura na íntegra e então, quando dentro dos critérios de seleção, os artigos foram incluídos no estudo. Em caso de dúvidas quanto a elegibilidade do artigo, duas pesquisadoras com experiência no contexto da transição do cuidado realizaram a leitura dos artigos para definição da inserção ou exclusão do estudo. Para o desenvolvimento desta etapa, foi utilizado o software *Mendeley*[®] para o gerenciamento da revisão.

Extração dos Dados

Foram coletados os seguintes dados a partir dos materiais selecionados: ano de publicação; país em que a pesquisa foi desenvolvida; tipo de material; definições encontradas no material, objetivo e método do estudo (quando se tratar de artigos científicos). Todos os dados foram coletados utilizando planilha do *Microsoft Excel*[®] desenvolvida para essa revisão.

Análise dos Dados

Os dados coletados foram agrupados conforme os principais assuntos de interesse identificados nos materiais, possibilitando a elaboração de categorias. Isso, para promover a identificação das ações de enfermagem na transição do cuidado a pacientes com Covid-19. A partir das categorias formadas, os resultados apresentam-se por meio de quadros e descrições.

Aspectos Éticos

Por se tratar de uma revisão de literatura, foram respeitados os critérios éticos de autoria, referenciamento e direitos autorais.

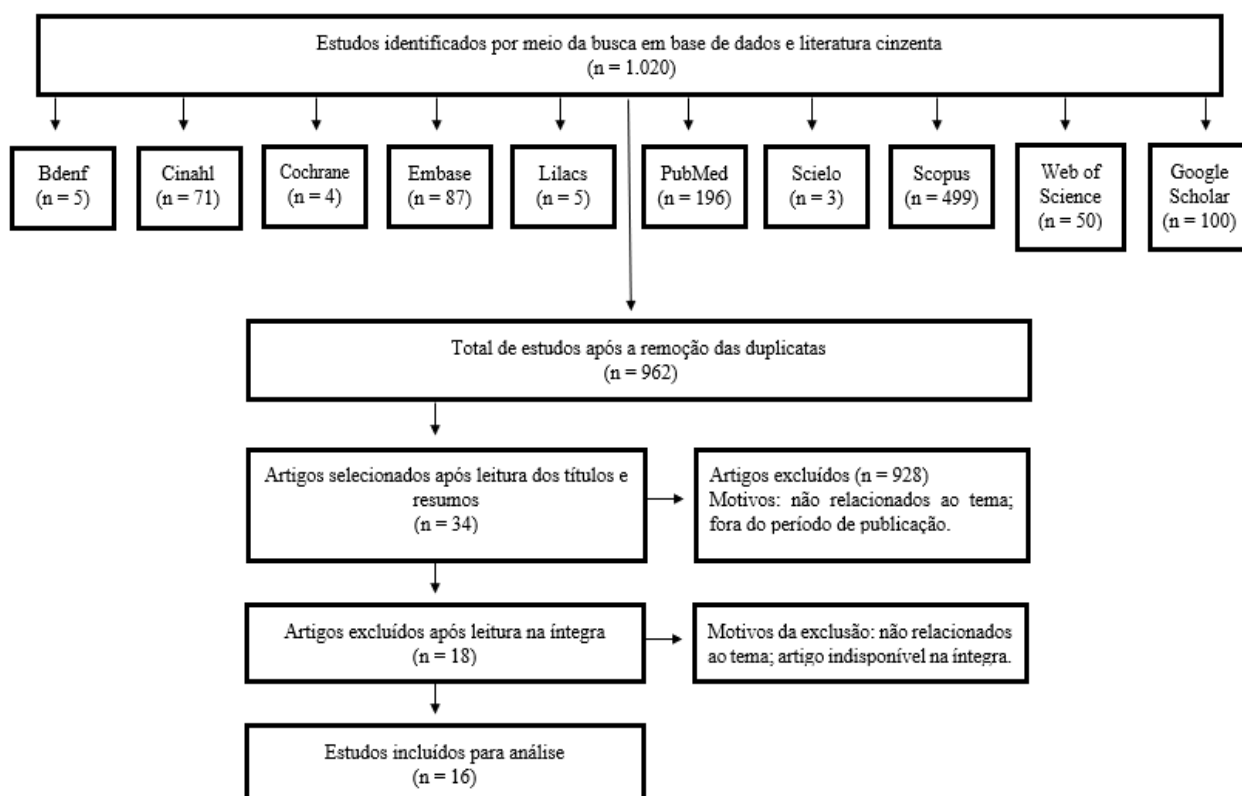
O estudo seguiu as orientações de redação preconizadas pelo check-list Prisma-ScR (TRICCO et al., 2018) assim, os resultados da etapa de busca são apresentados por meio de diagrama de fluxo do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses* (PRISMA-ScR), extensão para *Scoping Review*.

RESULTADOS

Foram identificados 1.020 artigos, dos quais 16 foram selecionados para análise. As publicações concentram-se entre 2020 (n = 43,7%) e 2021 (n = 56,2%), tendo como origem, principalmente, os Estados Unidos (n=81,2%).

A figura abaixo apresenta o desenvolvimento da seleção dos manuscritos originais, bem como os motivos da exclusão.

Figura 3 – Diagrama de fluxo PRISMA-ScR do processo de seleção das publicações da revisão de escopo



Fonte: elaborado pela autora (2022)

A seguir, no Quadro 3, são apresentadas as informações obtidas a partir dos materiais identificados, apresentando o tipo de estudo, o país em que foi desenvolvido e os objetivos relacionados à transição do cuidado de pacientes internados por Covid-19.

Quadro 3 – Caracterização dos estudos incluídos na revisão de escopo. Florianópolis, SC, Brasil, 2022

Artigo	Ano País	Delineamento	Objetivo
Liaison nurses in the discharge management of the Hospital de Clinicas Complex (BERNARDINO et al., 2021)	2021 Brasil	Relato de experiência	Apresentar o trabalho desenvolvido por enfermeiras de ligação no Serviço de Gestão de Altas do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná.
Meeting the Transitional Care Needs of Older Adults with Covid-19 (NAYLOR et al., 2019)	EUA 2020	Opinião de especialistas	Analisar as necessidades de cuidados transicionais de idosos com Covid-19.

Home Health Services in the Time of Coronavirus Disease 2019: Recommendations for Safe Transitions (KELLER et al., 2019)	EUA 2020	Opinião de especialistas	Descrever os desafios na prestação de serviços de saúde domiciliar no tempo de Covid-19 e apresentar recomendações para melhorar os cuidados transicionais e a segurança de idosos, famílias e provedores de serviços de saúde domiciliar.
Early impact of a Covid-19 transitions of care pathway (METERSKY et al., 2021)	EUA 2021	Estudo exploratório	Avaliar o impacto de um caminho de transições ineficazes, de atendimento na confiança, conhecimento e planos de ação do profissional de saúde em torno da gestão da Covid-19.
Usefulness and acceptance of telephone monitoring by a virtual assistant for patients with Covid-19 following discharge (BERMÚDEZ et al., 2021)	Espanha 2021	Opinião de especialistas	Avaliar a utilidade e aceitação dos pacientes de um cuidador virtual projetado para seu acompanhamento após a alta hospitalar de Covid-19.
Effect of the Covid-19 Pandemic on Postacute Care Decision Making (LEVIN et al., 2021)	EUA 2021	Estudo exploratório	Apresentar os desafios e oportunidades envolvidos na adaptação a um surto de pandemia, bem como algumas considerações operacionais em mover pacientes através da continuidade do cuidado.
Discharge characteristics and care transitions of hospitalized patients with Covid-19 (LOERINC et al., 2021)	EUA 2021	Estudo documental	Descrever os dados demográficos, as comorbidades básicas, o curso do hospital e os planos de cuidados pós-alta de pacientes com Covid-19 que receberam alta de hospitais em um sistema de saúde acadêmico em Atlanta, Geórgia.
Managing care transitions to the community during a pandemic (LANDOR et al., 2020)	EUA 2020	Relato de experiência	Descrever o programa desenvolvido para expandir as intervenções de Coordenação de Cuidados e Gestão de Transições (CCTM) concluídas por enfermeiras.
The Challenge of Providing Evidence-based Transitional Care (NAYLOR et al., 2020)	EUA 2021	Opinião de especialistas	Apresentar os desafios de fornecer os cuidados de transição baseados em evidência.
Transitional Care in Times of Covid-19: Opportunities for e-Health Interventions (BAIXINHO et al., 2021)	Portugal 2021	Estudo exploratório	Compreender a influência da atual pandemia na continuidade do cuidado entre o hospital e a comunidade.

From Hospital to Home: An Intensive Transitional Care Management Intervention for Patients with Covid-19 (BORGEN et al., 2021)	EUA 2021	Relato de experiência	Apresentar a oportunidade de otimizar a capacidade de leitos hospitalares por meio da prevenção de internações de pacientes que poderiam receber alta em segurança com suporte médico domiciliar adequado e telegerenciamento.
Discharge Practices for Covid-19 Patients: Rapid Review of Published Guidance and Synthesis of Documents and Practices at 22 US Academic Medical Centers (GREYSEN et al., 2021)	EUA 2021	Estudo documental	Identificar e sintetizar as práticas comuns para a alta hospitalar de pacientes com Covid-19.
Reengineering the Discharge Transition Process of Covid-19 Patients Using Telemedicine, Remote Patient Monitoring, and Around-the-Clock Remote Patient Monitoring from the Emergency Department and Inpatient Units (KODAMA et al., 2021)	EUA 2020	Relato de experiência	Descrever a evolução dos processos que permitiram o pronto-socorro seguro e as altas hospitalares e o acompanhamento de pacientes com Covid-19 de baixo e moderado risco.
Covid-19 and inpatient rehabilitation nursing care: Lessons learned and implications for the future (CAMICIA et al., 2021)	EUA 2021	Relato de experiência	Descrever o impacto das intervenções de enfermagem de reabilitação para melhorar os resultados para pacientes com Covid-19 e seus cuidadores.
Clinical informatics accelerates health system adaptation to the Covid-19 pandemic: Examples from Colorado (LIN et al., 2020)	EUA 2020	Relato de experiência	Descrever exemplos de como colaboração, empatia, design e <i>huddles</i> ágeis resolveram rapidamente problemas complexos e indefinidos.
Remote Patient Monitoring Program for Hospital Discharged Covid-19 Patient (GORDON et al., 2020)	EUA 2020	Relato de experiência	Implantar um programa de Monitoramento Remoto de Pacientes (RPM) para monitorar pacientes com Covid-19 na alta hospitalar.

Fonte: elaborado pela autora (2022)

No que se refere às principais evidências identificadas, foram elaboradas as categorias: Ações de enfermagem na transição do cuidado do hospital para o domicílio;

Ações de monitoramento após a transição do cuidado; e, Ações de enfermagem desenvolvidas com a equipe multidisciplinar.

Ações de enfermagem na transição do cuidado do hospital para o domicílio

A primeira categoria apresenta as ações de enfermagem desenvolvidas frente aos desafios/dificuldades no contexto pandêmico, evidenciando os desafios vivenciados e estratégias adotadas para transição do hospital para o domicílio. Frente à pandemia da Covid-19 e à ausência de conhecimento sobre a nova doença, as instituições hospitalares e os gestores, necessitaram se adaptar e reestruturar fluxos de atendimento. Assim, nessa categoria, são apresentadas estratégias desenvolvidas em diferentes países.

Dentre as práticas mais comuns na transição do cuidado ao paciente com Covid-19, destaca-se que foram desenvolvidos materiais visuais com instruções para alta hospitalar e orientações específicas relacionadas à doença Covid-19, salientando a importância do isolamento domiciliar e os sintomas a serem observados. Ainda, estudos fazem menção em relação às especificidades de cada paciente, condições clínicas, comorbidades, elaborando, assim, planos de cuidados (BERNARDINO et al., 2021; LOERINC et al., 2021; GREYSEN et al., 2021).

Para a transição do cuidado segura, destaca-se a importância do isolamento e mitigação da transmissão e os critérios da alta para ambiente domiciliar. Assim, foram definidos critérios clínicos para auxiliar no direcionamento das ações de cuidado, através da avaliação do estado clínico e as tendências laboratoriais, estado funcional do paciente, bem como através de determinantes sociais e as capacidades para realizar atividades da vida diária. Estes critérios direcionaram as orientações para a alta e o acompanhamento dos pacientes (LEVIN et al., 2021; GREYSEN et al., 2021).

Estudos apresentam a transição do cuidado baseada no Modelo de Cuidados de Transição Covid-19, o qual evidencia forte conexão do hospital com os cuidados primários. Nesse modelo foram sugeridos relacionamentos de confiança, melhora do desenvolvimento do paciente, promoção da colaboração entre as equipes de atendimento, propiciando a educação em saúde do paciente e do cuidador. Ainda, destaca-se a necessidade de a educação em saúde do cuidador ter sido desenvolvida, em alguns casos, através da telessaúde (NAYLOR et al., 2020; LANDOR et al., 2020).

Durante a transição, estudos evidenciam a importância da transferência adequada de informações, entre o hospital e os serviços de cuidados primários. Esta colaboração entre os serviços pode contribuir no desenvolvimento de fluxos de trabalhos ideais para

visitas domiciliares (BERNARDINO et al., 2021; KELLER et al., 2020). Nesse sentido, destaca-se a experiência desenvolvida no Brasil, onde uma instituição hospitalar definiu uma enfermeira de ligação responsável pela contrarreferência do paciente, favorecendo o vínculo do paciente à equipe de cuidados primários (BERNARDINO et al., 2021).

Considerando a contrarreferência do paciente, estudos relatam a influência da Covid-19 em relação à comunicação entre os setores terciário e primário. Diante da grande demanda de atendimento, a comunicação entre os serviços tornou-se mais difícil, com consequente fragmentação do cuidado durante a transição. Os profissionais de saúde ressaltam a necessidade de novos arranjos frente aos desafios impostos pela pandemia, e apontam a telemedicina como estratégia para contribuir na continuidade do cuidado (BERNARDINO et al., 2021; BAIXINHO et al., 2021).

Ações de monitoramento após a transição do cuidado

Em relação às ações de monitoramento na continuidade do cuidado após a alta, as evidências apontam uma estratégia amplamente desenvolvida que alcançou destaque na continuidade do cuidado: a telessaúde, agregado a outras ferramentas virtuais (KELLER et al., 2020; LOERINC et al., 2021; NAYLOR et al., 2020; BORGEM et al., 2021; KODAMA et al., 2021; LIN et al., 2020). A maioria dos hospitais dos EUA (77%) ofereceu programas de monitoramento e/ou acompanhamento virtual após a alta do paciente, sendo realizado envio de mensagens e ligações telefônicas, incluindo o fornecimento de oxímetro de pulso e termômetro (GREYSEN et al., 2021).

Para a continuidade do cuidado, se faz necessário realizar o monitoramento de déficits cognitivos e da saúde mental, pois caso não haja esse cuidado, poderá acarretar em consequências a longo prazo. Também se faz necessário as visitas aos pacientes que foram internados devido a Covid-19, realizadas de forma equilibrada entre visitas domiciliares e monitoramento remoto (NAYLOR et al., 2020; KELLER et al., 2020).

Nesse sentido, o estudo destaca desafios referentes ao atendimento domiciliar para os pacientes. A dificuldade em adquirir EPI (Equipamento de Proteção Individual) adequado para prestadores de cuidados domiciliares foi um problema significativo, bem como garantir equipes preparadas, enfermeiros e terapeutas, muitos dos quais estavam doentes com o vírus, impondo importantes barreiras para o cuidado domiciliar, como o suprimento de oxigênio na comunidade para pacientes com alta hospitalar recente (LEVIN et al., 2021).

Estudo descreve o desenvolvimento de um protocolo de avaliação para pacientes com Covid-19, que além do acompanhamento diário via telemedicina e telenfermagem, forneceu terapia de suplementação de oxigênio em casa (BORGEM et al., 2021). Também, através de um aplicativo e o fornecimento de um termômetro e um oxímetro de pulso, os pacientes relataram seus sintomas após a alta hospitalar, e foram acompanhados de acordo com as necessidades apresentadas. Foram orientados a monitorar os sinais vitais, reduzindo, assim, os riscos de readmissões (KODAMA et al., 2021; GORDON et al., 2020).

A avaliação contínua é necessária para identificar precocemente necessidades futuras e elaborar programas de implementação de cuidados específicos. Visto a rápida expansão do monitoramento remoto, os profissionais de saúde abordam a fragilidade dessa estratégia, salientando a necessidade de melhorias no monitoramento remoto ao paciente. As principais dificuldades descritas pelos profissionais de saúde, referem-se ao monitoramento remoto do paciente (36%) e o controle de infecção domiciliar (32%) (METERSKY et al., 2021).

Ainda, as evidências relatam o acompanhamento telefônico com os pacientes após a alta hospitalar, ferramenta útil e de baixo custo. Entretanto, em contrapartida, consome recursos de enfermagem, visto que um enfermeiro se torna responsável pela função (BERMÚDEZ et al., 2021).

Estudo evidenciou ações de uma equipe assistencial da comunidade que realizava ligações para pacientes após a alta hospitalar, documentando cada encontro, avaliando a sintomatologia, revisando a educação em saúde, além de verificar a adesão ao tratamento proposto de medicação e compreensão de instruções específicas da Covid-19. Estas avaliações determinaram o nível de suporte e acompanhamento que deveriam ser fornecidos para cada paciente (LANDOR et al., 2020).

Ações de enfermagem desenvolvidas com a equipe multidisciplinar

Esta categoria refere-se às ações de enfermagem desenvolvidas em conjunto com a equipe multidisciplinar. Estudo relata o trabalho da equipe multidisciplinar para elaborar critérios de triagem para a transição do cuidado, critérios que envolvem o estado clínico, exames laboratoriais e estado funcional. De acordo com o estado clínico de cada paciente, ocorreu o planejamento da alta hospitalar. Ainda, os profissionais desenvolveram um manual de cuidados para orientar sobre exercícios autodirigidos, propiciando uma melhor recuperação (LEVIN et al., 2021).

As recomendações de cuidados foram determinadas pela equipe de alta hospitalar, com objetivos referentes à reabilitação e recuperação, prevenção de internações e monitoramento das condições recém-diagnosticadas ou crônicas que poderiam se tornar instáveis frente à hospitalização (LOERINC et al., 2021).

Em trabalho desenvolvido nos EUA, a equipe multidisciplinar realizou periodicamente uma revisão dos cuidados fornecidos no processo de transição para atender com qualidade as necessidades dos pacientes (LANDOR et al., 2020). Nesse sentido, destaca-se a importância do treinamento da equipe para o uso adequado de EPI, tornando os profissionais mais preparados para a assistência à saúde com segurança, através de treinamentos repetidos, vídeos, listas de verificação e observação (KELLER et al., 2020).

Ainda, aponta-se a equipe de saúde como essencial para fornecer informações práticas de infecções entre as famílias, auxiliando-as no manejo da Covid-19, além de fornecer apoio emocional (KELLER et al., 2020). Estudo descreve a experiência de médicos e enfermeiros se reunirem para elaborar estratégias práticas para integração, tomada de decisão, telessaúde e análise preditiva, dentre elas: desenvolvimento de materiais visuais para orientação em saúde, desenvolvimento de telessaúde, treinamento de comunicação adequada, entre outras (LIN et al., 2020).

Estudo pontua a presença da liderança da enfermagem como essencial para apoiar a equipe multidisciplinar através do fornecimento de recursos e treinamentos. Durante o processo de transição, os autores destacam a importância de atender as necessidades biopsicossociais do paciente e da família, lidando diretamente com insegurança, medo e ansiedade frente ao cenário vivenciado por estes pacientes (CAMICIA et al., 2021).

Destaca-se as seguintes atribuições da enfermagem referente aos cuidados ao paciente com Covid-19, incluindo a avaliação pré-admissão hospitalar, a assistência durante a internação e o planejamento da transição: educar pacientes e cuidadores sobre a segurança, eficácia e benefícios de saúde pessoal e comunitário de receber a vacina contra a Covid-19; avaliar os cuidadores quanto ao seu preparo para o papel de cuidador e abordar quaisquer lacunas em um plano de cuidados personalizado. Já as atribuições dos líderes de enfermagem dizem respeito a: apoiar a equipe durante a crise por meio de presença autêntica e comunicação transparente; manter-se atualizado das novas diretrizes e políticas; garantir o fornecimento de educação à equipe; fornecer recursos para gerenciar a ansiedade e o sofrimento emocional da equipe; aplicar políticas de distanciamento e máscara para funcionários e visitantes; promover o autocuidado,

incentivando uma boa nutrição, exercícios, sono e descanso, e redução do estresse para a equipe; aplicar os aprendizados às operações clínicas e à prestação de cuidados e adotar inovações tecnológicas benéficas (CAMICIA et al., 2021).

DISCUSSÃO

Os estudos incluídos nesta revisão foram em sua maioria relatos de experiência (BERNARDINO et al., 2021; LANDOR et al., 2020; BAIXINHO et al., 2021; BORGEM et al., 2021; KODAMA et al., 2021; CAMICIA et al., 2021; LIN et al., 2020; GORDON et al., 2020), tendo como origem principalmente os EUA (NAYLOR et al., 2020; KELLER et al., 2020; METERSKY et al., 2021; LEVIN et al., 2021; LOERINC et al., 2021; LANDOR et al., 2020; NAYLOR et al., 2020; BORGEM et al., 2021; GREYSEN et al., 2021; KODAMA et al., 2021; CAMICIA et al., 2021; LIN et al., 2020; GORDON et al., 2020) e no ano de 2021 (BERNARDINO et al., 2021; METERSKY et al., 2021; BERMÚDEZ et al., 2021; LOERINC et al., 2021; NAYLOR et al., 2020; BAIXINHO et al., 2021; BORGEM et al., 2021; GREYSEN et al., 2021; CAMICIA et al., 2021). Estes achados representam ineditismo por apresentarem importantes estratégias implementadas na transição do cuidado hospitalar para o domicílio de pacientes internados devido a Covid-19, considerando a disseminação da nova doença em dezembro de 2019. No entanto, necessita-se de mais estudos com maiores níveis de evidência para conhecer o impacto das ações desenvolvidas.

O processo de transição hospitalar está relacionado a um plano de cuidados para o paciente, visando tornar a transição do cuidado para o domicílio segura, sendo uma estratégia fundamental para a promoção da continuidade do cuidado após a alta hospitalar. Este contexto evidencia a vulnerabilidade dos pacientes quanto à continuidade do cuidado. Representando, assim, um desafio para os sistemas de saúde. O desafio compreende a elaboração de mecanismos satisfatórios de comunicação que minimizem os riscos da descontinuidade do cuidado, reduzindo as readmissões hospitalares (CECHINEL-PEITER et al., 2021; KNIHS et al., 2020; GOULARTE et al., 2021).

Considerando os desafios da transição hospitalar juntamente ao cenário enfrentado pela pandemia da Covid-19, a assistência à saúde necessitou elaborar novas estratégias e fluxos de atendimento para suprir a progressiva demanda. Nesse sentido, este estudo destacou a importância de estratégias como ações de orientações em saúde, e, para

propiciar maior compreensão, fizeram uso de materiais visuais (NAYLOR et al., 2020; LOERINC et al., 2021; GREYSEN et al., 2021).

A literatura corrobora com esta estratégia, reforçando a necessidade de facilitar o aprendizado dos pacientes e seus familiares e cuidadores (KNIHS et al., 2020). Estudo pontua que os profissionais de enfermagem responsáveis pelo planejamento da alta hospitalar, orientam sobre o cuidado e autocuidado, e os responsáveis pelo cuidado do paciente recebem toda a informação verbal e também escrita (COSTA et al., 2020). Assim, a educação é compreendida como processo educativo que busca proporcionar à população a aquisição de conhecimento acerca dos processos que melhoram a saúde individual e coletiva (KNIHS et al., 2020; SILVA et al., 2021).

Para isso, é fundamental o desenvolvimento de um relacionamento de confiança, fortalecendo o vínculo entre o paciente/família/cuidadores e os profissionais de saúde. No entanto, ressalta-se que a pandemia da Covid-19 dificultou ainda mais a construção desse vínculo. Esse fato exigiu da equipe assistencial a elaboração de novas maneiras de acolhimento (SILVA et al., 2021; BELFORT et al., 2021).

Além da dificuldade de comunicação entre profissionais e pacientes/família/cuidadores, a comunicação entre os profissionais dos diferentes níveis de atenção à saúde é um importante fator na transição do cuidado. Nessa perspectiva, destaca-se a relevância da contrarreferência que reduz a fragmentação da continuidade do cuidado, fortalece o vínculo entre os pacientes e profissionais de saúde, sendo realizado acompanhamento após a alta, reduzindo a necessidade de reinternações e complicações de saúde. Somado a isso, a integração e a melhoria na qualidade do cuidado prestado contribuem para reduções de custos e de hospitalizações, além de fortalecer a continuidade do cuidado (WEBER et al., 2017; COSTA et al., 2020; RAMIRES, 2020).

Em estudos brasileiros, enfermeiros relataram dificuldades para realizar a continuidade do cuidado frente à ausência de conhecimento sobre a estruturação da rede de atenção à saúde, de protocolos clínicos e de fluxos de contrarreferência, além da sobrecarga de trabalho (RIBAS et al., 2018; ACOSTA et al., 2018; OLIVEIRA et al., 2021). Destaca-se a importância de o hospital possuir um profissional que desempenhe atribuições referentes à coordenação de altas e articulação da continuidade do cuidado com os diferentes pontos de atenção à saúde, principalmente os cuidados primários (BERNARDINO et al., 2021). Estudo desenvolvido em território nacional descreve a implementação da Enfermeira de Ligação para acompanhar a internação de pacientes com quadros de saúde complexos, e planejar a alta hospitalar juntamente com a equipe

multidisciplinar. Dentre as competências deste profissional, destaca-se a necessidade de experiência em tratamentos complexos, proatividade, manejo do cuidado a pacientes e familiares, liderança, comunicação, entre outros (COSTA et al., 2021).

Tratando-se de pacientes que foram internados devido à Covid-19, a continuidade do cuidado torna-se ainda mais necessária, visto que a literatura aponta possíveis sequelas que estes pacientes podem desenvolver a médio e a longo prazo, com manifestações de diversas naturezas, incluindo neurológicas, respiratórias e alterações na saúde mental (LINO-MOURA et al., 2021; AGUIAR et al., 2021). Contudo, ainda há poucos estudos observacionais relacionados ao impacto da Covid-19 a longo prazo, o que pode constituir uma barreira para a compreensão das necessidades de saúde dos pacientes que sofreram com formas graves da doença (ROSA et al., 2021).

Dessa forma, o impacto da Covid-19 ainda não é completamente conhecido, o que torna fundamental o cuidadoso monitoramento dos pacientes ao longo do processo de recuperação (CACAU et al., 2020).

Corroborando com os achados deste estudo, a literatura aponta a incorporação da tecnologia de informação e telecomunicação, onde a telessaúde ganha destaque, como uma ferramenta acessória e potencialmente útil nas ações em saúde (GALVAN et al., 2021). Evidências apontam que a telessaúde pode trazer benefícios tanto na melhoria da qualidade assistencial, quanto possibilita manter os serviços de saúde em relação aos cuidados agudos, crônicos, cuidados primários e especializados (BASHSHUR et al., 2020; ORLANDO et al., 2019).

O telemonitoramento pode ser utilizado, especialmente, aos pacientes suscetíveis à maior vulnerabilidade, que são aqueles que sobreviveram a quadros graves da doença. Visto que apresentam altos riscos de complicações cardiovasculares e aumento da mortalidade após fase aguda da doença. Assim, é necessário que o acompanhamento do paciente seja realizado pela equipe multidisciplinar (CACAU et al., 2020).

A literatura enfatiza a relevância da atuação da equipe multidisciplinar no cuidado ao paciente. Para isso, se faz necessário proporcionar aos profissionais a educação continuada, atualizando o conhecimento destes, a fim de prestarem uma assistência segura e de qualidade (PAIXÃO et al., 2021).

A equipe multidisciplinar possui atribuições fundamentais no processo de transição do cuidado, desempenhando atividades coordenadas e planejadas para a alta. Quando este processo é realizado de forma adequada, contribui para uma melhor adesão do tratamento ao paciente, aumento na qualidade de vida, redução de internações e

complicações após a alta hospitalar (NAYLOR et al., 2017; KNIHS et al., 2020; GOULARTE et al., 2021).

A enfermagem destaca-se como uma das profissões protagonistas do cuidado ao paciente internado com Covid-19, visto que estes profissionais atuam na linha de frente aos pacientes com suspeita ou confirmação da doença (GONÇALVES et al., 2021), seja na assistência direta, em cargos de gestão, na educação em saúde, entre outros.

O profissional enfermeiro exerce função central no planejamento da alta, além de ser considerado um facilitador na transição do cuidado, pois coordena as ações e a interação entre os profissionais, serviços e pacientes e familiares a fim de assegurar a continuidade da assistência após a internação (SANTOS et al., 2022). Assim, o profissional de enfermagem possui atributos, características, funções, valores, conhecimentos e habilidades para contribuir com competência na transição do cuidado (CAMICIA et al., 2021).

Assim, essa síntese de evidências científicas apresentadas pode auxiliar na implementação de estratégias na transição do cuidado, como monitoramento de pacientes por ligação telefônica, visitas domiciliares associadas ao acompanhamento remoto, a telessaúde, orientações em saúde e atuação em conjunto da equipe multidisciplinar. Entende-se que a apresentação destas evidências pode ser implementada na assistência à saúde, bem como tem potencial para o desenvolvimento de novas pesquisas na temática.

Como limitação do estudo, pode-se citar o período de publicação entre 2019 e 2021. Assim, sugere-se a produção de novos estudos sobre a temática proposta frente à necessidade da qualificação das ações da transição do cuidado ao paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou identificar as principais ações de enfermagem na transição do cuidado de pacientes com Covid-19 na alta hospitalar. A temática da transição do cuidado do hospital para o domicílio do paciente com Covid-19 ainda é pouco explorada.

A literatura nacional e internacional identificada pontua a importância do desenvolvimento de estratégias que garantam uma transição do cuidado segura e de qualidade a estes pacientes, considerando suas especificidades, a importância de maior coesão entre os diferentes pontos de atenção à saúde, bem como da realização de monitoramento para a continuidade do cuidado, a fim de acompanhar o paciente no

processo de recuperação, atuando nas necessidades identificadas e proporcionando maior segurança ao paciente e familiares. O envolvimento da equipe multidisciplinar se faz necessário visto a complexidade do cuidado que pacientes após internação por Covid-19 podem apresentar, além de que cada profissional contribui com seu conhecimento e experiência.

Portanto, as evidências encontradas neste estudo apresentam contribuições práticas para o processo da transição do cuidado, principalmente ao profissional enfermeiro, tendo em vista a relevância de sua atuação na transição do cuidado. Ainda, o presente estudo pontuou dificuldades vivenciadas no contexto pandêmico e as lacunas de conhecimento já existentes, evidenciando pontos importantes para ações de melhoria, visando a qualidade da assistência.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, Aline Marques; CÂMARA, Camila Engel; WEBER, Luciana Andressa Feil; FONTENELE, Raquel Malta. Atividades do enfermeiro na transição do cuidado: realidades e desafios. **Revista de Enfermagem Ufpe On Line**, [S.L.], v. 12, n. 12, p. 3190, 2 dez. 2018. Revista de Enfermagem, UFPE Online. <http://dx.doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a231432p3190-3197-2018>.

AGUIAR, Bianca Fontana; SARQUIS, Leila Maria Mansano; MIRANDA, Fernanda Moura D'almeida. Sequelas da Covid-19: uma reflexão sobre os impactos na saúde do trabalhador. **Research, Society And Development**, [S.L.], v. 10, n. 14, p. 40101421886, 24 out. 2021. Research, Society and Development. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i14.21886>.

BAIXINHO, Cristina Lavareda; SOUSA, Luís; FERREIRA, Óscar Ramos. Transitional Care in Times of COVID 19: opportunities for e-health interventions. **Lecture Notes In Bioengineering**, [S.L.], p. 336-344, 2021. Springer International Publishing. http://dx.doi.org/10.1007/978-3-030-72567-9_31.

BASHSHUR, Rashid; DOARN, Charles R.; FRENK, Julio M.; KVEDAR, Joseph C.; WOOLLISCROFT, James O. Telemedicine and the Covid-19 Pandemic, Lessons for the Future. **Telemedicine And E-Health**, [S.L.], v. 26, n. 5, p. 571-573, 1 maio 2020. Mary Ann Liebert Inc. <http://dx.doi.org/10.1089/tmj.2020.29040.rb>.

BELFORT, Ilka Kassandra Pereira; COSTA, Victor Catarino; MONTEIRO, Sally Cristina Moutinho. Acolhimento na estratégia saúde da família durante a pandemia da Covid-19. **Aps em Revista**, [S.L.], v. 3, n. 1, p. 03-08, 1 abr. 2021. Lepidus Tecnologia. <http://dx.doi.org/10.14295/aps.v3i1.139>.

BERMÚDEZ, I. García; MANSO, M. González; SÁNCHEZ, E. Sánchez; HITA, A. Rodríguez; RUBIO, M. Rubio; FERNÁNDEZ, C. Suárez. Utilidad y aceptación del

seguimiento telefónico de un asistente virtual a pacientes Covid-19 tras el alta. **Revista Clínica Española**, [S.L.], v. 221, n. 8, p. 464-467, out. 2021. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2021.01.003>.

BERNARDINO, Elizabeth; SILVA, Otilia Beatriz Maciel da; GALLO, Valeria Cristina Lopes; VILARINHO, Jéssica Oliveira Veloso; SILVA, Olivia Luciana dos Santos; SELLETI, Jaqueline Dias do Nascimento. Enfermeiras de Ligação na Gestão de Altas do Complexo Hospital de Clínicas. **Enfermagem em Foco**, [S.L.], v. 12, n. 71, p. 1, 23 set. 2021. Conselho Federal de Enfermagem - Cofen. <http://dx.doi.org/10.21675/2357-707x.2021.v12.n7.supl.1.5164>.

BORGEN, Irene; ROMNEY, Martha C.; REDWOOD, Nicole; DELGADO, Belynda; ALEA, Patricia; GEORGE, Brian H.; PUZZIFERRO, Jennifer; SHIHABUDDIN, Lina. From Hospital to Home: an intensive transitional care management intervention for patients with Covid-19. **Population Health Management**, [S.L.], v. 24, n. 1, p. 27-34, 1 fev. 2021. Mary Ann Liebert Inc. <http://dx.doi.org/10.1089/pop.2020.0178>.

CACAU, Lucas de Assis Pereira; MESQUITA, Rafael; FURLANETTO, Karina Couto; BORGES, Daniel Lago Silva; FORGIARINI JUNIOR, Luiz Alberto; MALDANER, Vinicius; SOUZA, Yves de; CIPRIANO JÚNIOR, Gerson; CARVALHO, Celso; NOGUEIRA, Ingrid Correia. Avaliação e intervenção para a reabilitação cardiopulmonar de pacientes recuperados da Covid-19. **Assobrafir Ciência**, [S.L.], v. 11, n. 1, p. 183, 3 set. 2020. Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiopulmonar e Fisioterapia em Terapia Intensiva. <http://dx.doi.org/10.47066/2177-9333.ac20.covid19.018>.

CAMICIA, Michelle E.; COURNAN, Michele C.; RYE, Jill. Covid-19 and Inpatient Rehabilitation Nursing Care: lessons learned and implications for the future. **Rehabilitation Nursing**, [S.L.], v. 46, n. 4, p. 187-196, jul. 2021. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/rnj.0000000000000337>.

CECHINEL-PEITER, Caroline; LANZONI, Gabriela Marcellino de Melo; WACHHOLZ, Laísa Fischer; GOMES, Vitória Carolini; SCHMITT, Márcia Danieli; SANTOS, José Luís Guedes dos. Continuidade e transição do cuidado de crianças com condições crônicas: uma revisão de escopo. **Research, Society And Development**, [S.L.], v. 10, n. 10, p. 559101019043, 18 ago. 2021. Research, Society and Development. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i10.19043>.

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

COSTA, Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da; CIOSAK, Suely Itsuko; ANDRADE, Selma Regina de; SOARES, Cilene Fernandes; PÉREZ, Esperanza I. Ballesteros; BERNARDINO, Elizabeth. CONTINUITY OF HOSPITAL DISCHARGE CARE FOR PRIMARY HEALTH CARE: spanish practice. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S.L.], v. 29, 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0332>.

COSTA, Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da; PEREZ, Esperanza I. Ballesteros; CIOSAK, Suely Itsuko. PRACTICES OF HOSPITAL NURSES FOR CONTINUITY OF

CARE IN PRIMARY CARE: an exploratory study. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S.L.], v. 30, 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2020-0401>

DAUMAS, Regina Paiva; SILVA, Gulnar Azevedo e; TASCA, Renato; LEITE, Iuri da Costa; BRASIL, Patrícia; GRECO, Dirceu B.; GRABOIS, Victor; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da Covid-19. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 36, n. 6, 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00104120>.

FARIAS, Luis Arthur Brasil Gadelha; COLARES, Matheus Pessoa; BARRETO, Francisca Kalline de Almeida; CAVALCANTI, Luciano Pamplona de Góes. O papel da atenção primária no combate ao Covid-19. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.L.], v. 15, n. 42, p. 2455, 19 maio 2020. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2455](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2455).

GALVAN, J.; BORSOI, M.X.; SILVA, M.W.P.A.; ZANDER, L.R.M.; ELBL, G.G.; IURK, R. et al. Experience of Maternal-Child Telemonitoring. **Extensão em Foco**. 2021; 23:159-165. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ef.v0i20>.

GREYSEN, S. Ryan; AUERBACH, Andrew D.; MITCHELL, Matthew D.; GOLDSTEIN, Jennifer N; WEISS, Rachel; ESMAILI, Armond; KUYE, Ifedayo; MANJARREZ, Efren; BANN, Maralyssa; SCHNIPPER, Jeffrey L.. Discharge Practices for Covid-19 Patients: rapid review of published guidance and synthesis of documents and practices at 22 us academic medical centers. **Journal Of General Internal Medicine**, [S.L.], v. 36, n. 6, p. 1715-1721, 9 abr. 2021. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-021-06711-x>.

GONÇALVES, Rozemy Magda Vieira; GORREIS, Terezinha de Fátima; RODRIGUES, Nicole Hertzog; SOUZA, Elisângela. Assistência de enfermagem em uma unidade de internação clínica durante a pandemia de Covid-19: relato de experiência. **Revista Eletrônica Acervo Enfermagem**, [S.L.], v. 13, p. 7960, 16 jul. 2021. Revista Eletronica Acervo Saude. <http://dx.doi.org/10.25248/reaenf.e7960.2021>

GORDON, William J.; HENDERSON, Daniel; DESHARONE, Avital; FISHER, Herrick N.; JUDGE, Jessica; LEVINE, David M.; MACLEAN, Laura; SOUSA, Diane; SU, Mack Y.; BOXER, Robert. 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>.

GOULARTE, A.F.; LANZONI, G.M.M.; PEITER, C.C.; KOERICH, C.; MAGALHÃES, A.L.P.; ACOSTA, M.M.B.N.A. Care continuity: hospital nurses' performance in the transition of patients with wounds. **REME rev. min. enferm.** 2021. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622021000100238

KELLER, Sara C.; GURSES, Ayse P.; MYERS, Mary G.; ARBAJE, Alicia I.. Home Health Services in the Time of Coronavirus Disease 2019: recommendations for safe

transitions. **Journal Of The American Medical Directors Association**, [S.L.], v. 21, n. 7, p. 998-1000, jul. 2020. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2020.06.022>.

KNIHS, Neide da Silva; SENS, Suyan; SILVA, Ariadne Matzembacher da; WACHHOLZ, Laísa Fischer; PAIM, Sibebe Maria Schuantes; MAGALHÃES, Aline Lima Pestana. CARE TRANSITION FOR LIVER TRANSPLANTED PATIENTS DURING THE Covid-19 PANDEMIC. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S.L.], v. 29, 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2020-0191>.

KODAMA, Rich; ARORA, Sunny; ANAND, Swati; CHOUDHARY, Abu; WEINGARTEN, Jeremy; FRANCESCO, Notar; CHIRICOLO, Gerardo; SILBER, Steven; MEHTA, Parag H. Reengineering the Discharge Transition Process of Covid-19 Patients Using Telemedicine, Remote Patient Monitoring, and Around-the-Clock Remote Patient Monitoring from the Emergency Department and Inpatient Units. **Telemedicine And E-Health**, [S.L.], v. 27, n. 10, p. 1188-1193, 1 out. 2021. Mary Ann Liebert Inc. <http://dx.doi.org/10.1089/tmj.2020.0459>.

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>.

LEVIN, Sheryl R.; GITKIND, Andrew I.; BARTELS, Matthew N. Effect of the Covid-19 Pandemic on Postacute Care Decision Making. **Archives Of Physical Medicine And Rehabilitation**, [S.L.], v. 102, n. 2, p. 323-330, fev. 2021. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2020.10.104>.

LIN, Chen-Tan; BOOKMAN, Kelly; SIEJA, Amber; MARKLEY, Katie; ALTMAN, Richard L; SIPPEL, Jeffrey; PERICA, Katharine; REECE, Lori; DAVIS, Christopher; HOROWITZ, Edward. Clinical informatics accelerates health system adaptation to the Covid-19 pandemic: examples from colorado. **Journal Of The American Medical Informatics Association**, [S.L.], v. 27, n. 12, p. 1955-1963, 20 jul. 2020. Oxford University Press (OUP). <http://dx.doi.org/10.1093/jamia/ocaa171>.

LINO-MOURA, Diogo; DIAS, Ana; FARINHA, Pedro Martins; FARINHA, José Maria; CORDEIRO, Carlos Robalo. Sequelas da Covid-19. **Evidência Atual. Revista de Medicina Desportiva Informa**, [S.L.], v. 12, n. 3, p. 8-11, 1 maio 2021. Linha Unica - Edicao e Comunicacao em Saude e Desporto, Lda. http://dx.doi.org/10.23911/Covid-19_sequelas_2021_mai.

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>

METERSKY, Mark; LATTIMER, Cheri; LETT, James; OKULICZ, Jason; MOLLOY, Leah; SIMONE, Laura. EARLY IMPACT OF A Covid-19 TRANSITIONS OF CARE PATHWAY. **Chest**, [S.L.], v. 160, n. 4, p. 1399, out. 2021. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chest.2021.07.1279>.

NAYLOR, Mary D.; HIRSCHMAN, Karen B.; MCCAULEY, Kathleen. Meeting the Transitional Care Needs of Older Adults with Covid-19. **Journal Of Aging & Social Policy**, [S.L.], v. 32, n. 4-5, p. 387-395, 31 maio 2020. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/08959420.2020.1773189>.

NAYLOR, Mary D.; SHAID, Elizabeth C.; CARPENTER, Deborah; GASS, Brianna; LEVINE, Carol; LI, Jing; MALLEY, Ann; MCCAULEY, Kathleen; NGUYEN, Huong Q.; WATSON, Heather. Components of Comprehensive and Effective Transitional Care. **Journal Of The American Geriatrics Society**, [S.L.], v. 65, n. 6, p. 1119-1125, 3 abr. 2017. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/jgs.14782>.

NAYLOR, Mary D; TOLES, Mark. The Challenge of Providing Evidence-based Transitional Care. **Investigación En Enfermería: Imagen y Desarrollo**, [S.L.], v. 23, 28 out. 2021. Editorial Pontificia Universidad Javeriana. <http://dx.doi.org/10.11144/javeriana.ie23.cpet>.

NORONHA, Kenya Valeria Micaela de Souza; GUEDES, Gilvan Ramalho; TURRA, Cássio Maldonado; ANDRADE, Mônica Viegas; BOTEAGA, Laura; NOGUEIRA, Daniel; CALAZANS, Julia Almeida; CARVALHO, Lucas; SERVO, Luciana; FERREIRA, Monique Félix. Pandemia por Covid-19 no Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos hospitalares e equipamentos de ventilação assistida segundo diferentes cenários. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 36, n. 6, 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00115320>.

OLIVEIRA, Lays Souza de; COSTA, Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da; HERMIDA, Patrícia Madalena Vieira; ANDRADE, Selma Regina de; DEBETIO, Juanah Oliveira; LIMA, Larissa Martins Novaes de. Práticas de enfermeiros de um hospital universitário na continuidade do cuidado para a atenção primária. **Escola Anna Nery**, [S.L.], v. 25, n. 5, 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0530>.

ORLANDO, Joseph F.; BEARD, Matthew; KUMAR, Saravana. Systematic review of patient and caregivers' satisfaction with telehealth videoconferencing as a mode of service delivery in managing patients' health. **Plos One**, [S.L.], v. 14, n. 8, p. e0221848, 30 ago. 2019. Public Library of Science (PLoS). <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0221848>.

PAIXÃO, Gabriel Levi de Souza; FREITAS, Maria Islane de; CARDOSO, Luana da Conceição Costa; CARVALHO, Andriellen Rabelo; FONSECA, Gabrielle Gomes da; ANDRADE, Ana Fátima Souza Melo de; PASSOS, Taciana Silveira; TORRES, Ruth Cristini. Estratégias e desafios do cuidado de enfermagem diante da pandemia da Covid-19. **Brazilian Journal Of Development**, [S.L.], v. 7, n. 2, p. 19125-19139, 2021. Brazilian Journal of Development. <http://dx.doi.org/10.34117/bjdv7n2-521>.

PENA, Mileide Moraes; MELLEIRO, Marta Maria. Eventos adversos decorrentes de falhas de comunicação: reflexões sobre um modelo para transição do cuidado. **Revista de Enfermagem da Ufsm**, [S.L.], v. 8, n. 3, p. 616, 28 set. 2018. Universidad Federal de Santa Maria. <http://dx.doi.org/10.5902/2179769225432>.

PETERS, M.D.J.; GODFREY, C.; MCINERNEY, P.; MUNN, Z.; TRICCO, A.C.; KHALIL, H. Chapter 11: scoping reviews. **Jbi Manual For Evidence Synthesis**, [S.L.], p. 1, 2020. JBI. <http://dx.doi.org/10.46658/jbimes-20-12>.

RAMIRES, Felix J. A.. Implementação de Programas de Melhoria de Qualidade Assistencial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, [S.L.], v. 115, n. 1, p. 100-101, jul. 2020. Sociedade Brasileira de Cardiologia. <http://dx.doi.org/10.36660/abc.20200679>.

RIBAS, Ester do Nascimento; BERNARDINO, Elizabeth; LAROCCA, Liliana Muller; POLI NETO, Paulo; AUED, Gisele Knop; SILVA, Camilla Pinheiro Cristaldi da. Nurse liaison: a strategy for counter-referral. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 71, n. 1, p. 546-553, 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0490>.

ROSA, R.G.; ROBINSON, C.C.; VEIGA, V.C.; CAVALCANTI, A.B.; AZEVEDO, L.C.P.; MACHADO, F.V. et al. Quality of life and long-term outcomes after hospitalization for Covid-19: Protocol for a prospective cohort study (Coalition VII). **Rev. bras. ter. intensiva**. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbti/a/4PPZnCTrD4f7FyWFnzDn3kR/?lang=en#>

SANTOS, Mariana Timmers dos; HALBERSTADT, Bruna Marta Kleinert; TRINDADE, Clediane Rita Portalupi da; LIMA, Maria Alice Dias da Silva; AUED, Gisele Knop. Continuity and coordination of care: conceptual interface and nurses' contributions. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [S.L.], v. 56, 2022. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2022-0100en>.

SHAHSAVARI, Hooman; ZAREI, Mohammad; MAMAGHANI, Jafar Aliheydari. Transitional care: concept analysis using rodgers' evolutionary approach. **International Journal Of Nursing Studies**, [S.L.], v. 99, p. 103387, nov. 2019. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103387>.

SILVA, Wagner Ramedlav de Santana; DUARTE, Petra Oliveira; FELIPE, Dara Andrade; SOUSA, Fabiana de Oliveira Silva. A gestão do cuidado em uma unidade básica de saúde no contexto da pandemia de Covid-19. **Trabalho, Educação e Saúde**, [S.L.], v. 19, jan. 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00330>.

TRICCO, Andrea C.; LILLIE, Erin; ZARIN, Wasifa; O'BRIEN, Kelly K.; COLQUHOUN, Heather; LEVAC, Danielle; MOHER, David; PETERS, Micah D.J.; HORSLEY, Tanya; WEEKS, Laura. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. **Annals Of Internal Medicine**, [S.L.], v. 169, n. 7, p. 467-473, 2 out. 2018. American College of Physicians. <http://dx.doi.org/10.7326/m18-0850>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Transitions of Care: Technical Series on Safer Primary Care, 2016. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/252272v>.

6.2 MANUSCRITO 2 – QUALIDADE DA TRANSIÇÃO DO CUIDADO HOSPITALAR PARA DOMICÍLIO DE PACIENTES INTERNADOS COM COVID-19 EM HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS BRASILEIROS

QUALIDADE DA TRANSIÇÃO DO CUIDADO HOSPITALAR PARA DOMICÍLIO DE PACIENTES INTERNADOS COM COVID-19 EM HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS BRASILEIROS

RESUMO

Objetivo: Analisar a qualidade da transição do cuidado de pacientes com Covid-19 na alta em hospitais universitários brasileiros. **Método:** Estudo quantitativo, do tipo transversal, descritivo e analítico, realizado em cinco hospitais universitários federais brasileiros, no período entre abril e dezembro de 2021. A amostra foi composta por 527 participantes. A coleta de dados ocorreu por meio de um questionário sociodemográfico e a utilização do instrumento de avaliação da transição de cuidados, *Care Transitions Measure* (CTM-15). **Resultados:** O perfil predominante foi composto por pacientes (70,0%), com ensino fundamental completo (43,4%), raça parda (43,5%) e renda de até dois salários mínimos (42,8%). O Fator 1, Preparação para o autogerenciamento, obteve maior escore em todas as instituições participante, enquanto que o Fator 4, Plano de cuidado, obteve menor escore também em todas as instituições. Dentre os hospitais participantes houve diferença na média geral da escala linear do instrumento CTM-15, com resultados que variaram de 67,0 a 72,9 pontos. **Conclusão:** A avaliação da qualidade do cuidado obteve resultado satisfatório, considerando os desafios vivenciados pela Covid-19, como a escassez de recursos e conhecimento sobre a nova doença.

DESCRITORES: Cuidado transicional; Covid-19; Continuidade da Assistência ao Paciente; Alta do paciente; Equipe de Assistência ao Paciente.

INTRODUÇÃO

A Transição do Cuidado (TC) na alta hospitalar é um processo amplo e complexo, compreendendo um conjunto de ações que visa assegurar a coordenação e a continuidade dos cuidados necessários fora do ambiente hospitalar (SHAHSAVARI et al., 2019; GHENO; WEIS, 2021; COLEMAN; BOULT, 2003). Destaca-se a TC como uma importante ferramenta para superar a fragmentação da assistência à saúde, além de

promover a qualidade de vida do paciente através da continuidade do cuidado, possibilita a redução nas taxas de reinternações e eventos adversos (WEBER et al., 2017; COSTA et al., 2020a).

No processo de TC estão envolvidos diretamente o paciente, familiares e cuidadores, os profissionais que realizaram assistência e aqueles que darão continuidade ao cuidado (COLEMAN; BOULT, 2003; KNIHS et al., 2020). Dessa forma, entende-se a complexidade do processo, vista a necessidade da coordenação e comunicação entre diferentes profissionais, com formações e experiências distintas (COSTA et al., 2020a).

O processo da alta hospitalar refere-se a mudanças na rotina do paciente, bem como de seus familiares e cuidadores, incluindo novos hábitos de saúde, tratamento medicamentoso, cuidados com o corpo, alimentação e ingestão hídrica adequada, atividades físicas, entre outros (WEBER et al., 2017; KNIHS et al., 2020). Além disso, após a alta hospitalar alguns pacientes poderão enfrentar e lidar com sequelas, as quais necessitam de acompanhamento sistematizado (RAGHU; WILSON, 2020; GRAÇA et al., 2020).

Nesse sentido, é importante destacar a segurança do paciente nesse processo, a qual é compreendida como “redução do risco, a um mínimo aceitável, de danos desnecessários associados ao atendimento em saúde” (RUNCIMAN et al., 2009). Sendo assim, a segurança do paciente é considerada uma prioridade na TC, a segurança do paciente requer o envolvimento do paciente e familiares, especialmente na transição do hospital para o domicílio (BACKMAN et al., 2019).

O planejamento da alta hospitalar, considerando as especificidades do paciente, é fundamental para suprir as demandas, proporcionando uma assistência de qualidade e continuada (SHAHSAVARI et al., 2019). Em contrapartida, a literatura destaca que a realização da TC de forma inadequada, mecânica e acelerada, amplia a possibilidade de dúvidas, medo, insegurança, tornando suscetível a fragmentação do cuidado após a alta hospitalar (ACOSTA et al., 2018; SHAHSAVARI et al., 2019; KNIHS et al., 2020). Estudo aponta que a TC ineficaz pode ser resultante de altas incidências de eventos adversos após a alta, má comunicação com pacientes ou transferência inadequada de informações entre os profissionais do hospital para o domicílio (BACKMAN et al., 2019).

Embora no contexto internacional a TC já seja uma prática consolidada (HWANG et al., 2018; LIMA et al., 2018; SEZGIN et al., 2020), demonstrada pelas enfermeiras de ligação, enlace, por exemplo, no Brasil, ainda é uma iniciativa que está em construção (COSTA et al., 2020a). Porém, somado aos desafios a serem superados neste contexto, o

cenário mundial foi surpreendido com uma emergência na saúde pública, causada pela pandemia da Covid-19. As elevadas taxas de transmissão da doença causaram impactos avassaladores nos sistemas de saúde, os quais estiveram à beira do colapso, com insuficiência de leitos, equipamentos hospitalares e profissionais de saúde capacitados para atender à crescente demanda (SEIXAS et al., 2021; NACOTI et al., 2020). Com isso, a assistência à saúde sofreu rápidas e intensas mudanças, tendo em vista as progressivas demandas e reestruturações/reorganizações dos serviços de saúde.

O quadro clínico do paciente com Covid-19 assemelha-se à síndrome gripal, podendo apresentar tosse, mialgia e artralgia, febre, cefaleia, fadiga, diarreia. Porém, o agravamento clínico do paciente gera a necessidade de internação hospitalar, o qual torna-se vulnerável a desenvolver complicações, especialmente pulmonares, mas também nos sistemas neurológico, cardiovascular, gastrointestinal, hematológico e urinário (GRAÇA et al., 2020; MENDONÇA et al., 2020; DANTAS et al., 2020).

Considerando a escassez de conhecimento sobre a Covid-19 no início da pandemia, se fez necessário uma assistência à saúde multidisciplinar, adaptação de fluxos e protocolos, tendo em vista as diferentes necessidades apresentadas pelos pacientes (GRAÇA et al., 2020). As hospitalizações entre os pacientes com Covid-19 foram influenciadas por fatores como a idade e as comorbidades, diferenciando-se entre regiões/populações a medida em que a pandemia avançava (DESIDERIO et al., 2021).

Perante às demandas advindas da pandemia, como a superlotação hospitalar, a falta de serviços na comunidade e as pressões econômicas para transferir os pacientes, os desafios concernentes a TC hospitalar para o domicílio tornaram-se ainda mais evidentes (MORÉS, 2021). Especialmente no Brasil, em virtude dos desafios a serem superados no processo de TC, como fragilidades na referência e contrarreferência, além de escassos estudos relacionados a temática (AUED et al., 2021).

Importante destacar que a diminuição do tempo de internação e as taxas de reinternações são indicadores de desempenho e de qualidade hospitalar (MOTA, 2021). A qualidade da transição integra a avaliação de desempenho de hospitais, fato pelo qual a temática vem tornando-se foco de interesse de pesquisadores e gestores de saúde, em nível nacional e internacional (WEBER et al., 2017). Mediante a avaliação da TC é possível identificar necessidades de ajustes, elaboração de estratégias capazes de impactar na qualidade do cuidado e na vida dos pacientes, familiares e cuidadores.

Frente ao exposto, identificou-se a necessidade de avaliar o processo de TC desenvolvido nos Hospitais Universitários (HUs) federais brasileiros durante a pandemia

da Covid-19. No cenário pandêmico, os HUs federais brasileiros sobressaíram-se quanto o seu atendimento de qualidade à disposição do Sistema Único de Saúde (SUS), com prestação de serviço, capacitação dos profissionais e fomento a pesquisas.

Os HUs destacaram-se quanto ao atendimento a pacientes diagnosticados com Covid-19, sendo considerados centros de referência de média e alta complexidade para o SUS, incluindo a abertura de novos leitos clínicos e de UTI (Unidade de Terapia Intensiva), somado à significativa formação de recursos humanos em saúde, e no apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão dentre as instituições de ensino superior vinculadas (SANTOS et al., 2020).

Nesse sentido, a questão norteadora do estudo foi: Qual a qualidade da transição do cuidado de pacientes com Covid-19 na alta em hospitais universitários brasileiros? Este estudo tem por objetivo: analisar a qualidade da transição do cuidado de pacientes com Covid-19 na alta em hospitais universitários brasileiros.

MÉTODO

Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e analítico com abordagem quantitativa, desenvolvido em conformidade e diretrizes do *Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology* (STROBE) (VANDENBROUCKE et al., 2014). O presente estudo faz parte de uma pesquisa multicêntrica referente a avaliação do cuidado de enfermagem à paciente com Covid-19 em hospitais universitários federais 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 no: 402392/2020-5), e no edital de chamada pública no 005/2020 - adesão da FAPESC à chamada pública MCTIC/CNPq/FNDCT/MS/SCTIE/Decit n. 07/2020.

Cenário em que aconteceu a coleta de dados

A pesquisa foi desenvolvida em cinco hospitais universitário federais brasileiros vinculados a instituições de ensino, hospitais de grande porte, contemplando atendimento ao SUS, os quais eram referência para o cuidado da Covid-19 no período da coleta de dados e que são referência estadual para o cuidado de diversas especialidades. A escolha destes cinco HUs participantes da pesquisa visou abranger diferentes regiões do país,

estando localizados nos estados de São Paulo, Santa Catarina, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte e Amazonas. Os hospitais incluídos na pesquisa serão representados por H1, H2, e, assim, sucessivamente.

Período

A coleta de dados foi realizada entre os meses de abril a dezembro de 2021.

População

A população foi composta por pacientes que foram internados no período do estudo devido à Covid-19 e que receberam alta hospitalar das instituições participantes da pesquisa, assim como os seus cuidadores. A identificação dos participantes ocorreu por meio de relações de pacientes internados disponibilizadas por cada instituição participante.

Crítérios de seleção

Considerou-se como critério de inclusão: ser maior de 18 anos, ter fluência no idioma português do Brasil, ter internado em uma unidade de atendimento específico para Covid-19 por no mínimo 72 horas, e ter recebido alta hospitalar. Além dos pacientes, os cuidadores que acompanharam a internação também poderiam ser entrevistados. Critérios de exclusão: participante sem capacidade de consentir em participar da pesquisa (devido à alguma alteração neurológica, psiquiátrica, doença avançada ou em uso de medicação), participante muito debilitado ou angustiado (devido à dificuldade respiratória ou dor, por exemplo), pacientes que foram a óbito ou que foram reinternados pós a alta hospitalar. Tendo como motivo de perda: telefone não correspondente ao contato do paciente, contato não efetivado após esgotado o período da coleta, participante negou-se a participar, outros motivos (sendo necessário justificar o motivo).

A identificação dos participantes ocorreu através de listas mensais de altas das instituições participantes. As listas, disponibilizadas em planilhas no *Google Drive*[®], continham: nome do paciente, número de identificação do participante, telefones para contato e nome do hospital. A abordagem da coleta ocorreu de forma aleatória.

Definição da amostra

O cálculo da amostra foi realizado considerando um nível de confiança de 95%, com margem de erro de 4 pontos, uma média de 74,7, e desvio padrão de 17,1 pontos,

conforme estudo realizado anteriormente utilizando o o *Care Transitions Measure* (CTM-15) (WEBER; LIMA; ACOSTA, 2019). Para obter uma representatividade numérica, através de auxílio profissional estatístico, com o uso do programa *Winpepi*[®], versão 11.65, definiu-se a amostra de participantes de cada instituição. Para isso, considerou-se o número de leitos de cada hospital, utilizando uma margem de erro de 4 pontos, desvio padrão de 17.1 e nível de confiança de 95%. Assim, a amostra representativa de cada HU foi a seguinte: H1 n=28, H2 n=74, H3 n=64, H4 n=63 e H5 n=163.

Instrumentos utilizados para a coleta das informações

A coleta de dados foi desenvolvida através da versão adaptada para uso no Brasil do instrumento CTM-15 e um instrumento de caracterização sociodemográfica e clínica.

O CTM-15 avalia a qualidade e a experiência da transição de cuidado. É composto por 15 itens que abrangem os fatores de preparação para autogerenciamento, entendimento sobre medicações, preferências asseguradas, e, plano de cuidado (ACOSTA et al., 2020). As perguntas apresentam as respostas em escala *Likert*[®] de cinco pontos, com as opções: discordo totalmente, discordo, não se aplica, concordo e concordo totalmente.

O instrumento de caracterização incluía as variáveis categóricas: gênero, grau de instrução, raça, uso de ventilação mecânica invasiva, histórico de tabagismo, sintomas apresentados durante a internação (febre, fadiga, falta de ar, tosse, perda de olfato e paladar, dor de cabeça, dor no corpo, náuseas e vômitos, diarreia) e comorbidades (doença respiratória crônica, hipertensão arterial sistêmica, doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, doenças renais, obesidade, câncer) e as variáveis contínuas: idade, tempo total de internação e tempo de internação da UTI.

Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada entre os meses de abril a dezembro de 2021, através de ligações telefônicas. Os procedimentos de coleta de dados foram criteriosamente documentados e a equipe de coletadores realizou treinamentos, por meio de reuniões via *Google Meet*[®] com os coordenadores do projeto, visando alinhar os pesquisadores sobre a aplicação dos instrumentos de coleta. Inicialmente, cada coletador foi designado a realizar a coleta de dados em determinada instituição, e, a medida em que a amostra mínima fora atingida, o coletador era designado a outra instituição participante, afim de que todas as instituições atingissem a amostra mínima.

Tratamento e Análise dos dados

Os dados coletados foram inseridos em uma planilha do *software Excel*[®], submetidos à análise por meio de estatística descritiva e inferencial. As análises foram realizadas no software *Statistical Package for the Social Science (SPSS)* versão 25.

Destaca-se que foram respeitadas as instruções dos autores do instrumento CTM-15 para a correta obtenção dos escores e análise dos dados (COLEMAN et al., 2002; THE CARE TRANSITION PROGRAM, 2021). O escore é obtido através da soma dos valores referentes às respostas dividido pelo número de questões respondidas, sendo transformado em uma escala linear que varia de zero a 100, por meio da fórmula: $[(\text{escore} - 1)/3] * 100$. Posteriormente, calculou-se a média da escala linear entre todos os participantes (COLEMAN et al., 2002; THE CARE TRANSITIONS PROGRAM, 2021), afim de apresentar a avaliação da transição do cuidado a pacientes com Covid-19 na alta em hospitais universitários brasileiros. Assim, quanto maior o valor do escore, melhor a qualidade de transição do cuidado (ACOSTA, 2016).

As variáveis categóricas foram representadas pela frequência absoluta e relativa. As variáveis quantitativas foram representadas pela média, desvio-padrão, mediana e intervalo de confiança.

Foi realizado o teste de normalidade de Shapiro-Wilk para verificar a distribuição das variáveis quantitativas (Escore dos Fatores do CTM). Assim, a comparação das distribuições dos escores dos Fatores do CTM entre as categorias das variáveis sociodemográficas foi realizada pelos testes não paramétricos de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis.

Ainda, foi realizada a comparação das médias do CTM-15 entre os hospitais participantes e as variáveis estudadas. Após o teste de Shapiro-Wilk para testar a normalidade dos dados, através de um padrão de distribuição normal, usou-se a Análise de Variância de duas vias (ANOVA - *two way*), com o objetivo de comparar os efeitos principais e o efeito da interação. Quando encontrado resultado significativo, utilizou-se o teste de comparação múltipla de Bonferroni. O nível de significância adotado foi de 95% ($p < 0,05$).

Aspectos éticos

A pesquisa seguiu os preceitos éticos preconizados pela Resolução 466/2012, que apresenta diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH), CAAE 02730018.7.0000.0121.

Para realização das entrevistas e aplicação dos instrumentos de coleta de dados, todos os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa e convidados a integrá-la. Dessa forma, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi substituído pelo consentimento verbal do participante, obtido no momento do contato telefônico.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 527 participantes, provenientes de cinco hospitais universitários federais brasileiros. O perfil foi composto por pacientes (n=369;70,0%), sendo, aproximadamente, metade do sexo masculino (n=254;50,7%), com ensino fundamental completo (n=218;43,4%), raça parda (n=218;43,5%) e renda familiar de até dois salários mínimos (n=182;42,8%). Na Tabela 1, apresenta-se a caracterização sociodemográfica dos participantes.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos participantes incluídos no estudo, de acordo com o hospital de internação. Florianópolis, SC, Brasil, 2022

Variáveis	H1 n(%)	H2 n(%)	H3 n(%)	H4 n(%)	H5 n(%)	Total n(%)
Gênero n=501						
Masculino	59(51,8)	41(40,6)	41(53,2)	41(57,7)	72(52,2)	254(50,7)
Feminino	55(48,2)	60(59,4)	36(46,8)	30(42,3)	66(47,8)	247(49,3)
Grau de instrução n=502						
Sem instrução	5(4,4)	4(4,0)	5(6,4)	2(2,8)	8(5,8)	24(4,8)
Ensino Fundamental	39(34,2)	42(42,0)	39(50,0)	31(43,7)	67(48,2)	218(43,4)
Ensino Médio	39(34,2)	36(36,0)	24(30,8)	23(32,4)	33(23,7)	155(30,9)
Ensino Superior	31(27,2)	18(18,0)	10(12,8)	15(21,1)	31(22,3)	105(20,9)
Raça n=501						
Branca	26(23,0)	42(41,6)	21(26,9)	53(74,6)	66(47,8)	208(41,5)
Preta	8(7,1)	23(22,8)	10(12,8)	6(8,5)	20(14,5)	67(13,4)
Parda	77(68,1)	35(34,7)	45(57,7)	12(16,9)	49(35,5)	218(43,5)
Outra	2(1,8)	1(1,0)	2(2,6)	-	3(2,2)	8(1,6)
Renda familiar n=425						
Até 2 SM* (n=182)	55(54,2)	34(37,8)	34(46,6)	15(23,4)	44(41,1)	182(42,8)
2 a 5 SM* (n=174)	26(25,7)	46(51,1)	31(42,5)	40(62,5)	31(29,0)	174(40,9)
Mais de 5 SM* (n=55)	12(11,9)	9(10,0)	6(8,2)	8(12,5)	20(18,7)	55(12,9)
Sem rendimentos (n=14)	8(7,9)	1(1,1)	2(2,7)	1(1,6)	12(11,2)	14(3,3)

*SM=Salários Mínimos

Referente à caracterização clínica dos participantes, a maioria dos pacientes não fez uso de ventilação mecânica invasiva (n=393;78,6%) e não possui histórico de tabagismo (n=310;62,2%). Identificou-se como a comorbidade mais prevalente a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (n=268;53,8%), seguida de Diabetes Mellitus (DM) (n=165;33,7), e o sinal/sintoma predominante foi a dispneia (n=391;78,5%), seguido de fadiga (n=385;77,3%), conforme apresentado abaixo (Tabela 2).

Tabela 2 – Caracterização clínica dos participantes incluídos no estudo, de acordo com o hospital de internação. Florianópolis, SC, Brasil, 2022

Variáveis	H1 n(%)	H2 n(%)	H3 n(%)	H4 n(%)	H5 n(%)	Total n(%)
Ventilação mecânica n=500						
Não	97(85,8)	79(79,8)	62(79,5)	47(67,1)	108(77,1)	393(78,6)
Sim	16(14,2)	20(20,2)	16(20,5)	23(32,9)	32(22,9)	107(21,4)
Histórico de Tabagismo n=498						
Não fumante	80(71,4)	61(62,2)	58(74,4)	33(47,1)	78(55,7)	310(62,2)
Fumante	2(1,8)	-	1(1,3)	3(4,3)	8(5,7)	14(2,8)
Ex Fumante	30(26,8)	37(37,8)	19(24,4)	34(48,6)	54(38,6)	174(34,9)
Comorbidades						
DRC* (n=499)	18(16,1)	23(23,2)	15(19,2)	18(25,7)	19(13,6)	93(18,6)
HAS** (n=498)	56(50,5)	58(58,0)	39(50,0)	34(48,6)	81(58,3)	268(53,8)
DCV*** (n=497)	20(18,0)	19(19,2)	40(51,3)	15(21,4)	33(23,7)	127(25,5)
DM**** (n=496)	35(31,5)	37(37,4)	22(28,2)	19(27,1)	52(37,7)	165(33,7)
Doenças Renais (n=497)	11(9,9)	17(17,2)	21(26,9)	8(11,4)	34(24,5)	91(18,3)
Obesidade (n=498)	27(24,3)	39(39,0)	15(19,2)	22(31,4)	30(21,6)	133(26,7)
Câncer (n=498)	7(6,3)	14(14,0)	6(7,7)	7(10,0)	12(8,6)	46(9,2)
Sinais e Sintomas						
Febre (n=498)	80(72,1)	66(66,0)	52(66,7)	59(84,3)	89(64,0)	346(69,4)
Fadiga (n=498)	88(79,3)	69(69,0)	51(65,4)	67(95,7)	110(79,1)	385(77,3)
Dispneia (n=498)	100(90,1)	71(71,0)	53(67,9)	59(84,3)	108(77,7)	391(78,5)
Tosse (n=498)	83(74,8)	72(72,0)	60(76,9)	53(75,7)	82(59,0)	350(70,3)
Anosmia e Ageusia (n=496)	70(63,1)	55(56,1)	37(47,4)	32(45,7)	70(50,4)	364(53,2)
Cefaleia (n=498)	75(67,6)	49(49,1)	37(47,4)	43(61,4)	70(50,4)	274(55,0)
Mialgia e Artralgia (n=497)	80(72,1)	67(67,7)	46(59,0)	59(84,3)	96(69,1)	348(70,2)
Náuseas e Êmese (n=497)	45(40,5)	33(33,0)	30(38,5)	29(41,4)	45(32,6)	182(36,6)
Diarreia (n=497)	45(40,5)	43(43,0)	35(44,9)	35(50,0)	52(37,7)	210(42,2)

*DRC=Doença Respiratória Crônica; **HAS=Hipertensão Arterial Sistêmica; ***DCV=Doença Cardiovascular; ****DM=Diabetes Mellitus

Em relação à idade dos participantes, a maior média foi identificada na instituição H2, com média de 59,9 anos (dp=14,2). A maior média de quantidade de dias de internação foi na instituição H3, 24 dias (dp=23,1), e de internação da UTI também teve maior média na instituição H3, 8,3 dias (dp=14,4), apresentado na tabela a seguir (Tabela 3).

Tabela 3 – Caracterização de variáveis quantitativas, de acordo com o hospital de internação. Florianópolis, SC, Brasil, 2022

Variáveis	H1	H2	H3	H4	H5
	Média(dp)	Média(dp)	Média(dp)	Média(dp)	Média(dp)
Idade	54,1 (15,6)	59,9(14,2)	51,3(15,4)	53,7(17,5)	58,0(16,0)
Internação (dias)	16,4(15,3)	19,5(25,7)	24,0(23,1)	16,7(16,0)	18,6(16,0)
UTI* (dias)	2,6(6,4)	6,7(13,2)	8,3(14,4)	6,0(8,9)	6,0(10,2)

*UTI=Unidade de Tratamento Intensivo

Dentre os hospitais participantes, identificou-se diferença na qualidade da transição do cuidado relacionada ao hospital em que o paciente esteve internado. O hospital que obteve maior média total em relação a qualidade da transição do cuidado foi a instituição H3, com média de 72,9 pontos (dp=12,8). Enquanto que a instituição com menor média total foi H1, com média de 67,0 pontos (dp=12,9). Na Tabela 4 observa-se a média total do instrumento CTM-15 de acordo com os hospitais de internação.

Tabela 4 – Qualidade da transição do cuidado segundo a média total do instrumento *Care Transitions Measure* (CTM-15), de acordo com o hospital de internação. Florianópolis, SC, Brasil, 2022

Instituição (n=527)	Média	dp*	Mediana
H1 (n=116)	67,0	12,9	66,7
H2 (n=107)	67,5	17,4	66,7
H3 (n=79)	72,9	12,8	71,4
H4 (n=78)	70,8	17,0	71,4
H5 (n=147)	69,0	14,1	66,7

*DP=Desvio Padrão

Identificou-se diferença em todos os fatores do instrumento CTM-15 na qualidade da transição do cuidado, de acordo com o hospital de internação. A maior média entre todas as instituições participantes foi no Fator 1 (Preparação para o autogerenciamento), com destaque para a instituição H3, com média de 75,0 pontos (dp=13,7). Enquanto que a menor média identificada em todas as instituições foi no Fator 4 (Plano de Cuidado), sendo a instituição H2 com menor média, 56,7 pontos (dp=26,5) (Tabela 5).

Tabela 5 – Qualidade da transição do cuidado segundo os Fatores do instrumento *Care Transitions Measure* (CTM-15), de acordo com o hospital de internação. Florianópolis, SC, Brasil, 2022

Instituição	Fator 1		Fator 2		Fator 3		Fator 4		Total	
	Média (dp)	Mediana	Média (dp)	Mediana	Média (dp)	Mediana	Média (dp)	Mediana	Média (dp)	Mediana
H1	68,7a (14,3)	66,67	67,6 (15,9)	66,67	65,3a (12,4)	66,67	62,7 (20,8)	66,67	67,0a (12,9)	66,67
H2	69,9ab (19,4)	66,67	67,8 (20,7)	66,67	69,7ab (18,7)	66,67	56,7 (26,5)	66,67	67,5ab (17,4)	66,67
H3	75,0b (13,7)	71,43	74,0 (16,1)	66,67	71,8b (16,6)	66,67	65,4 (24,4)	66,67	72,9b (12,8)	66,67
H4	74,1b (19,4)	71,43	70,8 (17,3)	66,67	69,6ab (21,3)	66,67	60,2 (25,1)	66,67	70,8ab (17,0)	66,67
H5	70,5ab (15,0)	66,67	67,5 (18,3)	66,67	70,0ab (15,0)	66,67	65,1 (20,8)	66,67	69,0ab (14,1)	66,67
Total	71,2 (16,5)	66,67	69,2 (17,9)	66,67	69,1 (16,7)	66,67	62,2 (23,4)	66,67	69,1 (15,0)	66,67
P	0,004		0,085		0,015		0,066		0,046	

Teste de Mann-Whitney; Teste de Kruskal-Wallis. Letras distintas representam distribuições estatisticamente diferentes entre as categorias

No que diz respeito às características sociodemográficas, observou-se diferença entre a qualidade da transição do cuidado entre a raça autodeclarada pelos participantes, sendo a menor média na raça parda, 67,7 pontos, conforme apresentado na tabela abaixo (Tabela 6).

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

Variáveis	Média	IC95%*	P
Gênero (n=501)			
Masculino (n=254)	69,1	65,2;71,0	0,649
Feminino (n=247)	69,7	67,8;71,6	
Grau de instrução (n=502)			
Sem instrução (n=24)	70,2	63,6;76,7	0,363
Ensino Fundamental (n=218)	70,4	68,3;72,4	
Ensino Médio (n=155)	68,2	65,8;70,6	
Ensino Superior (n=105)	67,5	64,4;70,6	
Raça (n=501)			
Branca (n=208)	69,1*#	66,9;71,4	0,044
Preta (n=67)	71,7*#	67,6;75,7	
Parda (n=218)	67,7*	65,3;70,1	
Outra (n=8)	82,2#	71,0;93,3	
Renda familiar (n=425)			
Até 2 SM** (n=182)	69,2	66,8;71,7	0,450
2 a 5 SM** (n=174)	69,3	67,0;71,6	

Mais de 5 SM** (n=55)	72,9	68,5;77,3
Sem rendimentos (n=14)	72,6	62,7;82,5

Símbolos distintos representam médias do CTM-15 entre as categorias das variáveis estudadas estatisticamente diferentes. *IC=Intervalo de Confiança; **SM=Salários Mínimos

No que se refere aos fatores do CTM-15, foi verificada diferença na qualidade da transição do cuidado de acordo com a raça autodeclarada no Fator 3 do instrumento, Preferências asseguradas. Verificou-se que a raça autodeclarada parda obteve a menor média, 66,2 pontos, apresentado na tabela abaixo (Tabela 7).

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

	Fator 1		Fator 2		Fator 3		Fator 4	
	Média	IC95%	Média	IC95%	Média	IC95%	Média	IC95%
Gênero**								
Masculino	71,3	69,2;73,4	69,1	66,8;71,5	69,0	67,0;71,1	61,8	58,8;64,8
Feminino	71,8	69,7;74,0	70,3	67,9;72,6	69,5	67,3;71,3	62,2	59,1;65,3
P	0,740		0,519		0,778		0,861	
Grau de instrução *								
Sem instrução	71,5	64,2;78,7	69,5	61,4;77,6	73,1	65,8;80,4	62,0	51,6;72,4
Ensino Fundamental	72,7	70,5;75,0	70,1	67,5;72,6	69,6	67,4;71,9	63,9	60,7;67,1
Ensino Médio	70,0	67,3;72,6	68,6	65,6;71,6	68,9	66,2;71,5	61,1	57,2;64,9
Ensino Superior	69,9	66,5;73,4	68,8	64,9;72,7	66,9	63,4;70,3	58,0	53,0;63,0
P	0,377		0,892		0,395		0,255	
Raça*								
Branca	71,5	69,1;74,0	69,0	66,2;71,8	70,0*#	67,6;72,4	60,2	56,6;63,7
Preta	74,3	69,8;78,8	70,3	65,4;75,3	72,7*	68,2;77,1	62,3	55,9;68,8
Parda	69,7	67,0;72,3	68,5	65,6;71,5	66,2#	63,6;68,8	62,8	59,0;66,6
Outra	82,5	70,2;94,9	88,4	73,8;103,0	76,4*#	64,2;88,6	80,6	62,9;98,2
P	0,088		0,074		0,028		0,170	
Renda familiar*								
Até 2 SM***	71,1	68,4;73,8	69,2	66,1;72,3	69,0	66,3;71,6	62,6	58,7;66,5
2 a 5 SM***	71,5	69,0;74,0	69,7	66,6;72,7	68,6	66,1;71,2	62,7	59,0;66,5
> 5 SM***	75,2	70,5;80,0	72,7	67,0;78,5	75,0	70,2;79,8	61,5	54,4;68,5
Sem rendimentos	74,4	63,7;85,2	70,1	56,9;83,2	77,1	66,4;87,8	67,8	52,1;83,5
P	0,468		0,758		0,056		0,914	

Em relação às características clínicas dos pacientes, foi verificada diferença na qualidade da transição do cuidado na comorbidade doença cardiovascular, em que a média de pacientes que possuem a doença foi de 66,5 pontos e os que não possuem a doença, 69,9 pontos. Referente aos sinais sintomas não houve diferença na qualidade da transição, como apresentado abaixo (Tabela 8).

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

Variáveis	Média	IC95%*	P
Uso de Ventilação Mecânica (n=500)			
Não (n=393)	69,0	67,4;70,5	0,705
Sim (n=107)	69,6	66,7;72,5	
Histórico de Tabagismo (n=498)			
Não fumante (n=310)	68,3	66,6;70,1	0,390
Fumante (n=14)	70,8	60,6;81,0	
Ex-Fumante (n=174)	70,3	68,0;72,7	
Doença respiratória crônica (n=499)			
Não (n=406)	69,1	67,6;70,6	0,432
Sim (n=93)	70,4	67,4;73,5	
Hipertensão Arterial Sistêmica (n=498)			
Não (n=230)	68,8	66,8;70,7	0,551
Sim (n=268)	69,6	67,7;71,5	
Doenças Cardiovasculares (n=497)			
Não (n=370)	69,9*	68,2;71,5	0,042
Sim (n=127)	66,5#	63,8;69,73	
Diabetes Mellitus (n=496)			
Não (n=331)	69,2	67,6;70,8	0,685
Sim (n=165)	69,8	67,4;72,2	
Doenças Renais (n=497)			
Não (n=406)	69,1	67,6;70,6	0,762
Sim (n=91)	69,7	66,2;73,1	
Obesidade (n=498)			
Não (n=365)	69,3	67,7;70,9	0,957
Sim (n=133)	69,2	66,5;71,9	
Câncer (n=498)			
Não (n=452)	69,4	68,0;70,8	0,530
Sim (n=46)	67,9	63,3;72,5	
Febre (n=498)			
Não (n=152)	68,8	66,1;71,5	0,749
Sim (n=346)	69,3	67,7;70,9	
Fadiga (n=498)			
Não (n=113)	65,6	61,6;69,6	0,106
Sim (n=385)	69,1	67,6;70,6	
Dispneia (n=498)			
Não (n=107)	63,4	60,4;66,5	0,000
Sim (n=391)	70,3	68,8;71,8	
Tosse (n=498)			
Não (n=148)	68,7	66,1;71,3	0,635
Sim (n=350)	69,4	67,9;71,0	
Anosmia e ageusia (n=496)			
Não (n=232)	60,9	67,0;70,9	0,488
Sim (n=264)	69,9	68,0;71,8	

Cefaleia (n=498)			
Não (n=)	69,2	67,2;71,3	0,792
Sim (n=274)	68,8	67,0;70,7	
Mialgia e artralgia (n=497)			
Não (n=149)	68,4	65,7;71,0	0,550
Sim (n=348)	69,3	67,7;70,9	
Náuseas e Êmese (n=497)			
Não (n=315)	69,7	67,9;71,4	0,538
Sim (n=182)	68,8	66,6;71,0	
Diarreia (n=497)			
Não (n=287)	68,4	66,5;70,2	0,134
Sim (n=210)	70,4	68,4;72,5	

Símbolos distintos representam médias do CTM-15 entre as categorias das variáveis estudadas estatisticamente diferentes. *IC=Intervalo de Confiança

Em relação aos fatores do CTM-15 e as características clínicas dos participantes houve destaque para a diferença da qualidade da transição do cuidado em relação ao sinal de dispneia no Fator 3, Preferências asseguradas, sendo menor entre os indivíduos que não apresentaram este sinal, de acordo com a tabela a seguir (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, SC, Brasil, 2022

	Fator 1		Fator 2		Fator 3		Fator 4	
	Média	IC95%*	Média	IC95%*	Média	IC95%*	Média	IC95%*
Uso de ventilação mecânica*								
Não	71,4	69,7;73,1	69,3	67,4;71,3	68,5	66,8;70,2	61,1	58,6;63,5
Sim	70,6	67,4;73,8	69,5	66,0;73,1	71,4	68,2;74,5	63,7	59,1;68,4
P	0,675		0,922		0,118		0,323	
Histórico de tabagismo**								
Não fumante	70,1	68,2;72,0	68,3	66,2;70,5	69,4	67,5;71,3	60,7	58,0;63,4
Fumante	77,0	65,8;88,3	79,2	67,0;91,4	67,0	55,8;78,2	41,3	25,4;57,2
Ex fumante	72,4	69,9;75,0	70,9	68,0;73,7	69,4	66,8;72,0	64,7	61,0;68,4
P	0,223		0,109		0,933		0,007	
Doença respiratória crônica*								
Não	71,4	69,7;73,0	68,9	67,0;70,8	68,8	67,1;70,5	62,0	59,6;64,4
Sim	72,2	68,8;75,6	72,5	68,7;76,4	71,0	67,7;74,4	61,2	56,4;66,1
P	0,657		0,093		0,240		0,783	
Hipertensão Arterial Sistêmica*								
Não	70,9	68,8;73,1	68,8	66,3;71,3	68,9	66,8;71,1	61,4	58,3;64,5
Sim	71,7	69,6;73,7	69,8	67,5;72,1	69,6	67,5;71,6	62,3	59,3;65,2
P	0,624		0,577		0,670		0,686	
Doenças Cardiovasculares*								

Não	72,2*	70,4;74,0	70,2	68,1;72,2	70,1	68,3;71,9	61,1	58,6;63,7
Sim	68,1 [#]	65,0;71,1	66,5	63,0;69,9	67,3	64,3;70,4	60,1	55,7;64,4
P	0,022		0,071		0,122		0,683	
Diabetes Mellitus*								
Não	71,7	69,9;73,5	69,2	67,1;71,2	69,2	67,4;71,0	60,8	58,2;63,4
Sim	71,1	68,4;73,8	70,5	67,6;73,5	69,6	66,9;72,3	64,7	60,8;68,5
P	0,714		0,452		0,822		0,103	
Doenças Renais*								
Não	71,3	69,7;73,0	69,2	67,3;71,0	69,4	67,7;71,0	61,1	58,7;63,4
Sim	71,5	67,7;75,4	70,2	66,0;74,4	67,7	63,9;71,5	64,2	58,8;69,6
P	0,925		0,658		0,423		0,305	
Obesidade*								
Não	71,2	69,5;73,0	69,6	67,6;71,6	69,0	67,2;70,7	63,2	60,6;65,7
Sim	71,6	68,6;74,5	69,2	66,0;72,5	70,3	67,3;73,2	58,9	54,7;63,1
P	0,833		0,856		0,459		0,091	
Câncer*								
Não	71,5	70,0;73,1	69,3	67,5;71,0	69,5	68,0;71,1	62,2	60,0;64,5
Sim	70,2	65,2;75,3	70,9	65,2;76,6	67,3	62,2;72,3	57,0	49,8;64,2
P	0,628		0,582		0,396		0,172	
Febre*								
Não	71,0	68,1;74,0	68,7	65,4;72,0	68,8	65,9;71,8	62,9	58,6;67,1
Sim	71,4	69,7;73,2	69,6	67,6;71,6	69,3	67,6;71,1	61,1	58,6;63,6
P	0,820		0,639		0,776		0,481	
Fadiga*								
Não	64,6	60,2;68,9	68,5	63,6;73,5	67,9	63,4;72,3	62,1	55,8;68,4
Sim	71,5	69,8;73,1	69,5	67,6;71,4	69,1	67,4;70,8	60,4	58,0;62,9
P	0,004		0,711		0,603		0,632	
Dispneia*								
Não	64,2	60,8;67,6	63,2	59,4;67,0	65,5*	62,1;69,0	58,1	53,2;63,0
Sim	72,7	71,0;74,3	70,6	68,7;72,4	70,2 [#]	68,5;71,9	61,9	59,5;64,3
P	0,000		0,001		0,017		0,175	
Tosse*								
Não	70,7	67,7;73,6	69,4	66,1;72,7	67,7	64,8;70,5	63,4	59,2;67,5
Sim	71,6	69,9;73,4	69,3	67,4;71,3	70,0	68,3;71,7	61,2	58,7;63,7
P	0,584		0,969		0,177		0,385	
Anosmia e ageusia*								
Não	71,1	68,9;73,2	68,4	66,0;70,9	69,2	67,0;71,3	62,0	58,9;65,1
Sim	72,2	70,1;74,2	70,5	68,2;72,9	69,8	67,8;71,9	61,9	58,9;64,9
P	0,470		0,225		0,676		0,977	
Cefaleia*								
Não	71,1	68,9;73,4	69,0	66,5;71,5	69,3	67,0;71,5	63,1	59,9;66,3
Sim	71,1	69,1;73,1	69,6	67,3;71,9	68,8	66,8;70,8	59,9	57,0;62,8
P	0,998		0,719		0,777		0,144	
Mialgia e artralgia*								
Não	69,6	66,7;72,5	68,8	65,5;72,1	70,0	67,1;73,0	62,5	58,3;66,7
Sim	71,7	69,9;73,4	69,8	67,8;71,8	68,8	67,0;70,5	61,2	58,6;63,7

P	0,231		0,603		0,470		0,605	
Náuseas e vômito*								
Não	71,6	69,7;73,5	70,0	67,8;72,1	70,1	68,2;72,0	62,0	59,3;64,7
Sim	71,1	68,6;73,5	68,8	66,1;71,5	68,1	65,7;70,6	61,7	58,2;65,2
P	0,713		0,514		0,208		0,875	
Diarreia*								
Não	70,1	68,1;72,1	67,9	65,6;70,1	69,5	67,5;71,5	61,7	58,8;64,5
Sim	73,0	70,8;75,3	71,5	69,0;74,1	69,2	66,9; 71,4	61,9	58,6;65,1
P	0,053		0,035		0,861		0,916	

Teste de Shapiro-Wilk; Análise de Variância de duas vias (ANOVA - *two way*); Teste de comparação múltipla de Bonferroni. Símbolos distintos representam médias do CTM-15 entre as categorias das variáveis estudadas estatisticamente diferentes. *IC=Intervalo de confiança

DISCUSSÃO

O estudo buscou avaliar a qualidade da TC do hospital para o domicílio de pacientes internados devido à Covid-19. Os resultados apresentados possibilitam identificar os fatores que necessitam de ajustes, na perspectiva dos pacientes, familiares e cuidadores. Dessa forma, podem contribuir na prática profissional para qualificar o processo de TC.

Estudo desenvolvido no Canadá aponta a necessidade de pesquisas que envolvam os pacientes e familiares na identificação de aspectos da TC que são importantes para eles e que estão ligadas à segurança centrada no paciente e na família (BACKMAN et al., 2019). Nesse sentido, entende-se como necessário o uso de diferentes indicadores e instrumentos para realizar uma análise profunda deste fenômeno (WEBER et al., 2019), que apresenta relevante repercussão nos resultados em saúde do âmbito individual e coletivo, no que tange a sustentabilidade dos sistemas de saúde, especialmente os gratuitos de acesso universal.

Nessa pesquisa, houve aproximadamente o mesmo número de participantes do sexo masculino e do sexo feminino, o que difere de outras pesquisas relacionadas a TC de pacientes internados devido a Covid-19 (WANG et al., 2020; LIMA et al., 2022). O nível de escolaridade predominante foi ensino fundamental completo, a raça autodeclarada parda e a renda familiar de até dois salários mínimos.

Nesse sentido, destaca-se que o nível de escolaridade pode influenciar a adesão ao tratamento de saúde e a continuidade do cuidado após a alta hospitalar, visto que pacientes com nível escolar mais baixo, podem enfrentar dificuldades de compreensão do

tratamento, gerando impactos a curto e longo prazo (FERREIRA, 2019). Assim, exige dos profissionais o uso de estratégias no planejamento da alta hospitalar e orientações, de forma a facilitar a compreensão dos pacientes, familiares e cuidadores e sua aderência às ações orientadas (LIMA et al., 2022). Estudos demonstram a importância de estratégias de orientações em saúde a pacientes internados devido à Covid-19, especialmente com uso de materiais visuais, visto que proporciona maior compreensão do cuidado e consequente adesão ao tratamento (NAYLOR et al., 2020; GREYSEN et al., 2021).

Em relação às características clínicas, a maioria dos participantes não fez uso de ventilação mecânica invasiva e a HAS foi identificada como a comorbidade mais prevalente. Estes resultados são semelhantes às pesquisas nos Estados Unidos, China e Brasil (LOERINC et al., 2021; WANG et al., 2020; NASCIMENTO et al., 2021). A dispnéia foi o sinal clínico mais evidente entre os pacientes, assemelhando-se a pesquisa de perfil sociodemográfico e clínico realizada no norte do país (ARRAIS et al., 2023) e sul do país (BOENG, 2022).

Dentre as médias da quantidade de dias internação, a maior média encontrada foi de 24 dias e a menor média de 16,4 dias. Estudo desenvolvido em dois hospitais em Wuhan tiveram como tempo médio de internação 11 dias e estudo nacional descreve a média de internação de 19 dias (WANG et al., 2020; MACHADO et al., 2021). Em relação a internação na UTI, a maior média foi de 8,3 dias, enquanto que pesquisas nacionais em outros hospitais universitários brasileiros relatam que o tempo médio de internação na UTI foi de 16 e 17,9 dias (MACHADO et al., 2021; VENSON et al., 2022).

Importante destacar que a literatura associa sequelas da Covid-19 ao maior tempo de internação e maior proporção de internação em unidade intensiva, dentre outros fatores (WEI et al., 2020). Com destaque para as sequelas cardiovasculares, respiratórias, renais e neurológicas (PORTELA; GABROIS; TRAVESSAS, 2020). Assim, há necessidade do início precoce de programas de reabilitação, visto que contribui na otimização da função cognitiva, respiratória, neuromuscular e osteoarticular, o que possibilita a redução do tempo médio de internação na UTI, bem como possíveis sequelas (ZHAO et al., 2020).

Dentre os hospitais participantes houve diferença na média geral da escala linear do instrumento CTM-15, com resultados que variam de 67,0 a 72,9 pontos. Na literatura não há uma definição de ponto de cortes para os escores do instrumento. Porém, estudos nacionais e internacionais realizados com pacientes adultos, apresentam médias de 61,8, 74,7 e 78,5 pontos (WEBER et al., 2019; LINDBLOM et al., 2020; SABBATINI et al., 2019).

Frente a estes dados, considera-se os resultados obtidos de forma satisfatória, especialmente ao considerar o contexto instável e adverso durante a realização da pesquisa. Apesar das dificuldades e desafios enfrentados durante a pandemia, pouco conhecimento acerca de tratamentos e condutas diante de uma nova doença, limitados insumos materiais e leitos de internação, significativo desgaste físico e emocional dos profissionais de saúde, entende-se que avaliação da qualidade da TC nestes hospitais foi satisfatória quando comparada às médias alcançadas em outras pesquisas desenvolvidas fora desse período.

O Fator 1, Preparação para o autogerenciamento, abrange informações para o autocuidado, entendimento sobre como cuidar da saúde e sobre os sinais de alerta e sintomas, compreensão da melhora ou piora de sua condição de saúde e da sua responsabilidade, segurança de saber o que fazer e de conseguir fazer o que é necessário. Estudo realizado no contexto brasileiro antes (WEBER; LIMA; ACOSTA, 2019) e durante a pandemia também encontrou resultado semelhante aos aspectos positivos do Fator 1 (TOMAZELA et al., 2023; TOLES et al., 2023).

Considerando o referencial teórico elucidado por Laurie Gottlieb, para o desenvolvimento de uma assistência que visa o autogerenciamento do cuidado pelo paciente, é imprescindível que os profissionais de saúde adquiram conhecimento acerca do paciente e cuidadores (AUED et al., 2021). Visto que ao centrar o cuidado no paciente é possível identificar as competências, atitudes e recursos que podem contribuir para sua autonomia, conseqüentemente para sua recuperação e cura (GOTTLIEB, 2016). Portanto, a teoria propicia o desenvolvimento de estratégias com o paciente, de forma que este sinta-se capaz de atingir as suas próprias metas e a encontrar um novo significado na sua vida, incentivando o paciente a assumir a responsabilidade pela sua própria saúde (MACIEL; BERNARDINO; ENCARNAÇÃO, 2021).

Enquanto que o Fator 4, Plano de cuidados, relacionado ao plano de alta e aos encaminhamentos após a alta hospitalar, obteve menor escore na pesquisa. Este resultado evidencia a necessidade de melhoria na qualidade do plano de cuidado transicional. As transições de cuidados do hospital para casa continuam a ser fragmentadas e apresentam altos riscos de segurança (BACKMAN et al., 2018). Desta forma, é fundamental o envolvimento do paciente, familiares e cuidadores no planejamento do cuidado, afim de que estes participem ativamente do tratamento proposto, e, assim, haja continuidade do cuidado. Além de orientações verbais, as evidências destacam o fornecimento por escrito

em relação aos cuidados, exames e acompanhamentos, após a alta hospitalar (COSTA et al., 2020b; ROBELIA et al., 2017).

O envolvimento dos familiares e cuidadores no cuidado ao paciente foi um desafio durante a pandemia da Covid-19. Em muitos casos foi necessário fazer uso de dispositivos móveis e novas tecnologias para facilitar a comunicação com os familiares (VENTURAS et al., 2021). Além de permitir que a família e cuidadores fossem informados do quadro clínico do paciente, a comunicação possibilitou a redução do medo de abandono e inseguranças, resultantes das internações devido a Covid-19 (AKGÜN et al., 2020).

Ao considerar a qualidade da TC segundo as características sociodemográficas, observou-se que a média dos participantes de raça autodeclarada parda obteve menor escore. Em estudo realizado com o objetivo de identificar as lacunas na perspectiva do paciente durante a TC, aponta-se diferenças no cuidado quanto à raça autodeclarada. Este estudo apontou que pacientes de raça negra não receberam contato telefônico em caso de dúvidas, quando comparados a pacientes de outras raças. Os pacientes de raça negra relataram não receber equipamentos prescritos com mais frequência do que os pacientes de outras raças. Ainda, os pacientes de raça negra obtiveram menos acompanhamentos agendados e concluídos em comparação com pacientes de outras raças (JONES et al., 2022).

Dessa forma, a raça é uma variável importante para caracterizar o perfil epidemiológico, visto seu poder explicativo das desigualdades raciais, para contribuir no planejamento de políticas públicas, possibilitando a redução da disparidade racial (SILVA, 2022).

Quanto a qualidade da TC segundo as características clínicas, houve diferença na média dos participantes com doença cardiovascular quando comparado com pacientes que não possuem a doença. As doenças cardiovasculares são apontadas como uma das principais comorbidades em casos de Covid-19 com hospitalização e óbito (DENG; PENG, 2020). Assim, é importante que a equipe multidisciplinar realize o planejamento da alta hospitalar de forma adequada para que o paciente, familiares e cuidadores possam dar continuidade ao cuidado, reduzindo riscos de eventos adversos, reinternações e óbito.

Ainda houve diferença da qualidade da transição do cuidado relativo à dispneia no Fator 3, que corresponde a Preferências Asseguradas, sendo menor entre os pacientes que não apresentaram dispneia. A dispneia é um dos sintomas mais frequentes da Covid-19. Estudo aponta que a dispneia apresenta uma duração média de 13 dias, variando entre 9 e 16,5 dias para os pacientes que foram contaminados pelo vírus (ZHOU et al., 2020).

Portanto, se faz necessário a implementação de intervenções terapêuticas com ênfase em medidas não farmacológicas, para promover a otimização das funções residuais, além de manter e recuperar a independência em atividades diárias, e reduzir o impacto de incapacidades das funções neurológica, respiratória, cardíaca, ortopédica e deficiências (RAPOSO; SOUSA, 2020). Assim, por ser um dos sintomas mais prevalentes, é importante que os profissionais de saúde conheçam e respeitem as preferências do paciente (KUNZ; MINDER, 2020).

Ressalta-se que conhecer o perfil epidemiológico e clínico dos pacientes e sua percepção de qualidade sobre a transição permite que profissionais se antecipem a eventos indesejados, potencializando práticas e estratégias diferenciadas para garantir TC seguras.

Como limitação do estudo, aponta-se que alguns cuidadores foram respondentes do instrumento, os quais podem ter percepções diferentes dos pacientes sobre a TC. Destaca-se a carência de pesquisas nacionais e internacionais com a utilização do mesmo instrumento e temática, o que dificultou a comparação e discussão dos resultados.

CONCLUSÃO

A avaliação da qualidade do cuidado de pacientes internados devido a Covid-19 em hospitais universitários federais brasileiros obteve resultado satisfatório, com destaque para a preparação do autogerenciamento, mesmo diante de um contexto de crise sanitária. Identificou-se com menor qualidade de transição do cuidado, na perspectiva dos pacientes e cuidadores, os aspectos relacionados ao plano de alta e encaminhamentos após a alta hospitalar.

Este estudo aponta um panorama nacional durante a pandemia de Covid-19, mas que reflete um processo crônico de fragmentação, especialmente na contrarreferência para o contexto domiciliar e de cuidados primários. Existem TCs que devem receber maior suporte por parte dos profissionais dos diferentes serviços saúde e precisam tornar-se agenda prioritária dos tomadores de decisão e agentes públicos, uma vez que iniciativas pontuais não tem sido efetivas na consolidação de práticas seguras, mesmo atuando em um modelo de redes.

Há necessidade de maior conhecimento de mecanismos e estratégias acerca da qualidade da transição do cuidado de pacientes internados devido a Covid-19, considerando que ainda há poucos estudos relacionados a temática. Contudo, estudos

achados desta pesquisa podem contribuir no aperfeiçoamento de processos na prática profissional de gestores e profissionais da equipe multidisciplinar

REFERÊNCIAS

ACOSTA, Aline Marques; CÂMARA, Camila Engel; WEBER, Luciana Andressa Feil; FONTENELE, Raquel Malta. Atividades do enfermeiro na transição do cuidado: realidades e desafios. **Revista de Enfermagem Ufpe On Line**, [S.L.], v. 12, n. 12, p. 3190, 2 dez. 2018. Revista de Enfermagem, UFPE Online. <http://dx.doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a231432p3190-3197-2018>.

ACOSTA, Aline Marques; LIMA, Maria Alice Dias da Silva; PINTO, Ione Carvalho; WEBER, Luciana Andressa Feil. 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, 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190155>.

AKGÜN, Kathleen M.; SHAMAS, Tracy L.; FEDER, Shelli L.; SCHULMAN-GREEN, Dena. Communication strategies to mitigate fear and suffering among COVID-19 patients isolated in the ICU and their families. **Heart & Lung**, [S.L.], v. 49, n. 4, p. 344-345, jul. 2020. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.hrtlng.2020.04.016>.

ARRAIS, Diego J. L.; GOMES, Mateus C.; CUNHA, Carlos L. F. da; RIEGEL, Fernando; COSTA, Maria F. B. N. A. da; ABEN-ATHAR, Cintia Y. U. P.; RAMOS, Aline M. C.; PARENTE, Andressa T.; RODRIGUES, Diego P.; SOUSA, Fabianne J. D. de. Transition of Care for Post-COVID-19 Patients: sociodemographic and clinical profile and associated factors. **Nursing Forum**, [S.L.], v. 2023, p. 1-8, 8 fev. 2023. Hindawi Limited. <http://dx.doi.org/10.1155/2023/3505657>.

AUED, Gisele Knop; BERNARDINO, Elizabeth; SILVA, Otilia Beatriz Maciel da; MARTINS, Maria Manuela; PERES, Aida Maris; LIMA, Leticia Siniski de. Liaison nurse competences at hospital discharge. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [S.L.], v. 42, 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200211>.

BACKMAN, Chantal; CHARTRAND, Julie; DINGWALL, Orvie; SHEA, Beverley. Effectiveness of person- and family-centered care transition interventions: a systematic review protocol. **Systematic Reviews**, [S.L.], v. 6, n. 1, p. 1, 2018. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s13643-017-0554-z>.

BACKMAN, Chantal; JOHNSTON, Sharon; OELKE, Nelly D.; BURNS, Katharina Kovacs; HUGHES, Linda; GIFFORD, Wendy; LACROIX, Jeanie; FORSTER, Alan J.. Safe and effective person- and family-centered care practices during transitions from hospital to home—A web-based Delphi technique. **Plos One**, [S.L.], v. 14, n. 1, p. e0211024, 22 jan. 2019. Public Library of Science (PLoS). <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0211024>.

BOENG, Ana Cecilia. **Transição do cuidado de pacientes com covid-19 em um hospital universitário ao sul do Brasil**. 2022. 69 p. Trabalho de Conclusão de Curso

(Graduação em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2022.

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

COSTA, Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da; CIOSEK, Suely Itsuko; ANDRADE, Selma Regina de; SOARES, Cilene Fernandes; PÉREZ, Esperanza I. Ballesteros; BERNARDINO, Elizabeth. CONTINUITY OF HOSPITAL DISCHARGE CARE FOR PRIMARY HEALTH CARE: spanish practice. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S.L.], v. 29, 2020a. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0332>.

COSTA, Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da; SICHIERI, Karina; POVEDA, Vanessa de Brito; BAPTISTA, Cleide Maria Caetano; AGUADO, Priscila Cantoni. Transitional care from hospital to home for older people: implementation of best practices. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 73, n. 3, 2020b. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0187>.

DANTAS, T. P.; AGUIAR, C. A. da S. de; RODRIGUES, V. R. T.; SILVA, R. R. G. da; SILVA, M. I. C. da; SAMPAIO, L. R. L.; PINHEIRO, W. R. Diagnósticos de enfermagem para pacientes com COVID-19/ Nursing diagnoses for patients with COVID-19/ Diagnostico de enfermeria para pacientes con COVID-19. *Journal Health NPEPS*, [S. l.], v. 5, n. 1, p. 396–416, 2020. Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/4575>. Acesso em: 8 abr. 2023.

DENG, Sheng-Qun; PENG, Hong-Juan. Characteristics of and Public Health Responses to the Coronavirus Disease 2019 Outbreak in China. **Journal Of Clinical Medicine**, [S.L.], v. 9, n. 2, p. 575, 20 fev. 2020. MDPI AG. <http://dx.doi.org/10.3390/jcm9020575>.

DESIDERIO, Vagner Luís; FABIO, Vania; CARNIO, Evelin Capellari; GODOY, Simone de; SILVA, Hadder Batista; MARCHI-ALVES, Leila Maria. Variáveis associadas ao desfecho clínico de pacientes hospitalizados por COVID-19. **Revista de Medicina**, [S.L.], v. 100, n. 5, p. 431-441, 10 dez. 2021. Universidade de Sao Paulo, Agencia USP de Gestao da Informacao Academica (AGUIA). <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v100i5p431-441>.

FERREIRA, Tassia Andrade. **Dificuldades na aplicação da insulina e controle do Diabetes Mellitus tipo II, pelos pacientes cadastrados nas Unidades de Saúde da Família do Município de Felício dos Santos, Minas Gerais: projeto de intervenção**. 2019. 33f. Monografia (Curso de Especialização em Formação de Educadores em Saúde) - Universidade Federal de Minas Gerais, 2019.

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

GRAÇA, N.P.; VISCONT, N.R.G.R.; SANTOS, M.I.V.; CAPONE, D.; CARDOSO, A.P.; MELLO, F.C.Q. COVID-19: Seguimento após a alta hospitalar. **Pulmão RJ**, v. 29, n. 1, p. 32-36, 2020.

GREYSEN, S. Ryan; AUERBACH, Andrew D.; MITCHELL, Matthew D.; GOLDSTEIN, Jennifer N; WEISS, Rachel; ESMAILI, Armond; KUYE, Ifedayo; MANJARREZ, Efren; BANN, Maralyssa; SCHNIPPER, Jeffrey L.. Discharge Practices for COVID-19 Patients: rapid review of published guidance and synthesis of documents and practices at 22 us academic medical centers. **Journal Of General Internal Medicine**, [S.L.], v. 36, n. 6, p. 1715-1721, 9 abr. 2021. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-021-06711-x>.

HWANG, Ula; DRESDEN, Scott M.; ROSENBERG, Mark S.; GARRIDO, Melissa M.; LOO, George; SZE, Jeremy; GRAVENOR, Stephanie; COURTNEY, D. Mark; KANG, Raymond; ZHU, Carolyn W. Geriatric Emergency Department Innovations: transitional care nurses and hospital use. **Journal Of The American Geriatrics Society**, [S.L.], v. 66, n. 3, p. 459-466, 10 jan. 2018. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/jgs.15235>.

JONES, Beth; JAMES, Pam; VIJAYASIRI, Ganga; LI, Yiting; BOZAAN, Dave; OKAMMOR, Nkiru; HENDEE, Karly; JENQ, Grace. Patient Perspectives on Care Transitions From Hospital to Home. **Jama Network Open**, [S.L.], v. 5, n. 5, p. 2210774, 6 maio 2022. American Medical Association (AMA). <http://dx.doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.10774>.

KNIHS, Neide da Silva; SENS, Suyan; SILVA, Ariadne Matzembacher da; WACHHOLZ, Laísa Fischer; PAIM, Sibeles Maria Schuantes; MAGALHÃES, Aline Lima Pestana. Care transition for liver transplanted patients during the covid-19 pandemic. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S.L.], v. 29, 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2020-0191>.

KUNZ, Roland; MINDER, Markus. COVID-19 pandemic: palliative care for elderly and frail patients at home and in residential and nursing homes. **Swiss Medical Weekly**, [S.L.], 24 mar. 2020. SMW Supporting Association. <http://dx.doi.org/10.4414/smw.2020.20235>.

LIMA, Isabelle Souza de Oliveira; BATISTA, Bruna; CUCOLO, Danielle Fabiana; PERROCA, Marcia Galan. Orientações para Alta Hospitalar: satisfação do paciente como instrumento para melhoria do processo. **Revista Paulista de Enfermagem**, [S.L.], v. 33, n. 1, p. 25-36, 1 jul. 2022. Revista Paulista de Enfermagem-REPE. <http://dx.doi.org/10.33159/25959484.repen.2022v33a04>.

LINDBLOM, Sebastian; FLINK, Maria; SJÖSTRAND, Christina; LASKA, Ann-Charlotte; VON KOCH, Lena; YTTERBERG, Charlotte. Perceived Quality of Care Transitions between Hospital and the Home in People with Stroke. **Journal Of The American Medical Directors Association**, [S.L.], v. 21, n. 12, p. 1885-1892, dez. 2020. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2020.06.042>.

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>.

MACHADO, Suzanne Guimarães; SILVA, Vanderleia da; CERQUEIRA, Telma Cristina Fontes; OLIVEIRA, Larissa Resende; CARDOSO, Leila Fernanda Oliveira de Jesus; SANTANA, Heralizandra Santa Rosa; BARRETO, Juliana de Ávila. Perfil clínico e assistencial de duas UTIs de um Hospital Universitário através da análise de indicadores de um serviço de fisioterapia. **Research, Society And Development**, [S.L.], v. 10, n. 13, p. 344101321365, 16 out. 2021. Research, Society and Development. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i13.21365>.

MENDONÇA, Flávia Daspett et al. Região Norte do Brasil e a pandemia de COVID-19: análise socioeconômica e epidemiológica. **Journal Health NPEPS**, v. 5, n. 1, p. 20-37, 2020.

MOTA, Luiz Cláudio Mota. PERCENTUAL DE READMISSÃO DE PACIENTES NO AMBIENTE HOSPITALAR COMO PARÂMETRO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA. *Revista Científica Faculdade Unimed*, v. 3, n. 1, p. 79-108, 2021.

NACOTI, M. et al. At the Epicenter of the Covid-19 Pandemic and Humanitarian Crises in Italy: Changing Perspectives on Preparation and Mitigation. **NEJM Catalyst**, p. 1, 2020. Disponível em: <https://catalyst.nejm.org/doi/pdf/10.1056/CAT.20.0080>. Acesso em: 02 mar. 2023.

NASCIMENTO, Jorge Henrique Paiter et al. COVID-19 e injúria miocárdica em UTI brasileira: alta incidência e maior risco de mortalidade intra-hospitalar. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 116, p. 275-282, 2021.

NAYLOR, Mary D.; HIRSCHMAN, Karen B.; MCCAULEY, Kathleen. Meeting the Transitional Care Needs of Older Adults with COVID-19. **Journal Of Aging & Social Policy**, [S.L.], v. 32, n. 4-5, p. 387-395, 31 maio 2020. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/08959420.2020.1773189>.

PORTELA, M. C.; GRABOIS, V.; TRAVASSOS, C. Matriz linha de cuidado Covid-19 na rede de atenção à saúde. **Observatório Covid-19 Fiocruz**, p. 15, 2020.

RAGHU, Ganesh; WILSON, Kevin C. COVID-19 interstitial pneumonia: monitoring the clinical course in survivors. **The Lancet Respiratory Medicine**, [S.L.], v. 8, n. 9, p. 839-842, set. 2020. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s2213-2600\(20\)30349-0](http://dx.doi.org/10.1016/s2213-2600(20)30349-0).

RAPOSO, Pedro; SOUSA, Luís. Intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação na dispneia da pessoa com covid-19: relato de caso. **Supplement 2**, [S.L.], v. 3, n. 2, p. 5-15, 17 nov. 2020. Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação. <http://dx.doi.org/10.33194/rper.2020.v3.s2.1.5773>.

ROBELIA, Paul M.; KASHIWAGI, Deanne T.; JENKINS, Sarah M.; NEWMAN, James S.; SORITA, Atsushi. Information Transfer and the Hospital Discharge Summary: national primary care provider perspectives of challenges and opportunities. **The Journal Of The American Board Of Family Medicine**, [S.L.], v. 30, n. 6, p. 758-765, nov. 2017.

American Board of Family Medicine (ABFM).
<http://dx.doi.org/10.3122/jabfm.2017.06.170194>.

RUNCIMAN, W.; HIBBERT, P.; THOMSON, R.; SCHAAF, T. van Der; SHERMAN, H.; LEWALLE, P.. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. **International Journal For Quality In Health Care**, [S.L.], v. 21, n. 1, p. 18-26, 1 fev. 2009. Oxford University Press (OUP).
<http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzn057>

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.], 23 maio 2019. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/acem.13623>.

SANTOS, José Luís Guedes dos; LANZONI, Gabriela Marcellino de Melo; COSTA, Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da; DEBETIO, Juanah Oliveira; SOUSA, Leonardo Pereira de; SANTOS, Lucas Soares dos; MARCELINO, Tatiane Boeing; MELLO, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de. Como os hospitais universitários estão enfrentando a pandemia de COVID-19 no Brasil? **Acta Paulista de Enfermagem**, [S.L.], v. 33, 2020. Acta Paulista de Enfermagem. <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2020ao01755>.

SEIXAS, Clarissa Terenzi; MERHY, Emerson Elias; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; SANTO, Tiago Braga do Espírito; SLOMP JUNIOR, Helvo; CRUZ, Kathleen Tereza da. A crise como potência: os cuidados de proximidade e a epidemia pela covid-19. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 25, n. 1, p. 1, 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/interface.200379>.

SEZGIN, Duygu; O'CAOIMH, Rónán; LIEW, Aaron; O'DONOVAN, Mark R.; ILLARIO, Maddelena; SALEM, Mohamed A.; KENNELLY, Siobhán; CARRIAZO, Ana María; LOPEZ-SAMANIEGO, Luz; CARDA, Cristina Arnal. The effectiveness of intermediate care including transitional care interventions on function, healthcare utilisation and costs: a scoping review. **European Geriatric Medicine**, [S.L.], v. 11, n. 6, p. 961-974, 4 ago. 2020. Springer Science and Business Media LLC.
<http://dx.doi.org/10.1007/s41999-020-00365-4>.

SHAHSAVARI, Hooman; ZAREI, Mohammad; MAMAGHANI, Jafar Aliheydari. Transitional care: concept analysis using rodgers' evolutionary approach. **International Journal Of Nursing Studies**, [S.L.], v. 99, p. 103387, nov. 2019. Elsevier BV.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103387>.

SILVA, Sebastião Bruno Taveira da. **Desigualdade racial no contexto da Covid-19: um estudo espacial em Recife**. 2022. 65 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2022.

TOLES, Mark; PREISSER, John S.; COLÓN-EMERIC, Cathleen; NAYLOR, Mary D.; WEINBERGER, Morris; ZHANG, Ying; HANSON, Laura C. Connect-Home transitional care from skilled nursing facilities to home: a stepped wedge, cluster randomized trial. **Journal Of The American Geriatrics Society**, [S.L.], 10 jan. 2023. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/jgs.18218>.

TOMAZELA, Marina; VALENTE, Silvia Helena; LIMA, Maria Alice Dias da Silva; BULGARELLI, Alexandre Fávero; FABRIZ, Luciana Aparecida; ZACHARIAS, Fabiana Costa Machado; PINTO, Ione Carvalho. Transição do cuidado de pessoas idosas do hospital para casa. **Acta Paulista de Enfermagem**, [S.L.], v. 36, 2023. Acta Paulista de Enfermagem. <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2023ao00291>.

VANDENBROUCKE, Jan P.; VON ELM, Erik; ALTMAN, Douglas G.; GÖTZSCHE, Peter C.; MULROW, Cynthia D.; POCOCK, Stuart J.; POOLE, Charles; SCHLESSELMAN, James J.; EGGER, Matthias. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE): explanation and elaboration. **International Journal Of Surgery**, [S.L.], v. 12, n. 12, p. 1500-1524, dez. 2014. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijisu.2014.07.014>.

VENSON, Cristina Novais; COLTRI, Fernanda da Cruz; MARTINS, Flávia Andrade; TEODORO, Rafaela Brinquedo; SANTOS, Raiane Christina Moreira dos; FONTOURA, Flávio Campos. Perfil clínico e epidemiológico dos pacientes internados na unidade de terapia intensiva covid de um hospital universitário em 2020. **Connection Line - Revista Eletrônica do Univag**, [S.L.], n. 27, 20 jul. 2022. UNIVAG Centro Universitario. <http://dx.doi.org/10.18312/connectionline.v0i27.1940>.

VENTURAS, Montserrat; PRATS, Judith; QUEROL, Elena; ZABALEGUI, Adelaida; FABRELLAS, Núria; RIVERA, Paula; CASAFONT, Claudia; CUZCO, Cecilia; FRÍAS, Cindy E.; OLIVÉ, Maria Carmen. 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. 10958, 18 out. 2021. MDPI AG. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph182010958>.

WANG, Dawei; YIN, Yimei; HU, Chang; LIU, Xing; ZHANG, Xingguo; ZHOU, Shuliang; JIAN, Mingzhi; XU, Haibo; PROWLE, John; HU, Bo. Clinical course and outcome of 107 patients infected with the novel coronavirus, SARS-CoV-2, discharged from two hospitals in Wuhan, China. **Critical Care**, [S.L.], v. 24, n. 1, 30 abr. 2020. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s13054-020-02895-6>.

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, 2019. 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. 1, 28 jul. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i3.47615>.

WEI, Jiangping; YANG, Hong; LEI, Pinggui; FAN, Bing; QIU, Yingying; ZENG, Bingliang; YU, Peng; LV, Jian; JIAN, Yinchao; WAN, Chengfeng. Analysis of thin-section CT in patients with coronavirus disease (COVID-19) after hospital discharge.

Journal Of X-Ray Science And Technology, [S.L.], v. 28, n. 3, p. 383-389, 9 jun. 2020. IOS Press. <http://dx.doi.org/10.3233/xst-200685>.

ZHAO, Hong-Mei et al. Recommendations for respiratory rehabilitation in adults with coronavirus disease 2019. **Chinese medical journal**, v. 133, n. 13, p. 1595-1602, 2020.

ZHOU, Fei; YU, Ting; DU, Ronghui; FAN, Guohui; LIU, Ying; LIU, Zhibo; XIANG, Jie; WANG, Yeming; SONG, Bin; GU, Xiaoying. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. **The Lancet**, [S.L.], v. 395, n. 10229, p. 1054-1062, mar. 2020. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30566-3](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30566-3).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo alcançou os objetivos elucidados, considerando que foi possível realizar a avaliação da transição do cuidado a pacientes com Covid-19.

Os resultados foram organizados no formato de dois manuscritos. O primeiro manuscrito apresentou as ações de enfermagem identificadas na transição do cuidado hospitalar a pacientes com Covid-19. Os profissionais de enfermagem, juntamente com a equipe multiprofissional, desenvolveram intervenções e estratégias afim de qualificar o cuidado prestado ao paciente, familiares e cuidadores. Especialmente no início da pandemia, pela Covid-19 ser uma doença nova, não havia embasamento científico comprovado de alternativas terapêuticas e cuidados assistências. Porém, mesmo diante de inúmeros desafios, a enfermagem lançou mão das estratégias disponíveis e ousou inovar visando qualificar a transição do cuidado, como educação em saúde, utilizando ferramentas distintas para melhor compreensão do autocuidado e gerenciamento da saúde, implementação e fortalecimento da telessaúde, e ações de monitoramento do paciente.

O segundo manuscrito apresentou a qualidade da transição do cuidado a pacientes com Covid-19 na alta em hospitais universitários brasileiros. O estudo, apesar de ter sido realizado durante a pandemia, obteve resultados semelhantes a outros estudos desenvolvidos em contextos diferentes, no que diz respeito à maior fragilidade na perspectiva dos pacientes e cuidadores, sendo o Fator 4 – Plano de Cuidado. Porém, também se observou resultado semelhante quando ao maior escore, relativo ao Fator 1 – Preparação para o autogerenciamento. Também foram observadas disparidades na atribuição de escores de acordo com certas características clínicas dos pacientes.

Dentre os hospitais participantes houve diferença na média geral da escala linear do instrumento CTM-15, com resultados que variaram de 67,0 a 72,9 pontos. Considerando os inúmeros desafios enfrentados pelos profissionais de saúde, além da escassez de recursos e conhecimentos sobre a nova doença, a avaliação da qualidade do cuidado obteve resultado satisfatório.

Frente aos resultados e discussões elucidadas neste trabalho, ressalta-se a necessidade da elaboração de modelos e protocolos para a transição do cuidado. Considerando o paciente como um todo, conhecendo e utilizando suas forças para superar problemas e limitações, tornando o paciente também responsável por sua saúde, conforme descrito na teoria de Gottlieb. Contudo, para isso, é necessário que os profissionais

desenvolvam maior conhecimento acerca do paciente e sua rede de apoio, e, assim, identificar, as competências e recursos para que potencializam a recuperação do paciente. Em virtude disso, centrar o cuidado no paciente, torna-o responsável por sua saúde, o que favorece a continuidade do cuidado, minimizando os riscos da fragmentação do cuidado.

A enfermagem como protagonista na transição do cuidado, necessita aumentar sua participação efetiva neste processo, desenvolvendo intervenções que contribuam para uma transição efetiva. Desse modo, a enfermagem vai conquistando maior visibilidade e, conseqüente, valorização de seu trabalho.

É imprescindível a busca e desenvolvimento de evidências científicas, considerando a pertinência da capacitação e preparo diante de novas situações como as que foram vivenciadas durante a pandemia. Dessa forma, novos estudos são necessários para aprofundar e qualificar esta temática em território nacional, visando maior subsídio científico aos profissionais de saúde, contribuindo para a elaboração de intervenções de ações de cuidados de transição, para tornar a assistência mais qualificada e efetiva.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, A. M. **Care transitions of patients with chronic disease: from emergency department to home**. 2016a. 162 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Porto Alegre, 2016.

ACOSTA, Aline Marques; CÂMARA, Camila Engel; WEBER, Luciana Andressa Feil; FONTENELE, Raquel Malta. Atividades do enfermeiro na transição do cuidado: realidades e desafios. **Revista de Enfermagem Ufpe On Line**, [S.L.], v. 12, n. 12, p. 3190, 2 dez. 2018. Revista de Enfermagem, UFPE Online. <http://dx.doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a231432p3190-3197-2018>.

ACOSTA, A. M.; LIMA, M. A. D. S.; MARQUES, G. Q.; LEVANDOVSKI, P. F.; WEBER, L. A. F. Brazilian version of the Care Transitions Measure: translation and validation. **International Nursing Review**, [S.L.], v. 64, n. 3, p. 379-387, 18 out. 2017. <http://dx.doi.org/10.1111/inr.12326>.

ACOSTA, A. M.; LIMA, M. A. D. S.; PINTO, I. C.; WEBER, L. A. F. 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, p. 379-387, 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190155>.

ACOSTA, Aline Marques; LIMA, Maria Alice Dias da Silva; MARQUES, Giselda Quintana; ABREU, Amanda Pinto; SANSEVERINO, Amanda Xavier; OELKE, Nelly. Health interventions for the reduction of hospital readmission within 30 days in clinical patients: an integrative review. **Research, Society And Development**, [S.L.], v. 11, n. 2, p. 2011225273, 17 jan. 2022. Research, Society and Development. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i2.25273>.

AGUIAR, B. F.; SARQUIS, L. M. M.; MIRANDA, F. M. D. Sequelas da Covid-19: uma reflexão sobre os impactos na saúde do trabalhador. **Research, Society and Development**, [S.L.], v. 10, n. 14, p. e40101421886, 24 out. 2021. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i14.21886>.

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, Z. **Elementos de metodologia epidemiológica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 149-177.

AQUINO, Estela M. L.; SILVEIRA, Ismael Henrique; PESCARINI, Julia Moreira; AQUINO, Rosana; SOUZA-FILHO, Jaime Almeida de; ROCHA, Aline dos Santos; FERREIRA, Andrea; VICTOR, Audêncio; TEIXEIRA, Camila; MACHADO, Daiane Borges. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 25, n. 1, p. 2423-2446, jun. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10502020>.

ARKSEY, H.; O'MALLEY, L. Scoping studies: towards a methodological framework. **International Journal Of Social Research Methodology**, [S.L.], v. 8, n. 1, p. 19-32, fev. 2005. <http://dx.doi.org/10.1080/1364557032000119616>.

ARRAIS, Diego João de Lima. **Transição do cuidado na alta hospitalar para o domicílio de pacientes recuperados de Covid-19 no contexto amazônico**. 2022. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Pará, Belém, 2022. 136p.

AMB. **Associação Médica Brasileira**. Faltam EPI's em todo país. 2020. Disponível em: <https://amb.org.br/epi/>. Acesso em: 19 abr. 2020.

AUED, Gisele Knop; BERNARDINO, Elizabeth; SILVA, Otília Beatriz Maciel da; MARTINS, Maria Manuela; PERES, Aida Maris; LIMA, Leticia Siniski de. Liaison nurse competences at hospital discharge. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [S.L.], v. 42, 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200211>.

AUED, G. K. **Práticas da enfermeira de ligação para a continuidade do cuidado**. 185 f. Tese – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica: emergência de saúde pública de importância nacional pela doença pelo coronavírus 2019**. Vigilância integrada de síndromes respiratórias agudas doença pelo coronavírus 2019, influenza e outros vírus respiratórios. Brasília: Ministério da Saúde; 2020b. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/guia-de-vigilancia-epidemiologica-emergencia-de-saude-publica-de-importancia-nacional/>. Acesso em: 15 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel de casos de doença pelo coronavírus 2019 (Covid-19) no Brasil pelo Ministério da Saúde**. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 15 nov. 2021a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.300, de 4 de dezembro de 2020**. Autoriza a habilitação de novos leitos de Unidade de Terapia Intensiva - UTI Adulto e Pediátrico Covid-19 para atendimento exclusivo dos pacientes SRAG/Covid-19. Brasília: Ministério da Saúde, 2020c. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.300-de-4-de-dezembro-de-2020-292435824>. Acesso em: 25 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 414, de 18 de março de 2020**. Autoriza a habilitação de leitos de Unidade de Terapia Intensiva para atendimento exclusivo dos pacientes Covid-19. Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. **Relação dos Hospitais Universitários**. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/hospitais-universitarios?id=13808>. Acesso em 24 nov. 2021b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 446, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. **Protocolo de manejo clínico da Covid-19 na Atenção Especializada** [recurso eletrônico] / Ministério da

Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. – 1. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Relatório Integrado 2018**. Porto Alegre, RS(BR): Grupo Hospitalar Conceição; 2018. Disponível em: <https://www.ghc.com.br/files/RelatorioIntegrado2018.pdf>. Acesso em: 29 mar 2023.

BURKE, R. E.; KRIPALANI, S.; VASILEVSKIS, E. E.; SCHNIPPER, J. 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. 2013. <http://dx.doi.org/10.1002/jhm.1990>.

CARDOSO, R. F.; ALBERTO, D. S.; MAUÉS, S. C. C.; SILVA, S. R. M.; ABREU, A. C.; COELHO, J. S. M. et al. Covid-19: um desafio epidemiológico. **Research, Society and Development**, [S.L.], v. 10, n. 7, p. 1-9, 23 jun. 2021. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i7.16313>.

CECHINEL-PEITER, C.; LANZONI, G. M. M.; WACHHOLZ, L. F.; GOMES, V. C.; SCHMITT, M. D.; SANTOS, J. L. G. Continuidade e transição do cuidado de crianças com condições crônicas: uma revisão de escopo. **Research, Society And Development**, [S.L.], v. 10, n. 10, p. e559101019043, 18 ago. 2021. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i10.19043>.

CECHINEL-PEITER, Caroline; LANZONI, Gabriela Marcellino de Melo; WACHHOLZ, Laísa Fischer; MELLO, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de; COSTA, Diovane Ghignatti da; COSTA, Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da; SANTOS, José Luís Guedes dos. Transição do cuidado de crianças e satisfação com os cuidados de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, [S.L.], v. 36, 2023. *Acta Paulista de Enfermagem*. <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2023ao03241>.

CLEM, L.; AUGUSTIN HOCH, V. A morte dizendo Olá: vivência dos pacientes internados em leitos UTI Covid-19, um olhar a partir dos profissionais de saúde. **Anuário Pesquisa e Extensão Unoesc São Miguel do Oeste**, [S. l.], v. 6, p. e29799, 2021. Disponível em: <https://periodicos.unoesc.edu.br/apeusmo/article/view/29799>. Acesso em: 6 abr. 2023.

CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Consulta Estabelecimento**. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em: 14 dez. 2021.

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

COLEMAN, E. A.; MAHONEY, E.; PARRY, C. Assessing the quality of preparation for

posthospital care from the patient's perspective. **Medical Care Research and Review**, [S.L.], v. 43, n. 3, p. 246–255, 2005. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/3768223>. Acesso em: 01 ago. 2020.

COLEMAN, E. 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. 1, p. 1–9, 2002. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5334/2Fijic.60>. Acesso em: 01 ago. 2020.

COSTA, Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da; ANDRADE, Selma Regina de; SOARES, Cilene Fernandes; PÉREZ, Esperanza I. Ballesteros; TOMÁS, Sergio Capilla; BERNARDINO, Elizabeth. The continuity of hospital nursing care for Primary Health Care in Spain. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [S.L.], v. 53, p. 1, 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2018017803477>.

COSTA, Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da; CIOSAK, Suely Itsuko; ANDRADE, Selma Regina de; SOARES, Cilene Fernandes; PÉREZ, Esperanza I. Ballesteros; BERNARDINO, Elizabeth. CONTINUITY OF HOSPITAL DISCHARGE CARE FOR PRIMARY HEALTH CARE: spanish practice. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S.L.], v. 29, 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0332>

CUNHA, Thaynara Gabriella Silva; GUIMARÃES, Anuska da Silva Maia; SANTOS, Thainara Alves dos; FREIRE, Lucyana Bertoso de Vasconcelos. Atuação da equipe multiprofissional em saúde, no cenário da pandemia por Covid 19. **Health Residencies Journal - Hrj**, [S.L.], v. 1, n. 2, p. 1-22, 9 maio 2020. Fundacao de Ensino e Pesquisa em Ciencias da Saude. <http://dx.doi.org/10.51723/hrj.v1i2.37>.

DAUMAS, R. P.; SILVA, G. A.; TASCA, R.; LEITE, I. C.; BRASIL, P.; GRECO, D. B. et al. O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da Covid-19. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 36, n. 6, 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00104120>.

DENG, S.; PENG, H. Characteristics of and Public Health Responses to the Coronavirus Disease 2019 Outbreak in China. **Journal Of Clinical Medicine**, [S.L.], v. 9, n. 2, p. 575, 20 fev. 2020. <http://dx.doi.org/10.3390/jcm9020575>.

FARIAS, L. A. B. G.; COLARES, M. P.; BARRETO, F. K. A.; CAVALCANTI, L. P. G. O papel da atenção primária no combate ao Covid-19. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.L.], v. 15, n. 42, p. 2455, 19 maio 2020. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2455](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2455).

GALLASCH, Cristiane Helena; CUNHA, Márcia Lima da; PEREIRA, Laríssia Admá de Souza; SILVA-JUNIOR, João Silvestre. Prevenção relacionada à exposição ocupacional do profissional de saúde no cenário de COVID. **Revista Enfermagem Uerj**, [S.L.], v. 28, p. 49596, 2 abr. 2020. Universidade de Estado do Rio de Janeiro. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2020.49596>.

GEROLIN, Fátima Silvana; PIRES, Ana Maria; NASCIMENTO, Camila; SCHIMITT, Cristiane; BUCIONE, Fernanda Torquato Salles; ROCHA6, Juliana Santos Amaral da;

BERLOFI, Luciana Mendes; FERRARI, Luciene Cristine da Silva. Ações de lideranças da Enfermagem na organização do atendimento hospitalar a pacientes com COVID-19. **Enfermagem em Foco**, [S.L.], v. 11, n. 2, 18 dez. 2020. Conselho Federal de Enfermagem - Cofen. <http://dx.doi.org/10.21675/2357-707x.2020.v11.n2.esp.3665>.

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

GONÇALVES, R. M. V.; GORREIS, T. F.; RODRIGUES, N. H.; SOUZA, E. Assistência de enfermagem em uma unidade de internação clínica durante a pandemia de Covid-19: relato de experiência. **Revista Eletrônica Acervo Enfermagem**, [S.L.], v. 13, p. e7960, 16 jul. 2021. <http://dx.doi.org/10.25248/reaenf.e7960.2021>.

GOTTLIEB, L. N. **O cuidar em enfermagem baseado nas forças: saúde e cura para a pessoa e família**. Loures: Lusodidacta, 2016.

GOTTLIEB, L. N. Strength Based Nursing, **American Journal of Nursing**, v. 114, n. 8, p. 24-32, Aug. 2014.

GOTTLIEB, L. N. Strengths-Based Nursing Care: health and healing for person and family. New York: Springer Publishing Company, 2013.

GOTTLIEB, L. N.; GOTTLIEB, B. Strength-Based Nursing: A process for Implementing a Philosophy Into Practice. **Journal of Family Nursing**, Canadá, v. 23, n. 3, p.319-340, July 2017.

GUAN, W. et al. Cardiovascular comorbidity and its impact on patients with Covid-19. **European Respiratory Journal**, [S.L.], v. 55, n. 6, 2020.

HARRISON, James D.; AUERBACH, Andrew D.; QUINN, Kathryn; KYNOCH, Ellen; MOURAD, Michelle. Assessing the Impact of Nurse Post-Discharge Telephone Calls on 30-Day Hospital Readmission Rates. **Journal Of General Internal Medicine**, [S.L.], v. 29, n. 11, p. 1519-1525, 8 ago. 2014. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-014-2954-2>.

HUANG, C.; WANG, Y.; LI, X.; REN, L.; ZHAO, J.; HU, Y. *et al.* Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. **The Lancet**, [S.L.], v. 395, n. 10223, p. 497-506, fev. 2020. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30183-5](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30183-5).

JORGE, A. O.; COSTA, M. A.; COUTO, V. R. Os desafios para manejo da pandemia da Covid-19 em um hospital de Belo Horizonte e sua relação com a APS. **Aps em Revista**, [S.L.], v. 3, n. 1, p. 24-31, 1 abr. 2021. <http://dx.doi.org/10.14295/aps.v3i1.143>.

KNIHS, Neide da Silva; SENS, Suyan; SILVA, Ariadne Matzembacher da; WACHHOLZ, Laísa Fischer; PAIM, Sibebe Maria Schuantes; MAGALHÃES, Aline Lima Pestana. CARE TRANSITION FOR LIVER TRANSPLANTED PATIENTS DURING THE Covid-19 PANDEMIC. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S.L.], v. 29, 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2020-0191>.

KOVEN, Suzanne. They Call Us and We Go. **New England Journal Of Medicine**, [S.L.], v. 382, n. 21, p. 1978-1979, 21 maio 2020. Massachusetts Medical Society. <http://dx.doi.org/10.1056/nejmp2009027>.

LAUER, S. A.; GRANTZ, K. H.; BI, Q.; JONES, F. K.; ZHENG, Q.; MEREDITH, H. R. et al. The Incubation Period of Coronavirus Disease 2019 (Covid-19) From Publicly Reported Confirmed Cases: estimation and application. **Annals Of Internal Medicine**, [S.L.], v. 172, n. 9, p. 577-582, 5 maio 2020. <http://dx.doi.org/10.7326/m20-0504>.

LI, Q.; GUAN, X.; WU, P.; WANG, X.; ZHOU, L.; TONG, Y. *et al.* Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus–Infected Pneumonia. **New England Journal Of Medicine**, [S.L.], v. 382, n. 13, p. 1199-1207, 26 mar. 2020. <http://dx.doi.org/10.1056/nejmoa2001316>.

LIMA, M. A. D. S.; MAGALHÃES, A. M. M.; OELKE, N. D.; MARQUES, G. Q.; LORENZINI, E.; WEBER, L. A. F. et al. Care transition strategies in Latin American countries: an integrative review. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [S.L.], v. 39, p. 1-12, 29 nov. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180119>.

LINO-MOURA, D.; DIAS, A.; FARINHA, P. M.; FARINHA, J. M.; CORDEIRO, C. R. Sequelas da Covid-19. Evidência Atual. **Revista de Medicina Desportiva Informa**, [S.L.], v. 12, n. 3, p. 8-11, 1 maio 2021. http://dx.doi.org/10.23911/Covid-19_sequelas_2021_mai

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>.

MACIEL, O.; BERNARDINO, E.; ENCERNAÇÃO, P. O cuidar de enfermagem baseado nas forças numa maternidade de risco habitual. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 5, p. 132. Disponível em: <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/80849>. Acesso em: 28 fev 2023.

MARTINS, M. M.; AUED, G. K.; RIBEIRO, O. M. P. L.; SANTOS, M. J.; LACERDA, M. R.; BERNARDINO, E. Gestão de alta para a continuidade do cuidado: experiência das enfermeiras de ligação de Portugal. **Cogitare Enfermagem**, [S.L.], v. 23, n. 3, p. 58449, 21 set. 2018. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i3.58449>.

McGUILL. Ingram School of nursing. Dra. Laurie Gottlieb. 2017. Disponível em: <<https://www.mcgill.ca/nursing/about/faculty/faculty-directory/laurie-gottlieb>>. Acesso em: 27 mar. 2023.

MEDEIROS, Eduardo Alexandrino Servolo. CHALLENGES IN THE FIGHT AGAINST THE COVID-19 PANDEMIC IN UNIVERSITY HOSPITALS. **Revista Paulista de Pediatria**, [S.L.], v. 38, 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0462/2020/38/2020086>.

MENDONÇA, Livia Machado. **Planejamento da alta hospitalar pós-COVID-19 na perspectiva de pacientes e profissionais de saúde: estudo de caso qualitativo**. 2022. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2022. 129p.

MORÉS, F. B. **Transição do Cuidado na saúde: a construção de um conceito pelo/para Serviço Social**. 2021. 149p. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Porto Alegre, 2021.

NASCIMENTO, Keyla Cristiane do; NUNES, Judite Martins; LANZONI, Gabriela Marcellino de Melo; CECHINEL-PEITER, Caroline; PROVENSÍ, Carine; WACHHOLZ, Laísa Fischer. ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO PARA TRANSIÇÃO DO CUIDADO DO PACIENTE DE EMERGÊNCIA. **Enfermagem em Foco**, [S.L.], v. 13, p. 1, 2022. Conselho Federal de Enfermagem - Cofen. <http://dx.doi.org/10.21675/2357-707x.2022.v13.e-202250>.

NORONHA, K. V. M. S.; GUEDES, G. R.; TURRA, C. M.; ANDRADE, M. V.; BOTEGA, L.; NOGUEIRA, D. et al. Pandemia por Covid-19 no Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos hospitalares e equipamentos de ventilação assistida segundo diferentes cenários. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 36, n. 6, p. e00115320, 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00115320>.

NUNES, E. C. D. A.; MENEZES FILHO, N. A. Sistematização da alta de enfermagem - uma análise fundamentada em Roy. **Cogitare Enfermagem**, [S.L.], v. 21, n. 2, p. 1-9, 30 jun. 2016. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i2.45875>

OIKONOMOU, Eirini; CHATBURN, Eleanor; HIGHAM, Helen; MURRAY, Jenni; LAWTON, Rebecca; VINCENT, Charles. Developing a measure to assess the quality of care transitions for older people. **Bmc Health Services Research**, [S.L.], v. 19, n. 1, 19 jul. 2019. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-019-4306-8>.

OLIVEIRA, Lays Souza de; COSTA, Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da; HERMIDA, Patrícia Madalena Vieira; ANDRADE, Selma Regina de; DEBETIO, Juanah Oliveira; LIMA, Larissa Martins Novaes de. Práticas de enfermeiros de um hospital universitário na continuidade do cuidado para a atenção primária. **Escola Anna Nery**, [S.L.], v. 25, n. 5, p. 1, 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0530>.

OPAS. Organização Pan Americana de Saúde. **Reorganização e Expansão Progressiva dos Serviços de Saúde para Resposta à Pandemia de Covid-19**. v. 1.0, março 2020. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52068>. Acesso em: 24 dez. 2021.

PARRY, C.; MIN, S.; CHUGH, A.; CHALMERS, S.; COLEMAN, E. A. Further Application of the Care Transitions Intervention: results of a randomized controlled trial conducted in a fee-for-service setting. **Home Health Care Services Quarterly**, [S.L.], v. 28, n. 2-3, p. 84-99, 27 out. 2009. <http://dx.doi.org/10.1080/01621420903155924>.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 35, n. 1, p. 103-109, fev. 2001. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89102001000100016>.

PESSOA, J. L. E.; KNIHS, N. S.; MAGALHÃES, A. L. P.; PAIM, S. M. S.; WACHHOLZ, L. F.; ROZA, B. A. Obtaining tissues and organs for transplantation and coronavirus infections: a scoping review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 74, n. 1, p. e20200610, 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0610>.

PETERS, M.; GODFREY, C.; MCINERNEY, P.; MUNN, Z.; TRICO, A.; KHALIL, H. Chapter 11: scoping reviews. **Jbi Manual For Evidence Synthesis**, [S.L.], p. 1, 2020. <http://dx.doi.org/10.46658/jbimes-20-12>.

PORTELA, M. C.; GRABOIS, V.; TRAVASSOS, C. Matriz linha de cuidado Covid-19 na rede de atenção à saúde. **Observatório Covid-19 Fiocruz**, p. 15, 2020.

RACHE, B.; ROCHA, R.; NUNES, L.; SPINOLA, P.; MASSUDA, A. Para Além do Custeio: Necessidades de Investimento em Leitos de UTI no SUS sob Diferentes Cenários da Covid-19. **Nota Técnica nº 7. IEPS: São Paulo**. 2020.

RICARDO, Janaina do Amarante. **A transição do cuidado dos pacientes pós-covid acompanhados pelo Programa de Atenção Domiciliar do grupo Hospitalar Conceição para a Rede de Atenção à Saúde**. 2022. Dissertação. Programa de Avaliação de Tecnologias para o SUS, Hospital Nossa Senhora Conceição, 2022. 65 p.

ROSA, R.G.; ROBINSON, C.C.; VEIGA, V.C.; CAVALCANTI, A.B.; AZEVEDO, L.C.P.; MACHADO, F.V. et al. Quality of life and long-term outcomes after hospitalization for Covid-19: Protocol for a prospective cohort study (Coalition VII). **Rev. bras. ter. intensiva**. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbti/a/4PPZnCTrD4f7FyWFnzDn3kR/?lang=en#>

SANTOS, T. B. S.; ANDRADE, L. R.; VIEIRA, S. L.; DUARTE, J. A.; MARTINS, J. S.; ROSADO, L. B. et al. Contingência hospitalar no enfrentamento da Covid-19 no Brasil: problemas e alternativas governamentais. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 26, n. 4, p. 1407-1418, abr. 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232021264.43472020>.

SANTOS, Shirley Vânia Bonfim dos; SANTANA, Mary Elizabeth de. Principais estratégias usadas para promoção à saúde dos profissionais de enfermagem na pandemia da Covid-19. **Research, Society And Development**, [S.L.], v. 10, n. 12, e164101219882, 16 set. 2021. Research, Society and Development. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i12.19882>.

SANTOS, José Luís Guedes dos; LANZONI, Gabriela Marcellino de Melo; COSTA, Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da; DEBETIO, Juanah Oliveira; SOUSA, Leonardo Pereira de; SANTOS, Lucas Soares dos; MARCELINO, Tatiane Boeing; MELLO, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de. Como os hospitais universitários estão enfrentando a pandemia de COVID-19 no Brasil? **Acta Paulista de Enfermagem**, [S.L.], v. 33, 2020. *Acta Paulista de Enfermagem*. <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2020ao01755>.

SARKAR, J.; CHAKRABARTI, P. A Machine Learning Model Reveals Older Age and Delayed Hospitalization as Predictors of Mortality in Patients with Covid-19. **Medrxiv**, [S.L.], p. 1-10, 30 mar. 2020. <http://dx.doi.org/10.1101/2020.03.25.20043331>.

SILVA, Davi Porfírio; SANTOS, Igor Michel Ramos; MELO, Viviane dos Santos. Aspectos da infecção ocasionada pelo Coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2 (SARS-CoV-2). **Brazilian Journal Of Health Review**, [S.L.], v. 3, n. 2, p. 3763-3779, 2020. Brazilian Journal of Health Review. <http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv3n2-201>.

SINGHAL, T. A Review of Coronavirus Disease-2019 (Covid-19). **The Indian Journal Of Pediatrics**, [S.L.], v. 87, n. 4, p. 281-286, 13 mar. 2020. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s12098-020-03263-6>.

TEIXEIRA, C. F. S.; SOARES, C. M.; SOUZA, E. A.; LISBOA, E. S.; PINTO, I. C. M.; ANDRADE, L. R. et al. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 25, n. 9, p. 3465-3474, set. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>

THE CARE TRANSITIONS PROGRAM. **The Care Transitions Intervention**. Disponível em: <https://caretransitions.org>. Acesso em: 4 dez. 2021.

THE JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (JCI). **Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais**. 2014. Disponível em: <https://docplayer.com.br/2906871-Padroes-de-acreditacao-da-joint-commission-international-para-hospitais.html>. Acesso em: 29 mar. 2023.

UTZUMI, F. C.; LACERDA, M. R.; BERNARDINO, E.; GOMES, I. M.; AUED, G. K.; SOUSA, S. M. Continuidade do cuidado e o interacionismo simbólico: um entendimento possível. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S.L.], v. 27, n. 2, p. e4250016, 3 maio 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180004250016>.

WACHHOLZ, Laísa Fischer; KNIHS, Neide da Silva; MARTINS, Sabrina Regina; MAGALHÃES, Aline Lima Pestana; BREHMER, Laura Cavalcanti de Farias; MARTINS, Marisa da Silva. Alta hospitalar do paciente transplantado hepático: revisão integrativa. **Escola Anna Nery**, [S.L.], v. 24, n. 4, 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0346>.

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, 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0746>.

WEBER, L. A. F. **Avaliação da Transição do Cuidado de Pacientes com Doenças Crônicas do Hospital para o Domicílio**. 2018. Dissertação (Mestrado). UFRGS, Escola de Enfermagem. Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, 2018. 86 p. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/180541>.

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, 28 jul. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i3.47615>.

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, 2019. Universidad de la Sabana. <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2019.19.4.5>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The performance assessment tool for quality improvement in hospitals (PATH'09): call for participation. Geneva: WHO, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Transitions of Care: Technical Series on Safer Primary Care, 2016. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/252272v>.

APÊNDICE A – Protocolo de Pesquisa para Revisão de Escopo**Protocolo de Pesquisa para Revisão de Escopo****Introdução:**

A doença *Corona Virus Disease-19* (Covid-19), causada pelo novo coronavírus, *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2* (SARS-CoV-2), gerou inúmeros desafios em nível global. O primeiro caso da doença foi notificado em 31 de dezembro de 2019 em Wuhan, na China ⁽¹⁾. O vírus disseminou-se de forma acelerada entre a população, sobrecarregando os serviços de saúde, em todos os níveis de atenção. Assim, em março de 2020 a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a calamidade uma pandemia, com mais de 214 mil casos em todo mundo em 18 de março de 2020 ⁽²⁾.

A transmissão do SARS-CoV-2 ocorre através de gotículas, aerossóis e pelo contato da mucosa com partículas do vírus ⁽¹⁾. O espectro clínico da doença é variado, podendo apresentar sintomas leves, como febre, coriza e tosse, ou apresentar situações clínicas graves, como quadros de síndrome do desconforto agudo (SDRA), podendo evoluir ao óbito ⁽³⁾. A Covid-19 possui alto potencial de transmissibilidade com letalidade considerando alguns fatores de risco, como por exemplo a idade, presença de uma ou mais comorbidades, bem como a imunidade individual ⁽⁴⁾.

A literatura aponta estudo conduzido para avaliar a capacidade do atendimento hospitalar em diferentes países ⁽⁵⁾. Dentre os principais fatores que influenciam as hospitalizações, destaca-se a idade e as condições preexistentes, diferenciando-se entre as regiões/populações a medida em que a pandemia avança ⁽⁶⁻⁷⁾.

Nesse contexto, a enfermagem destaca-se como uma das profissões protagonistas do cuidado ao paciente internado com Covid-19, os quais atuam na linha de frente aos pacientes com suspeita ou confirmação da doença ⁽⁸⁾. Dentre as funções exercidas pela equipe de enfermagem, encontram-se o conjunto de ações referentes a transição do cuidado hospitalar ao domicílio.

A transição do hospital para o domicílio é um momento complexo, envolve mudanças na rotina do paciente, considerando necessidades individuais, condições clínicas, e a adesão ao tratamento proposto. Por vezes, a equipe de saúde não aborda de modo eficaz a preparação para a transição do cuidado, o que leva a fragmentação do cuidado posteriormente a alta hospitalar ⁽⁹⁾. Dessa forma, a transição do cuidado exige planejamento, preparação e educação em saúde do paciente e da família e/ou cuidadores ⁽¹⁰⁾.

Nesse contexto, se torna fundamental avaliar o desenvolvimento da transição do cuidado em diferentes cenários. Para isso, encontram-se disponíveis diferentes instrumentos e indicadores para tal avaliação ^(9,11). A qualidade da transição do cuidado integra a avaliação de desempenho de hospitais, fato pelo qual a temática vem tornando-se foco de interesse de pesquisadores e gestores de saúde ao redor do mundo ⁽⁹⁾.

A avaliação propicia a identificação de oportunidades de ajustes e elaboração de estratégias, as quais são capazes de influenciar diretamente na qualidade de vida dos pacientes e familiares e/ou cuidadores. Além disso, as evidências científicas apontam que a adequada transição do cuidado reduz readmissões hospitalares, busca por serviços de emergência, e os custos do sistema de saúde ⁽¹²⁾.

Tendo em vista as fragilidades da transição do cuidado já existentes antes do surgimento da Covid-19, faz-se importante avaliar as ações de cuidados desenvolvidas na transição do cuidado a pacientes com Covid-19. Isso, para que seja possível identificar aspectos de melhorias na transição do cuidado, bem como, comparar as respostas às ações desenvolvidas nas mais diversas realidades e culturas. A integração desses resultados pode gerar respostas importantes e oportunidades de avanços nesse cenário.

Portanto, decidiu-se pelo desenvolvimento de uma revisão de escopo, a fim de possibilitar a busca sistematizada pelas ações de enfermagem na transição do cuidado a pacientes com Covid-19 mundialmente. As revisões de escopo são utilizadas como método de pesquisa para mapear os principais conceitos, abordar uma questão de pesquisa exploratória, mapear evidências, assim como evidenciar lacunas na pesquisa relacionada a um campo emergente ⁽¹³⁾.

Para identificar a ausência de outras revisões de escopo sobre o assunto, no mês de setembro de 2021, foi realizada busca nas bases de dados Cochrane Library, Medline, Prospero (International prospective register of systematic reviews), Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) e Joanna Briggs Institute (JBI). Para isso, utilizaram-se as seguintes palavras-chave: transitional care; continuity of patient care; Covid-19; nursing; e, scoping review. Nenhuma outra revisão de escopo com o mesmo objetivo e análise proposta pela atual pesquisa foi identificada, demonstrando ainda mais a relevância desta produção para o cenário científico.

Portanto, o objetivo dessa revisão de escopo é: identificar as ações de enfermagem na transição do cuidado a pacientes com Covid-19.

Título: Ações de enfermagem na transição do cuidado a pacientes com Covid-19

População: pacientes adultos hospitalizados por Covid-19 que tiveram alta para casa

Conceito: ações de enfermagem na transição do cuidado

Contexto: hospitalar

Pergunta de pesquisa: Quais são as ações de enfermagem a pacientes com Covid-19 na transição do cuidado na alta hospitalar?

Objetivo: Identificar as ações de enfermagem a pacientes com Covid-19 na transição do cuidado na alta hospitalar.

Crítérios de Inclusão: serão considerados estudos de qualquer desenho metodológico, como artigos originais, artigos de revisão, relatos de experiência, artigos de reflexão, editoriais, guidelines, protocolos e diretrizes em inglês, português e espanhol entre 2020 a 2021 que abordem o tema das ações de enfermagem a pacientes com Covid-19 na transição do cuidado na alta hospitalar.

Estratégia de busca: executada em três fases.

Fase 1: pesquisa inicial, utilizando palavras-chave gerais em duas bases de dados, a fim de identificar melhores termos de pesquisa. Foram utilizadas palavras-chave nos idiomas inglês, português e espanhol, a fim de diversificar a busca.

Bases de dados: PubMed e SCOPUS.

Palavras-Chave			
Assunto	Inglês	Português	Espanhol
População	transitional care	cuidado transicional	cuidado de transición
	care, transitional	cuidado de transição	
	cares, transitional	cuidados de transição	
	transitional cares	tratamento transicional	

	transition care	tratamento de transição	
Conceito	Nursing	enfermagem	enfermería
	Nursings		
Contexto	coronavirus infections	infecções por coronavirus	infecciones por coronavirus
	Coronavirus	vírus da SARS	virus del SRAS
	SARS vírus		
	SARS-CoV		
	Covid-19		
	SARS-CoV-2		
	SARSCoV2		
	SARS2		
	COVID19		
	COVID-2019		
	SARS COV 2		
	2019-nCoV		
	2019ncov		
nCoV 2019			

Fase 2: pesquisa secundária aplicando todos os termos identificados na fase um em todas as bases de dados escolhidas para revisão. Etapa supervisionada por uma bibliotecária.

Bases de Dados: PubMed; Embase; CINAHL; COCHRANE library; Scopus; Web of Science; LILACS; BDENF; e, SciELO.

Fase 3: análise da lista de referências dos estudos selecionados em busca de materiais adicionais, como pré prints, e pesquisa de literatura cinzenta. Mantendo propositalmente ampla a pesquisa, a fim de identificar todos os materiais possíveis.

Busca de pré prints e literatura cinzenta: Google Scholar (primeiras 10 páginas).

Sentenças utilizadas para busca no Google Scholar: “coronavirus”, “Covid-19”, “transitional care”, “continuity of patient care”, “nurse” e “nursing”.

Seleção dos estudos: A busca e seleção dos estudos e demais materiais que farão parte da revisão, ocorrerá por uma pesquisadora. Após leitura de título e resumo, serão selecionados os artigos para leitura na íntegra e então, quando do cumprimento dos critérios de seleção, a inclusão. Será utilizado o software Mendeley® para o gerenciamento da revisão.

Coleta de dados: Serão coletados os seguintes dados a partir dos materiais selecionados: ano de publicação; país em que a pesquisa foi desenvolvida; tipo de material; local onde se encontra o material (periódico, manual, guia, legislação, site, etc.); definições encontradas no material, e objetivo e método do estudo (quando se tratar de artigos científicos). Todos os dados serão coletados utilizando planilha do Microsoft Excel® desenvolvida para essa revisão.

Análise dos dados: Os dados coletados serão agrupados conforme os principais assuntos de interesse identificados nos materiais, possibilitando a elaboração de categorias. Isso, para promover a identificação das ações de enfermagem na transição do cuidado a pacientes com Covid-19. Essa etapa será conduzida pela pesquisadora com o suporte de outras duas pesquisadoras com experiência no contexto da transição do cuidado.

Apresentação dos resultados: A partir das categorias formadas, os resultados serão apresentados por meio de quadros, tabelas, representações gráficas e descrições.

Referências:

1. Pessoa JLE, Knih NS, Magalhães ALP, Paim SMS, Wachholz LF, Roza BA. Obtaining tissues and organs for transplantation and coronavirus infections: a scoping review. *Rev Bras Enferm.* 2021;74(Suppl 1):e20200610. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0610>
2. Teixeira CFS, Soares CM, Souza EA, Lisboa ES, Pinto ICM, Andrade LS, Espiridião MA. The health of healthcare professionals coping with the Covid-19 pandemic. *Ciênc. saúde coletiva.* 2020;24(9):3465-3474. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>
3. Farias LABG, Pessoa Colares M, de Almeida Barreto FK, Pamplona de Góes Cavalcanti L. O papel da atenção primária no combate ao Covid-19: impacto na saúde pública e perspectivas futuras. *Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet].* 19º de maio de 2020 [citado 11º de outubro de 2021];15(42):2455. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2455>
4. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, Zhao X, Huang B, Shi W, Lu R, Niu P, Zhan F, Ma X, Wang D, Xu W, Wu G, Gao GF, Tan W; China Novel Coronavirus Investigating and Research Team. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med.* 2020;382(8):727-733. doi: 10.1056/NEJMoa2001017
5. Noronha K, Guedes G, Turra C, Andrade M, Botega L, Nogueira D, Calazans JA, Carvalho L, Servo L, Ferreira MF. Pandemia por Covid-19 no Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos hospitalares e equipamentos de ventilação assistida segundo diferentes cenários. *Cad Saúde Pública* 2020; 36(6):e00115320.

6. Sarkar J, Chakrabarti P. A machine learning model reveals older age and delayed hospitalization as predictors of mortality in patients with Covid-19. medRxiv 2020; 30 mar. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.25.20043331v1>
7. Zhang T, McFarlane K, Vallon J, Yang L, Xie J, Blanchet J, et al. A model to estimate bed demand for Covid-19 related hospitalization. medRxiv 2020; 26 mar. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.24.20042762v1>
8. Gonçalves RMV, Gorreis T de F, Rodrigues NH, Souza E. Assistência de enfermagem em uma unidade de internação clínica durante a pandemia de Covid-19: relato de experiência. REAEnf [Internet]. 2021 [cited 05 out 2021];13:e7960. Available from: <https://acervomais.com.br/index.php/enfermagem/article/view/7960>
9. Weber AFW, Lima MADS, Acosta AM, Maques GQ. Care transition from hospital to home: integrative review. Cogitare Enferm 2017;(22)3: e47615. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i3.47615>
10. Coleman EA, Boult C, American Geriatrics Society Health Care Systems Committee. Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. J Am Geriatr Soc. 2003;51(4):556-7.
11. Harrison JD, Auerbach AD, Quinn K, Kynoch E, Mourad M. Assessing the impact of nurse post-discharge telephone calls on 30-day hospital readmission rates. J Gen Intern Med. 2014;29(11):1519-25.
12. Acosta AM, Lima MADS, Pinto IC, Weber LAF. Transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas na alta da emergência para o domicílio. Rev Gaúcha Enferm. 2020;41(esp):e20190155. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190155>
13. Arksey H, O'malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. Int J Soc Res Methodol. 2005;8(1):19-32. <http://dx.doi.org/10.1080/1364557032000119616>

ANEXO A – Versão brasileira do *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...

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

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

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

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

6. Quando eu saí do hospital, eu entendi claramente os sinais de alerta e os sintomas que eu deveria observar para monitorar a minha condição de saúde.

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

7. Quando eu saí do hospital, eu recebi um plano escrito, legível e de fácil compreensão, que descrevia como todas as minhas necessidades de saúde seriam atendidas.

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

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

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

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

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...

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.

Coordenação geral:

Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann - Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

Dr. José Luís Guedes dos Santos (UFSC)

Núcleo gestor:

Dra. Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello (UFSC)

Dra. Caroline Cechinel Peiter (UFSC)

Dra. Diovane Ghignatti da Costa (UFSC)

Dra. Elisiane Lorenzini (UFSC)

Dra. Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni (UFSC)

Dra. Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa (UFSC)

Coordenação local:**Região Norte**

Dr. Carlos Leonardo Figueiredo Cunha (UFPA)

Dra. Rizioléia Marina Pinheiro Pina (UFAM)

Região Nordeste

Dra. Viviane E.P. Santos (UFRN)

Dr. Gilberto Tadeu R. da Silva (UFBA)

Região Sudeste

Dra. Liana Amorim Corrêa Trotte (UFRJ)

Dr. Alexandre Pazetto Balsanelli (UNIFESP)

Região Centro-oeste

Dra. Caroline Neris Ferreira Sarat (UFMS)

Dra. Mara Regina Rosa Ribeiro (UFMT)

Região Sul

Dra. Silviamar Camponogara (UFSM)

Bolsista de Apoio à Difusão do Conhecimento:

Luana Borges

Bolsista de Apoio Técnico:

Francis Ghignatti da Costa

Financiamento:

Chamada MCTIC/CNPq/FNDCT/MS/SCTIE/Decit Nº 07/2020 - Pesquisas para enfrentamento da COVID-19, suas consequências e outras síndromes respiratórias agudas graves.

Chamada Pública Fapesc nº 05/2022.

MANUAL CTM-15

//

MARÇO 2021

M294 Manual de coleta de dados para aplicação do Care Transitions Measure (CTM-15) [recurso eletrônico] / coordenação: Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, GEPADES ; equipe responsável: Maria Fernanda Basso Neves Alonso da Costa ... [et al.]. – Florianópolis : UFSC, 2022.
26 p.
"Projeto de pesquisa multicêntrico Avaliação do cuidado de enfermagem a pacientes com COVID-19 em hospitais universitários brasileiros"
E-book (PDF)
ISBN 978-85-8328-185-4

I. Cuidados de enfermagem. 2. COVID-19 (Doença). 3. Enfermagem – Pesquisa. I. Universidade Federal de Santa Catarina. Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Políticas e Gestão do Cuidado e da Educação de Enfermagem e Saúde. II. Costa, Maria Fernanda Basso Neves Alonso da.

CDU: 616-083

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária da
Universidade Federal de Santa Catarina
Elaborada pelo bibliotecário Fabrício Silva Assumpção – CRB-14/1673

SUMÁRIO

1. Introdução.....	03
2. Objetivos.....	04
3. Coleta de dados.....	05
3.1 Seleção dos participantes.....	05
3.2 Contato telefônico.....	06
3.3 Roteiro do telefonema.....	07
Referência.....	14
Apêndice A - Termo de Consentimento Livre Esclarecido.....	15
Apêndice B - Dados de identificação.....	17
Apêndice C - Variáveis de caracterização do estudo.....	18
Anexo A - CTM-15 Brasil.....	24

1 INTRODUÇÃO

Este Manual foi elaborado para o desenvolvimento do Projeto de pesquisa multicêntrica intitulado "AVALIAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM A PACIENTES COM COVID-19 EM HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS BRASILEIROS" sob Coordenação geral: Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann, aprovado na Chamada MCTIC/CNPq/FNDCT/MS/SCTIE/Decit Nº 07/2020 - Pesquisas para enfrentamento da COVID-19, suas consequências e outras síndromes respiratórias agudas graves (Processo nº: 402392/2020-5), e no edital de chamada pública nº 005/2020 - adesão da FAPESC à chamada pública MCTIC/CNPq/FNDCT/MS/SCTIE/Decit Nº 07/2020.

O projeto 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, e será operacionalizado em cinco dimensões principais: 1) Gestão hospitalar; 2) Liderança e gestão do cuidado; 3) Ambiente de prática profissional; 4) Experiência do paciente; e 5) Continuidade do cuidado.

O instrumento Care Transitions Measure (CTM) foi desenvolvido por Coleman e colaboradores, em 2002, nos Estados Unidos, e validado para uso no Brasil em 2016. Tem como propósito mensurar a transição do cuidado de serviços hospitalares para o domicílio, considerando-se a perspectiva dos pacientes (ACOSTA, 2016).

O instrumento é composto por 15 afirmações que se referem a aspectos relacionados à transição do cuidado. Os itens do CTM contêm uma escala Likert com cinco opções de respostas que variam de "concordo muito" a "discordo muito", tendo uma alternativa neutra. O instrumento traz a maioria das informações necessárias para sua aplicação. Quanto mais familiarizado com ele você estiver, mais fluente será sua aplicação. O uso deste manual durante a coleta de dados é obrigatório, pois contém as instruções para orientar a realização do trabalho (ACOSTA, 2016).

Qualquer dúvida que tiver antes, durante ou depois à aplicação do instrumento, entre em contato com os pesquisadores supervisores por meio dos telefones (48)99988-6484 e (48)99118-9955, ou e-mail carolcechinel@gmail.com e mafebaeta@gmail.com.

2 OBJETIVOS

Este manual possui como objetivos descrever o passo a passo da coleta de dados do instrumento CTM-15, padronizar a forma que serão realizadas as entrevistas e instrumentalizar o grupo de pesquisadores entrevistadores para realizar a coleta de dados via chamada telefônica.

3 COLETA DE DADOS

A coleta de dados do CTM-15 está dividida em quatro etapas apresentadas a seguir:

- 1) Seleção dos participantes
- 2) Contato telefônico
- 3) Roteiro do telefonema
- 4) Aplicação do instrumento

3.1 SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES

- Os pesquisadores supervisores irão identificar a população do estudo e selecionar a amostra:
 - idade > 18 anos;
 - ter fluência no idioma português do Brasil;
 - ter internado em uma unidade de atendimento específico para COVID-19 por no mínimo 72 horas;
 - ter recebido alta hospitalar;
 - alta hospitalar superior a sete dias e inferior a 30 dias.
- Antes de iniciar a entrevista, é necessário selecionar os participantes adequadamente.
- A ordem de abordagem aos pacientes será aleatória, com base na lista mensal de altas do serviço. Este processo será realizado pelo pesquisador supervisor que disponibilizará a lista de pacientes a serem contactados.
- Esta lista dos pacientes selecionados será disponibilizada em planilha compartilhada em uma pasta no Google Drive®. Todos os entrevistadores terão acesso à planilha. A lista contém informações do nome do paciente, número de identificação do participante, telefones para contato e nome do hospital.

- Todos os dias, antes de iniciar a coleta de dados, confira na lista se a data de alta dos pacientes é superior a sete dias e inferior a 30 dias. Caso a data de alta seja inferior a sete dias, ignore e passe para o paciente seguinte. Caso a data da alta seja superior a 30 dias, selecione a linha da tabela e sinalize em fonte de cor vermelha. Na coluna "Exclusão e perdas", indique o motivo "alta posterior a 30 dias".

3.2 CONTATO TELEFÔNICO

- As ligações devem ser realizadas pelo menos três vezes na semana, em dias alternados, seguindo a ordem de pacientes mais antigos. Todos os pacientes com alta entre sete e 30 dias devem ser contactados a cada tentativa.
- Digite o número de telefone indicado na tabela. Caso não haja resposta, verifique se há mais de uma opção de contato para o mesmo paciente.
- Caso o **paciente ou cuidador** atenda ao telefonema, aplique o questionário disponível no link do Google Forms®, seguindo o roteiro do telefonema.
- Lembre-se de confirmar os **critérios de inclusão** do estudo: idade > 18 anos; ter fluência no idioma português do Brasil; ter internado em uma unidade de atendimento específico para COVID-19 por no mínimo 72 horas, ter recebido alta hospitalar; alta hospitalar superior a sete dias e inferior a 30 dias.
- Atenção aos **critérios de exclusão** do estudo: Pacientes e cuidadores 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 ou dor), e aqueles que, no momento do contato telefônico, tenham ido a óbito ou tenham sido rehospitalizados.
- Nestes casos, selecione a linha da tabela e sinalize em fonte de cor vermelha. Na coluna "Exclusão e perdas", indique o motivo.

- Caso o paciente não atenda o telefonema dentro do período de sete a 30 dias após a alta, selecione a linha da tabela e sinalize em fonte de cor vermelha. Isso indicará a exclusão do participante da amostra. Na coluna "Exclusão e perdas", indique o motivo "não atendeu o contato telefônico".

3.3 ROTEIRO DO TELEFONEMA

PARTE 1

- Solicitar para falar com o(a) paciente queLa esteve hospitalizado.
- Caso não seja possível contato com o paciente, a coleta do CTM-15 pode ser feita com o **cuidador responsável** pelo paciente
- **Por vezes, quem atender a ligação, requererá mais detalhes sobre a ligação. Dessa forma, seguem informações complementares sobre os responsáveis da pesquisa:**
- Pesquisador responsável: Prof. Alacoque Lorenzini Erdmann- da Universidade Federal de Santa Catarina - responsável geral da pesquisa]
- Pesquisadores supervisores: Caroline Cechinel Peiter carolcechinel@gmail.com (48)99988-6484 e Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa mafebaeta@gmail.com (48)99118-9955.
- Pesquisador entrevistador: Descrever de que forma está participando da pesquisa, explicitando o cargo e função no projeto (estudante de graduação, Mestrado ou Doutorado).

MATERIAL UTILIZADO:

Lista de pacientes com dados para contato telefônico e campo para observações

PARTE 2

Ao conseguir contato com o participante na ligação, iniciar a abordagem de sensibilização:

- Sr(a). __ (nome) __ ? Bom dia ou boa tarde (conforme o turno de contato).
- Aqui quem está falando é ____ (nome do(a) entrevistador(a)) e, inicialmente, desejo agradecer pela gentileza de me atender ao telefone.
- Estamos entrando em contato para lhe solicitar a gentileza de nos contar como foi seu atendimento no Hospital _____. Caso concorde em conversar conosco, seu relato fará parte de uma pesquisa sobre o cuidado de enfermagem a pacientes com COVID-19 em hospitais universitários brasileiros, sendo que o hospital em que esteve internado é um entre os 10 que serão pesquisados. Esse é o motivo de nosso telefonema.
- A nossa pesquisa consta de algumas perguntas sobre o seu atendimento e preparo para alta hospitalar. As informações prestadas pelo Sr(a) serão gravadas, analisadas e posteriormente guardadas pelo período de cinco anos. A sua participação é livre e se mudar de ideia, pode desistir a qualquer momento, mesmo sem ter respondido algumas ou todas as perguntas. Os pacientes não terão qualquer prejuízo respondendo às perguntas e não serão identificados individualmente nos resultados
- Acreditamos que os resultados desta pesquisa possam auxiliar a melhorar o atendimento no hospital beneficiando futuros pacientes.
- Caso o (a) Sr (a) tenha dúvidas sobre esta pesquisa poderá esclarecê-las por meio de contato telefônico com a Professora _____ (telefone ____-____) e/ou com a própria pesquisadora _____ (telefone ____-____). Dúvidas e informações sobre o projeto também podem ser esclarecidas/solicitadas junto ao Comitê de ética do HU _____, através do telefone ____-____. (informações a serem adaptadas a partir do orientador e CEP de referência).

MATERIAL UTILIZADO

Planilha de agendamento.

- Acreditamos que será necessário utilizar em torno de 30 minutos do seu tempo para responder. O(a) Sr(a) concorda em participar?
- **Se sim:** perguntar se a coleta pode ser realizada neste momento ou se o participante prefere agendar a coleta para outra data.
- **Se não:** agradecer pela atenção ao telefonema e desligar.

PARTE 3

- Prosseguir com a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).
- A leitura pode ser feita a partir dos tópicos a seguir.
- O termo na íntegra está disponível no Apêndice A.

Apresentação do TCLE

- Eu, 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 se sentir cansado ou não apresentar condições físicas ou mentais para prosseguir, você poderá suspender momentaneamente/definitivamente ou pelo tempo que você achar necessário, podendo terminar de preencher o questionário online em um outro horário a ser definido.
- Se você achar que não está em condições de continuar inserido no estudo, será retirado/excluído do estudo sem qualquer tipo de prejuízo.
- Ressalta-se que devido à coleta de dados ocorrer de forma totalmente online, ou seja, sem nenhum tipo de contato físico entre pesquisador e participantes, não serão necessárias medidas de segurança para contaminação pelo coronavírus.
- Além disso, durante todo o período da pesquisa você terá a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir demais esclarecimentos. Para isso entre em contato com algum dos pesquisadores ou com o Comitê de Ética em Pesquisa.
- As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão ser divulgadas apenas em eventos ou publicações, sem a identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis do estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação.
- Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores.
- Fica também garantida indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa.

- A pesquisa seguirá as determinações da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre os cuidados da pesquisa com Seres Humanos. Caso necessário, você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da UFSC. Você gostaria de anotar os dados para contato?
 - (Informações a serem adaptadas a partir do CEP de referência).
- O CEPSH é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, mas independente na tomada de decisões, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.
- Ciente e de acordo com o que foi exposto, declaro ter a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas e estou suficientemente informado. Fica claro que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade, bem como de esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto, expresso minha concordância em participar desta pesquisa.

Concordo em participar da pesquisa:

Sim Não



A partir desta etapa a Gravação deve ser iniciada!

Importante: Para garantir a qualidade das gravações, lembre-se de manter um ambiente livre de ruídos e interferências externas.

PARTE 4

MATERIAL UTILIZADO:

Gravador
Questionário Google
Forms®

<https://forms.gle/yvaMNRFWgTsFyYUf9>

- Se o paciente aceitar participar do estudo, após a leitura do TCLE prossiga com o preenchimento do formulário disponibilizado via Google Forms®.
 - Ao aplicar o formulário, inicie a gravação da ligação.
 - Tente chamar o participante sempre pelo nome.
 - Seja simpático.
- Preencha os dados de identificação do paciente (APÊNDICE B).
 - Prossiga a coleta de dados com o CTM-15 (ANEXO A) (ACOSTA, 2016).
 - Para aplicar o CTM diga o seguinte: "Agora vamos iniciar o questionário. A cada afirmação minha, o Sr(a) me responderá se **discorda muito**, se **discorda** se **concorda**, se **concorda muito**".
 - **Importante:** Inicialmente **NÃO introduza a opção "não sei/não me lembro/não se aplica"**. Ofereça essa opção apenas quando o paciente demonstrar indecisão entre as quatro opções anteriores.
- Avise que irá começar a ler as frases e leia o enunciado da questão. Formule os
- itens exatamente como estão escritos.
- Leia cada um dos itens e pergunte: você discorda muito, discorda, concorda, ou
- concorda muito?
- Fale sempre devagar. Caso a pessoa não entenda, repita devagar o item.
- Quando uma resposta parecer pouco convicta, repita o item de maneira
- enfática.

- Não induza as respostas.
- Se as respostas forem duvidosas quanto ao nível de concordância ou discordância (Ex: "Concordo" ou "Concordo muito"), perguntar se o participante consegue se decidir.
- Se a resposta do participante for "sim", releia as alternativas "Concordo" e "Concordo muito" e peça para ele escolher. Se, por outro lado, a resposta for "não", releia as alternativas "Discordo" ou "Discordo muito".
- Preencha o instrumento de caracterização (APÊNDICE C).
- Ao terminar o instrumento, revise todos os itens para ver se nenhum item foi esquecido.
- Solicitar e-mail para recebimento dos resultados da pesquisa caso tenha interesse.
- Agradeça a participação e despeça-se gentilmente: "Sr(a), _____(nome)_____, em meu nome e em nome da professora _____, que orienta este trabalho, mais uma vez agradecemos pela sua gentileza em colaborar com nossa pesquisa. Tenha um bom dia ou boa tarde (conforme o turno de contato)". (Encerrar a chamada) (ACOSTA, 2016).

PÓS-CHAMADA

- Submeta o formulário Google Forms®.
- Salve o arquivo de gravação de áudio, renomeando-o de acordo com o número correspondente à entrevista (Ex: Entrevista CTM 001).
- Envie o arquivo de gravação da entrevista para o e-mail projetcovid19ufsc@gmail.com, nomeando o e-mail como "Entrevista CTM" e o número correspondente do paciente (Ex: Entrevista CTM 001).
- Repita o procedimento com o próximo participante da lista.

REFERÊNCIA

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

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

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

Pesquisadora Responsável: Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann

Instituição: Universidade Federal de Santa Catarina

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

Telefone de contato: (48) 3721-2205

E-mail: alacoque.erdmann@ufsc.br

Eu, 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 se sentir cansado ou não apresentar condições físicas ou mentais para prosseguir, você poderá suspender momentaneamente/definitivamente ou pelo tempo que você achar necessário, podendo terminar de preencher o questionário online em um outro horário a ser definido. Se você achar que não está em condições de continuar inserido no estudo, será retirado/excluído do estudo sem qualquer tipo de prejuízo.

Resalta-se que devido à coleta de dados ocorrer de forma totalmente online, ou seja, sem nenhum tipo de contato físico entre pesquisador e participantes, não

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

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

Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores. Fica também garantida indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa.

A pesquisa seguirá as determinações da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre os cuidados da pesquisa com Seres Humanos. Caso necessário, você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da UFSC pelo telefone (48) 3721-6094, e-mail cep.propesq@contato.ufsc.br ou pelo endereço: Pró-Reitoria de Pesquisa, Prédio Reitoria II, Rua Des. Vitor Lima, sala 401. Universidade Federal de Santa Catarina, Campus universitário Reitor João David Ferreira Lima, Bairro Trindade, em Florianópolis (SC), CEP 88.040-400. O CEPSH é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, mas independente na tomada de decisões, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

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

Concordo em participar da pesquisa:

- Sim
- Não

APÊNDICE B – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

- **Número de identificação:** Número de identificação do participante indicado na planilha com a relação de pacientes.
- **Nome do paciente:** preenchido pelo coletador a partir da planilha e confirmação verbal do respondente.
- **Data de Nascimento:** Dia, mês e ano de nascimento do paciente para dupla checagem da identificação do participante.
- **Hospital:** Hospital a partir do qual o paciente teve alta. Preenchido pelo coletador a partir da planilha.
- **Respondente:** indica quem é o respondente da pesquisa, se o próprio participante (paciente) ou seu cuidador.
- **Vínculo com o paciente:** Em caso da pesquisa ser respondida pelo cuidador, indica o vínculo deste com o participante.

APÊNDICE C – VARIÁVEIS DE CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Idade: Idade do paciente em anos completos

Gênero: Gênero com o qual o paciente se identifica

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

Atentar para as diferentes nomenclaturas e fazer a devida associação:

Grau de Instrução	Possíveis Nomenclaturas
1 - Sem instrução e menos de 1 ano de estudo	Pré-escolar; jardim de infância; Primeira série (ano) incompleta.
2 - Ensino fundamental (séries iniciais)	Quarta série do ensino fundamental; Quarto ano do ensino fundamental; Primário.
3 - Ensino fundamental (séries finais)	Oitava série do ensino fundamental; Nono ano do ensino fundamental; Ginásio.
4 - Ensino médio	Segundo grau; Ensino normal.
5 - Ensino superior	Graduação; Faculdade; Especialização; Mestrado; Doutorado.

- **Raça:** Raça autodeclarada pelo paciente.
- **Município de residência:** Município de residência do paciente.
- **Renda familiar:** Soma de todos os rendimentos da família. Atentar para questionar a renda sem necessariamente apresentar as opções de respostas. A partir da resposta, identificar a categoria enquadrada.
- **Número de pessoas residentes no domicílio:** Soma de pessoas que residem no mesmo domicílio do paciente.

- **Tempo total de internação:** Total de dias entre a admissão hospitalar até a alta para o domicílio.
- **Tempo de internação em UTI:** Total de dias entre a admissão na Unidade de Terapia Intensiva até a alta para a unidade de internação.
- **Uso de ventilação mecânica invasiva:** Uso de ventilação mecânica invasiva (mediante intubação).
- **Histórico de tabagismo:** Não fumantes são indivíduos que nunca fumaram, ou fumaram menos de 100 cigarros ao longo da vida; Fumantes são aqueles que fumaram mais de 100 cigarros ao longo da vida e fumam atualmente; Ex fumantes são aqueles que fumaram mais de 100 cigarros ao longo da vida e pararam de fumar.
- **Sintomas apresentados** *Comorbidades respiratórias*
 - febre
 - fadiga
 - falta de ar
 - tosse
 - perda de olfato e paladar
 - dor de cabeça
 - dor no corpo (músculos e articulações)
 - náuseas e vômito
 - diarreia:
- **Comorbidades**

Comorbidades		
Doença respiratória crônica	Doença Pulmonar obstrutiva crônica	J40 - Bronquite não especificada como aguda ou crônica
		J41 - Bronquite crônica simples e a mucopurulenta
		J42 - Bronquite crônica não especificada
		J43 - Enfisema
		J44 - Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas

Comorbidade	Especificações	
Doença respiratória crônica	Asma	J45 - Asma
		J46 - Estado de mal asmático
Hipertensão Arterial Sistêmica		Diagnóstico anterior de Hipertensão Arterial Sistêmica
Doença Cardiovascular	Doença reumática crônica do coração	I05 - Doenças reumáticas da valva mitral
		I06 - Doenças reumáticas da valva aórtica
		I07 - Doenças reumáticas da valva tricúspide
		I08 - Doenças de múltiplas valvas
		I09 - Outras doenças reumáticas do coração
		I120 - Angina pectoris
	Doenças isquêmicas do coração	I21 - Infarto agudo do miocárdio
		I22 - Infarto do miocárdio recorrente
		I23 - Algumas complicações atuais subsequentes ao infarto agudo do miocárdio
		I24 - Outras doenças isquêmicas agudas do coração
		I25 - Doença isquêmica crônica do coração
	Outras doenças cardiovasculares	I26 - Embolia pulmonar
		I27 - Outras formas de doença cardíaca pulmonar
		I28 - Outras doenças dos vasos pulmonares
		I34 - Transtornos não-reumáticos da valva mitral

Comorbidade	Especificações	
Outras doenças cardiovasculares	135 -	Transtornos não-reumáticos da valva aórtica
	136 -	Transtornos não-reumáticos da valva tricúspide
	137 -	Transtornos da valva pulmonar
	144 -	Bloqueio atrioventricular e do ramo esquerdo
	145 -	Outros transtornos de condução
	146 -	Parada cardíaca
	147 -	Taquicardia paroxística
	148 -	Flutter e fibrilação atrial
	149 -	Outras arritmias cardíacas
	150 -	Insuficiência cardíaca
	151 -	Complicações de cardiopatias e doenças cardíacas mal definidas
	170 -	Aterosclerose
	171 -	Aneurisma e dissecção da aorta
	172 -	Outros aneurismas
	173 -	Outras doenças vasculares periféricas
	174 -	Embolia e trombose arteriais
	177 -	Outras Afecções Das Artérias e Arteríolas
	178 -	Doenças Dos Capilares
	179 -	Transtornos Das Artérias, Das Arteríolas e Dos Capilares em Doenças Classificadas em Outra Parte
	180 -	Flebite e Tromboflebite

Comorbidade	Especificações	
	Outras doenças cardiovasculares	I81 - Trombose da Veia Porta
		I82 - Outra Embolia e Trombose Venosas
		I83 - Varizes Dos Membros Inferiores
		I84 - Hemorróidas
		I85 - Varizes Esofagianas
		I86 - Varizes de Outras Localizações
		I87 - Outros Transtornos Das Veias
		I88 - Linfadenite Inespecífica
		I89 - Outros Transtornos Não-infecciosos Dos Vasos Linfáticos e Dos Gânglios Linfáticos
		E10 - Diabetes Mellitus Insulino-dependente
Diabetes Mellitus		
		E11 - Diabetes Mellitus Não-insulino-dependente
		E12 - Diabetes Mellitus Relacionado Com a Desnutrição
		E13 - Outros Tipos Especificados de Diabetes Mellitus
		E14 - Diabetes Mellitus Não-Especificado
Doenças Renais		N03 - Síndrome Nefrítica Crónica
		N04 - Síndrome Nefrótica
		N05 - Síndrome Nefrítica Não Especificada
N06 - Proteinúria Isolada Com Lesão Morfológica Especificada		

Comorbidade	Especificações	
Doenças Renais		N07 - Nefropatia Hereditária Não Classificada em Outra Parte
		N08 - Transtornos Glomerulares em Doenças Classificadas em Outra Parte
		N11 - Nefrite Túbulo-Intersticial Crônica
		N18 - Insuficiência Renal Crônica
		N19 - Insuficiência Renal Não Especificada
Obesidade		Índice de Massa Corporal superior a 30kg/m ²
Câncer	Neoplasias malignas	C00-C97 - Neoplasias, linfomas e leucemias
	Neoplasias in situ	D00 - Carcinoma in Situ da Cavidade Oral, do Esôfago e do Estômago
		D01 - Carcinoma in Situ de Outros Órgãos Digestivos
		D02 - Carcinoma in Situ do Gênero Médio e do Aparelho Respiratório
		D03 - Melanoma in Situ
		D04 - Carcinoma in Situ da Pele
		D05 - Carcinoma in Situ da Mama
		D06 - Carcinoma in Situ do Colo do Útero (cérvix)
		D07 - Carcinoma in Situ de Outros Órgãos Genitais e Dos Não Especificados
		D09 - Carcinoma in Situ de Outras Localizações e Das Não Especificadas

ANEXOS

ANEXO A –
CTM-15 BRASIL

Nome do paciente: _____ Data: _____

Quem participou da entrevista? () Paciente () Cuidador

H1

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

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

Discordo
Muito

Discordo

Concordo

Concordo
MuitoNão sei/não me
lembra/não se
aplica

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

Discordo
Muito

Discordo

Concordo

Concordo
MuitoNão sei/não me
lembra/não se
aplica

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

Discordo
Muito

Discordo

Concordo

Concordo
MuitoNão sei/não me
lembra/não se
aplica

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

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

Discordo
Muito

Discordo

Concordo

Concordo
MuitoNão sei/não me
lembra/não se
aplica

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

Discordo
Muito

Discordo

Concordo

Concordo
MuitoNão sei/não me
lembra/não se
aplica

6. Quando eu saí do hospital, eu entendi claramente os sinais de alerta e os sintomas que eu deveria observar para monitorar a minha condição de saúde.

Discordo
Muito

Discordo

Concordo

Concordo
MuitoNão sei/não me
lembra/não se

7. Quando eu sai do hospital, eu recebi um plano escrito, legível e de fácil compreensão, que descrevia como todas as minhas necessidades de saúde seriam atendidas.

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

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

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

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

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

10. Quando eu sai 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 me lembro/não se aplica
-------------------	----------	----------	-------------------	---

11. Quando eu sai 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 me lembro/não se aplica
-------------------	----------	----------	-------------------	---

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

12. Quando eu sai 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 me lembro/não se aplica
-------------------	----------	----------	-------------------	---

As próximas afirmações são sobre seus medicamentos...

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

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

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

**Discordo
Muito**

Discordo

Concordo

**Concordo
Muito**

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

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

**Discordo
Muito**

Discordo

Concordo

**Concordo
Muito**

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

ANEXO D – 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

Universidade Federal do Amazonas; e, (5) Centro-oeste: Universidade Federal do Mato Grosso e Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. A metodologia será desenvolvida em três etapas, com distintas estratégias de pesquisa quantitativas e qualitativas, considerando os focos avaliados: (1) Gestão hospitalar, com análise dos planos de contingência para enfrentamento da COVID-19 e entrevistas com gestores hospitalares; (2) Liderança, gestão do cuidado e ambiente de prática profissional, com foco na equipe de enfermagem a partir da aplicação de instrumentos para caracterização pessoal e condições laborais, Avaliação do Produto do Cuidar em Enfermagem (APROCENF) e Practice Environment Scale (PES), além de entrevistas qualitativas; (3) Continuidade do cuidado e experiência do paciente, em que serão aplicados instrumentos aos pacientes recuperados da COVID-19 após a alta hospitalar: Patient Measure of Safety (PMOS), Readiness for Hospital Discharge Scale - Adult Form (RHDS) e Care Transitions Measure - CTM-15. 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. Em cada etapa, serão utilizadas técnicas específicas de coleta e análise de dados quantitativas e qualitativas, conforme o foco estudado. A partir da pesquisa, pretende-se contribuir com a produção de novos conhecimentos para melhoria do cuidado em saúde/enfermagem no SUS no combate a COVID-19. Além disso, busca-se ampliar a massa crítica em termos de profissionais da saúde, estudantes e pesquisadores acerca da qualidade do cuidado para lidar com pandemias e de possíveis estratégias para o desenvolvimento de padrões/boas práticas."

Hipótese:

O cuidado de enfermagem a pacientes com COVID-19 é avaliado positivamente por gestores, profissionais de saúde e pacientes em hospitais universitários brasileiros.

Metodologia: "Trata-se de uma proposta multicêntrica, que será desenvolvida por meio um estudo transversal, descritivo e analítico, com articulação entre abordagem quantitativas e qualitativas de pesquisa. Os cenários do estudo serão os 10 Hospitais Universitários vinculados às Universidades Federais que integram o estudo, sendo duas de cada região do Brasil: (1) Sul: Federal de Santa Catarina (proponente) e Federal de Santa Maria; (2) Sudeste: Federal de São Paulo e Federal do Rio de Janeiro; (3) Nordeste: Federal do Rio Grande do Norte e Federal da Bahia; (4) Norte: Federal do Pará e Federal do Amazonas; e, (5) Centro-oeste: Federal do Mato Grosso 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 (APROCFEN) 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/UFSM/EBSERH; HUOL/UFRN/EBSERH; HU/UFRJ; Complexo Hospitalar/UFGA/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

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC**



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	UFSC.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 E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Formulário de coleta CTM-15

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, expressei minha concordância em participar desta pesquisa.