

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

Patrícia Oliveira Silva

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA TRANSIÇÃO DO CUIDADO E
FATORES ASSOCIADOS DE INDIVÍDUOS COM DOENÇAS CRÔNICAS:
DO SERVIÇO HOSPITALAR PARA O DOMICÍLIO

Montes Claros, MG

2024

Patrícia Oliveira Silva

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA TRANSIÇÃO DO CUIDADO E
FATORES ASSOCIADOS DE INDIVÍDUOS COM DOENÇAS CRÔNICAS:
DO SERVIÇO HOSPITALAR PARA O DOMICÍLIO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação
em Cuidado Primário em Saúde da Universidade
Estadual de Montes Claros, como parte das exigências
para a obtenção do título de Mestre em Cuidado
Primário em Saúde.

Área de Concentração: Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Fernanda Marques da Costa.
Coorientador: Prof. Dr. Jair Almeida Carneiro.

Montes Claros, MG

2024

S586a Silva, Patrícia Oliveira.

Avaliação da qualidade da transição do cuidado e fatores associados de indivíduos com doenças crônicas [manuscrito]: do serviço hospitalar para o domicílio / Patrícia Oliveira Silva – Montes Claros (MG), 2024.

82 f. : il.

Inclui bibliografia.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes, Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde/PPGCPS, 2024.

Orientadora: Profa. Dra. Fernanda Marques da Costa.

Coorientador: Prof. Dr. Jair Almeida Carneiro.

1. Alta do paciente. 2. Avaliação - Serviço hospitalar para o domicílio. 3. Doença crônica. 4. Atenção Primária à Saúde. 5. Saúde e prevenção. 6. Cuidados primários de saúde. I. Costa, Fernanda Marques da. II. Carneiro, Jair Almeida. III. Universidade Estadual de Montes Claros. IV. Título. V. Título: Do serviço hospitalar para o domicílio.

Catalogação: Biblioteca Central Professor Antônio Jorge

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS-UNIMONTES

Reitor: Prof. Wagner de Paulo Santiago

Vice-reitor: Prof. Dalton Caldeira Rocha

Pró-reitora de ensino: Prof.^a Ivana Ferrante Rebello

Pró-reitora de Pesquisa: Prof.^a Maria das Dores Magalhães Veloso

Pró-reitora Adjunta de Pesquisa: Prof.^a Beatriz Rezende Marinho da Silveira

Coordenadoria de Acompanhamento de Projetos: Prof. Virgílio Mesquita Gomes

Coordenadoria de Iniciação Científica: Prof. João Marcus Oliveira Andrade

Coordenadoria de Inovação Tecnológica: Prof.^a Sara Gonçalves Antunes de Souza

Pró-reitor de Pós-graduação: Prof. Marlon Cristian Toledo Pereira

Pró-reitor Adjunto de Pós-graduação: Prof. Daniel Coelho de Oliveira

Coordenadoria de Pós-graduação *Lato Sensu*: Prof. Cristiano Leonardo de Oliveira Dias

Coordenadoria de Pós-graduação *Stricto sensu*: Prof.^a Luciana Maria Costa Cordeiro

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CUIDADO PRIMÁRIO EM SAÚDE

Coordenadora: Prof.^a Josiane Santos Brant Rocha

Coordenador Adjunto: Prof. Antônio Prates Caldeira

Aprovação - UNIMONTES/PRPG/PPGCPS - 2024

Montes Claros, 26 de junho de 2024.

CANDIDATA: PATRICIA OLIVEIRA SILVA

DATA: 20/06/2024 HORÁRIO: 08:30

TÍTULO DO TRABALHO: "Avaliação da qualidade da transição do cuidado e fatores associados de indivíduos com doenças crônicas: do serviço hospitalar para o domicílio"

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE COLETIVA

LINHA DE PESQUISA: EPIDEMIOLOGIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

BANCA (TITULARES)

PROF^a. DR^a FERNANDA MARQUES DA COSTA (ORIENTADORA)

PROF. DR JAIR ALMEIDA CARNEIRO (COORIENTADOR)

PROF^a. DR^a MARIA FERNANDA SANTOS FIGUEIREDO BRITO

PROF. DR TATIANA CARVALHO REIS MARTINS

BANCA (SUPLENTES)

PROF^a. DR^a. ORLENE VELOSO DIAS

PROF^a. DR^a. TATIANA FRÓES FERNANDES

APROVADA

REPROVADA



Documento assinado eletronicamente por **Fernanda Marques da Costa, Professor(a)**, em 26/06/2024, às 16:50, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Orlene Veloso Dias, Professor(a)**, em 27/06/2024, às 18:07, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Jair Almeida Carneiro, Professor(a)**, em 29/06/2024, às 08:43, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Maria Fernanda Santos Figueiredo Brito, Professora de Educação Superior**, em 01/07/2024, às 16:48, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Tatiana Carvalho Reis Martins, Usuário Externo**, em 02/07/2024, às 16:15, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.mg.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **91119443** e o código CRC **1653A2EB**.

Dedico este trabalho à minha família e a todos aqueles que contribuíram de alguma forma com a realização do mesmo. E a todos os profissionais da Atenção Primária à Saúde.

AGRADECIMENTOS

*Ora, a fé é a certeza daquilo que esperamos
e a prova das coisas que não vemos
(Hebreus 11:1)*

Agradeço primeiro a Deus, pois tudo o que sou, tenho e espero provém de Ti, sem a Tua graça, eu não chegaria até aqui.

Minha eterna gratidão a minha família pelo apoio incondicional, por ser fonte de amor, carinho, compreensão, dedicação e pelo apoio e encorajamento constante nos estudos.

Agradeço aos meus colegas do mestrado pela companhia, partilha de conhecimentos e experiências e todos os bons momentos que passamos ao longo dessa jornada.

Ao Programa de Pós-graduação em Cuidado Primário em Saúde e todos os docentes do programa pela dedicação, competência e pelos ensinamentos que levarei para a vida.

A minha orientadora, a professora Dra. Fernanda Costa Marques, pelo acolhimento, ensinamento e direcionamento, me guiando desde a graduação e ao longo desse processo com tanta maestria e dedicação. Minha eterna gratidão, por essa parceria que se perpetua, sem você o sonho do mestrado não estaria se concretizando.

*Rendei graças ao Senhor, porque ele é bom, porque a sua misericórdia dura para Sempre
(Salmos 136:1)*

*A ciência se compõe de erros que, por sua vez,
são os passos até a verdade.
(Júlio Verne, 1828-1905)*

APRESENTAÇÃO

Trata-se de uma dissertação de mestrado que apresenta a avaliação da transição do cuidado e fatores associados de indivíduos com doenças crônicas do serviço hospitalar para o domicílio. O interesse pela temática surgiu após a Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES). Entre as ações dos profissionais, a prevenção configura-se como ação cada vez mais adotada no serviço de atenção primária, como estratégia de promoção da saúde no contexto do cuidado. Com a prática clínica, observei que os profissionais, entende a gravidade, as consequências das doenças crônicas e a necessidade de uma avaliação mais específica da transição do cuidado hospitalar ao domicílio se faz necessária. Essa transição do cuidado é muito importante para evitar internações com causas sensíveis ao cuidado primário a saúde. Em 2023, durante o primeiro ano do mestrado profissional, em diálogo com minha orientadora, demos início a coleta de dados para avaliar a transição do cuidado em um hospital do norte de Minas Gerais- MG. Encontramos muitos desafios, entre eles foi a diminuição de leitos no hospital com a demissão de funcionários e consequentemente o aumento do tempo de coleta de dados. Foi possível concluir a coleta e realizar a análise dos dados no ano de 2023. Antes mesmo da análise dos dados percebe-se a necessidade de abordar essa temática nessa região do norte de Minas, por ser uma cidade de referência em saúde para os municípios vizinhos. Essa pesquisa teve o objetivo de avaliar a transição do cuidado e seus fatores associados para assim melhorar o plano de alta do indivíduo e seu cuidado continuado. Com essa avaliação é possível diminuir as reinternações que provocam custos adicionais ao sistema de saúde. Como produto técnico foi elaborado um formulário de contrarreferência para que os profissionais possam realizar a transição do cuidado do indivíduo para seu domicílio com assistência da atenção primária. Ainda como vantagens, esse instrumento pode contribuir para o desenvolvimento de indicadores de processo e de resultado, a disseminação de conhecimento, a comunicação profissional e a coordenação do cuidado. Este estudo permitiu o desenvolvimento de dois produtos científicos (artigo e resumos) e um produtos técnicos. Apresento esta dissertação estruturada de acordo com as exigências das normas do PPGCPS-UNIMONTES e contendo os seguintes tópicos: introdução, objetivo geral e específicos, metodologia, produtos elaborados (científicos e técnicos), conclusão e referências utilizadas na elaboração deste trabalho.

RESUMO

A transição do cuidado é um processo de atenção contínua, a partir da transferência do usuário do atendimento hospitalar para o ambiente domiciliar, com articulação dos serviços de atenção terciária e primária, uma vez que se inicia desde o momento de admissão até o período pós-alta. O objetivo deste estudo é avaliar a qualidade da transição do cuidado e os fatores associados de indivíduos com Doenças Crônicas após a alta hospitalar para o domicílio em um município do norte de Minas Gerais. Estudo transversal, realizado com 320 indivíduos, após internação em hospital público, localizado no norte de Minas Gerais. Os dados foram coletados no primeiro momento na internação hospitalar e após a alta por meio de ligação telefônica para os indivíduos, seus familiares e/ou cuidadores. Foi utilizado questionário com dados sociodemográficos e clínicos foi avaliado a percepção do indivíduo sobre a transição do cuidado através da aplicação da escala *Care Transitions Measure* (CTM-15 Brasil), versão validada para o Brasil para avaliar a transição do cuidado. A escala *Care Transitions Measure* (CTM-15 Brasil) contém a variável de desfecho deste estudo “transição do cuidado”. O instrumento é composto por 15 itens, que são divididos em quatro fatores: “Preparação para o auto-gerenciamento”, “Entendimento sobre medicações”, “Preferências asseguradas” e “Plano de cuidado”. Inicialmente foi realizada análise descritiva dos dados. Além do cálculo de médias de qualidade para transição do cuidado para cada um dos domínios do CTM-15 Brasil, o que foi obtido por meio do cálculo dos escores médios. Em seguida, investigou-se a existência de associação estatística entre a variável dependente e as variáveis independentes. Para tanto, foram conduzidas análises bivariadas (teste qui-quadrado de Pearson, ou *exato de ficher*) adotando o nível de significância $< 0,20$ para inclusão das variáveis independentes no modelo múltiplo. O modelo final foi gerado por meio de análise de regressão de *Poison* com variância robusta e foram mantidas no modelo final as variáveis que apresentaram associação com a transição do cuidado até um nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Considera-se que um escore igual ou maior a 70% torna a transição do cuidado adequada. Nesse estudo a transição do cuidado apresentou 57,5% como adequada e 42,5% inadequada. As variáveis que foram mantidas no modelo final e que apresentaram associação com transição do cuidado com o nível de significância de 5% ($p < 0,05$). A transição do cuidado, foi melhor ou mais adequado entre as pessoas com companheiro; que não residem sozinhas; entre aqueles que foram orientados a procurar a ESF e aqueles foram hospitalizados por complicações de doenças crônicas infecciosas. A transição do cuidado, avaliada na perspectiva da CTM-15 Brasil foi considerada inadequada na avaliação geral comparando a outros estudos. Novos estudos são necessários nessa área, e poderão contribuir com novas evidências científicas que permitirão intervenções precoces e efetivas com foco na transição do cuidado.

Palavras-chave: Transição do Hospital para Casa. Atenção Primária à Saúde. Cuidado.

ABSTRACT

The transition of care is a process of continuous care, starting from the transfer of the user from hospital care to the home environment, with articulation of tertiary and primary care services, as it begins from the moment of admission to the post-treatment period. The objective of this study is to evaluate the quality of care transition and associated factors of individuals with Chronic Diseases after hospital discharge to home in a municipality in the north of Minas Gerais. Cross-sectional study, carried out with 320 individuals, after hospitalization in a public hospital, located in the north of Minas Gerais. Data were collected at the first moment of hospital admission and after discharge through telephone calls to individuals, their families and/or caregivers. A questionnaire with sociodemographic data was used and the individual's perception of the transition of care was assessed through the application of the Care Transitions Measure (CTM-15 Brasil) scale, a version validated for Brazil to assess the transition of care. The Care Transitions Measure (CTM-15 Brasil) scale contains the outcome variable of this study "care transition". The instrument consists of 15 items, which are divided into four factors: "Preparation for self-management", "Understanding about medications", "Assured preferences" and "Care plan". Initially, descriptive analysis of the data was carried out. In addition to calculating quality averages for care transition for each of the CTM-15 Brasil domains, which was obtained through the calculation of average scores. Next, the existence of a statistical association between the dependent variable and the independent variables was investigated. To this end, bivariate analyzes were conducted (Pearson's chi-square test, or Fisher's exact test) adopting a significance level < 0.20 to include the independent variables in the multiple model. The final model was generated using Poisson regression analysis with robust variance and the variables that were associated with the transition of care were maintained in the final model up to a significance level of 5% ($p < 0.05$). A score equal to or greater than 70% is considered to make the transition of care satisfactory. In this study, the transition of care was 57.5% adequate and 42.5% inadequate. The variables that were maintained in the final model and that were associated with transition of care with a significance level of 5% ($p < 0.05$). The transition of care was worse or inadequate among people without a partner and who lived alone. On the other hand, it was better or more appropriate among those who were advised to seek the ESF and among those who were hospitalized due to complications from chronic infectious diseases. The transition of care, evaluated from the perspective of CTM-15 Brazil, was considered unsatisfactory in the general assessment compared to other studies. New studies are needed in this area, and may contribute with new scientific evidence that will allow for early and effective interventions focused on the transition of care.

Keywords: Transition from Hospital to Home. Primary Health Care. Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CTM-15	<i>Care Transitions Measure</i>
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DR	Doutor (a)
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
HIV	Imunodeficiência Humana
IC95%	Intervalos de confiança de 95%
ISTs	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MG	Minas Gerais
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAD	Programa de Atenção Domiciliar
PNAD	Política Nacional de Atenção Domiciliar
PNS	Política Nacional de Saúde
PROF	Professor (a)
RP	Razão de Prevalência
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
TC	Transição do Cuidado
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
Unifipmoc	Centro Universitário FipMoc
Unimontes	Universidade Estadual de Montes Claros

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO E REVISÃO DE LITERATURA	13
1.1	Epidemiologia e enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis	13
1.2	A transição do cuidado na Rede de Atenção à Saúde	15
2	OBJETIVOS	22
2.1	Objetivo geral	22
2.2	Objetivos específicos	22
3	METODOLOGIA	23
3.1	Apresentação do estudo	23
3.2	Tipo de estudo e local do estudo	23
3.3	População e amostra	24
3.4	Instrumento e coleta de dados	24
3.5	Análise de dados	26
3.6	Formulário de contrarreferência para APS	27
3.7	Aspectos éticos	28
4	PRODUTOS CIENTÍFICOS E TÉCNICOS	29
4.1	Artigo científico: A Transição do Cuidado de Indivíduos com Doenças Crônicas após a Alta Hospitalar para o Domicílio no Norte de Minas Gerais	31
4.2	Resumos expandidos apresentados em eventos científicos	48
4.3	Produtos técnicos	51
5	CONCLUSÕES	56
	REFERÊNCIAS	57
	ANEXOS	61
	Anexo A - Versão Adaptada e Validada do <i>Care Transitions Measure</i> (CTM-15 Brasil)	61
	Anexo B - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)	63
	Anexo C - Capítulo de Livro	66
	APÉNDICES	79
	Apêndice A – Aspectos sociodemográficos e clínicos	79
	Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	81

1 INTRODUÇÃO E REVISÃO DE LITERATURA

1.1 Epidemiologia e enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis

No Brasil, há uma transição demográfica acelerada, que produziu uma pirâmide etária com maior peso relativo para adultos e pessoas idosas. Como consequência, ocorreu uma mudança do perfil epidemiológico da população, com um declínio das doenças infectocontagiosas, mas que ainda estão presentes no cotidiano dos serviços de saúde, e o aumento quase hegemonicó das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (Brito *et al.*, 2022).

O aumento da expectativa de vida foi uma das maiores conquistas da humanidade. Contudo, essa obtenção do século XX se transforma em um grande desafio para o século atual, visto que o envelhecimento populacional tem aumentado a prevalência das DCNT e uma incidência dessas doenças vai surgindo no público mais jovem devido o estilo de vida e os fatores associados (Acosta *et al.*, 2020; Veras; Oliveira, 2018).

Evidencia-se que a DCNT é a causa mais importante de mortalidade e incapacidade em vários países do mundo, inclusive no Brasil. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que os quatro principais grupos de doenças crônicas – cardiovasculares, câncer, respiratórias e diabetes – são responsáveis por cerca de 60% das mortes no mundo, sendo que 80% dessas ocorrem em países de baixa e média renda, onde a adesão ao tratamento chega a apenas 20% (Castro *et al.*, 2018; Dukan *et al.*, 2012; OMS, 2021).

No Brasil, as DCNT correspondem a 72% das causas de morte. Além disso, dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) mostram que mais de 45% da população adulta relata pelo menos uma DCNT. Destaca-se que as doenças cardiovasculares são as principais causas de morte no país, com taxas maiores do que as relatadas em países norte-americanos, sul americanos e europeus (Brasil, 2022; Dukan *et al.*, 2012; Gheno; Weis, 2021).

Geralmente as DCNT estão relacionadas a muitos fatores, caracterizadas pelo início gradual, de prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração. Essas doenças fazem parte da vida das pessoas, com estágios de exacerbação e remissão de sinais e sintomas, porém, o

indivíduo nem sempre se apresenta sintomático. As complicações secundárias ocasionadas pela doença são geralmente irreversíveis e podem evoluir para diferentes graus de incapacidade e morte (Malta *et al.*, 2019).

Os principais fatores de risco comportamentais que contribuem para o surgimento das DCNT são a alimentação não saudável, o sedentarismo, o tabaco e o consumo nocivo de álcool, os quais impactam nos principais fatores de risco metabólicos, como excesso de peso e obesidade, hipertensão arterial e, aumento da glicose sanguínea, lipídios e colesterol (Leão; Caldeira, 2021; Weber *et al.*, 2017). Além dos fatores de risco comportamentais, outros fatores como, crescimento da renda, industrialização, urbanização, maior acesso a alimentos não saudáveis, especialmente aos processados, e hábitos não saudáveis expõem a população brasileira ao risco de DCNT (Ducan *et al.*, 2012; Leão; Caldeira, 2021; Weber *et al.*, 2017).

Esses indivíduos demandam de uma assistência contínua e multidisciplinar para controle e prevenção de agravos, porém, eventualmente, ocorre agudização e exacerbação da doença, o que requer um cuidado contínuo. Evidências indicam que esses indivíduos, além de terem mais internações hospitalares, também apresentam busca por serviços de emergência. O atendimento pontual e fragmentado prestado pelos serviços de saúde, pode ser insuficiente para resolução das necessidades de saúde dos indivíduos (Jeffs *et al.*, 2017; Teixeira *et al.*, 2019; Veras; Oliveira, 2018).

Com vistas ao enfrentamento desse agravo, em 2011, o Ministério da Saúde, lançou o Plano de Ação estratégico para o enfrentamento das DCNT no Brasil, 2011-2022. O Plano brasileiro está alinhado com o plano global da Organização Mundial de Saúde, o qual aborda os quatro principais fatores de risco modificáveis: tabagismo, alimentação inadequada, inatividade física e consumo abusivo de bebidas alcoólicas, e se fundamenta em três principais eixos: I Vigilância, informação, avaliação e monitoramento; II Promoção da saúde e III Cuidado integral (Brasil, 2011; Malta *et al.*, 2019).

Nesse contexto, as DCNT passaram a representar uma expressiva demanda aos serviços de saúde, visto que as pessoas acometidas por esses problemas necessitam de avaliação de seu estado de saúde com maior frequência e, quando não gerenciadas adequadamente, necessitam de assistência com maior incorporação tecnológica, sendo responsáveis por grande número de internações (Gheno; Weis, 2021). Estudo realizado na região Sul do país demonstrou a

considerável participação das DCNT nas internações por todas as causas e nas internações por causas sensíveis à Atenção Primária à Saúde (APS), sendo as doenças cardiopulmonares e a insuficiência cardíaca as causas mais prevalentes (Acosta *et al.*, 2020).

Dessa forma, a APS em saúde assume um papel essencial na prevenção e controle de DCNT. Além de ser porta de entrada prioritária no Sistema Único de Saúde (SUS), desenvolve atividades que integram o indivíduo, os familiares e toda a comunidade para a prevenção primária de fatores de risco para doenças crônicas e o cuidado preventivo de futuras complicações (Brasil, 2022). Conforme Teixeira *et al.* (2019), a APS tem como características centrais a longitudinalidade e o cuidado integral, em que a equipe acompanha o indivíduo ao longo do tempo para os múltiplos episódios de doença e cuidados preventivos.

Contudo, em um contexto de intensa descentralização do sistema de saúde e de uma crescente necessidade de prestar atendimento continuado aos indivíduos com DCNT nos diversos serviços da rede de assistência, reconhece-se a importância da Transição do Cuidado (TC) como componente do processo de integração de práticas de cuidado e de serviços de saúde na assistência a pessoas com doenças crônicas.

1.2 A Transição do cuidado na Rede de Atenção à Saúde

Surgiu nas últimas décadas a abordagem sobre a TC, como uma resposta à crescente prevalência de doenças crônicas, ao envelhecimento populacional e à atual tendência de redução do tempo de permanência hospitalar. A TC é definida como o conjunto de ações planejadas que visam à coordenação e continuidade da assistência aos indivíduos, desde a admissão até a alta hospitalar, bem como a transferência desses indivíduos entre diferentes serviços de saúde (Coleman; Mahoney; Parry, 2005). É uma forma de superar a fragmentação da atenção e garantir a continuidade dos cuidados na Rede de Atenção à Saúde (RAS), sendo uma importante estratégia para a efetivação de um sistema integrado de saúde (Acosta *et al.*, 2020; Brito *et al.*, 2022).

A TC é um processo de atenção contínua, a partir da transferência do usuário do atendimento hospitalar para o ambiente domiciliar, com articulação dos serviços de atenção terciária e primária, uma vez que se inicia desde o momento de admissão até o período pós-alta. Entre as

medidas preconizadas dessa transição, incluem-se ações de educação em saúde do indivíduo e da família, planejamento de alta, comunicação entre as equipes e acompanhamento pós-alta (Acosta *et al.*, 2020; Berghetti *et al.*, 2023).

Em relação aos indivíduos com doenças crônicas, a TC teria papel fundamental na prevenção de agravos no período pós-alta, reduzindo cerca de 55% da taxa de readmissão em seis meses e melhorando a qualidade de vida em 90% (Acosta *et al.*, 2020). Entretanto, frequentemente ocorre a descontinuidade desse cuidado gerando desassistência e necessidade de readmissão hospitalar (Berghetti *et al.*, 2023).

A continuidade do cuidado é um desafio para sistemas de saúde em todo o mundo, visto que cada vez mais usuários são atendidos por diferentes profissionais nos diversos serviços da rede de saúde, necessitando de integração e conectividade dos cuidados ao longo do tempo. Reconhece-se que os indivíduos podem estar mais suscetíveis a ter cuidados fragmentados quando transitam entre diferentes serviços de saúde (Jeffs *et al.*, 2017; Veras; Oliveira, 2018).

A TC ocorre em múltiplos contextos, incluindo o indivíduo, familiares, cuidadores, os profissionais que prestaram a assistência e os que continuarão o cuidado. Portanto, é um processo amplo e complexo que exige coordenação e comunicação entre pessoas de diferentes formações, experiências e habilidades para a TC (Acosta *et al.*, 2020).

Burke *et al.* (2013) propuseram alguns domínios focados na atenção integral do indivíduo para a ideal TC do hospital para o domicílio. A estruturação dos domínios foi elaborada simbolicamente como uma ponte: de um lado há o hospital e no outro o domicílio, e os domínios sustentam a ponte (Figura 1). Esses domínios incluem o planejamento da alta, comunicação adequada, segurança das medicações, educação em saúde, coordenação dos cuidados e acompanhamento após a alta (Burke *et al.*, 2013).

Figura 1. A ponte simboliza a transição do cuidado e seus componentes



Fonte: Burke *et al.* (2013)

Foi desenvolvido por Trindade *et al.* (2022) uma revisão sistemática que reforça a importância desses domínios para a transição ideal do cuidado, os quais podem auxiliar na identificação de problemas e guiar no planejamento de mudanças na prática. Segundo os autores, a falta de um dos componentes enfraquece a transição do cuidado, portanto, predispõe a ter lacunas, comprometendo os resultados de saúde.

O **planejamento da alta** é um dos domínios mais importantes para a TC, deve iniciar enquanto o indivíduo ainda está em tratamento, alguns dias antes da alta. É uma estratégia em que se aproveita o momento da hospitalização para desenvolver atividades de educação em saúde para preparo para a alta, com objetivo de aumentar a capacidade de autocuidado do indivíduo em seu domicílio e fortalecer a adesão ao tratamento proposto (Menezes *et al.*, 2019).

Atualmente, não existe uma padronização do conteúdo de plano de alta, tanto no âmbito nacional quanto internacional. Entretanto, Weber *et al.* (2017) realizou uma revisão de literatura identificando como elementos indispensáveis para à alta: identificação do indivíduo e caracterização da internação; motivo da admissão, diagnósticos e comorbidades; achados clínicos relevantes e outros achados; procedimentos diagnósticos e terapêuticos realizados; medicações importantes, inclusive os medicamentos a serem tomados em casa; exames pendentes; evolução e condições de saúde do indivíduo na alta; instruções relativas ao acompanhamento (educação ao indivíduo e familiar), e destino da alta e retorno.

O plano de alta tem como objetivo orientar a transição de informações, ou seja, realizar uma comunicação adequada sobre o cuidado dos indivíduos para o domicílio, por isso, deve conter dados importantes sobre o período de internação, apresentados de forma estruturada, organizada e objetiva no sumário de alta. Esse componente é necessário para uma TC ideal (Gheno; Weis, 2021; Menezes *et al.*, 2019).

É essencial uma **boa comunicação** com os indivíduos e seus familiares, para que estejam envolvidos no planejamento da alta, com suas opiniões sendo consultadas e consideradas durante esse processo. Estudos apontam que a participação dos indivíduos nas tomadas de decisões clínicas os beneficia para gerenciamento dos cuidados após a alta e é importante para a segurança dos indivíduos, pois pode auxiliar na prevenção de eventos adversos (Sabbatine *et al.*, 2019).

A comunicação adequada é importante para o agendamento de consultas no pós-alta e também garantir melhor acompanhamento ambulatorial e na APS. Outra ação importante para a TC é a comunicação de informações, que se refere ao conteúdo a ser incluído no plano de alta e mecanismos de transferência de informação do hospital aos serviços que dispensam os cuidados pós-alta (Hirschman *et al.*, 2015; Menezes *et al.*, 2019; Regge *et al.*, 2017).

Considera-se também como componente necessário à segurança **da medicação** na TC, visto que o tratamento medicamentoso é responsável pela maioria dos eventos adversos após alta hospitalar. Na utilização de diferentes serviços de saúde, erros são frequentemente associados a mudanças no regime medicamentoso, podendo ocorrer discrepâncias entre as prescrições (Gheno; Weis, 2021). Portanto, autores afirmam a necessidade de uma reconciliação medicamentosa, na qual é realizada uma revisão dos medicamentos que o indivíduo está tomando para garantir que aqueles recentemente adicionados, modificados ou excluídos sejam avaliados e informados ao indivíduo e ao profissional que irá acompanhar os cuidados pós-alta (Acosta *et al.*, 2020; Gheno; Weis, 2021).

As questões da **educação em saúde** do indivíduo e da promoção do autogerenciamento são consideradas essenciais para uma transição qualificada, sendo geralmente incluídas em intervenções com bons resultados (Regge *et al.*, 2017). Essas questões envolvem a educação dos indivíduos e familiares sobre os principais diagnósticos e os cuidados necessários, incluindo orientações sobre os problemas de saúde e formas para prevenir agravos, mudanças no

tratamento medicamentoso e administração adequada de medicações, consultas ambulatoriais para acompanhamento e informações sobre onde procurar assistência caso surja algum problema inesperado (Acosta *et al.*, 2020; Regge *et al.*, 2017).

A educação em saúde é indispensável para empoderar o indivíduo a ter uma participação mais ativa no gerenciamento e manejo do seu cuidado, assegurando a continuidade do tratamento após a alta hospitalar. Quanto às orientações finais estabelecidas no plano de alta, o indivíduo deve recebê-las antes do horário previsto para sua saída formal do hospital, evitando o acúmulo de informações nesse momento, possibilitando a avaliação de sua compreensão quanto às informações fornecidas e o esclarecimento de dúvidas (Brito *et al.*, 2022).

Técnicas têm sido utilizadas para garantir a compreensão das orientações fornecidas pelos profissionais de saúde, como o “mostre-me” (*Teach-Back Method*), no qual os indivíduos são convidados a repetir o que entenderam, e a distribuição de materiais educativos escritos de forma simples (Yen; Leisure, 2019). Nos Estados Unidos da América (EUA), uma pesquisa avaliou uma intervenção em que eram disponibilizados, após a alta, profissionais farmacêuticos para orientar os indivíduos sobre o tratamento medicamentoso, demonstrando ser uma estratégia útil (Ford; Ingersol-Dayton; Burgio, 2016).

Outra área que merece destaque para uma TC eficiente é o **suporte social**. Muitos indivíduos não têm apoio de familiares ou suporte social informal para satisfazer suas necessidades e enfrentar novas situações e, por isso, é importante que seja provido o suporte social formal (Burke *et al.*, 2013).

No Brasil existe o Programa de Atenção Domiciliar (PAD) que vem passando por transformações nos últimos anos. Essas mudanças tiveram como marco importante as orientações propostas pela Política Nacional de Atenção Domiciliar (PNAD) (Brasil, 2013). O PAD inclui-se na RAS assumindo os princípios e diretrizes do SUS, previstos em lei, ressaltando-se a universalidade, equidade, a integralidade, a resolutibilidade e a ampliação do acesso, associados ao acolhimento e à humanização, que devem avaliados na organização dos serviços de atenção domiciliar (Castro *et al.*, 2018).

Isso demonstra como o suporte social é importante para uma transição efetiva. O domínio referente ao planejamento antecipado de cuidados envolve o estabelecimento e o registro

(através de uma procuração legal) de objetivos e preferências dos indivíduos sobre os cuidados que estão dispostos a receber, sendo muito importante para cuidados paliativos. Trata-se de um componente da TC que pode ser desenvolvido tanto no ambiente hospitalar como no ambulatorial (Acosta *et al.*, 2020; Burke *et al.*, 2013).

O **planejamento antecipado** de cuidados diminui a quantidade de hospitalizações e impacta positivamente na qualidade dos cuidados no fim da vida. Porém esse planejamento é quase inexistente no Brasil (Brito *et al.*, 2022). As atividades de assistência ao indivíduo devem ser organizadas entre os profissionais de saúde de diferentes níveis de atenção à saúde, para alcançar o resultado desejado. Como muitos profissionais podem estar envolvidos na transição de um único indivíduo, é necessário sincronizar os cuidados entre os diferentes serviços e profissionais envolvidos no processo (Burke *et al.*, 2013; Gheno; Weis, 2021; Jeffs *et al.*, 2017).

Um profissional ou equipe deve ser responsável por realizar a **coordenação do cuidado**, supervisionando todos os aspectos da transição e colaborando com as equipes e cuidadores envolvidos. Sem adequada comunicação e coordenação entre os membros da equipe, os indivíduos têm maiores riscos de complicações, erros médicos e realização de testes repetidos (Gheno; Weis, 2021; Jeffs *et al.*, 2017). No Brasil, a coordenação do cuidado entre os distintos níveis assistenciais é atributo da APS. Conforme o Decreto 7.508 de 2011, o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde deve ser ordenado pela APS (Brasil, 2011).

Em Montreal, no Canadá, um serviço de emergência desenvolveu um programa em que enfermeiros eram responsáveis e coordenadores do processo de alta para pessoa idosa. Os enfermeiros identificavam os problemas de saúde dos indivíduos, elaboravam estratégias para orientação sobre o tratamento no domicílio, encaminhavam os indivíduos para continuar o cuidado na APS e os acompanhavam por telefone por até uma semana após a alta. A aplicação dessas intervenções mostrou que o programa reduziu a reincidência dos idosos no serviço, aumentou a satisfação do usuário com as orientações de alta e facilitou a transição do serviço para o domicílio e para os serviços de APS (Guttman; Salmon, 2004).

Por fim, verifica-se que diversos aspectos influenciam a TC, de forma que as ações para melhorar o processo devem iniciar durante a internação e a preparação da alta e estenderem-se ao período pós-alta. Nesse aspecto, a atuação dos profissionais na TC se torna fundamental para organizar os fluxos de utilização de serviços de saúde, para articulação e comunicação das

equipes de saúde envolvidas, para educação do indivíduo e da família e para a garantia da continuidade do cuidado (Gheno; Weis, 2021).

Esta investigação torna-se relevante para os profissionais da saúde sendo responsáveis pela segurança da TC efetiva. Portanto, compreender as percepções dos indivíduos e cuidadores sobre o processo de transição do hospital para o domicílio pode auxiliar na elaboração de estratégias para modificar práticas e tomada de decisões em nível local e nacional, contribuindo no desenvolvimento e na implementação de transições do cuidado. Autores afirmam que no Brasil os estudos com essa temática são incipientes, portanto, evidencia-se uma lacuna do conhecimento, principalmente no que se refere à identificação de fatores que podem influenciar na TC, denotando caráter inédito do estudo com essa temática a ser aplicado no norte de Minas Gerais (Acosta *et al.*, 2020; Berghetti L *et al.*, 2023; Weber *et al.*, 2019). Os resultados dessa investigação podem fornecer contribuições para identificação de necessidades para transições bem-sucedidas, oferecendo subsídios para formulação de intervenções baseadas em evidências para melhorar a continuidade e a qualidade do cuidado e subsidiar estratégias para transições efetivas e a construção de políticas públicas que discutam esse processo.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar a transição do cuidado e fatores associados de indivíduos com Doenças Crônicas após a alta hospitalar para o domicílio em um município do norte de Minas Gerais.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar características clínicas e demográficas de indivíduos com condições crônicas que tiveram alta do serviço hospitalar para o domicílio;
- Avaliar a qualidade da transição do cuidado por meio do *Care Transitions Measure* (CTM-15) Brasil;
- Identificar os fatores associados à qualidade da transição do cuidado na alta do serviço hospitalar.

3 METODOLOGIA

3.1 Apresentação do estudo

Este estudo faz parte de um projeto denominado “Desenvolvimento e avaliação de uma estratégia de TC de indivíduos com Doenças Crônicas: do serviço hospitalar para o domicílio”. Foi desenvolvido com o propósito de avaliar as condições da TC no município de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.

3.2 Tipo de estudo e local do estudo

Trata-se de um estudo analítico, quantitativo e transversal, que foi realizado inicialmente em um hospital do norte de Minas Gerais. Certificado como hospital de ensino, conta com 157 leitos, inseridos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) pelo SUS. É um Centro de Ensino Multiprofissional com infraestrutura necessária para o atendimento aos alunos de graduação da área da saúde e dos cursos de mestrado e doutorado em Ciências da Saúde, além do desenvolvimento das atividades das Residências Médicas e cursos de pós-graduação *Lato Sensu* (Unimontes, 2024).

É referência no atendimento às gestantes de alto risco, vítimas de violência sexual e infrafamiliar, indivíduos com transtorno mental, clínica médica, portadores de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), cirurgia geral, tuberculose, otorrinolaringologia (corpos estranhos em ouvido, nariz e orofaringe), ginecologia/obstetrícia, tuberculose, leishmaniose visceral e cutânea, tratamento clínico em infectologia e pediatria (Unimontes, 2024).

3.3 População e amostra

O grupo avaliado foi selecionado a partir de amostragem de conveniência, não intencional, de acordo com a demanda atendida na clínica. Os setores elegíveis para a coleta de dados foram: clínica médica, clínica cirúrgica e o pronto atendimento com um total de 79 leitos disponíveis. Portanto para definição do tamanho da amostra foi aplicado o cálculo amostral considerando uma prevalência conservadora de 50% (para ocorrência do evento de DCNT) um nível de significância de 5%, com um intervalo de confiança de 95% e erro tolerável de amostragem de 3%. Essa primeira estimativa de tamanho amostral foi aumentada em 20%, a fim de explorar associações ajustadas entre as variáveis independentes e TC. O número amostral definido para este estudo foi de 364 coletas.

3.4 Instrumento e coleta de dados

Foram elencados como critérios de inclusão: idade igual ou superior a 18 anos; ter sido internado com o diagnóstico de alguma doença caracterizada como crônica (acidente vascular cerebral, doenças cardiovasculares, diabetes, hipertensão, câncer, doenças respiratórias crônicas e doenças transmissíveis crônicas); permaneceram internados por, pelo menos 24 horas; receber alta para o domicílio; ser cadastrado pelo serviço em uma equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Montes Claros. Foram excluídos da pesquisa indivíduos que após a alta hospitalar foram transferidos para outro serviço da RAS.

Os dados foram coletados entre janeiro e dezembro de 2023 pelos estudantes de iniciação científica (acadêmicos do curso de Graduação em Enfermagem e Medicina). Para garantir a qualidade da coleta de dados, os estudantes foram treinados por meio de reuniões com a pesquisadora, com apresentação do projeto e orientações sobre aplicação dos instrumentos. Para padronizar a coleta foi desenvolvido um manual de treinamento e todos os estudantes foram previamente capacitados e calibrados (κ 0,8).

A coleta de dados foi realizada pelos pesquisadores em 2 etapas, sendo a primeira realizada presencialmente no hospital e a segunda por meio de contato telefônico. Durante a coleta

hospitalar foi utilizado um formulário que contemplou as seguintes variáveis: Caracterização sociodemográfica: nome; sexo; data de nascimento; idade; endereço; telefone; escolaridade; renda atual mensal; CBO; escolaridade; estado civil; cor; arranjo familiar. Clínica: tempo de internação; internações prévias. Relativa à internação atual. Relação com a ESF de cadastro: ESF onde cadastrado; sabe o nome do Agente Comunitário que atende sua casa; você tem dificuldade de acessar a ESF de referência do seu domicílio; satisfeita com a ESF; foi orientado a procurar a ESF para continuar a assistência; reinternação. Condições de Saúde: hipertensão; diabetes; doenças cardíacas; doenças osteoarticulares; doenças respiratórias; tumores; acidente vascular encefálico; doenças infecciosas: doenças neurológicas; doenças renais; doenças neurológicas (Apêndice A).

A segunda etapa foi realizada após a alta hospitalar do participante, cujo acompanhamento foi feito pelos pesquisadores por meio de contato telefônico. Esse contato aconteceu em um período de 7 a 21 dias após a alta hospitalar. O contato telefônico foi buscado por meio da primeira interação com o indivíduo/cuidador, compreendida ainda na primeira etapa. Em casos de ausência de meios para comunicação por telefone, a segunda estratégia utilizada foi a visita domiciliar, que se realizou em até 3 tentativas. Nessa etapa foi avaliada a percepção do indivíduo sobre a TC através da aplicação da escala *Care Transitions Measure* (CTM-15) Brasil (Acosta *et al.*, 2017) (Anexo A). Tal instrumento foi desenvolvido para ser aplicado por ligação telefônica, já que os participantes estarão em seus domicílios quando contatados (Acosta *et al.*, 2017).

O instrumento CTM-15 Brasil pretende avaliar a qualidade da TC no segundo momento da coleta de dados. É a versão adaptada e validada para uso no Brasil para avaliação da TC (Acosta *et al.*, 2017). Esse foi desenvolvido nos Estados Unidos, a partir de grupos focais com indivíduos e seus cuidadores, para avaliar a qualidade e a experiência da transição de cuidado (Coleman; Mahoney; Parry, 2005).

A tradução brasileira tem equivalência semântica com o original, é confiável e apresenta validade de face e conteúdo. Possui boa estabilidade no tempo e demonstra boa consistência interna (*alfa de Cronbach* = 0,929). O instrumento é composto por 15 itens que são divididos em quatro fatores que são: preferências asseguradas - que questiona se foram consideradas as preferências do indivíduo para decidir, por exemplo, sobre o que é melhor para sua saúde; preparação para o autogerenciamento - que questiona se o indivíduo obteve todas as

informações necessárias para cuidar de si, se recebeu um plano de alta, se sabe identificar quando precisa procurar ajuda; plano de cuidados - se entendeu sobre os exames e consultas de acompanhamento que deve fazer; e entendimento sobre as medicações, ou seja, se compreendeu as medicações que deve utilizar, as formas de uso, horário, dentre outros (Acosta *et al.*, 2017).

Para obtenção dos escores das respostas do CTM-15 Brasil, foram respeitadas as instruções dos autores do instrumento, que sugerem que se utilize uma fórmula que converte as médias obtidas em escores de 0 a 100 (Acosta *et al.*, 2017). Cada item recebeu uma pontuação a partir da resposta do participante, em que as alternativas pontuaram da seguinte forma: “Discordo totalmente” = 1 ponto; “Discordo” = 2 pontos; “Concordo” = 3 pontos e “Concordo totalmente” = 4 pontos. A opção de resposta “Não sei/não me lembro/não se aplica” não recebeu pontuação, pois não foi incluída no cálculo do escore final, porém, foi codificada diferencialmente para poder verificar a porcentagem desta resposta nos itens do instrumento. Foram calculadas médias simples de cada item, e também a média geral da escala incluídos as 15 questões e por fator do CTM-15 Brasil (Acosta *et al.*, 2017).

3.5 Análise de dados

Considera-se que, para a análise dos dados, quanto maior o escore obtido, melhor é a TC. Embora não exista um ponto de corte, os autores do instrumento consideram que um escore igual ou maior a 70 torna a TC adequada (Coleman; Mahoney; Parry, 2005). A fim de investigar os fatores associados à qualidade da TC foi feita a definição da variável dependente em TC adequada (escores médios maiores ou iguais a 70) e TC inadequada (escores médios menores que 70).

Os dados coletados foram analisados por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 24.0 (*SPSS for Windows*, Chicago, EUA). Inicialmente foi realizada análise descritiva dos dados. Além do cálculo de médias de qualidade para TC para cada um dos domínios do CTM-15 Brasil, o que foi obtido por meio do cálculo dos escores médios (Coleman; Mahoney; Parry, 2005). Em seguida, investigou-se a existência de associação estatística entre a variável dependente e as variáveis independentes. Para tanto, foram conduzidas análises bivariadas (teste qui-quadrado de Pearson, ou *exato de ficher*), adotando o

nível de significância < 0,20 para inclusão das variáveis independentes no modelo múltiplo. O modelo final foi gerado por meio de análise de regressão de *Poisson* com variância robusta e foram mantidas no modelo final as variáveis que apresentaram associação com a TC até um nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

3.6 Formulário de contrarreferência para APS

Foi criado um produto técnico por meio de um formulário eletrônico que permite uma melhor contrarreferência no acompanhamento dos indivíduos após a alta hospitalar. Esse formulário foi criado na plataforma *google forms* contendo informações relevantes do usuário. Este formulário contém 3 domínios (Dados do indivíduo; Dados de internação-condição atual do indivíduo; Condições de acompanhamento e reorientação na ESF) com 24 itens. Para avaliar o formulário foram selecionados *experts* por meio de amostra de conveniência com indicações entre os profissionais da atenção hospitalar e APS. A seleção e o convite dos *experts* foram realizados a partir da análise do currículo na Plataforma Lattes do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Para participação no estudo os *experts* devem se enquadrar no mínimo em 5 (cinco) pontos a partir da somatória dos seguintes critérios: mestre em saúde coletiva ou cuidado primário à saúde (4 pontos); doutor(a) em saúde coletiva ou cuidado primário à saúde (2 pontos); especialização na área de interesse do estudo (enfermagem com ênfase em saúde da família, APS, atenção básica e/ou áreas afins) (2 pontos); prática clínica ou acadêmica de pelo menos um ano na área hospitalar e/ou na APS (1 ponto); publicação de pesquisa relevante para a área de interesse (2 pontos) publicação de artigo sobre o tema de interesse do estudo em periódico de referência (2 pontos).

A carta-convite foi enviada aos experts, via e-mail. A mesma era acompanhada do formulário *on-line* de contrarreferência para APS, contendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B). Para a validação do conteúdo do instrumento, foi analisado o grau de relevância/representatividade de cada item por meio de uma escala tipo Likert: 1 – inadequado; 2 – parcialmente adequado; 3 – adequado e 4 – totalmente adequado (Polit; Beck, 2019). O convite foi enviado para 15 *experts* que estavam de acordo com os critérios pré-selecionados,

somente 7 responderam e fizeram a avaliação. Dentre os respondentes 85,8% acharam o formulário totalmente adequado e 14,2% afirmaram que é adequado.

Este formulário está em fase de aprovação pela coordenação da APS e a gestão hospitalar. Porém, apesar dos resultados satisfatórios alcançados, consideraram-se as sugestões dos experts no que se refere a organização dos itens do instrumento, de modo a aperfeiçoá-lo. A adequação sugerida tratou-se de deixar os domínios mais clareza para que os profissionais tivessem uma melhor compreensão no momento da coleta e envio dos dados para APS. Não havendo necessidade de novas avaliações, o conteúdo do instrumento foi concluído.

3.7 Aspectos éticos

O projeto da pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros, dentro dos parâmetros contidos na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde, e foi aprovado por meio do Parecer Consustanciado: nº 5.520.970 (Anexo B). Foram contemplados os aspectos éticos para pesquisa com seres humanos, ao longo de todo estudo. Em todas as etapas da coleta e análise de dados, foram assegurados o sigilo e a confidencialidade das informações. A entrevista somente foi realizada com autorização do próprio indivíduo ou da família, após consentimento formal, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B).

4 PRODUTOS CIENTÍFICOS E TÉCNICOS

4.1 Artigo científico

4.1.1 Artigo: “A transição do cuidado de indivíduos com Doenças Crônicas após a alta hospitalar para o domicílio no norte de Minas Gerais”. Formatado de acordo com as normas do periódico científico: Revista Gaúcha de Enfermagem, qualis A3, quadriênio 2020-2024.

4.2 Resumos expandidos apresentados em eventos científicos

4.2.1 Resumo expandido: Fórum de Ensino Pesquisa e Extensão da Universidade Estadual de Montes Claros. Trabalho intitulado “Análise da qualidade da transição do cuidado em pacientes com doenças crônicas: revisão sistemática”. Realizado no período de 27 a 30 de setembro de 2022.

4.2.2 Resumo expandido: Simpósio de Pesquisa e Extensão da Unifipmoc. Trabalho intitulado “Prevalência de reinternações após a transição do cuidado hospitalar para domiciliar: uma análise Preliminar”. Realizado em 23/11/2022 a 06/12/2022, na cidade de Montes Claros, MG.

4.2.3 Resumo expandido: Simpósio de Pesquisa e Extensão da Unifipmoc. Trabalho intitulado “Análise da qualidade da transição do cuidado em pacientes com doenças crônicas”. Realizado em 23/11/2022 a 06/12/2022, na cidade de Montes Claros, MG.

4.2.4 Resumo expandido: Congresso Brasileiro de Medicina. Trabalho intitulado “Qualidade da transição do cuidado hospitalar para domiciliar em pacientes com doenças crônicas: Revisão integrativa”. realizado em 23/11/2022 a 06/12/2022, na cidade de Montes Claros, MG.

4.2.5 Resumo expandido: Congresso Internacional de Educação e Inovação. Trabalho intitulado “Avaliação da transição do cuidado de pacientes do hospital para o domicílio”. Promovido pela

Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), no período de 24 a 27 de outubro de 2023, na cidade de Montes Claros, MG.

4.3 Produtos técnicos

4.3.1 Formulário *online* de contra referência para APS. Esse produto foi criado no *Google Forms*. Link: <https://docs.google.com/forms/d/1Ajk2AJ50YnvjHa7SfVLVG9FBiDixq3eAiC5plP4CoCU/edit>

4.3.2 Capítulo de Livro: “Análise da qualidade da transição do cuidado em pacientes com doenças crônicas: revisão integrativa”, formatado de acordo com as normas do periódico científico: Editora Científica Digital, *Open Science Research VII*, 2022 (Anexo C).

4.1.1 Artigo

Artigo original

A transição do cuidado de indivíduos com Doenças Crônicas após a alta hospitalar para o domicílio no norte de Minas Gerais

Transition of Care for Individuals with Chronic Illnesses after Hospital Discharge to Home in the North of Minas Gerais

La transición de la atención a personas con Enfermedades Crónicas después del alta hospitalaria al domicilio en el norte de Minas Gerais

SILVA, Patrícia Oliveira¹; CARNEIRO, Jair Almeida^{2,3}; COSTA, Fernanda Marques^{2,3}

¹ Universidade Estadual de Montes Claros, Departamento de Enfermagem

² Universidades Estaduais de Montes Claros, Departamento de Saúde Mental Coletiva.

³ Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros - FIPMoc, Minas Gerais, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Avaliar a qualidade e os fatores associados da transição do cuidado de indivíduos com Doenças Crônicas após a alta hospitalar para o domicílio em um município do norte de Minas Gerais

Método: Estudo transversal, realizado com 320 indivíduos, em hospital público, localizado no Norte de Minas Gerais. Os dados foram coletados no primeiro momento no hospital e após a alta por ligações telefônicas até 3 semanas após alta hospitalar. Foram utilizados questionário com dados sociodemográficos e clínicos e a escala *Care Transitions Measure*, versão validada para o Brasil para avaliar a transição do cuidado. Considerou-se um escore igual ou maior a 70% representasse uma transição do cuidado adequada. Foi realizada análise múltipla por Regressão de *Poisson* com variância robusta.

Resultado: A transição do cuidado apresentou 57,5% como adequada e 42,5% inadequada. As variáveis associadas a transição cuidado adequado foram: doenças crônicas infecciosas; usuários encaminhados para a Estratégia Saúde da Família e não residir sozinho e com companheiro.

Conclusão: A transição do cuidado foi considerada inadequada na avaliação geral comparando a outros estudos. Novos estudos são necessários nessa área, e poderão contribuir com novas evidências científicas que permitirão intervenções precoces e efetivas na transição do cuidado.

Descriptores: Cuidado Transicional. Atenção Primária à Saúde. Doenças Crônicas.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the quality of the transition of care for individuals with chronic diseases after discharge from hospital to home in a municipality in the north of Minas Gerais.

Method: Cross-sectional study, carried out with 320 individuals, in a public hospital, located in the North of Minas Gerais. Data were collected at the first moment in the hospital and after discharge by telephone calls up to 3 weeks after hospital discharge. A questionnaire with sociodemographic and clinical data and the Care Transitions Measure scale, a version validated for Brazil, were used to assess the transition of care. Considering a score equal to or greater

than 70%, it presents a satisfactory transition of care. Multiple analysis was performed using Poisson Regression with robust variance.

Result: The transition of care was 57.5% adequate and 42.5% inadequate. The variables associated with care transition were: chronic infectious diseases; users referred to the Family Health Strategy and living alone and without a partner.

Conclusion: The transition of care, evaluated from the perspective of the Care Transitions Measure (Brazil version) was considered inappropriate in the general evaluation compared to other studies. New studies are needed in this area, and may contribute with new scientific evidence that will allow for early and effective interventions in the transition of care.

Descriptors: Transitional Care. Primary Health Care. Diseases Chronicles.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la calidad de la transición de la atención a personas con enfermedades crónicas después del alta hospitalaria al domicilio en un municipio del norte de Minas Gerais.

Método: Estudio transversal, realizado con 320 personas, en un hospital público, ubicado en el Norte de Minas Gerais. Los datos se recogieron en el primer momento en el hospital y tras el alta mediante llamadas telefónicas hasta 3 semanas después del alta hospitalaria. Para evaluar la transición de cuidados se utilizó un cuestionario con datos sociodemográficos y clínicos y la escala Care Transitions Measure, versión validada para Brasil. Considerando un puntaje igual o superior al 70%, presenta una transición de atención adecuada. Se realizó un análisis múltiple mediante regresión de Poisson con varianza robusta.

Resultado: La transición de la atención fue 57,5% adecuada y 42,5% inadecuada. Las variables asociadas a la transición asistencial fueron: enfermedades infecciosas crónicas; Los usuarios refirieron la Estrategia de Salud de la Familia y viven solos y sin pareja.

Conclusión: La transición de la atención, evaluada desde la perspectiva de la Medida de Transición de la Atención (versión Brasil), fue considerada inadecuado en la evaluación general en comparación con otros estudios. Se necesitan nuevos estudios en esta área, que puedan contribuir con nueva evidencia científica que permita intervenciones tempranas y efectivas en la transición de la atención.

Descriptores: Atención Transicional. Atención Primaria de Salud. Enfermedades Crónicas.

INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) exigem assistência continuada de diversos profissionais nos diferentes níveis da Rede de Atenção à Saúde (RAS)⁽¹⁾. Isso decorre da patogênese progressiva das DCNT, a qual contribui para alta morbimortalidade, reinternações frequentes e visitas aos centros de emergência, aumentando os custos para o Sistema Único de Saúde (SUS), família e indivíduo. Assim, esses indivíduos necessitam de encaminhamento diante de fatores de risco, sendo primordial a contrarreferência do ambiente hospital para a Atenção Básica, visando a continuidade do cuidado⁽²⁾.

No entanto, a RAS, no Brasil, ainda possui caráter fragmentado e heterogêneo, o que dificulta o gerenciamento das demandas em saúde pelo sistema e pelo próprio indivíduo, promovendo superlotação de serviços especializados e falhas na continuidade do tratamento⁽³⁾. Essa problemática é exacerbada, dentre outros fatores, pela falha na Transição do Cuidado (TC) entre os atendimentos de emergência e a Atenção Primária Saúde (APS)⁽³⁾.

A TC é um processo de atenção contínua, a partir da transferência do indivíduo do atendimento hospitalar para o ambiente domiciliar, com articulação dos serviços de atenção terciária e primária, uma vez que se inicia desde o momento de admissão até o período pós-alta. Entre as medidas preconizadas dessa transição, incluem-se ações de educação em saúde do indivíduo e da família, planejamento de alta, comunicação entre as equipes e acompanhamento pós-alta⁽⁴⁾. Em relação aos indivíduos com doenças crônicas, a TC teria papel fundamental na prevenção de agravos no período pós-alta, reduzindo cerca de 32% das readmissões hospitalares, a partir da utilização de protocolos padronizados⁽⁴⁾.

Entretanto, atualmente, o longo período de internação, comum em indivíduos com agravos de DCNT, pode gerar fadiga e falta de energia nas primeiras semanas após a alta. Isso, atrelado à deficiência da educação em saúde e do planejamento da alta, compromete o entendimento do indivíduo e dos cuidadores sobre as informações de como lidar com os novos sintomas, medicamentos e ajustes necessários na vida diária⁽⁴⁾.

Diante do exposto, a TC de indivíduos com Doenças Crônicas mostra-se relevante e necessita de atenção, durante e após o período hospitalar, pois indivíduos podem possuir perdas funcionais e estão mais vulneráveis aos riscos que podem afetar sua saúde⁽¹⁻²⁾. Salienta-se a falta de estudos sobre as atividades na rotina da prática assistencial dos profissionais de saúde na transição do cuidado. Estudos^(1,3-4) realizados no Brasil com essa temática ainda são incipientes. Portanto, evidencia-se uma lacuna do conhecimento, principalmente no que se refere à identificação de variáveis que podem influenciar na TC, o que justifica a necessidade de estudos que busquem elucidar os fatores que podem determinar a qualidade desse processo. A partir desse conhecimento será possível delinear de forma mais precisa fluxos adequados para uma TC de qualidade.

A partir dos aspectos supracitados, denota-se o caráter inédito do estudo com essa temática a ser aplicado no norte de Minas Gerais. Posto isso, este estudo teve como objetivo avaliar a qualidade e os fatores associados da TC de indivíduos com Doenças Crônicas após a alta hospitalar para o domicílio em um município do norte de Minas Gerais.

MÉTODO

Trata-se de um estudo analítico, quantitativo e transversal, que foi realizado inicialmente em um hospital do norte de Minas Gerais. Certificado como hospital de ensino, conta com 157 leitos, inseridos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) pelo SUS. É um Centro de Ensino Multiprofissional com infraestrutura necessária para o atendimento aos alunos de graduação da área da saúde e dos cursos de mestrado e doutorado em Ciências da Saúde,

além do desenvolvimento das atividades das Residências Médicas e cursos de pós-graduação *Lato Sensu*⁽⁵⁾.

É referência no atendimento às gestantes de alto risco, vítimas de violência sexual e infrafamiliar, indivíduos com transtorno mental, clínica médica, portadores de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), cirurgia geral, tuberculose, otorrinolaringologia (corpos estranhos em ouvido, nariz e orofaringe), ginecologia/obstetrícia, tuberculose, leishmaniose visceral e cutânea, tratamento clínico em infectologia e pediatria⁽⁵⁾.

O grupo avaliado foi selecionado a partir de amostragem de conveniência, não intencional, de acordo com a demanda atendida nas clínicas. Os setores elegíveis para a coleta de dados foram: clínica médica, clínica cirúrgica e pronto atendimento com um total de 79 leitos disponíveis. Portanto, para definição do tamanho da amostra foi aplicado o cálculo amostral considerando uma prevalência conservadora de 50% (para ocorrência do evento de DCNT) um nível de significância de 5%, com um intervalo de confiança de 95% e erro tolerável de amostragem de 3%. Essa primeira estimativa de tamanho amostral foi aumentada em 20%, a fim de explorar associações ajustadas entre as variáveis independentes e TC. O número amostral definido para este estudo foi de 364 indivíduos.

Foram elencados como critérios de inclusão: idade igual ou superior a 18 anos; ter sido internado com o diagnóstico de alguma doença caracterizada como crônica (acidente vascular cerebral, doenças cardiovasculares, diabetes, hipertensão, câncer, doenças respiratórias crônicas e doenças transmissíveis crônicas); permaneceram internados por, pelo menos 24 horas; receber alta para o domicílio; ser cadastrado pelo serviço em uma equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Montes Claros. Foram excluídos da pesquisa indivíduos que após a alta hospitalar foram transferidos para outro serviço da RAS.

Os dados foram coletados entre janeiro e dezembro de 2023 pelos estudantes de iniciação científica. Para padronizar a coleta foi desenvolvido um manual de treinamento e todos os estudantes foram previamente capacitados e calibrados (*kappa* 0,8). A coleta de dados foi realizada pelos pesquisadores em 2 etapas, sendo a primeira realizada presencialmente no hospital e a segunda por meio de contato telefônico. Durante a coleta hospitalar foi utilizado um formulário com caracterização sociodemográfica, clínica, relativa à internação atual e à relação com a ESF de cadastro. As variáveis foram: Caracterização sociodemográfica: nome; sexo; data de nascimento; idade; endereço; telefone; escolaridade; renda atual mensal; CBO; escolaridade; estado civil; cor; arranjo familiar. Clínica: tempo de internação; internações prévias. Relativa à internação atual. Relação com a ESF de cadastro: ESF onde cadastrado; sabe o nome do Agente Comunitário que atende sua casa; você tem dificuldade de acessar a ESF de

referência do seu domicílio; satisfeito com a ESF; foi orientado a procurar a ESF para continuar a assistência; reinternação. Condições de Saúde: hipertensão; diabetes; doenças cardíacas; doenças osteoarticulares; doenças respiratórias; tumores; acidente vascular encefálico; doenças infecciosas: doenças neurológicas; doenças renais; doenças neurológicas (Apêndice A).

A segunda etapa foi realizada após a alta hospitalar do participante, cujo acompanhamento foi feito pelos pesquisadores por meio de contato telefônico. Esse contato aconteceu em um período de 7 a 21 dias após a alta hospitalar. O contato telefônico foi obtido durante a primeira etapa. Em casos de ausência do contato pelo número telefônico a segunda estratégia utilizada foi a visita domiciliar, que se realizou em até 3 tentativas. Nessa etapa foi avaliada a percepção do indivíduo sobre a TC através da aplicação da escala *Care Transitions Measure* (CTM-15) Brasil⁽⁶⁾.

A CTM-15 Brasil é uma escala adaptada para uso no país. O instrumento é composto por 15 itens, que são divididos em quatro fatores: preparação para autogerenciamento, o qual valoriza o preparo do indivíduo e sua família para o autogerenciamento da saúde pós alta no domicílio; entendimento sobre medicações, que remete ao entendimento do indivíduo e sua família sobre o uso adequado das medicações após a alta hospitalar; preferências asseguradas, que descrevem a necessidade das preferências dos indivíduos serem consideradas pela equipe na tomada de decisão sobre o tratamento; plano de cuidado, que valoriza a existência de um plano de cuidado, consultas ou exames para realização após à alta⁽⁶⁾.

Para obtenção dos escores das respostas do CTM-15 Brasil, foram respeitadas as instruções dos autores do instrumento, que sugerem que se utilize uma fórmula que converte as médias obtidas em escores de 0 a 100⁽¹⁾. Cada item recebeu uma pontuação a partir da resposta do participante, em que as alternativas pontuaram da seguinte forma: “Discordo totalmente” = 1 ponto; “Discordo” = 2 pontos; “Concordo” = 3 pontos e “Concordo totalmente” = 4 pontos. A opção de resposta “Não sei/não me lembro/não se aplica” não recebeu pontuação, pois não foi incluída no cálculo do escore final, porém, foi codificada diferencialmente para poder verificar a porcentagem desta resposta nos itens do instrumento. Foram calculadas médias simples de cada item, e também a média geral da escala incluídos as 15 questões e por fator do CTM-15 Brasil⁽⁶⁾.

Considera-se que, para a análise dos dados, quanto maior o escore obtido, melhor é a TC. Embora não exista um ponto de corte, os autores do instrumento consideram que um escore igual ou maior a 70 torna a TC adequada⁽⁷⁾. A fim de investigar os fatores associados à qualidade da TC foi feita a definição da variável dependente em TC adequada (escores médios maiores ou iguais a 70) e TC inadequada (escores médios menores que 70).

Os dados coletados foram analisados por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 24.0 (*SPSS for Windows*, Chicago, EUA). Inicialmente foi realizada análise descritiva dos dados. Além do cálculo de médias de qualidade para TC para cada um dos domínios do CTM-15 Brasil, o que foi obtido por meio do cálculo dos escores médios. Em seguida, realizou-se a análise bivariada entre a variável dependente e as covariáveis. Para tanto, utilizou-se o teste qui-quadrado de *Pearson*, ou *exato de ficher*, adotando o nível de significância $< 0,20$. Para a análise múltipla a magnitude da associação foi estimada por meio da análise de regressão de Poisson com variância robusta. No modelo final foram mantidas no as variáveis que apresentaram associação com TC até um nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

O estudo atendeu os princípios éticos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº466/12 e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa mediante o parecer nº 5.520.970. Todos os participantes foram orientados sobre a pesquisa e apresentaram sua anuência, com assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Quando o idoso não podia assinar, registrava sua digital ou alguém da família assinava o termo, consentindo a entrevista para coleta de dados.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 350 indivíduos, entretanto 4 se recusaram a participar da segunda coleta; 12 não foram encontrados após três tentativas e 14 foram a óbito antes do fim do estudo. Participaram das duas etapas do estudo 320 indivíduos. A faixa etária predominante foi entre 40 e 59 anos (40,3%); quanto à escolaridade de 6 anos ou mais (90,9%). A maioria dos indivíduos vive sem companheiro (72,5%); reside sozinho (82,2%); renda familiar maior que um salário mínimo (64,7%); e sabe o nome do agente comunitário que atende sua casa (66,9%).

Entre os aspectos de morbidade foi destacado que a hipertensão foi a doença crônica mais prevalente com 37,5%; seguido por diabetes (16,9%). Foi identificado que 53,4% dos indivíduos esteve internado até 7 dias; internações prévias, 25,6%; 16,6% informou dificuldade de acessar a ESF de referência; 62,8% estão satisfeitos com sua ESF; 42,2% dos indivíduos foram orientados a procurar a ESF para continuar com o cuidado após alta hospitalar. A reinternação durante o período de acompanhamento após a alta ocorreu em 16,3%. Essas e outras características são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 - Características sociodemográficas e clínicas dos indivíduos hospitalizados, Montes Claros-MG, 2023 (n=320)

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	176	55,0
Feminino	144	45,0
Cor		
Negros e indígenas	87	27,2
Brancos e pardos	233	77,8
Idade		
Até 39 anos	96	30,0
Entre 40 e 59 anos	129	40,3
60 anos ou mais	95	29,7
Sabe o nome do agente comunitário que atende sua casa		
Sim	214	66,9
Não	106	33,1
Estado Civil		
Com companheiro	83	25,9
Sem companheiro	232	72,5
Arranjo Familiar		
Não reside	263	82,2
Reside sozinho	57	17,8
Renda familiar		
Mais de um salário	207	64,7
Até 1 salário	103	35,3
Escolaridade		
0 a 5 anos	103	32,18
6 anos e mais	217	67,82
Hipertensão		
Sim	120	37,5
Não	200	62,5
Diabetes		
Sim	54	16,9
Não	266	83,1
Doença cardíaca		
Sim	38	11,8
Não	293	88,1
Doenças osteoarticulares		
Sim	27	8,40
Não	293	91,6
Doença respiratórias		
Sim	21	6,60
Não	229	93,4
Tumores		
Sim	7	2,20
Não	313	97,8
AVC*		
Sim	13	4,10
Não	307	95,9
Doenças infecciosas		
Sim	32	10,0
Não	288	90,0

Doenças Neurológicas			
Sim	24	7,50	
Não	296	92,5	
Doenças Renais			
Sim	23	7,20	
Não	297	92,8	
Tempo de internação			
Até 7 dias	171	53,4	
Mais de 7 dias	149	46,6	
Internação prévias			
Sim	82	25,6	
Não	238	74,4	
Dificuldade em acessar a ESF* de referência do seu domicílio			
Sim	53	16,6	
Não	267	83,4	
Satisfeito com a ESF			
Sim	201	62,8	
Não	119	37,8	
Orientado a procurar a ESF para continuar a assistência			
Sim	135	42,2	
Não	185	57,8	
Reinternação			
Sim	52	16,3	
Não	268	83,8	

Fonte: Pesquisa de campo de janeiro a dezembro de 2023.

*AVC: Acidente Vascular Cerebral; *ESF: Estratégia Saúde da Família. Fonte: Pesquisa de campo, janeiro a dezembro de 2023.

Os escores médios dos domínios (fator 1- preparação para o autogerenciamento, fator 2- entendimento sobre a medicação, fator 3- preferência assegurada, fator 4- plano de cuidado) estão apresentados na tabela 2. Destaca-se que o maior escore médio foi obtido no fator 1- preparação para autogerenciamento, $61,46 \pm 24,64$ (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição das médias e desvio padrão do instrumento CTM-15 Brasil. Montes Claros-MG, 2023 (n= 320)

Escores	Média	DP
Por Fatores		
Fator 1-Preparação para o autogerenciamento	61,46	24,64
Fator 2-Entendimento sobre a medicação	58,61	23,66
Fator 3-Preferência assegurada	60,38	30,85
Fator 4- Plano de Cuidado	52,97	29,13
Transição total	57,5	29,13

Fonte: Pesquisa de campo de janeiro a dezembro de 2023.

A TC foi identificada com 42,5% inadequada e 57,5% adequada. As tabelas 3 e 4 apresentam as variáveis estavam relacionadas à TC adequada conforme um nível de significância < 0,20: sexo masculino; negros e indígenas; possuir companheiro; residir com o conjugue ou outros familiares; receber mais de um salário; ter as doenças hipertensão, diabetes, doença cardíaca, doenças osteoarticulares, doença infecciosa, doenças renais; ter sido orientado a procurar a ESF de referência para continuar cuidando da saúde.

Tabela 3 - Análise bivariada da TC, segundo as variáveis sociodemográficas. Montes Claros-MG, 2023. (n= 320)

Variáveis Independentes	TC				
	Inadequada		Adequada		Valor p
	N	%	n	%	
Sexo					
Masculino	149	84,7%	27	15,3%	0,20
Feminino	116	80,6%	28	19,4%	
Cor					
Negros e indígenas	77	88,5%	10	11,5%	0,06
Brancos e pardos	188	80,7%	45	19,3%	
Idade					
Até 39 anos	79	82,3%	17	17,7%	0,47
Entre 40 e 59 anos	108	83,7%	21	16,3%	
60 anos ou mais	78	82,1%	17	17,9%	
Sabe o nome do agente comunitário que atende sua casa					
Sim	180	84,1%	34	15,9%	0,23
Não	85	80,2%	21	19,8%	
Estado Civil					
Com companheiro	77	88%	10	12,0%	0,10
Sem companheiro	188	81,0%	44	19,0%	
Arranjo Familiar					
Não reside	213	81,0%	50	19,0%	0,04
Reside sozinho	52	91,2%	5	8,8%	
Renda familiar					
Mais de um salário	98	86,7%	15	13,7%	0,11
Até 1salário	167	80,7%	40	19,3%	
Escolaridade					
0 a 5 anos	239	82,1%	55	17,9%	0,22
6 anos e mais	26	89,7%	3	10,3%	

Fonte: Pesquisa de Campo, janeiro a dezembro de 2023.

Tabela 4 - Análise bivariada da TC as condições de saúde dos indivíduos, Montes Claros-MG, 2023 (n=320)

Variáveis Independentes	TC					
	Inadequada		Adequada		Valor p	
	n	%	n	%		
Hipertensão						
Sim	95	79,2%	25	20,8%	0,11	
Não	170	85,0%	30	15,0%		
Diabetes						
Sim	40	74,1%	14	25,8%	0,05	
Não	225	84,6%	41	15,4%		
Doença cardíaca						
Sim	29	76,3%	9	23,7%	0,18	
Não	236	83,7%	46	16,3%		
Doenças osteoarticulares						
Sim	19	70,4%	8	29,6%	0,07	
Não	246	84,0%	47	16,0%		
Doença respiratórias						
Sim	18	85,7%	3	14,3%	0,49	
Não	247	82,6%	52	17%		
Tumores						
Sim	5	71,4%	2	28,6%	0,34	
Não	260	83,1%	53	16,9%		
AVC						
Sim	11	84,6%	2	15,4%	0,60	
Não	254	82,7%	53	17,3%		
Doenças infecciosas						
Sim	22	68,3%	10	31,3%	0,06	
Não	243	84,4%	45	15,6%		
Doenças Neurológicas						
Sim	20	83,3%	4	16,7%		
Não	245	82,2%	51	17,2%	0,60	
Doenças Renais						
Sim	17	73,9%	6	26,1%	0,18	
Não	249	83,5%	49	16,5%		
Tempo de internação						
Até 7 dias	143	83,6%	28	16,4%	0,39	
Mais de 7 dias	122	81,9%	27	18,1%		
Internação prévias						
Sim	67	81,7%	15	18,3%	0,43	
Não	198	83,2%	40	16,8%		
Dificuldade em acessar a ESF de referência do seu domicílio						
Sim	42	79,2%	11	20,8%	0,28	
Não	223	83,5%	44	16,5%		
Satisfeito com a ESF						
Sim	165	82,1%	36	17,9%	0,38	

Não	100	84,0%	19	16,0%	
Orientado a procurar a ESF para continuar a assistência					
Sim	100	74,1%	35	25,9%	0,00
Não	165	89,2%	20	10,8%	
Reinternação					
Sim	40	80,8%	10	19,2%	0,40
Não	223	83,2%	45	16,8%	

Fonte: Pesquisa de campo, janeiro a dezembro de 2023.

*AVC: Acidente Vascular Cerebral; *ESF: Estratégia Saúde da Família

A tabela 5 apresenta as variáveis que foram mantidas no modelo final e que apresentaram associação com TC adequada ao nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

A TC foi melhor ou adequada entre as pessoas com companheiro e que não residem sozinhas. Também foi melhor entre aqueles que foram orientados a procurar a ESF e entre aqueles foram hospitalizados por complicações de doenças crônicas infecciosas.

Tabela 5 - Fatores associados à qualidade da TC em indivíduos portadores de doenças crônicas do hospital para o domicílio. Montes Claros-MG, 2023 (n=320)

Variáveis independentes	RP*	IC95%*	p-valor
Estado Civil			
Com companheiro	1,082	1,002-1,170	0,049
Sem companheiro	1		
Arranjo Familiar			
Não reside sozinho	1,219	1,034 – 1,437	0,018
Reside sozinho	1		
Doenças Infecciosas			
Sim	1,140	1,008 – 1,288	0,037
Não	1		
Orientado a procura a ESF*			
Sim	1,134	1,058 – 1,217	$\leq 0,001$
Não	1		

Fonte: Pesquisa de Campo, janeiro a dezembro de 2023.

*RP Razão de Prevalência; *IC 95% Intervalo de Confiança de 95%; *ESF: Estratégia Saúde da Família.

DISCUSSÃO

Este estudo avaliou a qualidade da transição do cuidado de usuários com DCNT, com a utilização do instrumento CTM-15 Brasil. Foi possível identificar as condições associadas à TC adequada. A melhor transição do cuidado se mostrou associada a doenças crônicas infecciosas e aos usuários que foram orientados a procurar a ESF após alta, além daqueles possuíam um apoio familiar no pós alta.

Destaca-se que o escore da CTM-15 Brasil neste presente artigo foi 57,5 adequado. Estudos^(1,3-4) que utilizaram o CTM em unidades de internação encontraram resultados heterogêneos. Foram identificados escores que variam entre 82,4 nos Estados Unidos da América⁽⁸⁾ e 76,4 no Brasil⁽³⁾.

As fragilidades na TC ocasionam uso desnecessário de serviços de saúde, tanto em emergências como em readmissões hospitalares e, portanto, escores mais elevados do CTM-15 Brasil podem diminuir taxas de readmissão⁽³⁾. Foi observado em um estudo que demonstrou a eficácia do programa de TC na redução das taxas de readmissão hospitalar em 30 e 90 dias, melhorando as transições da qualidade do atendimento e a adesão à medicação, bem como aumento da autoeficácia em DCNT⁽⁹⁾.

Neste estudo, aspectos relacionados à preparação para o autogerenciamento e à garantia das preferências dos indivíduos e familiares obtiveram resultados moderados na perspectiva dos indivíduos e de seus cuidadores. Por outro lado, itens referentes ao entendimento sobre as medicações e o plano de cuidados obtiveram as piores médias nos escores do instrumento. Outro estudo que utilizou o CTM-15 Brasil também encontrou achados semelhantes^(1,3).

Referente ao preparo do indivíduo para retorno ao domicílio, os fatores 1 (Preparação para o autogerenciamento) e 3 (Preferência assegurada) tiveram a maior média, sendo inclusive superior à média final do instrumento. Esses fatores são relacionados às informações de autocuidado recebidas e construídas durante a internação do indivíduo. Quando se incluem as preferências do indivíduo na tomada de decisão, facilita-se a adesão ao tratamento, aumenta a segurança das condutas no domicílio e reduzem-se os retornos aos serviços por causas evitáveis⁽¹⁾. Dados similares foram encontrados em estudos recentes que utilizaram a CTM-15 Brasil, o qual identificou esses fatores com a melhor em relação aos demais⁽¹⁾.

Em contraponto os fatores 2 (Entendimento sobre a medicação) e 4 (Plano de cuidado) apresentaram a menor média. Indicando fragilidades no fornecimento de orientações sobre medicações e seus efeitos colaterais. Muitos indivíduos compreendem o motivo para administrar medicações bem como sua dose diária, porém desconhecem os possíveis efeitos adversos das medicações⁽³⁾. As orientações sobre o uso das medicações após a alta são de fundamental importância para evitar a ocorrência de eventos adversos no ambiente domiciliar⁽⁴⁾. No entanto, as orientações sobre os efeitos colaterais das medicações ainda são incipientes. As informações sobre os medicamentos são fornecidas no momento da alta, e indivíduos e famílias não são orientados sobre efeitos colaterais, recebendo apenas a receita médica, com dose, horário e via de administração, o que poderia gerar dúvidas após a alta e, por consequência, resultar em reinternações⁽⁹⁾.

Esses dados apontam que os indivíduos não se sentiam seguros para realizar os cuidados pós-alta, embora compreendessem as orientações para gerenciamento de sua saúde. Denota-se que esse item não tem sido priorizado na assistência aos indivíduos. Esse resultado se deve especialmente à percepção dos indivíduos internados por condição crônica. Tal achado pode possibilitar que a instituição onde este estudo foi realizado desenvolva um plano de ação focado na melhora do processo de preparo de alta e do plano de cuidado para esse perfil de indivíduos. Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos^(1,6,9).

Os resultados deste estudo possibilitaram avaliar a qualidade da TC na alta hospitalar. Embora não exista um ponto de corte, os autores consideram que um escore igual ou maior a 70 torna a TC adequada^(1,7). Portanto, o escore médio geral da TC pelo CTM-15 Brasil no presente estudo foi considerado inadequada, comparada a outros estudos^(1,3).

O escore de avaliação da qualidade do cuidado desse estudo foi inferior comparado com a pesquisa realizada com indivíduos adultos com DCNT, no Sul do Brasil, o qual registrou escore médio de 69,5%, considerado próximo ao adequada⁽¹⁾. Outro estudo também realizado no sul do Brasil, analisou a qualidade da TC associada à readmissão hospitalar, com indivíduos de 18 anos ou mais, verificou um escore de 74,7 maior que no presente estudo⁽³⁾. No interior de São Paulo, um estudo avaliou a TC e teve como resultado um escore médio de 68,59 do CTM-15 Brasil⁽⁹⁾.

Nos Estados Unidos da América, uma pesquisa com indivíduos idosos também verificou um escore do CTM-15 maior 74,7% com a presença de intervenção do cuidado, se comparado aos indivíduos que não tinham uma preparação para a alta, com uma pontuação da CTM-15 de 65,3 de internação⁽¹⁰⁾.

No presente estudo foi observado que a TC foi adequada para as pessoas que tem companheiro e que não residem sozinhas. Em estudo de revisão foram encontradas evidências que reforçam que indivíduos com DCNT e fragilizados necessitam da presença de um cuidador no domicílio, sendo esse cuidador, muitas vezes, algum membro da família, como esposas/maridos e filhos⁽³⁾. Um estudo que avaliou a TC em idosos no interior de São Paulo apresentou resultado semelhante a esse estudo, especialmente, para pessoas com DCNT e com necessidades complexas que apresenta uma dificuldade no autocuidado. O suporte social tem papel fundamental para a realização da continuidade do cuidado e uma TC adequada⁽⁹⁾.

Uma pesquisa com pessoas que vivem com DCNT identificou que a falta de planejamento com o indivíduo e sua família no autogerenciamento de sua doença está relacionada com o aumento dos índices de reinternações⁽¹¹⁾. Por outro lado, a literatura aponta

que o planejamento da TC reduz as reinternações por causas evitáveis, aumenta a qualidade dos indivíduos e seus familiares, além de minimizar a ocorrência de eventos adversos⁽¹²⁾.

Neste estudo, registrou-se uma TC adequada e positiva para pessoas que foram hospitalizadas por doenças infecciosas. O hospital deste estudo é referência para o Norte de Minas Gerais na assistência a pessoas com Imunodeficiência Humana (HIV), Leishmaniose Tegumentar, Hepatites Virais^(5,13), justifica-se, portanto, a TC ser considerada adequada a esses indivíduos.

Identificou-se nesse estudo que a TC foi mais adequada entre aqueles que foram orientados a procurar a ESF para continuar cuidando da saúde. Nesse contexto, a APS assume um papel essencial na prevenção e controle de DCNT. Além de ser porta de entrada prioritária no SUS, desenvolve atividades com o indivíduo e com a comunidade, promovendo prevenção e intervenção contra os fatores de risco para as DCNT⁽⁹⁾.

Estudos realizados na região Sul do país mostraram resultados semelhantes nas internações por DCNT, sensíveis a APS^(1,3,4). Conforme Ferreira *et al.*⁽¹⁴⁾, a ESF tem como característica central a longitudinalidade, em que a equipe acompanha o indivíduo ao longo do tempo para os múltiplos episódios de doença e cuidados preventivos.

Nos últimos anos, discute-se a efetivação da RAS para prestar assistência contínua às pessoas com DCNT que apresentam complicações, sendo a ESF responsável pela coordenação dos fluxos na rede⁽¹⁵⁾. Estudos sugerem que pessoas com DCNT melhoram ao receber tratamento eficiente, regular e contínuo^(1,3). Assim como foi evidenciado em um estudo epidemiológico, no norte de Minas Gerais que avaliou as internações com condições sensíveis à APS⁽¹²⁾.

No entanto, isso nem sempre ocorre. Na Suécia⁽¹⁶⁾, estudo identificou que os profissionais da APS tinham dificuldade em dar continuidade ao tratamento às pessoas que tiveram internação hospitalar, devido à falta de informações, pois, mesmo quando tinha algum documento de alta, demorava meses para chegar apresentar na ESF. Além disso, políticas públicas devem ser elaboradas para fortalecer a RAS e para melhor organizar os fluxos entre serviços hospitalares e APS. A efetivação da contrarreferência preconiza a articulação entre serviços de saúde e a comunicação entre os profissionais^(11,12).

Este estudo traz como contribuição a avaliação da TC na perspectiva de indivíduos com DCNT e sua relação com as variáveis clínicas e sociodemográficas. Esses resultados podem contribuir com a incorporação de tecnologias do cuidado a fim de garantir a continuidade e coordenação da assistência prestada às pessoas que vivem com DCNT no âmbito da RAS.

Por fim, como puderam ser identificados, diversos aspectos influenciam a TC, de forma que as ações para melhorar o processo devem iniciar durante a internação e a preparação da alta e estenderem-se ao período pós-alta. Nesse aspecto, a atuação da equipe de enfermagem na TC se torna fundamental para organizar os fluxos da RAS, para articulação e comunicação das equipes de saúde envolvidas, para educação dos indivíduos, familiares e para a garantia da continuidade do cuidado.

A educação em saúde é inerente ao ato de cuidar em enfermagem, devendo ser uma prática comum durante a permanência do indivíduo no serviço de saúde. Uma atuação qualificada dos enfermeiros é, além de fundamental para efetivação de transações seguras, uma oportunidade para contribuir com a visibilidade e valorização da assistência de enfermagem.

Apesar dos resultados permitirem discutir novas práticas em saúde para pessoas com doenças crônicas que têm alta de serviços hospitalares para o domicílio, este estudo não esgota o tema, mas investigações são recomendadas para avaliar a qualidade da TC. Sugere-se que novas pesquisas sejam realizadas em diferentes lugares do Brasil para identificar similaridades e diferenças com resultados deste estudo. Investigações de abordagem qualitativa são necessárias para aprofundar a opinião dos indivíduos e seus cuidadores sobre as experiências da TC e a opinião dos profissionais de saúde.

Portanto, recomenda-se que sejam desenvolvidos estudos de intervenção para verificar contribuições de diferentes ações viáveis para o contexto nacional na melhora da TC. Portanto, profissionais de saúde, gestores, usuários, cuidadores e formuladores de políticas públicas precisam dialogar e estabelecer estratégias para modificar práticas e políticas de forma significativa e positiva.

CONCLUSÃO

A TC avaliada na perspectiva da CTM-15 Brasil foi considerada inadequada na avaliação geral comparando a outros estudos. Observou-se que a transição do cuidado foi adequada entre os indivíduos que tem companheiro, não reside sozinho; os indivíduos que foram hospitalizados por complicações de doenças crônicas infecciosas e aqueles que foram orientados a procurar a ESF para continuar o seu cuidado. Novos estudos são necessários nessa área, e poderão contribuir com novas evidências científicas que permitirão intervenções precoces e efetivas com foco na TC e cuidado continuado.

REFERÊNCIA

1. Acosta AM, Lima MADS, Pinto IC, Weber LAF. Care transition of patients with chronic diseases from the discharge of the emergency servissee to their homes. Rev

Gaúcha Enferm. 2020;41(spe):e20190155. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190155>

2. Brito FA, Benedetti TRB, Tomicki C, Konrad LM, Sandreschi PF, Manta SW, et al. Tradução e adaptação do Check List RE-AIM para a realidade Brasileira. Rev. Bras. Ativ. Fís. Saúde. 2018;23:e0033. doi: <https://doi.org/10.12820/rbafs.23e0033>
3. Weber LAF; Lima MA, Dias S, Acosta AM. Quality of care transition and its association with hospital readmission. Aquichan. 2020;19(4):e1945. doi: <https://doi.org/10.5294/aqui.2019.19.4.5>
4. Berghetti L, Danielle MBA, Winter VDB, Petersen AGP, Lorenzini E, Kolankiewicz ACB. Transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas e sua relação com as características clínicas e sociodemográficas. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2023;31:e4015. doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6594.4015>
5. Universidade Estadual de Montes Claros. Unidade. Hospital Universitário Clemente de Faria. 2024 [citado 2024 mar 15]. Disponível em: <https://unimontes.br/unidades/hospital-universitario/>.
6. Acosta AM, Lima MADS, Marques GQ, Levandovski PF, Weber LAF. Brazilian version of the Care Transitions Measure: translation and validation. Int Nurs Rev. 2017;64(3):379-387. doi: <https://doi.org/10.1111/inr.12326>
7. Coleman EA, Mahoney E, Parry C. Assessing the Quality of Preparation for Posthospital Care from the Patient's Perspective The Care Transitions Measure. Med Care. 2005;43(3):246-55. doi: <https://doi.org/10.1097/00005650-200503000-00007>
8. Cao XY, Tian L, Chen L, Jiang XL. Effects of a hospital-community partnership transitional program in patients with coronary heart disease in Chengdu, China: a randomized controlled trial. Jpn J Nurs Sci. 2017;14(4):320–31. doi: <https://doi.org/10.1111/jns.12160>
9. Tomazela M, Valente SH, Lima MADS, Bulgarelli AF, Fabriz LA, Zacharias FCM, et al. Transição do cuidado de pessoas idosas do hospital para casa. Acta Paul Enferm. 2023;36:eAPE00291. doi: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023AO00291>
10. Toles M, Colón-Emeric C, Naylor MD, Asafu-Adjei J, Hanson LC. Connect-home: transitional care of skilled nursing facility patients and their caregivers. J Am Geriatr Soc. 2017;65(10):2322–2328. doi: <https://doi.org/10.1111/jgs.15015>
11. Trindade LF, Boell JEW, Lorenzini E, Montañez WC, Malkiewiez M, Pituskin E, et al. Effectiveness of care transition strategies for colorectal cancer patients: a systematic review and meta-analysis. Support Care Cancer. 2022;30(7):6251-6261. doi: <https://doi.org/10.1007/s00520-022-07033-2>
12. Oliveira TL, Santos CM, Miranda LP, Nery MLF, Caldeira AP. Fatores associados ao custo das internações hospitalares por doenças sensíveis à Atenção Primária no Sistema Único de Saúde. Ciênc. Saúde Coletiva. 2021;26(10):4541-4552. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.10862021>

13. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.254, de 5 de agosto de 2010. Institui a Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, define as competências para a União, os Estados, o Distrito Federal, os Municípios, os critérios para a qualificação das unidades hospitalares de referência nacional e define também o escopo das atividades a serem desenvolvidas pelos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia. Diário Oficial da União. 2010 [citado 2024 fev 15]. Disponível em: <https://www.gov.br/ebsereh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sul/husm-ufsm/governanca/superintendencia/setor-de-gestao-da-qualidade/nveh/legislacao/PORTRARIAN2254de05082010pdf.pdf/view>
14. Ferreira FPC, Banski LO, Paschoal SMP. Serviços de atenção ao idoso e estratégias de cuidado domiciliares e institucionais. Rev bras geriatr gerontol. 2014;17(4):911–926. doi: <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13053>
15. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022. Ministério da Saúde. 2011 [citado 2024 abr 24];(Série B. Textos Básicos de Saúde): 160p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf
16. Oliveira CM, Marques JPC, Machado WD, Gomes DM, Freitas CASL, Silva MAM, et al. Care for families with people with chronic conditions in primary health care: integrative review. Ciênc. Cuid. Saúde. 2021;20:e54403. doi: <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v20i0.54403>

4.2.1 Resumo expandido

“Análise da qualidade da transição do cuidado em pacientes com doenças crônicas: revisão sistemática”



4.2.2 Resumo expandido

“Prevalência de reinternações após a transição do cuidado hospitalar para domiciliar: uma análise preliminar”



4.2.3 Resumo expandido

“Análise da qualidade da transição do cuidado em pacientes com doenças crônicas”



4.2.4 Resumo expandido

“Qualidade da transição do cuidado hospitalar para domiciliar em pacientes com doenças crônicas: Revisão integrativa”



4.2.5 Resumo expandido

“Avaliação da transição do cuidado de pacientes do hospital para o domicílio”



4.3 Produtos técnicos

4.3.1 Formulário de contrarreferência para APS



CONTRARREFÊNCIA PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A transição efetiva do cuidado é um processo essencial para garantir a continuidade, segurança e individualização da assistência à saúde. Todos os profissionais da equipe multiprofissional devem estar envolvidos, pois a responsabilidade pela transição é compartilhada.

No contexto de Montes Claros-MG, a Atenção Primária tem um papel fundamental na transição do cuidado. Ela é responsável por acompanhar e assistir o paciente após a alta hospitalar, evitando novas complicações e reinternações hospitalares.

Para isso, é importante que a comunicação entre o setor hospitalar e a Atenção Primária seja eficiente. Este formulário padronizado pode facilitar esse processo, garantindo que todas as informações relevantes sejam compartilhadas.

Preencha as seguintes informações com atenção.
No campo "E-mail", insira o e-mail da Estratégia de Saúde da Família (ESF) responsável pelo paciente.
A lista com todos os e-mails está disponível abaixo.

patymoc2010@gmail.com [Mudar de conta](#) 

* Indica uma pergunta obrigatória

Email *

esfsantoantonio3@gmail.com

Selecione a Estratégia de Saúde da Família (ESF) de contrarreferência do paciente e insira o respectivo e-mail no campo acima. *

- APOIO ZONA RURAL (ZONA RURAL) apoiozonaruralmocmg@gmail.com
- CONSULTÓRIO NA RUA consultorionarua.montesclaros@yahoo.com.br
- CONSULTÓRIO NA RUA II consultorionarua2moc@gmail.com
- ESF ACÁCIAS II (BAIRRO ACÁCIAS) esfacacias2@gmail.com
- ESF ALCIDES RABELO (BAIRRO ALCIDES RABELO) alcidesesfrabelo@gmail.com
- ESF ALECRIM (BAIRRO CANELAS) esfalecrim@gmail.com
- ESF ALGAS MARINHAS (BAIRRO SANTO ANTÔNIO) esfsantoantonio3@gmail.com
- ESF ALTEROSA (BAIRRO ALTEROSA) esfalterosamoc@gmail.com
- ESF ALTO DA BOA VISTA (BAIRRO ALTO DA BOA VISTA) equipealtoabovista@gmail.com
- ESF ALTO SÃO JOÃO (BAIRRO ALTO SÃO JOÃO) esfaltosaojoaomoc@gmail.com
- ESF ANTÔNIO PIMENTA I (BAIRRO ANTÔNIO PIMENTA) antoniopimentalesf@gmail.com
- ESF ANTÔNIO PIMENTA II (BAIRRO ANTÔNIO PIMENTA) esfantoniopimenta2@gmail.com

Hospital de referência (Essa sessão deverá ser preenchida pela Instituição da alta do paciente) *

- Hospital Santa Casa de Montes Claros
- Hospital Universitário Clemente de Farias
- Hospital Prontosocor de Montes Claros
- Hospital das Clínicas Dr. Mário Ribeiro
- Hospital Dilson Goldinho
- Hospital Aroldo Tourinho

Secção 2 de 4

Dados do paciente

Descrição (opcional)



Nome do paciente: *

Texto de resposta curta

Data de nascimento: *

Dia, mês, ano



Idade: *

Texto de resposta curta

Sexo: *

- Masculino

Secção 2 de 4

Dados do paciente

Descrição (opcional)

Nome do paciente: *

Texto de resposta curta

Data de nascimento: *

Dia, mês, ano

Idade: *

Texto de resposta curta

Sexo: *

Masculino

Secção 3 de 4

Dados de internação-condição atual do paciente

Descrição (opcional)

Diagnóstico de internação: *

Texto de resposta longa

Necessidade de visita domiciliar? *

Imediato
 1º semana
 15 dias

Secção 4 de 4

Condições de acompanhamento e reorientação na ESF

Descrição (opcional)

Respiração: *

Espontânea (sem nenhum dispositivo de suporte)
 Traqueostomia/ espontânea
 Traqueostomia/ (com suporte Bippap/ VM)
 Traqueostomia com suporte de oxigênio

Alimentação: *

Independente (via oral)
 Dependente (cuidador oferece via oral)
 Gastronomia/ sonda
 Sonda nasoentérica

Eliminações-urina (pode assinalar mais de uma opção): *

- Espontânea
- Sonda vesical de demora
- Sonda vesical de alívio
- Cistostomia
- Fralda

Eliminação-fezes (pode assinalar mais de uma opção): *

- Espontânea
- Bolsa de colostomia
- Fralda

Higiene: *

- No leito
- Aspersão

Mobilização: *

- Ativa/deambulando
- Parcial/ precisa de ajuda
- Cadeirante
- Restrito ao leito

Pele (pode assinalar mais de uma opção): *

- Integra
- Lesão por pressão
- Outra opção...

Local da lesão:

- Não se aplica
- Outra opção...

Aspecto da lesão: *

- Limpa
- Limpa-contaminada
- Contaminada
- Infectadas
- Não se aplica

Equipamentos necessários (pode assinalar mais de uma opção) *

- Oxigênio
- Aspirador
- BIPAP
- Oxímetro de mesa
- Cama hospitalar
- Não se aplica

Aspecto da lesão: *

- Limpa
- Limpa-contaminada
- Contaminada
- Infectadas
- Não se aplica

Equipamentos necessários (pode assinalar mais de uma opção) *

- Oxigênio
- Aspirador
- BIPAP
- Oxímetro de mesa
- Cama hospitalar
- Não se aplica

5 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo avaliar a qualidade da TC e os fatores associados de usuários com DCNT. Para o alcance do objetivo proposto, inicialmente realizou-se uma revisão de integrativa de literatura para identificar estudos que abordassem a temática em questão. Além de ampliar o conhecimento sobre o tema foi possível identificar o impacto que a TC pode gerar na assistência do usuário. Este estudo possibilitou avaliar a TC na perspectiva da CTM-15 Brasil, foi considerada inadequada na avaliação geral comparando a outros estudos. Observou-se que a TC foi melhor ou adequada entre aqueles que tinha companheiro, não reside sozinho os que foram hospitalizados por complicações de doenças crônicas infecciosas e aqueles que foram orientados a procurar a ESF para continuar o seu cuidado. A partir desses resultados foi elaborado um formulário de contrarreferência, possibilitando uma maior acessibilidade entre os profissionais de saúde para manter o cuidado continuado. Esse estudo aponta a importância da investigação e avaliação da TC pelos profissionais sendo uma forma de diminuir a reinternação dos usuários portadores de DCNT. Deste modo, os resultados supracitados refletem a necessidade da realização de estudos futuros relacionados à TC no norte de Minas Gerais, por isso é necessários novos estudos que especifique as condições da TC e seus fatores associados, para novos resultados serem aplicados nos setores de saúde favorecendo uma melhor qualidade de saúde.

REFERÊNCIAS

- 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* [online], [s. l.], v. 64, n. 3, p. 379-387, 2017. Doi: <https://doi.org/10.1111/inr.12326>
- ACOSTA, A. M.; LIMA, M. A. D. S.; PINTO, I. C.; WEBER, L. A. F. Transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas na alta da emergência para o domicílio. *Revista Gaúcha de Enfermagem* [online], [s. l.], v. 41, spe., e20190155, 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190155>
- BRITO, G. A.; HORTA, I. C. G.; SILVA, P. O.; GOMES, I. R.; SOUTO, D. F.; CARNEIRO, J. A. et al. Análise da qualidade da transição do cuidado em pacientes com doenças crônicas: revisão integrativa. *Open Science Research* [online], [s. l.], v. 7, p. 377-388, 2022. Doi: <https://doi.org/10.37885/221010595>
- BERGHETTI, L.; DANIELLE, M. B. A.; WINTER, V. D. B.; PETERSEN, A. G. P.; LORENZINI, E.; KOLANKIEWICZ, A. C. B. Transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas e sua relação com as características clínicas e sociodemográficas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [online], [s. l.], v. 31, n. 1, e4015, 2023. Doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6594.4015>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022*. Ministério da Saúde: Brasília, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf. Acesso em: 30 abr. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013*. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: Brasília, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. *Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030 (Plano de Dant)*. Ministério da Saúde: Brasília, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsd/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf/view. Acesso em: 22 mar. 2024.
- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011*. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União: Brasília, 2011.

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* [online], [s. l.], v. 8, v. 2, p. 102-109, 2013. Doi: <https://doi.org/10.1002/jhm.1990>

CASTRO, E. A. B.; LEONE, D. R. R.; SANTOS, C. M.; GONÇALVES NETA, F. C. C.; GONÇALVES, J. R. L.; CONTIM, D. et al. Organização da atenção domiciliar com o Programa Melhor em Casa. *Revista Gaúcha de Enfermagem* [online], [s. l.], v. 39, e2016-0002, 2018. Doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2016-0002>

COLEMAN, E. A.; MAHONEY, E.; PARRY, C. Assessing the quality of preparation for posthospital care from the patient's perspective: the Care Transitions Measure. *Medical Care* [online], [s. l.], v. 43, n. 3, p. 246-255, 2005. Doi: <https://doi.org/10.1097/00005650-200503000-00007>

DUCAN, B. B.; CHOR, D.; AQUINO, E. M. L.; BENENSON, I. M.; MILL, J. G.; SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. *Revista de Saúde Pública* [online], [s. l.], v. 46, supl. 1, p. 126-134, 2012. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012000700017>

FORD, B. K.; INGERSOLL-DAYTON, B.; BURGIO, K. Care Transition Experiences of Older Veterans and Their Caregivers. *Health & Social Work* [online], [s. l.], v. 41, n. 2, p. 129-138, 2016. Doi: <https://doi.org/10.1093/hsw/hlw009>

GHENO, J.; WEIS, A. H. Transição do cuidado na alta hospitalar de pacientes adultos: Revisão Integrativa de Literatura. *Texto & Contexto – Enfermagem* [online], [s. l.], v. 30, n. 1, e20210030, 2021. Doi: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0030>

GUTTMAN, N.; SALMON, C. T. Guilt, fear, stigma and knowledge gaps: ethical issues in public health communication interventions. *Bioethics* [online], [s. l.], v. 18, n. 6, p. 531-552, 2004. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1467-8519.2004.00415.x>

HIRSCHMAN, K. B.; SHAID, E.; McCUALEY, K.; PAULY, M. V.; NAYLOR, M. D. Continuity of care: the Transitional Care Model. *Online Journal of Issues um Nursing* [online], [s. l.], v. 20, n. 3, p. 1, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26882510/>. Acesso em: 15 fev. 2024.

JEFFS, L.; KULUSKI, K.; LAW, M.; SARAGOSA, M.; ESPIN, S.; FERRIS, E. et al. Identifying effective nurse-led care transition interventions for older adults with complex needs using a structured expert panel. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* [online], [s. l.], v. 14, n. 2, p.136-144. 2017. Doi: <https://doi.org/10.1111/wvn.12196>

LEÃO, H. M.; CALDEIRA, A. P. Acessibilidade e trajetórias de cuidado para crianças com internações por condições sensíveis à atenção primária. *Ciência & saúde Coletiva* [online], Rio de Janeiro, v. 26, n. 08, p. 3301-3310, 2021. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021268.08882020>

MALTA, D. C.; ANDRADE, S. S. C. A.; OLIVEIRA, T. P.; MOURA, L.; PRADO, R. R.; SOUZA, M. F. M. Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025. *Revista Brasileira de Epidemiologia* [online], [s. l.], v.

22, e19003, 2019. Doi: <https://doi.org/10.1590/1980-549720190030>

MENEZES, T. M. O.; OLIVEIRA, A. L. B.; SANTOS, L. B.; FREITAS, R. A.; PEDREIRA, L. C.; VERAS, S. M. C. B. Hospital transition care for the elderly: an integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem* [online], [s. l.], v. 72, supl. 2, p. 294-301, 2019. Doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0286>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *World Health Statistics 2021: Monitoring Health for the SDGs, Sustainable Development Goals*. OMS: Genebra, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/item/9789240027053>. Acesso em: 15 fev. 2024.

REGGE, M.; POURCQ, K.; MEIJBOOM, B.; TRYBOU, J.; MORTIER, E.; EECKLOO, K. The role of hospitals in bridging the care continuum: a systematic review of coordination of care and follow-up for adults with chronic conditions. *BMC Health Services Research* [online], [s. l.], v. 17, n. 1, p. 550, 2017. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2500-0>

SABBATINI, A. K.; GALLAHUE, F.; NEWSON, J.; WHITE, S.; GALLAGHER, T. H. Capturing emergency department discharge quality with the care transitions measure: a pilot study. *Academic Emergency Medicine* [online], [s. l.], v. 26, n. 6, p. 605-609, 2019. Doi: <https://doi.org/10.1111/acem.13623>

POLIT, D. F.; BECK, C. T. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. 9 ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. 670 p.

TEIXEIRA, C. R. S.; ZANETTI, M. L.; ALMEIDA, F. B.; ALMEIDA, F. A. Modelo RE-AIM na perspectiva das intervenções telefônicas educativas em diabetes. *Texto & Contexto – Enfermagem* [online], [s. l.], v. 28, e20170264, 2019. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2017-0264>

TRINDADE, L. F.; BOELL, J. E. W.; LORENZINI, E.; MONTAÑEZ, W. C.; MALKIEWIEZ, M.; PITUSKIN, E. et al. Effectiveness of care transition strategies for colorectal cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Supportive Care in Cancer* [online], [s. l.], v. 30, n. 7, p. 6251-6261, 2022. Doi: <https://doi.org/10.1007/s00520-022-07033-2>

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS (Unimontes). Unidade. *Hospital Universitário Clemente de Faria*. Unimontes: Montes Claros, 2024. Disponível em: <https://unimontes.br/unidades/hospital-universitario/>. Acesso em: 15 mar. 2024.

VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. *Ciência & saúde Coletiva* [online], Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1929-1936, 2018. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04722018>

YEN, P. H.; LEASURE, A. R. Use and effectiveness of the teach-back method in patient education and health outcomes. *Federal Practitioner* [online], [s. l.], v. 36, n. 6, p. 284-289, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6590951/>. Acesso em: 14 abr. 2024.

WEBER, L. A. F.; LIMA, M. A. D. S.; ACOSTA, A. M.; MAQUES, G. Q. Care transition

from hospital to home: integrative review. *Revista Cogitare Enfermagem* [online], [s. l.], v. 22, n. 3, e47615, 2017. Doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i3.47615>

ANEXOS

Anexo A - Versão Adaptada e Validada do *Care Transitions Measure* (CTM-15 Brasil)

Código 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 Concorde Muito Não sei/não me lembro/não se aplica

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

8. Quando eu saí do hospital, eu comprehendi 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 saí do hospital, eu comprehendi 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 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** **me 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** **me lembro/não se aplica**

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

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

Discordo Muito **Discordo** **Concordo** **Concordo Muito** **Não** **sei/não** **me 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** **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 eu 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**

Teve uma nova hospitalização?

Anexo B - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MONTES CLAROS -
UNIMONTES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO DE UMA ESTRATÉGIA DE TRANSIÇÃO DO CUIDADO DE PACIENTES COM DOENÇAS CRÔNICAS: DO SERVIÇO HOSPITALAR PARA O DOMICÍLIO

Pesquisador: Fernanda Marques da Costa

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 58440422.9.0000.5146

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.520.970

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos “Apresentação do projeto”, “Objetivos da pesquisa” e “Avaliação de riscos e benefícios” foram retiradas de documentos inseridos na Plataforma Brasil. Trata-se de um estudo longitudinal que utilizará métodos mistos, ou seja tanto a abordagem quantitativa quanto a qualitativa a depender da etapa do projeto. A pesquisa será realizada inicialmente em um hospital do Norte de Minas Gerais. Após a alta do usuário do hospital, será conduzido no domicílio o acompanhamento desses usuários, ou seja será feito contato telefônico ou visita domiciliar para monitorar como foi a transição do cuidado e se ocorreu reinternação. A população do estudo será constituída por indivíduos maiores de 18 anos que foram hospitalizados e que terão alta para o domicílio.

Objetivo da Pesquisa:

Segundo os Pesquisadores:

Objetivo Primário:

Avaliar a transição do cuidado de indivíduos com Doenças Crônicas após a alta hospitalar para o domicílio em um município do norte de Minas Gerais.

Objetivo Secundário:

- Identificar características clínicas e demográficas de indivíduos, portadores de condições crônicas

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MONTES CLAROS -
UNIMONTES**



Continuação do Parecer: 5.520.970

Doenças respiratórias crônicas) que tiveram alta de serviço hospitalar para o domicílio;

- Avaliar a qualidade da transição do cuidado por meio do Care Transitions Measure (CTM-15);
- Identificar os fatores associados à qualidade da transição do cuidado na alta do serviço hospitalar;
- Avaliar a compreensão do auto cuidado continuado após a alta pelos indivíduos e/ou cuidador;
- Avaliar a transição de cuidados – do hospital para o domicílio - para linhas de cuidados específicas (Acidente Vascular Cerebral, Doenças Cardiovasculares, Diabetes, Hipertensão, Câncer, Doenças respiratórias crônicas);
- Desenvolver ferramentas/instrumentos que possam contribuir na estruturação da transição do cuidado entre hospital e Atenção Primária à Saúde;
- Avaliar a efetividade de uma intervenção no processo de transição do cuidado para pacientes com doenças crônicas;
- Comparar a funcionalidade e o impacto da ferramenta/instrumento de transição do cuidado em dois grupos: grupo intervenção (GI) e grupo controle (GC).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme os pesquisadores, o projeto envolve os seguintes riscos e benefícios:

Riscos: "A pesquisa se enquadra na classificação de riscos mínimos, pois, não se realizará nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais dos indivíduos que participam do estudo. Tais riscos mínimos referem-se a algum desconforto causado pelo tempo exigido para responder aos instrumentos de coleta de dados ou constrangimento ao abordar o histórico relacionados a algum diagnóstico identificado. Entretanto, a equipe está preparada para atenuar qualquer desconforto ou risco que eventualmente surgir. Como por exemplo agendar outro horário para continuar a coleta de dados."

Benefícios: "Os resultados do estudo poderão subsidiar o desenvolvimento das práticas de transição do cuidado e de políticas de atenção voltadas ao gerenciamento dos cuidados dos indivíduos com doenças crônicas, com destaque para a organização de linhas de cuidados que permitam monitoramento e avaliação, propiciando a continuidade da assistência pela Atenção Primária à Saúde após a alta hospitalar."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de grande relevância, uma vez que, os resultados do estudo poderão subsidiar o desenvolvimento das práticas de transição do cuidado e de políticas de atenção voltadas ao gerenciamento dos cuidados dos

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MONTES CLAROS -
UNIMONTES**



Continuação do Parecer: 5.520.970

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJECTO_1900245.pdf	23/06/2022 08:39:29		Aceito
Outros	Carta_resposta_de_pendencias ao CE P.doc	23/06/2022 08:32:03	Fernanda Marques da Costa	Aceito
Outros	Pesquisa_no_HUCF_TERMO_RESPONSABILIDADE_COMPROMISSO_PESQUISADOR.docx	23/06/2022 08:28:17	Fernanda Marques da Costa	Aceito
Outros	Pesquisa_no_HUCF_AUTORIZACAO_DIVULGACAO_PITCH.docx	23/06/2022 08:26:41	Fernanda Marques da Costa	Aceito
Outros	Termo_de_responsabilidade_para_acesso.doc	23/06/2022 08:24:36	Fernanda Marques da Costa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_corrigido.docx	23/06/2022 08:19:18	Fernanda Marques da Costa	Aceito
Outros	secretaria.pdf	04/05/2022 21:18:39	Fernanda Marques da Costa	Aceito
Declaração de concordância	termodois.pdf	04/05/2022 21:17:14	Fernanda Marques da Costa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.docx	04/05/2022 19:45:11	Fernanda Marques da Costa	Aceito
Outros	termo.pdf	04/05/2022 14:59:04	Fernanda Marques da Costa	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.PDF	04/05/2022 14:54:22	Fernanda Marques da Costa	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MONTES CLAROS, 11 de Julho de 2022

Assinado por:
Carlos Alberto Quintão Rodrigues
(Coordenador(a))

Anexo C - Capítulo de Livro

Link: <https://www.editoracientifica.com.br/artigos/analise-da-qualidade-da-transicao-do-cuidado-em-pacientes-com-doencas-cronicas-revisao-integrativa>

Análise da qualidade da transição do cuidado em pacientes com doenças crônicas: revisão integrativa

Resumo

O aumento das doenças crônicas não transmissíveis implica a necessidade de estabelecer uma transição do cuidado adequada, que resulte na continuidade da assistência à saúde. A transição do cuidado deve ocorrer quando o paciente recebe alta hospitalar. Após a alta o cuidado deve ser continuado pela referência em atenção primária ou domiciliar do município. Entretanto, frequentemente ocorre a descontinuidade desse cuidado gerando desassistência e necessidade e readmissão hospitalar. Diante da relevância da temática o presente estudo objetivou analisar, por meio de uma revisão integrativa da literatura, a qualidade do cuidado transicional em pacientes com doenças crônicas. Foram utilizados estudos transversais e longitudinais, utilizando as plataformas BIREME e MEDLINE/PUBMED para pesquisa dos artigos. Foram selecionados os artigos completos, sem restrição quanto ao idioma, publicados nos últimos cinco anos. Desses, um total de oito artigos foram inseridos na revisão. Os resultados evidenciaram a importância do cuidado transicional qualificado e da continuidade do cuidado a fim de se evitar readmissões hospitalares. Além disso, foram explicitadas fragilidades no processo de transição do cuidado, entre elas: falta de articulação entre os níveis assistências, falha de comunicação entre os profissionais, ausência de planejamento da alta e registros médicos insuficientes.

Palavras-chave: Continuidade da Assistência ao Paciente, Cuidado de Transição, Cuidado Transicional, Doenças Crônicas

Introdução

O aumento da expectativa de vida média da população implicou uma realidade epidemiológica diferente, com declínio das doenças infecciosas e aumento da prevalência das doenças crônicas não transmissíveis e incapacitantes. Diante disso, torna-se necessária a reorganização dos serviços de saúde para se adaptarem à complexidade dos processos de saúde-doença e das transições vivenciadas pelos indivíduos que necessitam de atendimento hospitalar,

sem que haja descontinuidade do cuidado após a alta (GOMES *et al.*, 2018).

Nesse sentido, o cuidado transicional envolve ações que objetivam assegurar a continuidade da assistência à saúde durante a transferência dos pacientes entre diferentes serviços de saúde ou entre diferentes unidades de um mesmo local (LIMA *et al.*, 2018; JEFFS *et al.*, 2017). Essa transição do cuidado inclui ações de planejamento de alta, de educação em saúde do indivíduo e da família, articulação entre os serviços de saúde e entre as equipes, além de envolver acompanhamento pós-alta (JEFFS *et al.*, 2017). Desse modo, uma vez que há longitudinalidade no atendimento prestado ao paciente, essas medidas evitam readmissões hospitalares. (MENEZES *et al.*, 2019).

A alta do paciente portador de doença crônica não transmissível (DCNT) é considerada um período crítico que requer articulação entre o serviço hospitalar e a atenção primária, visto que os pacientes com doenças crônicas requerem cuidados contínuos e persistentes (LIMA *et al.*, 2018). Estima-se que quatro a cada dez pacientes atendidos e dispensados da emergência encontram dificuldades com seus cuidados após a alta e cerca de 15% retornam ao serviço de saúde em até duas semanas (SABBATINI *et al.*, 2019). O cuidado transicional, por meio de sua sistematização e acompanhamento após a alta, têm demonstrado impactos positivos na qualidade de vida dos pacientes, acarretando redução das readmissões hospitalares e dos custos sobre o SUS (RENNKE *et al.*, 2013).

Diante do atual panorama epidemiológico, evidencia-se a importância da continuidade da assistência à saúde do indivíduo doente. Assim, o presente estudo objetivou, por meio de uma revisão integrativa da literatura, identificar evidências da produção científica sobre a qualidade do cuidado transicional em pacientes com doenças crônicas e seus fatores associados.

Método

Trata-se de uma revisão integrativa de estudos transversais e longitudinais de base populacional, publicados na literatura, com o objetivo de analisar a qualidade do cuidado transicional e seus fatores associados em pacientes com doenças crônicas. As estratégias de busca eletrônica foram conduzidas por duas pesquisadoras, no período de março de 2022 a junho de 2022, direcionadas nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe 378 Open Science Research VII - ISBN 978-65-5360-239-7 - Volume 7 - Ano 2022 - Editora Científica Digital - www.editoracientifica.com.br em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) por meio do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME). Além do Medical Literature Analysis and

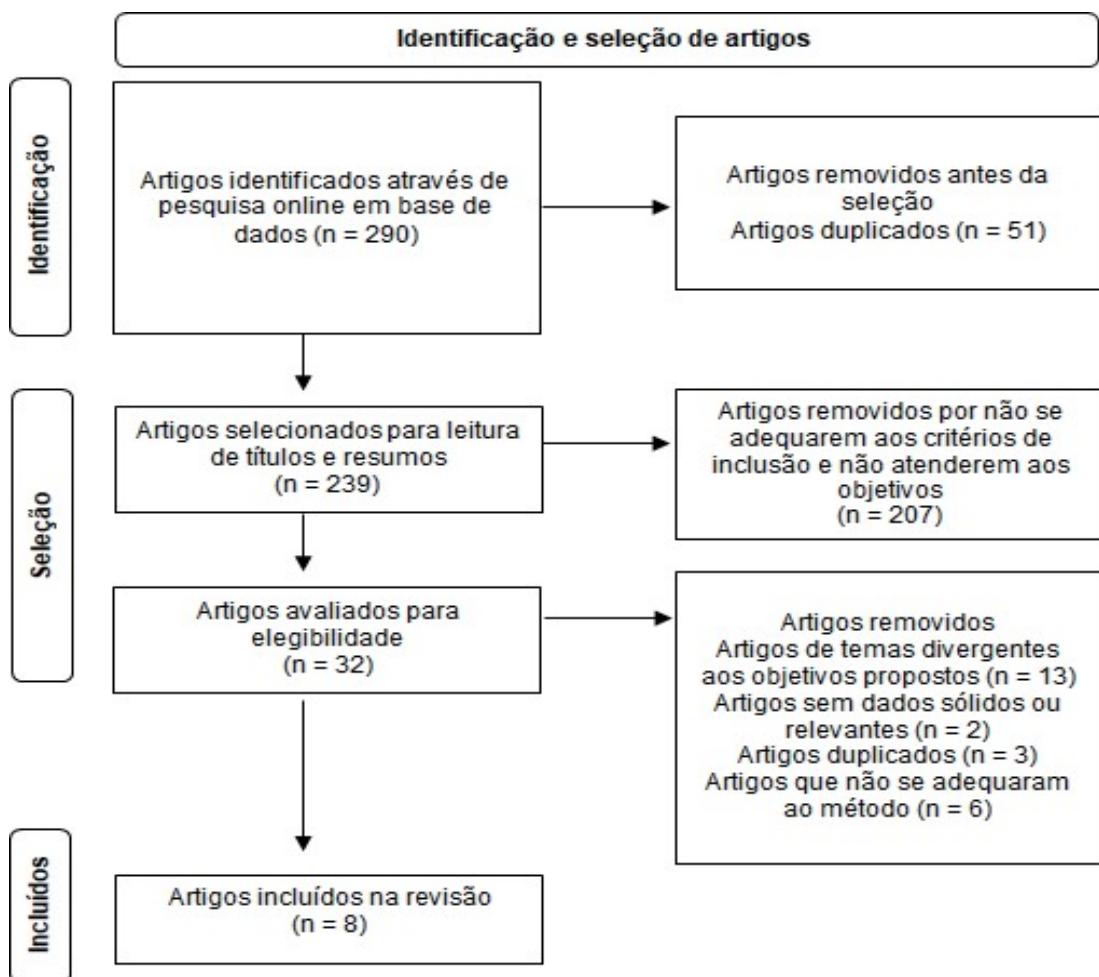
Retrieval System Online (MEDLINE/PUBMED).

Os critérios de inclusão consistiram em estudos transversais ou longitudinais que tinham como objetivo de estudo avaliar a transição do cuidado em indivíduos portadores de doenças crônicas não transmissíveis. Foram selecionados artigos publicados no período entre 2017 e 2022 sem restrição quanto ao idioma. Foram excluídas revisões integrativas, estudos com enfoque no papel da enfermagem, nas novas práticas implementadas nesse processo, na discussão do conceito de cuidado transicional e artigos relacionados à transição medicamentosa.

Foi utilizada uma planilha de elaboração própria como instrumento de coleta de dados. A estratégia de busca eletrônica utilizada resultou em 290 títulos e resumos. Destes, 51 foram descartados pois possuíam duplicidade de temas entre diferentes plataformas. Dos 239 artigos resultantes, após remoção de duplicidades e leitura dos títulos e resumos, 207 foram removidos por não serem condizentes com a proposta do presente estudo e seus critérios de inclusão. Dos 32 artigos selecionados para leitura completa, treze não foram incluídos por se tratarem de publicações divergentes ao tema proposto; dois por não fornecerem dados sólidos e relevantes; três por serem textos repetidos; seis por não se adequarem ao método. Na seleção final, oito artigos foram incluídos na revisão integrativa, conforme fluxograma que apresenta o processo de escolha dos artigos originais (Figura 1).

Foram utilizados Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MeSH), combinados entre si por operadores booleanos. Sendo eles: “cuidado de transição”, “cuidado transicional”, “continuidade da assistência ao paciente” e “doença crônica”. Por conseguinte, a combinação utilizada ocorreu da seguinte forma: (“cuidado de transição”) OR (“cuidado transicional”) OR (“continuidade da assistência ao paciente”) AND (“doença crônica”). A amostra do estudo foi armazenada e processada pelo Software PRISMA.

Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos artigos originais publicados no período de 2017 a 2022 sobre a temática.



Resultado

A amostra desta revisão inclui oito estudos transversais que abordam as estratégias implementadas dos cuidados transicionais após cuidados hospitalares, a qualidade dessas intervenções, a relação com a continuidade do cuidado e com a readmissão hospitalar, além das principais descontinuidades observadas nesse processo.

Os estudos são originados de diferentes países, demonstrando a relevância internacional do processo de transição de cuidado, incluindo Brasil, Coreia, Índia, Canadá, Austrália, Argentina, Colômbia, Chile, México e Uruguai. O Quadro 1 apresenta os artigos incluídos na revisão, considerando os autores, ano de publicação, tipo e local do estudo, objetivo e conclusão.

Quadro 1. Principais características e resultados dos estudos inseridos na revisão.

Autores e ano de estudo	Tipo de estudo e local do estudo	Objetivo	Conclusão
Weber <i>et al.</i> 2019	Estudo epidemiológico transversal com 210 pacientes com doenças crônicas que tiveram alta de um hospital no Sul do Brasil.	Avaliar a qualidade da transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas e verificar sua associação com a readmissão hospitalar em até 30 dias após a alta.	A qualidade da transição do cuidado de doentes crônicos de unidades de internação clínica para o domicílio apresentou um escore satisfatório. Entretanto, não foi verificada associação entre a qualidade da transição do cuidado e a readmissão hospitalar em até 30 dias após a alta.
Humphries <i>et al.</i> 2018	Estudo epidemiológico de métodos mistos realizados em cinco unidades de saúde em três estados na Índia.	Investigar a transferência, a comunicação de saúde e as barreiras à continuidade dos cuidados para pacientes ambulatoriais crônicos na Índia. Além de avaliar intervenções potenciais para melhorar o armazenamento e a troca de informações de saúde entre diferentes níveis de complexidade.	Observou-se que a continuidade do cuidado é de baixa qualidade para pacientes ambulatoriais com DCNT nas áreas de estudo na Índia. Isso porque as informações não são transferidas adequadamente entre os profissionais de saúde de diferentes níveis de atenção e entre os profissionais e os pacientes. As barreiras da continuidade estão relacionadas a ineficiente sistematização do cuidado, havendo a necessidade de sistemas de saúde integrados, do uso de ferramentas tecnológicas para transferência clínica e de protocolos que favoreçam a integração dos serviços.
Humphries <i>et al.</i> 2018	Estudo qualitativo composto por 41 entrevistas individuais semi estruturadas, individuais e uma análise temática usando o Método Framework com triangulação de analistas. Realizada em três hospitais públicos localizados na Índia.	Investigar o paciente e os cuidados de saúde, conhecimento, atitudes e barreiras do provedor de saúde para transferência e comunicação de saúde durante a internação. Cuidado. E explorar potenciais intervenções para melhorar a armazenamento e transferência de informações de saúde.	A transferência e comunicação em saúde durante a internação de pacientes com DCNT crônica é atualmente subótima. Sistemas estruturados de troca de informações e treinamento do provedor de saúde são necessários para melhorar a continuidade e a segurança dos cuidados durante transições críticas, como encaminhamento e alta. Os achados sugerem que os livretos mantidos pelo paciente podem também ajudar a melhorar a transferência e as práticas centradas no paciente.

Autores e ano de estudo	Tipo de estudo e local do estudo	Objetivo	Conclusão
Acosta <i>et al.</i> 2020	Estudo epidemiológico observacional transversal realizado em serviço de emergência de hospital no Sul do Brasil.	Avaliar a qualidade da transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis na alta do serviço de emergência para o domicílio.	Evidenciou-se qualidade moderada da transição do cuidado e necessidade de adoção de estratégias para melhorar o processo de alta da emergência e a continuidade do cuidado de portadores de doenças crônicas.

Ollé-Espluga et al. 2021	Estudo transversal por meio de uma pesquisa em seis países latino-americanos.	Analizar a continuidade do cuidado nos níveis de atenção percebidos por pacientes com condições crônicas em redes públicas de saúde em seis países da América Latina (Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, México e Uruguai) e explorar fatores associados.	As principais descontinuidades percebidas dizem respeito à transferência de informações e acesso à atenção secundária após o encaminhamento. O estudo indica a importância de fatores organizacionais para melhorar a qualidade do cuidado de pacientes crônicos.
Shin et al. 2020	Estudo transversal para mostrar os resultados do Geriatric Screening for Care-10 (GSC-10) e os resultados dos cuidados de transição, realizado em pacientes internados com 65 anos ou mais na Coreia.	Este estudo teve como objetivo descrever a experiência de fornecer a pacientes idosos cuidados de transição de um hospital de cuidados agudos para o domicílio em cooperação com um centro de saúde público, a fim de apresentar as barreiras para esse cuidado e sugerir melhores métodos organizacionais.	Foram encontradas várias barreiras a partir dessa experiência. Mais pesquisas em vários ambientes médicos com os pacientes-alvo devem ser conduzidas a fim de desenvolver um modelo de cuidados de transição que corresponde à situação médica coreana.

Discussão

Qualidade do cuidado transicional

Através da análise dos estudos citados, identifica-se a importância da qualidade da transição do paciente para a garantia da continuidade do cuidado. Acerca das orientações e do processo de alta hospitalar, há concordância entre os artigos incluídos nesta revisão de que a transição do cuidado tem impacto positivo no gerenciamento de saúde do paciente e seus familiares.

Em dois estudos realizados no Brasil, a qualidade da transição do cuidado em pacientes crônicos para o domicílio apresentou escore satisfatório, indicando qualidade moderada da transição do cuidado (WEBER *et al.*, 2019; ACOSTA *et al.*, 2020). Na Índia, a qualidade foi descrita como subótima com deficiências significativas relativas à comunicação, que compromete o cuidado aos pacientes com doenças crônicas (HUMPHRIES *et al.*, 2018; HUMPHRIES *et al.*, 2018).

Quanto aos estudos comparativos entre países da América Latina, destaca-se que embora existam diferenças notáveis entre os serviços de cuidado transicional, percebeu-se de modo geral descontinuidades significativas entre serviços da atenção primária e outros níveis de atenção. Em pesquisa, realizada em pacientes maiores de 18 anos e com ao menos uma doença crônica, nota-se que há uma maior continuidade de informação entre os diferentes graus de complexidade em países como Uruguai e Argentina (OLLÉ-ESPLUGA, 2021).

Em uma pesquisa realizada na Coreia do Sul, é destacado que o efeito do cuidado transicional nesse país ainda é desconhecido devido ao curto tempo de introdução dessas

práticas, sendo necessárias maiores pesquisas para adequação às necessidades do país, uma vez que há poucos hospitais e equipes envolvidos nesse processo atualmente (SHIN *et al.*, 2020). Dessa forma evidencia-se que existem poucas práticas realmente implantadas e no momento a transição do cuidado não ocorre de forma adequada.

A transição do cuidado e a continuidade do cuidado estão intimamente relacionadas. Um estudo de coorte retrospectivo realizado na Índia com pacientes portadores de doença renal crônica (DRC) mostrou que a má qualidade da continuidade do cuidado resultou em maior número de hospitalizações para atendimentos de condições agudas. Pacientes com continuidade ruim ou moderada de cuidados primários foram 1,78 vezes mais propensos a sofrer hospitalizações se comparados ao grupo de pacientes com DRC com continuidade do cuidado de alta qualidade (CHONG *et al.*, 2022). Em concordância a esse achado, em um artigo em que se estudou a associação da continuidade do cuidado com o controle da pressão arterial em pacientes com DRC e hipertensão na Austrália, identificou-se que os pacientes com maior número de consultas com clínico geral e maior continuidade do cuidado eram mais propensos a atingir os valores pressóricos recomendados (KHANAM *et al.*, 2019).

É importante destacar também que, para que haja longitudinalidade do cuidado desses pacientes, é necessário que seja feita uma eficiente transição do cuidado, por meio do direcionamento e da transferência de informações dos pacientes que receberam alta hospitalar para a atenção primária, a fim de evitar reinternações devido a descontinuidade do acompanhamento desses indivíduos.

Fragilidades identificadas na transição de cuidado

Os artigos selecionados demonstraram que há inúmeras fragilidades descritas no processo de transição de cuidado, o que resulta em ações fragmentadas e, portanto, uma continuidade do cuidado ineficiente.

Dois estudos brasileiros, que utilizaram o instrumento Care Transitional Measure (CTM-15 Brasil) para coleta de dados, abordam a possibilidade de relação das taxas de readmissão de pacientes crônicos nos hospitais com a ineficiência no cuidado transicional, como o planejamento de alta inadequado e insuficiente continuidade a longo prazo após a alta. (WEBER *et al.*, 2019, ACOSTA *et al.*, 2020). Os piores escores obtidos foram referentes à compreensão acerca dos efeitos colaterais de medicamentos e a garantia das preferências dos pacientes e familiares. Nesse sentido, a readmissão pode estar associada a uma má adesão ao tratamento por desconhecimento do uso adequado das medicações, bem como dificuldade de

promover autogerenciamento e consequente agravo das condições de saúde (WEBER *et al.*, 2019).

Nesse mesmo estudo, identificou-se que 12,3% dos pacientes envolvidos na pesquisa foram readmitidos em até 30 dias após alta, sendo 30,8% pelo mesmo motivo da internação prévia. No entanto, o artigo ressalta o envolvimento de outros aspectos como a complexidade das condições de saúde do paciente e fatores institucionais dos serviços de saúde. Por esse motivo, a consideração final foi de que não houve associação significativa entre qualidade da transição do cuidado e readmissão hospitalar (WEBER *et al.*, 2019). De modo similar, uma pesquisa realizada entre pacientes acima de 65 anos na Coreia do Sul, demonstrou que 15,6% foram readmitidos no hospital após alta (SHIN *et al.*, 2020).

Em relação às orientações fornecidas no momento da alta, os estudos referem que as orientações no momento da alta podem ser fornecidas em períodos de tempo curtos, o que não esclarece a situação clínica para o paciente, bem como possíveis efeitos adversos de medicamentos. Em um artigo acerca da alta nos serviços de emergência, as principais fragilidades também foram o entendimento acerca das medicações e seus efeitos colaterais, o tempo limitado para esclarecimento de dúvidas e a baixa compreensão dos pacientes de suas condições clínicas. Entretanto, destaca-se também que nesses serviços a transição adequada habitualmente não é uma prioridade após a estabilização clínica do paciente (ACOSTA *et al.*, 2019).

Dois estudos, um baseado em diversos países da América Latina e outro realizado unicamente no Brasil, notaram deficiências na transferência de informações e no serviço de referência e contrarreferência, com desorganização das redes de saúde e no estabelecimento de acordos para gestão do cuidado, bem como longos tempos de espera. Ollé-Espluga e colaboradores (2021) destacam ainda que os médicos da atenção primária possuíam mais informações e continuidade da gestão clínica do que os profissionais da atenção secundária (OLLÉ ESPLUGA *et al.*, 2021; WEBER *et al.*, 2019). Nesse sentido, a literatura atual reitera o papel central da Atenção Primária à Saúde, uma vez que as condições crônicas requerem um cuidado articulado. Entretanto, persistem obstáculos para comunicação entre a APS, demais níveis de atenção e entre os municípios das regiões de saúde (PENA *et al.*, 2020). Indo ao encontro dos resultados desses estudos, uma pesquisa realizada na Índia (HUMPHRIES *et al.*, 2018) evidenciou que informações cruciais não são transferidas adequadamente entre os profissionais de saúde que atuam em níveis distintos, evidenciando a fragilidade do sistema e um potencial risco à saúde dos pacientes. Outra barreira encontrada nesse estudo foi a falta de integralidade entre os níveis de complexidade, com ausência de documentos médicos

estruturados com registro do quadro clínico do paciente, ausência de treinamento de transferência clínica, além de encaminhamentos inconsistentes. Tudo isso resulta em prejuízos na continuidade do cuidado desses indivíduos e favorece a ocorrência de desfechos indesejáveis.

Nesse sentido, esses estudos evidenciaram problemas na transferência e na continuidade de cuidados, incluindo: integração deficiente entre a atenção primária e secundária, manutenção inadequada de registros médicos e comunicação ineficiente dos profissionais de saúde com os pacientes. Diante dos dados encontrados, é fundamental frisar que a comunicação e o adequado fluxo de informações consistem nas melhores formas de prevenir erros humanos e atenuar as deficiências de um sistema de saúde (PENA *et al.*, 2018).

Percepção dos pacientes sobre a transição do cuidado

Em um estudo realizado no Brasil, a preparação para autocuidado e o planejamento de saúde, sob a perspectiva dos pacientes e cuidadores, foram citados como pontos favoráveis para qualificar a transição do cuidado, por permitir gerenciamento adequado da condição e estabelecer fluxos de cuidado. Em dois estudos foram identificados, todavia, desarticulação na rede de atenção à saúde brasileira no que se refere a encaminhamentos entre serviços e fragilidade nas informações prestadas aos pacientes, o que implicou insegurança nos pacientes crônicos (WEBER *et al.*, 2019; ACOSTA *et al.*, 2019).

Segundo o escore aplicado nesta pesquisa, obteve-se baixa satisfação do paciente em relação às preferências do paciente e familiares no plano de cuidado, indicando necessidade de papel mais ativo desses indivíduos na promoção do autocuidado e gerenciamento de saúde. (WEBER *et al.*, 2019). A atuação da equipe em conjunto com a família, considerando suas particularidades, é especialmente importante visto que o período pós-alta promove ansiedade por ser marcado por inúmeras readaptações (GHENO *et al.*, 2021).

Em estudo realizado na Coreia, em dissonância aos demais artigos, demonstrou-se alta taxa de rejeição (30,1%) dos pacientes acima de 65 anos para a introdução dos cuidados transicionais, pois sentiam que não necessitavam dos serviços, ou por ainda estarem envolvidos em atividades econômicas e não passarem muito tempo em domicílio. Além disso, houve desconforto em receber visita de estranhos e em compartilhar informações pessoais. Desse modo, essas foram as principais barreiras encontradas para implementação de uma transição do cuidado com qualidade satisfatória.

Medidas para implementar o cuidado transicional

No cenário atual de fragmentação do cuidado, a revisão e implementação de novas práticas são necessárias para garantir um cuidado centralizado no paciente. Destaca-se que o uso de protocolos para planejamento de alta, baseados na sistematização da assistência de enfermagem, pode ser útil no processo de educação em saúde dos pacientes e seus familiares. (ACOSTA *et al.*, 2019). A alta planejada permite individualizar o tratamento, estabelecer metas, compreender o entendimento do paciente sobre sua condição, integrar as medicações anteriores e os novos tratamentos incluídos. Portanto, otimiza os cuidados pós-alta em situações complexas, como nas doenças crônicas (BERNARDINO *et al.*, 2022; ACOSTA *et al.*, 2019).

A maioria dos estudos destaca a necessidade maior articulação dos serviços de diferentes níveis de atenção. Sob essa ótica, destaca-se a necessidade de adequada comunicação entre profissionais e entre serviços, com uso de registros eletrônicos para compartilhamento de informações. Nesse sentido, um estudo realizado no Canadá evidenciou que a implementação de sistemas informatizados de informação em saúde pode auxiliar na transição do cuidado, permitindo o armazenamento e a transmissão de informações clínicas cruciais, favorecendo a continuidade do cuidado (HUMPHRIES *et al.*, 2018).

Além disso, dois estudos desenvolvidos na Índia citam como possível intervenção a introdução de cadernetas contendo registros médicos dos pacientes, a serem armazenados e transportados por eles durante as consultas médicas. Segundo o artigo, essa alternativa relativamente barata auxiliaria no fluxo de informações entre diferentes serviços. Do mesmo modo, seriam úteis para inserir o paciente no gerenciamento de sua condição através de um acesso fácil às orientações e receitas prescritas. Entretanto, por depender do envolvimento e capacidade cognitiva do paciente ou de sua família, essa alternativa apresenta algumas limitações (HUMPHRIES *et al.*, 2018; HUMPHRIES *et al.*, 2018).

Outro ponto sugerido, em dois artigos brasileiros, seria uma equipe médica voltada exclusivamente para os cuidados de transição, bem como a possível adoção de “enfermeiros de ligação” como coordenadores desse processo (ACOSTA *et al.*, 2019, WEBER *et al.*, 2019). Em consonância, a literatura ressalta a participação desses profissionais na educação em saúde, informando quanto ao uso de dispositivos médicos, procedimentos, medicações e alimentação. Ademais, geralmente esse profissional é quem orienta o acompanhamento pós-alta na Atenção Primária ou através das visitas domiciliares, o que possibilita um manejo mais seguro para o paciente (GHENO *et al.*, 2021).

Somado a isso, um artigo cita a importância do uso de telefonemas, serviços de saúde

digital e telemedicina, após a alta como estratégias úteis na continuidade do cuidado aos idosos com doenças crônicas, principalmente aqueles que não estão acostumados a visitas domiciliares. (SHIN *et al.*, 2020). O acompanhamento por ligações telefônicas é útil para esclarecer dúvidas, resolver problemas e, desse modo, aumentar a adesão ao tratamento (GHENO *et al.*, 2021).

Um estudo destaca também a importância de continuidade dos profissionais, como ser atendido pelo mesmo médico, e a qualidade desse vínculo entre os profissionais antes e após a alta hospitalar para a continuidade do cuidado. Isso parece favorecer o conhecimento acerca do histórico médico do paciente e o seguimento de um plano de tratamento. Entretanto, em países como Chile, Brasil e Colômbia, o grande índice de médicos com contratos temporários e alta rotação de profissionais dificulta essa continuidade (OLLÉ ESPLUGA *et al.*, 2021).

Considerações Finais

Os resultados da análise da qualidade do cuidado transicional em pacientes com doenças crônicas evidenciaram que o cuidado transicional qualificado e a continuidade do cuidado implicam em desfechos favoráveis na saúde do paciente portador de DCNT e na redução de readmissões hospitalares. Entretanto, apesar da relevância do tema, muitos dos estudos mostraram fragilidades no processo de transição do cuidado, as quais estão relacionados a ineficiente articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde, falhas na comunicação entre os profissionais de saúde, planejamento da alta inadequado e ineficiente fluxo de informações e de registros médicos.

Desse modo, a qualidade da transição do cuidado quando não é satisfatória, resulta em prejuízos quanto à longitudinalidade do cuidado, ocasionando reduzida continuidade do tratamento após a alta, agudização de quadros crônicos, falhas terapêuticas e readmissões hospitalares. Assim, torna-se necessária a inclusão de novas estratégias para garantir uma transição adequada por meio de protocolos de planejamento de alta, aprimoramento da comunicação entre profissionais e os serviços de saúde, além de implementação de sistemas de informação bem estruturados que permitam maior integração entre esses serviços.

Referência

1. Rennke S, Nguyen OK, Shoeb MH, Magan Y, Wachter RM, Ranji SR. Hospital-initiated

- transitional care interventions as a patient safety strategy: a systematic review. *Ann Intern Med.* 2013;158(5 Pt 2):433-440. doi:10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00011
2. Sabbatini AK, Gallahue F, Newson J, White S, Gallagher TH. Capturing Emergency Department Discharge Quality With the Care Transitions Measure: A Pilot Study. *Acad Emerg Med.* 2019;26(6):605-609. doi:10.1111/acem.13623
 3. Lima MADS, Magalhães AMM, Oelke ND, et al. Care transition strategies in Latin American countries: an integrative review. *Rev Gaucha Enferm.* 2018;39:e20180119. Published 2018 Nov 29. doi:10.1590/1983-1447.2018.20180119
 4. Jeffs L, Kuluski K, Law M, et al. Identifying Effective Nurse-Led Care Transition Interventions for Older Adults With Complex Needs Using a Structured Expert Panel. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2017;14(2):136-144. doi:10.1111/wvn.12196
 5. Menezes TMO, Oliveira ALB, Santos LB, Freitas RA, Pedreira LC, Veras SMCB. Hospital transition care for the elderly: an integrative review. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(suppl 2):294-301. doi:10.1590/0034-7167-2018-0286
 6. Gheno J, Weis, AH. Transição do cuidado na alta hospitalar de pacientes adultos: re- visão integrativa de litteratura. *Texto & Contexto - Enfermagem.* 2021, v. 30. :<<https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0030>>.
 7. Weber LAF, Lima MADS, Acosta AM. Quality of care transition and its association with hospital readmission. *Aquichan.* 2019;19(4): e1945. DOI: <https://doi.org/10.5294/aqui.2019.19.4.5>
 8. 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>
 9. Shin J, Han SH, Choi J, Kim YS, Lee J. The Experience of Providing Older Adult Patients with Transitional Care from an Acute Care Hospital to Home in Cooperation with a Public Health Center. *J Korean Med Sci.* 2020;35(39):e348. Published 2020 Oct 12. doi:10.3346/jkms.2020.35.e348
 10. Ollé-Espluga L, Vargas I, Mogollón-Pérez A, et al. Care continuity across levels of care perceived by patients with chronic conditions in six Latin-American countries. *Gac Sanit.* 2021;35(5):411-419. doi:10.1016/j.gaceta.2020.02.013
 11. Gomes TJB, Ferreira BADS, Baixinho CL, Ferreira ÓMR. Algorithm for transitional care

- for caregivers of dependent older adults: a validation study. *Rev Bras Enferm.* 2021;74(suppl 2):e20200625. Published 2021 Jul 9. doi:10.1590/0034-7167-2020-0625
12. Khanam MA, Kitsos A, Stankovich J, et al. Association of continuity of care with blood pressure control in patients with chronic kidney disease and hypertension. *Aust J Gen Pract.* 2019;48(5):300-306. doi:10.31128/AJGP-05-18-4592
13. Chong C, Campbell D, Elliott M, Aghajafari F, Ronksley P. Determining the Association Between Continuity of Primary Care and Acute Care Use in Chronic Kidney Disease: A Retrospective Cohort Study. *Ann Fam Med.* 2022;20(3):237-245. doi:10.1370/afm.2813
14. Humphries C, Jaganathan S, Panniyammakal J, et al. Patient and healthcare provider knowledge, attitudes and barriers to handover and healthcare communication during chronic disease inpatient care in India: a qualitative exploratory study. *BMJ Open.* 2019;9(11):e028199. Published 2019 Nov 11. doi:10.1136/bmjopen-2018-028199
15. Humphries C, Jaganathan S, Panniyammakal J, et al. Investigating clinical handover and healthcare communication for outpatients with chronic disease in India: A mixed-methods study. *PLoS One.* 2018;13(12):e0207511. Published 2018 Dec 5. doi:10.1371/journal.pone.0207511
16. Pena, Kamila da Silva et al. Care handover to chronic conditions to regionalized planning. *Revista Gaúcha de Enfermagem* [online]. 2020, v. 41, n. spe e20190168. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190168>>. Epub 25 Nov 2019. ISSN 1983-1447. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190168>.
17. Pena MM, Melleiro MM. Eventos adversos decorrentes de falhas de comunicação: Reflexões sobre um modelo para transição do cuidado. *Rev. enferm. UFSM,* 8(3): 1-10., 2018. Doi: 10.5902/2179769225432
18. Bernardino, Elizabeth et al. Cuidados de transição: análise do conceito na gestão da alta hospitalar. *Escola Anna Nery* [online]. 2022, v. 26, e20200435. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0435>>. Epub 01 Nov 2021. ISSN 2177-9465. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0435>.

APÊNDICES

Apêndice A – Aspectos sociodemográficos e clínicos

Questionário Sociodemográfico

Preenchimento pelo pesquisador: Sujeito nº _____. Data: ___/___/___.

Turno: () MANHÃ () TARDE

Dia da semana: () SEG () TER () QUA () QUI () SEX () SÁB () DOM

Unidade de internação: _____

Identificação

1. Nome _____

2. Sexo: () Masculino () Feminino

3. Data de nascimento: ___/___/___ Idade: _____ anos

Endereço _____

Telefone _____

ESF onde cadastrado _____

Sabe o nome do Agente Comunitário que atende sua casa: () Sim () Não

Condições sociodemográficas

4. Escolaridade (em anos): _____

5. Renda atual mensal: _____

6. CBO: _____

7. Escolaridade (em anos de estudo): _____

8. Estado Civil: () Solteiro(a) () Casado(a)/União Estável () Divorciado(a)/Separado(a)

() Viúvo

9. Cor: () Branca () Negra () Amarela () Parda () Indígena

10 Arranjo familiar: () Reside sozinho () Com o cônjuge () Com o cônjuge e com outros familiares ()

Com outros familiares () Com não familiares

Condições de Saúde

11 Doenças crônicas presentes: () Sim () Não

12 Hipertensão: () Sim () Não

13 Diabetes: () Sim () Não

14 Doenças cardíacas: () Sim () Não

se sim especifique: _____

15 Doenças osteoarticulares: () Sim () Não

se sim especifique: _____

16 Doenças respiratórias (Asma ou DPOC): () Sim () Não

se sim especifique: _____

17 Tumores (câncer): () Sim () Não

18 Acidente Vascular Encefálico: () Sim () Não

19 Doenças infecciosas: () Sim () Não

se sim especifique: _____

20 Doenças neurológicas*: () Sim () Não

se sim especifique: _____

21 Doenças renais: () Sim () Não

22 Motivo da Internação: _____

23 Tempo de internação: _____

24 Internações prévias por esse motivo: () Sim () Não

25 Se sim especifique quantas: _____

26 Internações prévias por outro motivo: () Sim () Não

*Doenças neurológicas () Doença de Parkinson G20-G21 () Doença de Alzheimer e outras demências F01-F03, G30-G31 () Esclerose múltipla G35 () Epilepsia G40-G41 () Enxaqueca G43 () Paralisia cerebral e outras síndromes paralíticas G80-G83

27 Você tem dificuldade de acessar a ESF de referência do seu domicílio: () Sim () Não

Se sim, por qual motivo: _____

28 Você está satisfeito como o atendimento recebido na ESF de referência de seu domicílio:

() Sim, completamente satisfeito () Sim, parcialmente satisfeito () Não, um pouco insatisfeito () Não, totalmente insatisfeito.

Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

(De acordo com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisa envolvendo seres humanos)

Título da Pesquisa: Avaliação, desenvolvimento e implementação de uma estratégia de transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas: do serviço hospitalar para o domicílio

Instituição Promotora: Universidade Estadual de Montes Claros.

Coordenador: Fernanda Marques da Costa

Atenção: Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que você leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o objetivo, metodologia/procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve os procedimentos alternativos que estão disponíveis a você e o seu direito de sair do estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

1. Objetivo: Eu, Fernanda Marques da Costa, sou professora do Departamento de Enfermagem e do Programa de pós-graduação em Cuidados Primários em Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros, e estou realizando uma pesquisa sobre a avaliação da transição do cuidado (contrarreferência entre unidade hospitalar e Atenção Primária à Saúde) de pessoas com Doenças Crônicas após a alta hospitalar para o domicílio. O estudo pretende investigar como ocorre a transição do cuidado do hospital para a Atenção Primária em Saúde, além de desenvolver, aplicar e avaliar uma estratégia para estruturar essa transição do cuidado.

2. Metodologia/procedimentos: Trata-se de um estudo do tipo Métodos Mistos, com o público com idade igual ou superior a 18 anos, estar internado em um hospital de Montes Claros em função de uma doença crônica e depois receber alta para o domicílio. Para a coleta de dados serão utilizados os seguintes instrumentos: um questionário para a identificação do perfil sociodemográfico e clínico, identificando fatores associados aos problemas, conforme descritos na literatura e o instrumento *Care Transitions Measure* (CTM-15 Brasil) que avalia o processo de transição do cuidado (quando você sai do hospital e vai para casa e na sua casa você será assistido pela equipe de saúde da Unidade Básica de referência de sua residência).

3. Justificativa: A pesquisa é importante pois existem fragilidades que interferem na qualidade da transição do cuidado na alta do hospital para o domicílio, com destaque para falta de orientação na alta e inexistência de contrarreferência para a Atenção Primária à Saúde. Tal situação causa a descontinuidade do cuidado e até pode explicar um importante percentual de reinternação hospitalar. Diante disso, o presente estudo pretende desenvolver, aplicar e avaliar uma estratégia para estruturar essa transição do cuidado que poderá impactar muito positivamente na transição e continuidade do cuidado.

4. Benefícios: Os resultados do estudo poderão subsidiar o desenvolvimento das práticas de transição do cuidado e de políticas de atenção voltadas ao gerenciamento dos cuidados dos indivíduos com doenças crônicas, com destaque para a organização de linhas de cuidados que permitam monitoramento e avaliação, propiciando a continuidade da assistência pela Atenção Primária à Saúde após a alta hospitalar.

5. Desconfortos, riscos: A pesquisa se enquadra na classificação de riscos mínimos, pois, não se realizará nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais dos indivíduos que participam do estudo. Tais riscos mínimos referem-se a algum desconforto causado pelo tempo exigido para responder aos instrumentos de coleta de dados ou constrangimento ao abordar o histórico relacionados a algum diagnóstico identificado. Entretanto, a equipe está preparada para atenuar qualquer desconforto ou risco que eventualmente surgir. Como por exemplo agendar outro horário para continuar a coleta de dados.

6. Danos: Não é previsto nenhum tipo de dano físico ou moral.

7. Metodologia/procedimentos alternativos disponíveis: Não se aplica.

8. Confidencialidade das informações: Toda informação obtida é considerada CONFIDENCIAL e a minha identificação ou do meu familiar será mantida como informação sigilosa. Os relatórios e resultados deste estudo serão apresentados sem nenhuma forma de identificação dos participantes.

9. Compensação/indenização: Uma vez que não são previstos riscos, desconfortos ou danos morais e físicos aos participantes da pesquisa, também não é prevista nenhuma forma de indenização ou recompensa.

10. Outras informações pertinentes: Não se aplica.

11. Consentimento: Li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para participar nesta pesquisa, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada deste consentimento.

Nome do participante	Assinatura do participante	Data
Nome da testemunha	Assinatura da testemunha	Data
Fernanda Marques da Costa		
Nome do coordenador da pesquisa	Assinatura do coordenador da pesquisa	Data

ENDEREÇO DO PESQUISADOR: Rua: Topázio 1073, Monte Carmelo, Montes Claros-MG, CEP: 394.020-15. **TELEFONE:** (38) 988030846. e-mail: fernandafjf@yahoo.com.br.