



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM**

DIEGO JOÃO DE LIMA ARRAIS

**TRANSIÇÃO DO CUIDADO NA ALTA HOSPITALAR PARA O DOMICÍLIO DE
PACIENTES RECUPERADOS DE COVID-19 NO CONTEXTO AMAZÔNICO**

BELÉM-PA

2022

DIEGO JOÃO DE LIMA ARRAIS

**TRANSIÇÃO DO CUIDADO NA ALTA HOSPITALAR PARA O DOMICÍLIO DE
PACIENTES RECUPERADOS DE COVID-19 NO CONTEXTO AMAZÔNICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará – UFPA como requisito para obtenção de título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem no Contexto Amazônico.

Linha de pesquisa: A COVID-19 e seus impactos nas mais diversas esferas da sociedade.

Orientadora: Prof.^a Dra. Fabianne de Jesus Dias de Sousa

Coorientadora: Profa. Dra. Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa

BELÉM-PA

2022

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Pará
Gerada automaticamente pelo módulo Ficat, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)**

A773t Arrais, Diego João de Lima.
Transição do cuidado na alta hospitalar para o domicílio de
pacientes recuperados de COVID-19 no contexto amazônico /
Diego João de Lima Arrais. — 2022.
136 f.

Orientador(a): Prof^ª. Dra. Fabianne de Jesus Dias de Sousa
Coorientação: Prof^ª. Dra. Maria Fernanda Baeta Neves Alonso
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará,
Instituto de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem, Belém, 2022.

1. Cuidado Transicional. 2. Continuidade do Cuidado ao
Paciente. 3. COVID-19. 4. Alta do Paciente. I. Título.

CDD 610.7340981

DIEGO JOÃO DE LIMA ARRAIS

**TRANSIÇÃO DO CUIDADO NA ALTA HOSPITALAR PARA O DOMICÍLIO DE
PACIENTES RECUPERADOS DE COVID-19 NO CONTEXTO AMAZÔNICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará – UFPA como requisito para obtenção de título de Mestre em Enfermagem.

Data da Avaliação: ____/____/____

Conceito: _____

BANCA EXAMINADORA:

Profª. Dra. Fabianne de Jesus Dias de Sousa – UFPA/ Orientadora

Profª. Dra. Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa – UFSC/ Coorientadora

Fernando Riegel -UFRGS/Membro Externo

Prof. Dr. Carlos Leonardo Figueiredo da Cunha – UFPA/Membro Interno

Profª. Dra. Andreivna Serbim– UFAL/ Membro Externo – 1ª Suplente

Profª. Dra. Andressa Tavares Parente – UFPA-Membro Interno 2ª Suplente

BELÉM-PA
2022

A DEUS por me conduzir com saúde, paz e sabedoria;
A minha Orientadora Fabianne Sousa que não mediu esforços;

A minha Família e a todos os amigos e Enfermeiros que compartilharam e me ajudaram nesse caminho.
Essa vitória é minha e de todos.

(In memorian) a minha mãe “Bia” que cuida de mim de onde quer que esteja.

AGRADECIMENTOS

Esse é um mestrado diferente, o começo foi alegria, comemoração, felicidade pela aprovação e por seguir e trilhar no meio acadêmico. Nesse caminho fomos surpreendidos com a Pandemia de COVID-19 que nos fez sairmos vitoriosos e fortalecidos com novos métodos de aprendizagem e trabalho.

Primeiramente agradecer a Deus, nosso arquiteto do universo por estarmos vivos e poder defender a sonhada Dissertação de mestrado. Agradecer por estar vivo e com saúde nesse mundo Pós-Pandemia.

Agradecer a minha bisavó Maria Paulina de Oliveira Cirino (*in memorian*) que foi minha mãe e pai nessa minha vida que nunca desistiu de minha felicidade e sonhou mais alto que eu. Agradecer ao meu avô João Pedro de Lima (*in memorian*) por acreditar e torcer pelas minhas vitórias.

Minha orientadora, Fabianne de Jesus Dias de Sousa, ser humano repleto de luz que Deus colocou na minha vida, conhece minha jornada e não poupou esforços e conselhos para que chegasse até aqui; antes mesmo de ser minha orientadora, gostaria de agradecer por fazer esse momento acontecer me incentivando desde a assistência e hoje colhendo esse momento de felicidade que é o produto desse processo de trabalho. Agradecer imensamente pela confiança e amizade.

Agradecer a oportunidade do projeto multicêntrico que abriu as portas e de onde veio o tema de minha dissertação.

Aos meus colegas de profissão pelos plantões trocados; atrasos e compensações para poder concluir as disciplinas sem a ajuda de vocês esse sonho não poderia se concretizar.

A cada professor que tive o prazer de conhecer e absorver um pouco de seus conhecimentos alcançados em muitos anos de estrada e experiência docente durante este período de extremos aprendizados.

Agradecer a minha família que mesmo distante torce por mim, e sempre nos momentos felizes estamos juntos, seja em cada segundo ou minuto que temos.

Meus amigos que estão comigo nessa trajetória que viveram, sonharam e compartilharam cada sentimento e angústia como também momentos de felicidade e vitória.

“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus, não sou o que era antes”.

(Marthin Luther King)

RESUMO

Introdução: A transição do cuidado se caracteriza como o acompanhamento do cuidado ao paciente pelo período de sua internação até a posterioridade desse período, concretiza os pensamentos de cuidado holístico adotados pela enfermagem e perpetua o verdadeiro significado do “cuidar”. **Objetivo:** Avaliar a transição do cuidado de pacientes de COVID-19 que tiveram alta do serviço hospitalar para o domicílio. **Metodologia:** Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa, do tipo transversal, descritivo e analítica realizado com 49 pacientes e/ou cuidadores que tiveram alta hospitalar do Hospital Universitário João de Barros de Barreto, de Belém-PA. Foi utilizada amostra do tipo aleatória. Foi aplicado o questionário *Care Transitions Measure-CTM-15* validado no Brasil. Os dados coletados foram tabulados no programa Microsoft Office Excel® 2016, conferidos na totalidade por outro pesquisador para assegurar a correta inserção das respostas e analisados pelo *software SPSS®*. **Resultados:** A pontuação média para a transição do cuidado foi de 87,4 ($\pm 16,1$). O Fator 1 (Treinamento de Autogestão) obteve uma pontuação média de 82,6 ($\pm 14,8$), Fator 2 (Entendimento da Medicação) 86,6 ($\pm 15,0$), Fator 3 (Preferências Respeitadas) 82,0 ($\pm 16,7$) e Fator 4 (Plano de Cuidados) 81,2 ($\pm 18,2$). **Conclusão:** A qualidade da transição do cuidado percebida pelo paciente recuperado de COVID-19, ou por seus cuidadores, no processo de alta hospitalar para o domicílio, foi considerada alta, evidenciando o envolvimento da equipe multiprofissional no preparo e orientações para o seguimento dos cuidados no domicílio, medidas estas que podem reduzir as taxas de re-internações e complicações pós alta hospitalar.

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

ABSTRACT

Introduction: The transition of care is characterized as the follow-up of patient care for the period of their hospitalization until the posteriority of this period, materializes the holistic care thoughts adopted by nursing and perpetuates the true meaning of "caring". **Objective:** To assess the transition of care for COVID-19 patients who were discharged from the hospital service to the home. **Methodology:** This is a quantitative, cross-sectional, descriptive and analytical study carried out with 49 patients and/or caregivers who were discharged from the Hospital Universitário João de Barros de Barreto, in Belém-PA. A random sample was used. The Care Transitions Measure-CTM-15 questionnaire validated in Brazil was applied. The collected data were tabulated in the Microsoft Office Excel® 2016 program, checked in full by another researcher to ensure the correct insertion of the answers and analyzed by the SPSS® software. **Results:** The mean score for care transition was 87.4 (± 16.1). Factor 1 (Self-Management Training) had an average score of 82.6 (± 14.8), Factor 2 (Understanding of Medication) 86.6 (± 15.0), Factor 3 (Respected Preferences) 82.0 (± 16.7) and Factor 4 (Care Plan) 81.2 (± 18.2). **Conclusion:** The quality of the care transition perceived by the patient recovered from COVID-19, or by their caregivers, in the process of hospital discharge to home, was considered high, evidencing the involvement of the multidisciplinary team in the preparation and guidelines for the follow-up of care. at home, reducing the rates of readmissions and post-discharge complications.

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

RESÚMEN

Introducción: La transición del cuidado se caracteriza como el seguimiento del cuidado del paciente durante el período de su hospitalización hasta la posterioridad de ese período, materializa el pensamiento holístico del cuidado adoptado por la enfermería y perpetúa el verdadero significado de "cuidar". **Objetivo:** Evaluar la transición de la atención de pacientes con COVID-19 que fueron dados de alta del servicio hospitalario al domicilio. **Metodología:** Se trata de un estudio cuantitativo, transversal, descriptivo y analítico realizado con 49 pacientes y/o cuidadores egresados del Hospital Universitario João de Barros de Barreto, en Belém-PA. Se utilizó una muestra aleatoria. Se aplicó el cuestionario Care Transitions Measure-CTM-15 validado en Brasil. Los datos recolectados fueron tabulados en el programa Microsoft Office Excel® 2016, revisados en su totalidad por otro investigador para asegurar la correcta inserción de las respuestas y analizados por el software SPSS®. **Resultados:** La puntuación media para la transición de cuidados fue de 87,4 ($\pm 16,1$). El Factor 1 (Entrenamiento de Automanejo) tuvo un puntaje promedio de 82.6 (± 14.8), el Factor 2 (Comprensión de Medicamentos) 86.6 (± 15.0), el Factor 3 (Preferencias Respetadas) 82.0 (± 16.7) y el Factor 4 (Plan de Cuidados) 81,2 ($\pm 18,2$). **Conclusión:** La calidad de la transición asistencial percibida por el paciente recuperado de COVID-19, o por sus cuidadores, en el proceso de alta hospitalaria a domicilio, fue considerada alta, evidenciando el involucramiento del equipo multidisciplinario en la elaboración y orientaciones para la seguimiento de la atención domiciliaria, reduciendo las tasas de reingresos y complicaciones posteriores al alta.

PALABRAS CLAVE: Cuidados Transicionales; Continuidad de la Atención al Paciente; COVID-19; Alta del paciente.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB – Atenção Básica
ACS – Agentes Comunitários de Saúde
AIDS- Síndrome da Imunodeficiência adquirida
APS – Atenção Primária à Saúde
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
COFEN – Conselho Federal de Enfermagem
COVID-19 – Coronavírus Disease 2019
CTM-15 - *Care Transitions Measure-15*
DCNT – Doenças Crônicas Não transmissíveis
DIP- Doenças Infecto Parasitárias
DRA – Doença Respiratória Aguda
DSS – Determinantes Sociais de Saúde
DTN – Doenças Tropicais Negligenciadas
HUF – Hospital Universitário Federal
eSF - Equipes de Saúde da Família
HUIBB – Hospital Universitário João de Barros Barreto
MERS--CoV-2 Síndrome Respiratória do Oriente Médio
MS – Ministério da Saúde
ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS – Organização Mundial da Saúde
PATH – *Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals*
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
SARS - Síndrome Respiratória Aguda Grave
SARS-CoV-2 - Coronavírus 2 da síndrome respiratória aguda grave
SE- Semana epidemiológica
SESMA – Secretaria Municipal de Saúde de Belém
SDRA - Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo
SRAG – Síndrome Respiratória Aguda Grave
SUS – Sistema Único de Saúde
UFPA – Universidade Federal do Pará
UTI – Unidade de Tratamento Intensivo
SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidades Básicas de Saúde

LISTA DE TABELAS

MANUSCRITO 1

Tabela 1- Estatística descritiva das variáveis categóricas dos pacientes acometidos com COVID-19 e/ou cuidadores	43
Tabela 2 – Distribuição das Média e Desvio Padrão (DP) do instrumento CTM-15 e por Fatores	44
Tabela 3 – Distribuição da frequência simples, relativa, média e DP de opções de resposta por item do instrumento CTM-15	45
Tabela 4 – Associação entre Tempo de internação, faixa etária e os Fatores do CTM-15	46
Tabela 5 – Distribuição das medias e desvio padrão (\pm DP) por item do CTM-15	46

MANUSCRITO 2

Tabela 1- Perfil sociodemográfico dos participantes, segundo variáveis da pesquisa	58
Tabela 2 - Perfil clínico dos participantes, segundo variáveis clínicas da pesquisa	59
Tabela 3 - Distribuição das médias e desvio padrão (DP) por item do CTM-15	61
Tabela 4 - Associação entre os escores por fator do CTM-15 e as variáveis de interesse	62

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 TEMA EM ESTUDO	13
1.2 HIPÓTESES	16
1.3 OBJETIVOS	17
1.3.1 Objetivo Geral.....	17
1.3.2 Objetivos Específicos	17
2 REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA	18
2.1 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E PATOGÊNICOS DA COVID-19.....	18
2.2 A TRANSIÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE.....	20
2.3 O INSTRUMENTO AVALIATIVO <i>CARE TRANSITIONS MEASURE (CTM)</i>	24
2.4 TRANSIÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE NO CONTEXTO AMAZÔNICO	25
3 METODOLOGIA.....	31
3.1 TIPO DE ESTUDO	31
3.2 LOCAL DE ESTUDO E PERÍODO DE COLETA DE DADOS	31
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	32
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	33
3.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	34
3.6 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS	34
3.7 ANÁLISE DE DADOS	35
3.8 ASPECTOS ÉTICOS	35
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	37
4.1 MANUSCRITO 1.....	38
4.2 MANUSCRITO 2.....	54
5 CONCLUSÃO.....	69
REFERÊNCIAS	70
APÊNDICES	77
ANEXOS	82

1 INTRODUÇÃO

1.1 TEMA EM ESTUDO

Em meados de dezembro de 2019, o mundo começou a perceber uma nova doença respiratória, identificada inicialmente no mercado em Wuhan, China. A doença chamada de COVID-19 (*Coronavirus Disease 2019*) se espalhou entre milhões de pessoas em diversos países do planeta. A COVID-19 revelou-se uma doença de alta transcendência, o que levou o planeta a rever seus acordos de ajuda e biossegurança (SIMPSON et al., 2020). Apresentando manifestações sistêmicas, as principais características graves da COVID-19 são os sintomas respiratórios, visto que o vírus infecta facilmente as células pulmonares. Porém, por meio de estudos epidemiológicos e clínicos da doença, podem ser identificados sinais e sintomas semelhantes a outros vírus, como: mialgia, hipertermia, fadiga e perda de apetite (MCMICHEL et al., 2020).

O Ministério da Saúde (MS) recebeu a primeira notificação de um caso confirmado de covid-19 no Brasil em 26 de fevereiro de 2020. Com base nos dados diários informados pelas Secretarias Estaduais de Saúde (SES) ao Ministério da Saúde, de 26 de fevereiro de 2020 a 18 de junho de 2022, foram confirmados 31.693.502 casos e 669.010 óbitos por covid-19 no Brasil. Para o País, a taxa de incidência acumulada foi de 14.967 casos por 100 mil habitantes, enquanto a taxa de mortalidade acumulada foi de 315,9 óbitos por 100 mil habitantes (BRASIL, 2022).

No Brasil, os Hospitais Universitários Federais (HUFs) têm apresentado um bom desempenho no atendimento aos pacientes da COVID-19 como o centro de referência de alta complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, também desempenham um papel importante na formação de recursos humanos relacionados com a saúde e no apoio ao ensino, investigação e promoção das instituições de ensino superior relacionadas (FRAZÃO et al., 2020; MEDEIROS, 2020).

Desde a década de 1990, o Ministério da Saúde (MS) formulou estratégias para melhorar a qualidade dos serviços médicos, especialmente em hospitais, com o plano de melhoria e garantia da Qualidade em Saúde. Portanto, em uma emergência de saúde pública de importância internacional, é necessário monitorar e avaliar a assistência médica que está sendo desenvolvida.

Também se enfatiza a importância da experiência do paciente com os cuidados de enfermagem, que inclui desde a internação até o desfecho clínico. Da mesma forma, deve-se levar em consideração a interação e até mesmo todos os aspectos relacionados à segurança e qualidade do atendimento médico seguro, eficaz e humanizado (BROOKS et al., 2020).

Para Cechinel-Peiter *et al* (2022), o cuidado transicional compreende ações que possibilitam a coordenação e continuidade do cuidado durante a transferência do paciente entre os serviços de saúde. O conceito de transição do cuidado abrange uma ampla gama de significados que convergem para um processo de cuidado sistemático com foco no paciente, envolvendo também os cuidadores familiares e membros da equipe multiprofissional responsável pelo seu cuidado.

Dessa forma, a transição do cuidado se caracteriza como o acompanhamento do cuidado ao paciente pelo período de sua internação até a posterioridade desse período, concretiza os pensamentos de cuidado holístico adotados pela enfermagem e perpetua o verdadeiro significado do “cuidar” (ACOSTA et al., 2020).

Dentre os fatores que garantem a integralidade em saúde, encontra-se a transição do cuidado, cuja garantia é fundamental em todas as estruturas que compõem a rede de atenção à saúde e, assim, permitem que os usuários recebam uma assistência integral formada pela utilização de diversos serviços e de distintas tecnologias, diante dessa perspectiva, torna-se necessária a participação dos gestores, profissionais e usuários de forma articulada para a sua efetivação (DUAN; ZHU, 2020).

Justifico o meu interesse pela temática devido minha atuação enquanto enfermeiro assistencial no Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB) no município de Belém (PA), sendo possível observar em seu serviço assistencial altos índices de recorrência de internação devido o hospital não possuir um elo entre a assistência hospitalar e Atenção Básica (AB).

Assim, não há um feedback para a equipe hospitalar se o paciente foi devidamente acolhido na AB, persistindo uma considerável demora em algumas especialidades, por exemplo, atendimentos de fisioterapia e consultas com especialidades.

A importância da transição do cuidado na alta hospitalar para o domicílio de pacientes recuperados de COVID-19 consiste em melhorar a qualidade da assistência realizada pelo enfermeiro desde a admissão, onde o enfermeiro pode acompanhar toda a evolução do paciente, durante a internação e no pós-alta; visando a redução do tempo de internação com segurança; realizar o planejamento da alta hospitalar e articular o plano de cuidados com a Atenção Primária a saúde.

Por se tratar de uma doença de alta transcendência, a continuidade do cuidado na COVID-19 tem como objetivo atender às pessoas de forma coordenada, independentemente de toda a complexidade do sistema de saúde e da participação de diferentes profissionais nas diferentes unidades de atendimento. Além disso, todos os envolvidos na assistência em saúde pessoal, incluindo aqueles que recebem assistência médica, se comunicam e cooperam entre si para coordenar a assistência médica e definir metas para isso (FERIOLI et al., 2020).

A transição da assistência de enfermagem no Sistema Único de Saúde (SUS) está alicerçada no maior comprometimento dos gestores e nas ações de saúde multidisciplinares e interdisciplinares necessárias à integralidade do cuidado de longo prazo. Nesse sentido, cuidado e educação são processos relacionais que podem potencializar a autonomia dos usuários. As ações e técnicas no processo de formação em enfermagem possibilitam que as pessoas mudem e estimulem o pensamento crítico, reflexivo e independente no novo estilo de vida, de modo a buscar mudanças na estrutura do conhecimento (UTZUMI et al., 2018).

Para Acosta e colaboradores (2020) as principais fragilidades na transição do cuidado de pacientes com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) na alta da emergência foram: entendimento sobre uso e efeitos colaterais de medicamentos; confiança em realizar os cuidados necessários após a alta; compreensão da condição de saúde e seus fatores agravantes e atenuantes, e incorporação das preferências dos pacientes e cuidadores no plano de cuidados para depois da alta. Indicam, ainda, que muitos pacientes saíram da emergência sem lembrar, saber ou ter encaminhamentos e agendamento para acompanhamento pós-alta.

Para Acosta et al. (2020) intervenções são necessárias para melhorar as práticas no processo de alta, a compreensão do paciente dos cuidados pós-alta e a inclusão das preferências do paciente na tomada de decisão.

Ainda, existem fragilidades na articulação da emergência com os demais serviços da rede de atenção à saúde, as quais são evidenciadas principalmente pela inexistência da contrarreferência para a atenção primária e especializada e pelo agendamento de retornos à emergência para reavaliação da condição de saúde. Estima-se que quatro em cada dez pacientes atendidos e dispensados da emergência encontram problemas com seus cuidados após a alta e cerca de 15% retornam ao serviço em até duas semanas (SABBATINI et al., 2019).

Dessa forma, a continuidade do cuidado da enfermagem promove a comunicação entre profissionais, usuários e familiares que, ao considerar a subjetividade individual e o valor cultural de seu meio, tornam-se sua própria ética, sujeito social e protagonista. Portanto, a continuidade do cuidado depende do plano de alta hospitalar, do acompanhamento após a alta e do apoio familiar (ALLEN et al., 2014; UTZUMI et al., 2018).

Esse projeto está vinculado à uma pesquisa multicêntrica intitulada “Avaliação do cuidado de enfermagem a pacientes com COVID-19 em hospitais universitários brasileiros aprovado na Chamada MCTIC/CNPq/FNDCT/MS/SCTIE/Decit N° 07/2020 - Pesquisas para enfrentamento da COVID-19, suas consequências e outras síndromes respiratórias agudas graves (Processo n°: 402392/2020-5).

Nesse contexto, construiu-se o objeto de estudo desta pesquisa que consiste em avaliar a transição do cuidado do hospital para o domicílio do paciente com COVID-19.

Assim, esta pesquisa apresenta como questão norteadora: Como ocorre a transição do cuidado do paciente de COVID-19 da alta hospitalar para o domicílio?

1.2 HIPÓTESES

H0: A transição do cuidado do hospital para o domicílio, de pacientes pós-Covid 19 e/ou cuidadores têm qualidade alta.

H1: A qualidade de transição do cuidado do hospital para o domicílio, de pacientes pós-COVID-19 e/ou cuidadores, têm qualidade baixa.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo Geral

✓ Avaliar a qualidade da transição do cuidado de pacientes com COVID-19 que tiveram alta do serviço hospitalar para o domicílio.

1.3.2 Objetivos Específicos

✓ Identificar características demográficas e clínicas de pacientes de COVID-19 que tiveram alta hospitalar para o domicílio.

✓ Investigar a qualidade da transição do cuidado na alta do serviço hospitalar através do instrumento *Care Transitions Measure* (CTM 15) na perspectiva de pacientes recuperados e/ou cuidadores.

2 REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA

2.1 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E PATOGÊNICOS DA COVID-19

O MS configura o Coronavírus como um vírus zoonótico, que pertence a ordem *Nidovirales*, família *Coronaviridae* e subfamília *Orthocoronavirina*. A família citada é responsável por enfermidades que atuam em ocorrências de infecções respiratórias. Estima-se que o vírus tenha sido descoberto e inoculado em 1937, mas apenas diagnosticado com mais informações em 1965, em virtude dos avanços tecnológicos da época e visualização da sua estrutura microscópica com um formato assimilando uma coroa (BRASIL, 2020).

As tipologias que se têm conhecimento das mutações sofridas pelo Coronavírus ao longo do tempo são: alfa Coronavírus HCoV-229E, alfa Coronavírus HCoV-NL63, beta Coronavírus HCoV-OC43, beta Coronavírus HCoV-HKU1, SARS-CoV (este é principal agente na síndrome respiratória aguda grave ou SARS), MERS-CoV (o atuante na síndrome respiratória do Oriente Médio ou MERS) e SARS-CoV-2, conceituado como o Novo Coronavírus que a população mundial enfrenta COVID-19 (*Coronavirus Disease 2019*) (WHO, 2020; WERNECK & CARVALHO, 2020).

Os Coronavírus de atuação sazonal são atrelados a síndromes de gripes. Afirma-se que nos 20 anos anteriores, dois desses tipos foram precursores por surtos epidêmicos de alto teor viral de SRAG (Síndrome Respiratória Aguda Grave). A primeira ocorreu em meados de 2003 na cidade de Hong Kong, um dos destinos turísticos mais requisitados da China, com grau letal cerca de 10% causada pelo SARS (WHO, 2003).

O Novo Coronavírus, COVID-19, teve o primeiro caso confirmado e anunciado no dia 31 de dezembro de 2019 em Wuhan, China. Apenas no dia 09 de janeiro a OMS emitiu um comunicado ratificando a disseminação de um novo vírus (SARS-CoV, MERS-CoV etc.); sendo que na manhã seguinte pesquisadores chineses expuseram as primeiras ocorrências da doença (XIAO, 2020).

Estima-se que a COVID-19 até o final da semana epidemiológica (SE) 24 de 2022, no dia 18 de junho de 2022, foram confirmados 538.695.729 casos de covid-19 no mundo. Os Estados Unidos foram o país com o maior número de casos acumulados (86.230.982), seguido por Índia (43.296.692), Brasil (31.693.502), França (30.139.875) e Alemanha (27.204.955). Em relação aos óbitos, foram confirmados 6.318.093 no mundo até o dia 18 de junho de 2022. Os Estados

Unidos foram o país com maior número acumulado de óbitos (1.013.377), seguido por Brasil (669.010), Índia (524.855), Rússia (372.707) e México (325.340) (BRASIL, 2022).

Logo, tornou-se imprescindível o desenvolvimento de pesquisas para descobrir sua fisiopatologia e tratamentos adequados para contenção do vírus em contaminação de larga escala. Assim, o diagnóstico mais preciso do Novo Coronavírus é realizado por meio da coleta de resíduos respiratórios, onde será induzido ao escarro ou aspiração das vias nasais aéreas. A comprovação em laboratório para confirmação do patógeno é efetuada através da proteína C reativa em tempo real e sequenciamento fracionário ou totalitário do genoma viral (LI et al., 2020).

Em países que eclodiram a onda pandêmica, os casos iniciais vieram de pessoas assintomáticas com laudo laboratorial positivo. Contudo, a análise de assintomáticos através de exames moleculares constatou-se complexa, visto que o comportamento de casos varia de acordo com o país (SMART et al., 2020).

O problema se apresenta mais relevante na visualização de ocorrências pediátricas, onde é o principal grupo de assintomáticos, o que confere maior cuidado para que a doença não se dissipe mais rapidamente (OPAS, 2020). Todavia, os sintomas são mais presenciados em pacientes com laudos moleculares positivos e constatação em exames que diagnosticam a pneumonia. Os apontamentos clínicos logo na fase inicial de contaminação comumente associados são: febre, tosse, mialgia e fadiga, atrelados a outros sintomas ou não como cefaleias, diarreia, secreção respiratória e hemoptise (LU; XING; WONG, 2020).

Poucas ocasiões rudimentares se comparam às de outras patologias virais por respiração, como a Novovirose e Influenza. A dispneia e febre são sintomas que caracterizam a primordial distinção médica entre o SARS-CoV-2 e um resfriado comum, cujo possui acompanhamento de lacrimejamento, espirros, coriza, congestionamento nasal, entre outros que no decorrer do tempo tornar-se-á com pigmentação amarelo-esverdeada (GUO et al., 2020).

Grande parte dos índices de pessoas contaminadas possui uma melhora significativa após certo período recebendo os devidos cuidados necessários. Torna-se fundamental reiterar que em pessoas de idade avançada ou aqueles com doenças pré-existentes, como diabetes, doenças cardiovasculares e renais, a Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS-CoV-2) agiu em caráter mais ofensivo no organismo debilitado, agregando a pneumonia e SDRA (Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo), disfunção nas áreas cardíacas, renais e hepáticas (WU; MCGOOGAN; WU, 2020).

A exponencial elevação da doença a sepse e choque séptico é mensurada em estudo que possa atingir graus de ocorrência acima de 50% em pessoas de estado grave (ZHOU et al., 2020), o que aponta a habilidade do COVID-19 de ocasionar sepse, em especial quando acentuado nos contágios secundários (LU; XING; WONG, 2020).

Outros pacientes estudados apresentaram presença de hiposmia/anosmia e hipogeusia/ageusia nos indivíduos sem rinorreia ou congestionamento nasal. Fato preocupante com o número crescente, pois há possibilidade de o vírus ingressar no sistema neurológico e o comprometendo seriamente; porém, não se pode afirmar tal dano, pois são precisos mais estudos que atestem essas e outras informações e assim proceder corretamente nos cuidados clínicos (LIPPI; PLEBANI, 2020).

2.2 A TRANSIÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE

Considerando a importância do tema, ainda são poucos os estudos que buscam evidenciar a relação entre usuários e serviços de saúde, considerando o contexto social, cultural, econômico e os projetos políticos institucionais (HADAD; JORGE, 2018).

O momento de transição do cuidado entre o ambiente hospitalar para o domicílio é um período de maior vulnerabilidade para a continuidade do cuidado, pois depende de diversos fatores, tais como: Necessidades de saúde do paciente e grau de dependência, a rede de apoio e o acesso a outros serviços da rede de atenção à saúde, exigindo coordenação e comunicação entre diferentes profissionais e pontos de atenção (Cechinel-Peiter, *et al* 2022).

As necessidades de saúde são determinadas ou construídas na sociedade e na história. Para atender às necessidades pessoais de saúde deve-se valorizar as condições de vida; ser capaz de usar todas as tecnologias de saúde que possam melhorar e prolongar a vida; ter vínculos afetivos

de referência e confiança para os profissionais de saúde; e ter mais autonomia no cotidiano (HADAD; JORGE, 2018).

Compreender as necessidades de saúde dos usuários ou grupos requer habilidades de escuta, respeito à diversidade humana, cultural e social e compreensão para além dos processos de saúde e doença. A capacidade dos profissionais em participarem das questões levantadas e o reconhecimento dos usuários no processo de cuidar em saúde como um papel ativo na sua produção de saúde são essenciais para os encontros entre os agentes envolvidos no processo de cuidar (HADAD; JORGE, 2018).

Na busca de solucionar as necessidades de saúde dos sentimentos e vivências de cada usuário, e considerar suas condições sociais, culturais e sua forma de obter serviços para solucionar seus problemas de saúde, como estabelecer uma trajetória na rede. Nesse caso, o usuário é a sua própria rede de vida, pois gera continuamente ações, desenvolve conhecimentos, estabelece e compartilha cuidados. A rede está em constante mudança, interligada quando os eventos ocorrem (MERHY et al., 2014).

O termo continuidade do cuidado é usado em todo o mundo e está mais geralmente relacionado aos cuidados primários (MORÉS, 2021). É considerado uma característica decisiva da prática de saúde da família e a *University of Oregon (Institute of Medicine)* define como a principal característica da atenção primária (SANTOS, 2018).

Para Gallo e colaboradores (2021) a busca pela continuidade do cuidado, garantida pela transição segura do cuidado e de qualidade, é destaque em vários países, em especial nos Estados Unidos da América (EUA) e em países da Europa, sendo impulsionada, inicialmente, para reduzir custos com reinternações evitáveis, estando comumente associada à melhoria da qualidade de assistência e de vida dos usuários. Nesse contexto, o enfermeiro tem sido o profissional envolvido nos processos de transição do cuidado por apresentar capacidade de identificação de pontos críticos do processo, planejamento da alta, envolvimento na reabilitação, educação em saúde e articulação na rede de atenção à saúde fortalecendo a continuidade do cuidado após a alta hospitalar.

Os resultados associados às transições de alta qualidade do hospital para casa estão: a melhoria do autocuidado, da qualidade de vida, da satisfação do paciente e da continuidade dos cuidados. Maiores níveis de qualidade nas transições assistenciais estão relacionados à diminuição das visitas aos serviços de emergência hospitalar e aumento da adesão aos

medicamentos conforme recomendado. Além disso, há uma melhor relação custo-benefício para cuidados agudos, pois contribui para a diminuição das taxas de readmissão e diminuição do tempo de internação (Cechinel-Peiter, *et al* 2022).

No Reino Unido a continuidade do cuidado na atenção primária, estabelece uma relação positiva entre a confiança do paciente e o cuidado à saúde. Um estudo realizado no Canadá mostrou que a continuidade do atendimento é o principal valor da medicina de família, que pode melhorar a satisfação do médico e a relação médico / paciente (MORÉS, 2021). Santos (2018) define a continuidade como um dos princípios da medicina de família, que é entendida como a relação entre médico e paciente, não se limitando a um único episódio da doença.

A relação profissional/paciente para múltiplas doenças e cuidados preventivos é definida como uma relação vertical, o que também significa que em um ambiente onde a equipe de saúde e os indivíduos confiam uns nos outros, compartilham as mais íntimas informações sobre eles e suas vidas. Particularmente, quando se sentem vulneráveis e incertos os pacientes são propensos a serem mais abertos, sobretudo à equipe de enfermagem que está mais próximo ao paciente, e estes conhecem as pessoas e sua família como um todo (AUED, 2017).

Ainda de acordo com AUED (2017) a continuidade do cuidado está relacionada às questões específicas de saúde e à continuidade dos eventos entre uma consulta e outra, bem como ao mecanismo de transmissão de informações que subsidia as decisões terapêuticas do paciente. A continuidade dos eventos pode ocorrer dentro de um único serviço ou entre vários serviços.

Verifica-se que os pacientes geralmente não têm uma fonte identificável de cuidado, que pode alcançar a verticalização e a continuidade do cuidado para problemas específicos. Ou seja, existe a possibilidade de não haver continuidade. Por exemplo, um prontuário médico completo pode estar disponível para todos os profissionais, e os pacientes podem consultar diferentes profissionais ou ir a diferentes departamentos para cada consulta. Neste caso, há continuidade, mas não verticalidade (MARQUES; COSTA; VALENTE, 2021).

Podendo ainda, ser o contrário da afirmação, o paciente pode ter uma fonte habitual de atenção que consegue atingir bem a verticalidade, mesmo assim os eventos sequenciais ainda não têm continuidade. Levantamentos longitudinais podem ser realizados com pacientes que sempre consultam o mesmo profissional, mas pode não haver outro mecanismo para transmitir informações além da memória humana (MARQUES; COSTA; VALENTE, 2021).

Na área da Enfermagem, a literatura enfatiza que a informação, especialmente a comunicação com o enfermeiro e a informação relacionada à enfermagem ao longo do tempo, é a base da continuidade do cuidado (ACosta et al., 2020). Gheno e Weis (2021) explicam que deve ser adotado um modelo que garanta a convergência entre os diferentes ambientes de saúde, que garanta o uso das tecnologias de informação e comunicação para compartilhar as informações de enfermagem em tempo real, de forma recíproca e confidencial.

Desde a década de 1980, tem havido uma clara preocupação com a continuidade do atendimento, refletindo a crescente complexidade do manejo de doenças crônicas como a Síndrome da Imunodeficiência adquirida (AIDS), diabetes, doenças cardiovasculares, reumatismo e câncer. Dessa forma, a continuidade pode ser vista como um serviço prestado por diferentes profissionais de forma coerente, lógica e oportuna. A literatura enfatiza o conteúdo do plano de enfermagem ou estratégia de gestão e raramente dá atenção ao processo necessário para a implementação (ACOSTA et al., 2020).

Para os profissionais, a percepção de continuidade está relacionada ao conhecimento e informação suficientes sobre o paciente para melhor aplicar as capacidades dos profissionais e à confiança de que seu cuidado será reconhecido e procurado por outros profissionais (GHENO; WEIS, 2021).

Observa-se que a continuidade do cuidado pode reduzir hospitalizações desnecessárias e a utilização de serviços de saúde, diminuindo o custo do setor de saúde e aumentando a qualidade de vida da população. Portanto, é preciso enfatizar que a continuidade é o determinante da qualidade da assistência (GHENO; WEIS, 2021).

Portanto, para os usuários, o conceito de continuidade do cuidado, essencial para um cuidado clinicamente qualificado e seguro, deve permear todos os posicionamentos do sistema. Quanto melhor for o desempenho, ou quanto maior for o grau de conexão com os cuidados, melhor será a qualidade e os resultados de saúde (WEAVER, COFFEY e HEWITT, 2017).

Por ser um termo complexo e com diferentes definições na literatura científica, a continuidade do cuidado tem sido descrita como um conceito que envolve a visão de profissionais e usuários. No entanto, essas pessoas tendem a valorizar diferentes aspectos do assunto. Para os profissionais, as questões mais relevantes envolvem o gerenciamento da informação, a estrutura e o fluxo de trabalho, a interação e a descrição profissional da enfermagem no desenvolvimento de planos compartilhados eficazes (UTZUMI et al., 2020).

Acredita-se que a discussão sobre a continuidade do cuidado deve incluir também a solução oportuna dos problemas de saúde dos usuários. Portanto, é necessário considerar primeiro as questões relacionadas ao acesso aos serviços médicos, não apenas como porta de entrada ou como serviços médicos iniciais, mas principalmente porque tal acesso permite a quem utiliza e necessita de serviços e ações assistidas para solucionar seus problemas (WEAVER, COFFEY e HEWITT, 2017).

É possível encontrar outros estudos na literatura que expõem dificuldades no acesso às ações e serviços de saúde, comprometendo a continuidade médica. Essas dificuldades abrangem uma gama muito ampla de áreas, desde questões geográficas até a insuficiente prestação de serviços, sendo esses afetados pela organização, economia, sociedade, cultura, religião, epidemiologia e comunicação entre as mesmas ou diferentes equipes (PAULA et al., 2015; GIBSON et al., 2015).

2.3 O INSTRUMENTO AVALIATIVO *CARE TRANSITIONS MEASURE (CTM)*

O *Care Transitions Measure (CTM)* foi desenvolvido nos Estados Unidos com pacientes e seus cuidadores, com vistas a avaliar a qualidade e a experiência da transição de cuidado nos aspectos relacionados à transferência de informação, preparação dos pacientes e cuidadores, apoio para autogerenciamento e garantia das preferências dos pacientes e cuidadores no plano de cuidados (ACOSTA,2020).

Foi validado no Brasil apresentando boa aplicabilidade e fácil compreensão, além de validade de face e conteúdo, consistência interna e estabilidade temporal satisfatórios, denotando boas propriedades psicométricas. É composto por 15 itens, organizados em quatro fatores: Preparação para autogerenciamento; Entendimento sobre medicações; Preferências asseguradas, e Plano de cuidado. Pode ser aplicado via contato telefônico possibilitando que o cuidador responda como informante *proxy* quando o paciente está com sua condição de saúde muito comprometida. As opções de resposta são dispostas em uma escala do tipo *Likert* de cinco pontos. Sua pontuação varia de 0 a 100, quanto maior o valor, melhor será a transição da qualidade do atendimento (ACOSTA,2020; COLEMAM, MAHONEY & PARRY, 2005).

O instrumento costuma ser utilizado por profissionais de saúde por meio de contato telefônico com pacientes que tiveram alta hospitalar recentemente, e o prazo é de 7 dias a 6

semanas. No entanto, autores recomendam o uso até 30 dias após a alta (COLEMAN et al., 2007; McLEOD et al., 2013; SHADMI 2013).

O CTM foi submetido a testes extensivos provando ser confiável, preciso e eficaz, e pode avaliar a transição do atendimento do ponto de vista do usuário. O instrumento tem conteúdo e estrutura razoáveis e mostra alta confiabilidade. Além disso, há evidências de que o instrumento pode distinguir usuários que realizaram várias internações, o que apresenta bom valor preditivo e comprova sua utilidade (COLEMAN; MAHONEY; PARRY, 2005).

Embora o CTM tenha sido originalmente projetado para medir a transição da população idosa, ele se aplica às mais diversas populações, incluindo comunidades rurais e urbanas, crianças, imigrantes, entre outros. (BAKSHI et al., 2012; BERRY et al., 2013; COLEMAN; MAHONEY; PARRY, 2005; PARRY et al., 2009; SHADMI, 2013). Ele também, costuma ser utilizado como um indicador de qualidade em pesquisas para analisar as intervenções de enfermagem nos serviços de saúde.

Atualmente não é descrito na literatura um ponto de corte que indique uma transição satisfatória ou não. Alguns estudos que utilizaram o instrumento apresentaram escores que variaram de 63,7 (RYVICKER et al., 2013) a 79,8 (GROENE et al., 2015) para uma boa transição do cuidado. Para Coleman (2015) valores acima de 51 indicariam um nível aceitável de satisfação.

Diante do exposto, pode-se compreender que as medidas de transição do cuidado são um importante indicador da qualidade dos serviços de saúde. Por esse motivo, a Organização Mundial de Saúde (OMS) utiliza o CTM como um dos indicadores da ferramenta de avaliação do desempenho da melhoria da qualidade hospitalar *Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals* (PATH), que avalia o desempenho dos hospitais europeus e aponta ações para a melhoria da qualidade (GOMES, 2009).

2.4 TRANSIÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE NO CONTEXTO AMAZÔNICO

Na deflagração da pandemia da COVID-19, os serviços de saúde apresentaram vulnerabilidades, tanto a nível nacional quanto internacional, assim como nos âmbitos social, econômico-financeiro, político e educacional. No Brasil, o MS juntamente com as secretarias estaduais e municipais de saúde, buscam a adaptação para este cenário e os serviços de saúde se

articulam para melhorar a capacidade de atendimento e resolutividade (RODRIGUES et al., 2020).

A COVID-19 desafia a gestão dos hospitais a implementar novos fluxos de trabalho, nos quais fiquem estabelecidos processos de admissão e assistência dos usuários suspeitos ou diagnosticados com COVID-19, assim como, processos de comunicação interna e externa, medidas de prevenção e controle de riscos, ações estratégicas relacionadas à logística hospitalar, administração, suprimentos, compras e terceirização (RODRIGUES et al., 2020).

Assim faz-se necessário a elaboração, divulgação e implementação desses novos fluxos de trabalho através do uso de ferramentas de gestão, como o mapeamento de processos, contribuindo na organização e otimização das atividades de enfrentamento à pandemia. O subfinanciamento da saúde é uma barreira precarizante da assistência e mesmo com os subsídios vinculados à situação emergencial, consolida-se como desafio a ser superado para atender demandas referentes ao novo coronavírus (RODRIGUES et al., 2020).

A região Norte apresenta concentração de desigualdades socioeconômicas e dificuldades de oferta de serviços de saúde para a população. Na Amazônia Legal (constituída por Acre, Amapá, Amazonas, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins e parte do Maranhão), as pessoas que possuem piores condições de vida são as mais dependentes do SUS. Além disso, existem obstáculos relacionados às particularidades locais e à extensão do território, que favorecem o surgimento de barreiras geográficas e dificultam o acesso aos serviços de saúde, pois as atenções mais tecnológicas estão concentradas e distantes da população que vive em áreas afastadas das capitais (MORAIS et al., 2021)

Um dos maiores prejuízos nos serviços de saúde foi com relação à redução e o esvaziamento do Núcleo Ampliado de Saúde da Família da Atenção Básica (NASF), que é uma das atividades mais requisitadas para pacientes que acabaram de obter a alta hospitalar, prejudicando consideravelmente a continuidade do cuidado na Atenção Básica (AB) (SODRÊ, 2020).

Estudos apontam que dentre os impactos da pandemia, destaca-se o prejuízo aos pacientes que dependem do contato continuado com os serviços de saúde, sendo este um desafio da organização da atenção à saúde e o estabelecimento de mecanismos regulatórios no sentido da universalidade, equidade e integralidade no SUS (SANTOS; LOPES, 2021).

Na região Norte do país, a COVID-19 chegou de maneira devastadora, apresentando, ao final de junho, o maior coeficiente de mortalidade quando comparado às demais regiões, cerca de 51,1 para 100 mil habitantes, com destaque para o Estado do Pará, que apresentou estatísticas alarmantes em relação às médias nacionais, com coeficiente de mortalidade de 56,6, valor 104% maior que a média nacional de 27,7 (BRASIL, 2020b).

Neste contexto epidemiológico há forte influência dos Determinantes Sociais de Saúde (DSS), na qual predominam as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham (AFFONSO et al., 2021). Assim, é possível questionar-se a respeito da interação entre aspectos da realidade urbana com o processo saúde-doença da COVID-19. Ademais, deve-se analisar a atuação da Atenção Primária à Saúde (APS) neste momento, uma vez que é definida como porta de entrada do SUS, a principal provedora da atenção e coordenadora do cuidado (AFFONSO et al., 2021).

O enfrentamento à pandemia de COVID-19 exige uma APS forte e organizada, capaz de atuar na coordenação e comunicação do cuidado, principalmente a cerca de 80% dos casos leves e moderados, portanto, passíveis de cuidados em domicílio, de forma a diminuir o quantitativo de pessoas encaminhadas aos prontos-socorros e hospitais. As estratégias de prevenção à COVID-19 devem ser reforçadas principalmente pelas Equipes de Saúde da Família (eSF), sem deixar de manter as ações de promoção e recuperação, que garantem o cuidado longitudinal dos usuários assistidos (DUNLOP et al., 2020).

A cobertura da AB e da modalidade Estratégia Saúde da Família (ESF) na cobertura da cidade de Belém é de 22% e isso traz à tona a carência dessa estratégia, fundamental à organização da AB, antes mesmo da pandemia. (BRASIL, 2020c).

Tanto a elaboração como a execução de um plano de controle pela APS, frente a essa doença, se deu de forma desarticulada entre município e estado, uma vez que a baixa cobertura de AB já se constitui em fator determinante para o agravamento epidemiológico da COVID-19 em Belém, não bastasse a subutilização das unidades de saúde pelo município. Subutilizou-se, também, o papel dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no processo de territorialização, primordial para acompanhamento dos pacientes que tiveram alta hospitalar da COVID-19 (AFFONSO et al., 2021).

No caso dos hospitais, as ações de enfrentamento à COVID-19 podem variar conforme a gravidade dos pacientes, o perfil assistencial do hospital e a epidemiologia local da doença,

fatores estes que determinam posteriormente a fase de recuperação dos pacientes. As ações devem ser dinâmicas e adaptativas na qual, o sucesso no processo de gestão hospitalar desse quadro de emergência de saúde pública demanda oferta de cobertura assistencial com foco na avaliação, prevenção e tratamento dos casos diagnosticados. Portanto, o enfrentamento da pandemia de COVID-19 remete a um contexto ainda permeado de desafios e que demanda o planejamento de políticas e práticas gerenciais eficazes para a provisão de condições estruturais para o cuidado em saúde nos cenários hospitalares (SANTOS et al., 2020).

Há a necessidade de se conhecer as especificidades da região amazônica no tocante ao perfil epidemiológico da pandemia de COVID-19, por se constituir em um dos maiores biomas do planeta em expressão de diversidade, também quanto às populações que a habitam (populações tradicionais, indígenas, pescadores artesanais, quilombolas, ribeirinhos, seringueiros, quebradeiras de castanha e coletadores de sementes, ervas e seivas vegetais, dentre outros), bem como suas características territoriais, que requerem ações no campo da saúde coerentes e amparadas no conhecimento de suas peculiaridades (SOUZA FILHO et al., 2022).

Associados às particularidades do território, os povos amazônicos apresentam modos de vida específicos e permanecem, muitas vezes, isolados dos recursos em saúde. No campo epidemiológico, a alta incidência das chamadas Doenças Tropicais Negligenciadas (DTN) convive com as chamadas doenças da civilização, tais como sofrimento psíquico, doenças cardiovasculares e câncer. Em uma dinâmica circular, a pobreza e o acesso limitado à água limpa e ao saneamento contribuem para a propagação das doenças, enquanto os próprios agravos perpetuam a condição de miséria e de desigualdade nas áreas endêmicas. Mais do que um problema para a saúde, as doenças negligenciadas configuram um entrave ao desenvolvimento humano e econômico das nações, assim como se constitui um desafio para a atenção à saúde. (SOUZA FILHO et al., 2021).

Destaca-se aspectos importantes quanto aos avanços e desafios da AB no contexto amazônico no contexto da pandemia, por exemplo a implantação da telemedicina, que é uma alternativa para a melhor distribuição dos serviços de saúde e facilitou a prestação de cuidados pelas equipes de saúde da ESF na região amazônica e possibilitou acompanhamento contínuo dos pacientes; possibilitou acesso à informação, assistência médica e palestras sobre prevenção em saúde básica à população em geral (ALMEIDA, 2020).

Outra estratégia importante foi a criação do Programa Mais Médicos, cujos resultados destacam-se: a presença de profissionais médicos em tempo integral nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e diminuição da rotatividade destes, o que sempre foi presente nestas regiões; o aumento da produção de atendimentos pelas equipes; diminuição da procura pelas urgências e emergências em hospitais; incremento de consultas e procedimentos; aumento na realização de ações de prevenção e promoção da saúde, bem como de atividades coletivas; maior interação com o território; aumento na proporção de nascidos vivos de mães por consultas de pré-natal; e tendência de queda na taxa de mortalidade infantil a partir de 2014 (ALMEIDA et al., 2020).

Como desafios destacam-se a baixa capacidade gestora, dificuldade em definir prioridades para a saúde, inexistência ou incipiência de ações intersetoriais, limitação na autonomia financeira e uma base de apoio político precária; limitada formação técnica dos gestores e de suas equipes, com carência de aperfeiçoamento profissional; quadro técnico dos profissionais da rede de serviços insuficiente em número e em qualificação para efetuar uma gerência qualificada de serviços de atenção primária à saúde; baixa disponibilidade de insumos; falta de integração entre a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) com os demais níveis de atenção à saúde; deficiências nas dimensões acesso, vínculo, sistema de referência e contra referência, e abordagem familiar e comunitária. Baixo nível econômico e educacional da população; acesso limitado à zona urbana; problemas de saúde são solucionados na maior parte das vezes pelo uso de medicamentos alopáticos; limitações geográficas constituem barreiras de acesso aos serviços de saúde (ALMEIDA et al., 2020).

Além disso, apontou-se o uso limitado de protocolos e de estratégias para planejamento e programação baseados em critérios de risco e vulnerabilidade; carência na formação teórica sobre educação em saúde; deficiências nas dimensões de vínculo, sistema de referência e contrarreferência e, abordagem familiar e comunitária; organização fragmentária do cuidado, com processo de trabalho organizado a partir dos programas ministeriais (ALMEIDA et al., 2020).

Vale salientar, ainda, que os estudos encontrados também não apresentaram reflexões em torno da agenda política que permeia o tema, nem problematizaram as ações, programas e políticas instituídas para esta região no contexto da AB ao longo do tempo. Tal lacuna de conhecimento se mostra preocupante, visto que possivelmente contribui com a invisibilidade das dificuldades vivenciadas na região, ao mesmo tempo em que se apresentam como reflexo da

histórica distribuição de investimentos para produção científica, ainda concentrada no eixo sudeste do país. Além disso, obstaculiza a construção e/ou fortalecimento de centros de pesquisa na região e, conseqüentemente, reflete a baixa produção sobre assuntos específicos acerca dessa temática (ALMEIDA et al., 2020).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa, do tipo transversal, descritivo e analítica. A pesquisa quantitativa é aquela em que se coletam e analisam dados quantitativos sobre variáveis. Dessa forma, este tipo de pesquisa é capaz de identificar a natureza profunda das realidades, seu sistema de relações, sua estrutura dinâmica. Ela também pode determinar a força de associação ou correlação entre variáveis, a generalização e objetivação dos resultados através de uma mostra que faz inferência a uma população. Além disso, pode fazer inferências causais que explicam por que as coisas acontecem ou não de uma forma determinada (ESPERÓN, 2017).

Já a abordagem transversal é um tipo de estudo observacional em que o pesquisador não interage com a população amostral de modo direto senão por análise e avaliação conseguidas através da observação. Essa amostra de pessoas geralmente se difere na maioria de suas características (sexo, idade, geolocalização) e compartilham apenas o fator que está sendo estudado (LAKATOS; MARCONI, 2017).

3.2 LOCAL DE ESTUDO E PERÍODO DE COLETA DE DADOS

Por se tratar de um estudo nacional que agrega 10 hospitais universitários que fazem parte da rede EBSEH referência terciária em atendimento a COVID-19. Foi selecionado no estado do Pará, município de Belém, o Hospital Universitário João de Barros de Barreto (HUJBB), o qual é uma unidade de assistência, ensino e pesquisa e faz parte do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Pará (UFPA) que atende gratuitamente a população, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS).

O HUJBB completou no ano de 2020, de acordo com pesquisadores do Instituto Histórico e Geográfico do Pará, no dia 9 de setembro de 1895, o Governo do Pará comprou o terreno da instituição com a finalidade de construir um hospital de isolamento, seguindo um projeto do governador Lauro Sodré. A inauguração da obra aconteceu em 29 de abril de 1900 e seu nome homenageou o médico brasileiro Domingos Freire e seus estudos sobre a febre amarela.

Anos mais tarde, foram construídos também mais três hospitais de isolamento e o Sanatório de Belém, visando ampliar o atendimento principalmente aos pacientes com tuberculose e lepra (como era chamada a hanseníase na época), e na década de 60, o surgimento das patologias e infecções tropicais demandaram outras mudanças no espaço, dando continuidade ao processo de aperfeiçoamento dos prédios.

Na área de assistência, o hospital, é referência no atendimento em infectologia, pneumologia, tuberculose, referência nacional em Aids, cirurgia digestiva, torácica, endocrinologia, geriatria e Fibrose Cística. Ademais, oferece consultas e internação em diversas outras especialidades, como Clínica Médica, Pediatria, Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Cardiologia, Gastroenterologia, Neurologia e Urologia. Em 2020, com o advento da Pandemia da COVID-19, o hospital passou a receber pacientes para o tratamento dessa patologia, tornando-se assim um dos hospitais referenciados (EBSERH, 2020).

O Hospital dispõe também de um Centro de Diagnósticos, que realiza exames laboratoriais, diagnóstico por rádio imagem, provas de funções respiratórias, exames endoscópicos, métodos gráficos e reabilitação através de fisioterapia e terapia ocupacional. Além disso, possui uma Unidade de Diagnóstico de Meningite e é credenciado como Unidade de Alta Complexidade em Oncologia, com serviços de Oncologia Clínica e Radioterapia, que funcionam em ambulatório anexo ao hospital (REBRATS, 2015).

Durante a pandemia do Novo coronavírus, o HUIBB foi credenciado pela Secretaria Municipal de Saúde do município de Belém (Sesma) e, passou a atender pacientes infectados sendo destinados 21 leitos nas clínicas (Doenças Infecto Parasitárias - DIP COVID) e, implantado um centro de terapia intensiva específico com 10 leitos. Esses pacientes eram admitidos após cadastro na central de regulação. Esse atendimento teve início em abril de 2020 finalizando em junho de 2021.

O período de coleta de dados ocorreu a partir do dia 11 de maio a 31 de dezembro de 2021.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Os participantes da pesquisa foram pacientes e/ou cuidadores que tiveram alta hospitalar para o domicílio.

Por se tratar de um estudo multicêntrico foram seguidos alguns passos: inicialmente a amostra da pesquisa foi definida de maneira intencional, considerando uma amostra de conveniência de cerca de 10% do número de altas mensais que ocorreram durante o período de março a setembro de 2020 nos hospitais universitários, resultando em uma estimativa de 85 pacientes em cada hospital participante, considerando o quantitativo de internações.

Posteriormente, procedeu-se ao seguinte cálculo amostral a fim de estimar uma média sendo calculado com base na margem de erro absoluta. Dessa forma, para o cálculo do tamanho de amostra foi utilizado o programa Winpepi, versão 11.65. Considerando nível de confiança de 95%, margem de erro de 4 pontos e desvio padrão de 17,1 como é referido em Weber (2018), chegou-se ao tamanho de amostra de 73 pacientes procedendo a uma margem de segurança de 85 pacientes e/ou cuidadores.

Foi então, solicitada ao hospital e disponibilizada uma lista de pacientes mensalmente para que assim procede-se a confecção do banco de dados, levando-se em conta os critérios de inclusão do estudo.

No decorrer da pesquisa houve diminuição dos leitos para o recebimento de pacientes infectados até o descredenciamento do hospital pela Sesma, conseqüentemente, havendo diminuição até a extinção do atendimento resultando na diminuição da amostra.

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

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Os critérios de inclusão foram: idade ≥ 18 anos; diagnóstico de COVID-19; cuidador ou responsável pelo cuidado no domicílio ter fluência no idioma português do Brasil; período mínimo de 72 horas de internação no hospital antes da administração do questionário, por se considerar um período razoável para o paciente conhecer a instituição e responder aos itens do questionário; alta hospitalar entre 7 e 30 dias.

3.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Os critérios de exclusão foram: menores de < 18 anos; pacientes sem capacidade para consentir em participar da pesquisa (por exemplo, devido a alterações neurológicas, psiquiátricas, doença avançada ou em uso de sedação). Pacientes que, apesar de consentir em participar da pesquisa, estivessem muito debilitados ou angustiados (por exemplo, por dificuldade respiratória, dor ou pós-operatório imediato); alta hospitalar acima de 31 dias. Não conseguisse responder completamente o instrumento por qualquer motivo.

3.6 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS

A ordem de abordagem aos pacientes foi aleatória, com base na lista mensal de altas do serviço, entrando-se em contato com cada paciente em ordem crescente, iniciando pelo próximo paciente da lista. Caso necessário, após o término da lista mensal, foi possível reiniciar a mesma a partir das lacunas que não foram coletadas, seguindo este processo até que a amostra estimada fosse alcançada.

A coleta de dados ocorreu em todos os dias da semana (exceto aos domingos) em horário integral, respeitando a ordem dos nomes e contatos dispostos. Por telefone, entrou-se em contato com o paciente e/ou em caso de qualquer impossibilidade o seu cuidador. Foi feita a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e posteriormente a aplicação do instrumento da pesquisa.

Para ter maior adesão nas entrevistas, algumas estratégias foram implementadas pelo pesquisador, como a identificação funcional como enfermeiro assistente do HUIBB, a viabilidade de agendamento de consultas médicas via *WhatsApp* e, a tentativa de mais de 3 ligações para o paciente.

A primeira parte do questionário para coleta de dados continha variáveis relacionadas à caracterização dos participantes. Na sequência, foi utilizado o questionário validado no Brasil CTM-15 (ANEXO A).

As questões do instrumento são do tipo *Likert*, com cinco opções: Discordo muito (1 ponto); Discordo (2 pontos); Concordo (3 pontos); Concordo muito (4 pontos). A quinta opção no entanto, Não sei/não me lembro/não se aplica (0 pontos), não entra na contagem do escore,

sendo analisada separadamente. O escore obtido deve ser transformado, então, em uma escala linear que varia de zero a 100, em que quanto maiores os valores, mais estruturados são os fluxos de transição do cuidado, por meio da fórmula: $[(\text{escore}-1)/3]*100$ (ARBAJE et al., 2010; COLEMAN et al., 2004; DEDHIA et al., 2009; HUNG et al., 2013).

3.7 ANÁLISE DE DADOS

Os dados coletados foram tabulados no programa Microsoft Office Excel® 2016, conferidos na totalidade por outro pesquisador para assegurar a correta inserção das respostas e analisados pelo SPSS.

As variáveis categóricas foram representadas pela frequência absoluta e relativa. As variáveis quantitativas foram representadas por média e desvio-padrão, pela mediana e intervalo interquartilico (mediana [25; P75]) e mínimo e máximo.

Foi realizado para os escores do CTM, inicialmente, o teste de normalidade de *Shapiro-Wilk*. Tendo essas distribuições assimétricas optou-se pelo uso de testes não paramétricos. Também é recomendado esses testes quando uma das categorias da variável tiver tamanho (n) menor que 12 sujeitos. Foi realizado a correlação de *Spearman* para verificar o grau de relação entre as variáveis quantitativas e os escores dos fatores do CTQ-15 e, os testes estatísticos não paramétricos *Mann-Whitney e Kruskal Wallis* dados com distribuição normal de dois grupos

Segundo Callegari-Jacques, S.M. (2005) quando significativa a intensidade da correlação pode ser classificada como: fraca de 0 a 0,4; regular de 0,4 a 0,6; forte de 0,6 a 0,9 e muito forte de 0,9 a 1,0. O nível de significância adotado foi de 0,05. As análises foram realizadas no *software Statistical Package for the Social Sciences®* (SPSS) versão 25.

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo foi submetido para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), por meio da Plataforma Brasil, respeitando as recomendações da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que aprova diretrizes e normas reguladoras de pesquisa envolvendo os seres humanos. A resolução tem por objetivo assegurar os direitos e os deveres dos participantes da pesquisa, da comunidade científica e do Estado, por meio da incorporação dos referenciais da bioética voltados à autonomia, equidade, justiça e não

maleficência (BRASIL, 2012). Tal estudo será vertente da pesquisa multicêntrica já aprovada pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) CAAE: 389112820.3.2009.0018. (ANEXO B) e da Universidade Federal do Pará sob Parecer N° 4.464.829 (ANEXO C).

Os participantes do estudo foram orientados sobre os objetivos, método, potenciais riscos ou incômodos que sua participação possa lhes acarretar, como também será prestada toda a assistência necessária. Para a etapa de coleta de dados on-line, a concordância em participar do estudo se deu por meio do aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) no formato eletrônico, confirmando sua participação em “aceito participar da pesquisa”, disponibilizado por meio da ferramenta do *Google forms*®, em consonância com a Resolução nº 510 de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde, que apresenta as recomendações para as pesquisas em saúde realizadas on-line (BRASIL, 2016).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo serão apresentados os resultados dessa pesquisa em forma de manuscritos, o que possibilita a melhor análise dos dados sobre a funcionalidade, qualidade de vida e suporte social. Os manuscritos estão apresentados de acordo com as normas dos periódicos aos quais estão e/ou serão submetidos, com adaptações para atender as normas de apresentação da tese, conforme disposto no livro de normas para apresentação da produção científica na Universidade Federal do Pará.

Manuscrito 1 - Cuidado transicional de pacientes pós-COVID-19: da alta hospitalar para o domicílio (Submetido na Revista EEUSP) (comprovante de submissão (Anexo E))

Pré-print publicado na Scielo (Anexo D): Cuidado transicional de pacientes pós-COVID-19: da alta hospitalar para o domicílio Fabianne Sousa, Diego João de Lima Arrais, Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa, Fernando Riegel, Carlos Leonardo Figueiredo da Cunha, Andressa Parente, Cintia Yolette Urbano Pauxis Aben-Athar, Aline Maria Cruz Ramos. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.4152>

Manuscrito 2 - Transição do cuidado de pacientes pós-COVID-19: perfil sociodemográfico, clínico e fatores associados (Submetido na Revista Anna Nery)

Pré-print publicado na Scielo (Anexo F): Transição do cuidado de pacientes pós-Covid-19: perfil sociodemográfico, clínico e fatores associados Diego Joao de Lima Arrais, Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa, Carlos Leonardo Figueiredo da Cunha, Mateus Cunha Gomes, Fernando Riegel, Andressa Tavares Parente, Diego Pereira Rodrigues, Cintia Yolette Urbano Pauxis Aben-Athar, Aline Maria Cruz Ramos, Fabianne Sousa. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.4216>

Manuscrito 1 - Cuidado transicional de pacientes pós-COVID-19: da alta hospitalar para o domicílio

RESUMO

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

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

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

INTRODUÇÃO

Em meados de dezembro de 2019, a população mundial foi surpreendida com uma nova doença respiratória, identificada inicialmente no mercado público de Wuhan na China. A doença chamada de COVID-19 (*Coronavirus Disease 2019*) se disseminou exponencialmente entre milhões de pessoas nos cinco continentes revelando as características de alta transcendência, o que levou o planeta a rever seus acordos de ajuda e biossegurança⁽¹⁾. A COVID-19 apresenta manifestações sistêmicas graves como sintomas respiratórios, visto que o vírus infecta facilmente as células pulmonares. Entretanto, através de estudos epidemiológicos e clínicos da doença, podem ser identificados sinais e sintomas semelhantes a outros vírus, dentre os quais: mialgia, hipertermia, fadiga e perda de apetite⁽²⁾.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

MÉTODO

Tipo do estudo

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

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

População

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

Local do estudo

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

Critérios de seleção

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

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

Definição da amostra

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

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

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

Coleta de dados

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

No instrumento original do CTM-15, não possui um ponto de corte para definir o nível de satisfação, apenas o estabelecimento de que valores mais baixos indicam um menor nível de

satisfação e os mais altos um maior nível de satisfação com a continuidade do cuidado. Entretanto, para calcular o valor geral da pesquisa, os autores aconselham medir as respostas e passá-las para uma escala de 0 a 100, conseqüentemente, valores acima de 51 indicariam um nível aceitável de satisfação⁽¹⁰⁾.

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

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

Análise e tratamento dos dados

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

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

Aspectos éticos

O estudo seguiu as recomendações da Resolução nº 466/2012 e nº510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Em se tratando de uma vertente da pesquisa multicêntrica aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina e da Universidade

Federal do Pará sob Pareceres N° 4.347.463 e 4.464.829 em outubro e dezembro de 2020, respectivamente. Tendo a coleta de dados realizada por meio telefônico, o consentimento foi gravado e uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) enviada aos participantes através de mensagem eletrônica.

RESULTADOS

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

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

Variáveis categóricas	n	%	p valor
Quem respondeu a entrevista?			0,0322*
Paciente	41	83,7	
Cuidador	8	16,3	
Sexo			0,000*
Masculino	29	59,2	
Feminino	20	40,8	
Faixa etária			0,000*
21-29 anos	7	14,2	
30-39 anos	5	10,2	
40-49 anos	9	18,3	
50-59 anos	12	24,4	
60-69 anos	11	22,4	
≥ 70 anos	5	10,2	
Média de idade ($\pm DP$)	50,4 anos ($\pm 16,1$)		
(Escolaridade) (em anos)			$<0,005^*$
0 - 1	4	8,2	
4 - 9	21	42,9	
≥ 10	24	49,0	

Comorbidades			
Doença respiratória crônica	4	8,2	<0,040**
Hipertensão Arterial Sistêmica	16	32,7	<0,585**
Doenças Cardiovasculares	3	6,1	<0,026**
Diabetes Mellitus	11	20,4	<0,023**
Doenças Renais	3	6,1	<0,085**
Obesidade	6	12,2	<0,026**
Câncer	6	12,2	<0,013**

Fonte: dados da pesquisa

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

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

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

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

Fonte: dados da pesquisa

A análise quanto a distribuição das respostas dos entrevistados em cada item do instrumento, oferece melhor entendimento sobre os itens “não sei/não me lembro/não se aplica”,

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

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

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

Fonte: dados da pesquisa

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

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

	CTM - Escore Fator 1	CTM - Escore Fator 2	CTM - Escore Fator 3	CTM - Escore Fator 4
	$rs^* (P)^+$	$rs^* (P)^+$	$rs^* (P)^+$	$rs^* (P)^+$
Total de Dias de internação	0,368 (0,009)	0,399 (0,007)	0,254 (0,078)	0,389 (0,006)
Total de dias internado em UTI	0,108 (0,471)	0,064 (0,683)	0,400 (0,005)	0,059 (0,693)
Faixa etária	0,016 (0,912)	0,054 (0,724)	-0,038 (0,794)	0,030 (0,835)

Fonte: dados da pesquisa

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

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

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

Item	Fator	CTM-15	Média	(\pm DP)
1	3	Antes de sair do hospital, eu e a equipe de saúde concordamos sobre objetivos para minha saúde e como eles seriam alcançados	86,2	(\pm 14,49)

2	3	A equipe do hospital considerou as minhas preferências e as da minha família ou cuidador para decidir quais seriam as minhas necessidades de saúde para depois que eu saísse do hospital	86,2	(±14,49)
3	3	A equipe do hospital considerou as minhas preferências e as da minha família ou cuidador para decidir onde as minhas necessidades de saúde seriam atendidas depois que eu saísse do hospital	87,2	(±14,54)
4	1	Quando eu saí do hospital, eu tive todas as informações que precisava para que eu pudesse cuidar de mim mesmo	86,7	(±16,22)
5	1	Quando eu saí do hospital, eu entendi claramente como cuidar da minha saúde	88,0	(±16,30)
6	1	Quando eu saí do hospital, eu entendi claramente os sinais de alerta e os sintomas que eu deveria observar para monitorar a minha condição de saúde	84,6	(±15,15)
7	4	Quando eu saí do hospital, eu recebi um plano escrito, legível e de fácil compreensão, que descrevia como todas as minhas necessidades de saúde seriam atendidas	84,6	(±15,99)
8	1	Quando eu saí do hospital, eu compreendi bem minha condição de saúde e o que poderia melhorá-la ou piorá-la	89,2	(±14,43)
9	1	Quando eu saí do hospital, eu compreendi bem o que era de minha responsabilidade para cuidar da minha saúde	86,7	(±13,60)
10	1	Quando eu saí do hospital, eu me senti seguro de que eu sabia o que fazer para cuidar da minha saúde	86,2	(±14,49)
11	1	Quando eu saí do hospital, eu me senti seguro de que conseguiria fazer as coisas necessárias para cuidar da minha saúde	87,2	(±14,54)

12	4	Quando eu saí do hospital, eu recebi uma lista por escrito, legível e de fácil compreensão, das consultas ou exames que eu precisava realizar dentro das próximas semanas	88,3	(±15,51)
13	2	Quando eu saí do hospital, eu entendi claramente o motivo de tomar cada um dos meus medicamentos	90,5	(±12,26)
14	2	Quando eu saí do hospital, eu entendi claramente como tomar cada um dos meus medicamentos, inclusive a quantidade e os horários	92,2	(±11,70)
15	2	Quando saí do hospital, eu entendi claramente os possíveis efeitos colaterais de cada um dos meus medicamentos	87,2	(±16,53)

Fonte: dados da pesquisa

DISCUSSÃO

Este estudo permitiu analisar a qualidade da transição do cuidado do hospital para o domicílio, na perspectiva dos pacientes recuperados de COVID-19 e/ou seus cuidadores. Os resultados de um modo geral vão ao encontro de pesquisas nacionais^(5,9) e internacionais⁽¹¹⁻¹²⁾ sobre a qualidade da transição do cuidado.

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

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

A comorbidade mais prevalente entre os entrevistados foi a hipertensão arterial sistêmica indo ao encontro de estudo realizado com cuidadores de um hospital universitário em Porto

Alegre, na região Sul do Brasil⁽⁹⁾. O tempo de médio de internação foi alto (29 dias) devido o processo infeccioso da COVID-19, entretanto quando comparado com outro estudo que constatou tempo médio de 40 dias de internação⁽¹²⁾. Nesse sentido, devido a imunossenescência e distúrbios metabólicos tem maior probabilidade de evoluir para deficiências multissistêmicas no organismo⁽¹²⁾.

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

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

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

Quanto ao Fator 4 relacionado ao “Plano de cuidado” apesar de ter obtido média alta foi identificado com o menor escore mostrando a importância de melhorar a qualidade do plano de

transição do cuidado, especialmente em pacientes recuperados da COVID-19. Ademais, pode apontar a existência de problemas na articulação entre os serviços na rede de atenção à saúde (RAS), especialmente quanto a encaminhamentos e/ou acompanhamento do problema de saúde quando se encontram na comunidade, gerando a fragmentação dos cuidados após a alta hospitalar⁽¹⁵⁾.

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

Nesse contexto, a aplicação do processo de enfermagem (PE) pelo enfermeiro como instrumento metodológico com cinco passos (observação, exame físico, entrevista, diagnóstico e plano de cuidados)⁽¹⁶⁾ que norteia e orienta a assistência e a documentação da prática do cuidado ao paciente qualifica o plano de cuidados e as orientações na alta hospitalar.

O Fator 1 relacionado a “Preparação para autogerenciamento”, referente ao item 8 (Quando eu saí do hospital, eu compreendi bem minha condição de saúde e o que poderia melhorá-la ou piorá-la) foi identificado com a média de resposta mais alta entre todos os fatores. A comunicação entre os profissionais de saúde e os pacientes é extremamente importante e, aprimora os cuidados diários após a alta hospitalar. O enfermeiro, como um dos profissionais de saúde, ao permitir um ambiente passível para a exposição de problemas e dúvidas sobre o gerenciamento do autocuidado, pode facilitar a compreensão das orientações e, assim, proporcionar maior adesão aos cuidados e ao tratamento no domicílio⁽¹⁴⁾.

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

Houve associação de fraca a moderada entre os dias de internação (total e UTI) e a qualidade de transição do cuidado. Esse resultado reflete que a hospitalização, apesar de ser um momento tenso e delicado, reflete confiança entre profissionais, pacientes e cuidadores⁽¹⁷⁾.

Estudo⁽¹⁸⁾ realizado com idosos para avaliar a qualidade do cuidado de transição evidenciou que quanto maior tempo de hospitalização melhor a transição do cuidado da alta para o domicílio, fato que pode ser explicado pois os pacientes e/ou cuidadores se beneficiariam de orientações que promovem o autocuidado fornecidas pelos profissionais de saúde durante seu tempo de internação.

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

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

CONCLUSÃO

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

Novos estudos são necessários para melhor compreender a qualidade da transição do cuidado do paciente recuperado de COVID-19 e cuidadores da alta hospitalar para o domicílio poderá contribuir com a implantação e implementação de programas de transição entre a área hospitalar e a RAS, especialmente na região norte do Brasil que busca ampliar a qualidade da assistência prestada aos diferentes serviços que compõem a RAS, com vistas a reduzir taxas de reinternações e complicações após alta hospitalar.

MATERIAL SUPLEMENTAR:

Material disponível em: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.4152>

REFERÊNCIAS

1. Simpson N, Milnes S, Steinfors D. Don't forget shared decision-making in the COVID-19 crisis. *Intern Med J*. 2020;50(6):761-63. doi: <https://doi.org/10.1111/imj.14862>
2. McMichael TM, Clark S, Pogojans S, Kay M, Lewis J, Baer A, et al. COVID-19 in a Long-Term Care Facility - King County, Washington, February 27-March 9, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2020; 27;69(12):339-42. doi: <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6912e1>
3. Utzumi FC, Lacerda MR, Bernardino E, Gomes IM, Aued GK, Sousa SM. Continuity of care and the symbolic interactionism: a possible understanding. *Texto Contexto Enferm*. 2018;27(2):e4250016. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180004250016>
4. Berenguer-García N, Roldán-Chicano MT, Rodríguez-Tello J, García-López MM, Dávila-Martínez R, Bueno-García MJ. Validación del cuestionario CTM-3-modificado sobre satisfacción con la continuidad de cuidados: un estudio de cohortes. *Aquichan*. 2018; 18(1): 9-19. doi: <https://doi.org/10.5294/aqui.2018.18.1.2>
5. Cechinel-Peiter C, Lanzoni GMM, Mello ALSF, Acosta AM, Pina JC, Andrade SR, et al. Qualidade do cuidado de transição de crianças com doenças crônicas: um estudo transversal. *Rev Esc Enferm USP*. 2022;56:e20210535. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0535>
6. Gallo VCL, Khalaf DK, Hammerschmidt KS de A, Santiago ML, Vendruscolo C. Estratégias de transição para alta hospitalar utilizadas por enfermeiros: revisão integrativa. *Revista EnfermagemUFES*, 2021;11:e79. doi: <https://doi.org/10.5902/2179769264383>
7. Vandembroucke JP, Von Elm E, Altman DG, Gøtzsche PC, Mulrow CD, Pocock SJ, et al. STROBE Initiative. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE): explanation and elaboration. *Int J Surg*. 2014;12(12):1500-24. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2014.07.014>
8. Callegari-Jaques SM. *Bioestatística: princípios e aplicações*. 2ª reimpressão. Porto Alegre: Artmed, 2005
9. Acosta AM, Lima MADS, Marques GQ, Levandovski LAF, Weber LAF. Versão brasileira do Care Transitions Measure: tradução e validação. *Int Enfermeiras Rev*. 2017; 64 (3): 379-87. doi: <https://doi.org/10.1111/inr.12326>

10. Coleman EA, Mahoney E, Parry C. Assessing the quality of preparation for posthospital care from the patient's perspective: the Care Transitions Measure. *Med Care*. 2005;43(3):246-55. doi: <https://doi.org/10.1097/00005650-200503000-00007>
11. O'Donnell R, Savaglio M, Skouteris H, Banaszak-Holl J, Moranl C, Morris H, Vicary D, Ayton D. The Effectiveness of Transition Interventions to Support Older Patients from Hospital to Home: A Systematic Scoping Review. *J Appl Gerontol*. 2021;40(11):1628-36. doi: <https://doi.org/10.1177/0733464820968712>
12. Perrotta F, Corbi G, Mazzeo G, Boccia M, Aronne L, D'Agnano V, et al. COVID-19 and the elderly: insights into pathogenesis and clinical decision-making. *Aging Clin Exp Res*. 2020;32(8):1599-08. doi: <https://doi.org/10.1007/s40520-020-01631-y>
13. Coutinho LSB, Tomasi E. Déficit de autocuidado em idosos: características, fatores associados e recomendações às equipes de Estratégia Saúde da família. *Interface-Comunicação, Saude e Educação*, 2020; 24 (suppl 1). doi: <https://doi.org/10.1590/Interface.190578>
14. Weber LAF, Lima MADS, Acosta AM. Quality of care transition and its association with hospital readmission. *Aquichan*. 2019;19(4): e1945. doi: <https://doi.org/10.5294/aqui.2019.19.4.5>
15. Bonetti AF, Bagatim BQ, Mendes AM, Rotta I, Reis RC, Fávero MLD. Impact of discharge medication counseling in the cardiology unit of a tertiary hospital in Brazil: a randomized controlled trial. *Clinics*. 2018;73:e325. doi: <https://doi.org/10.6061/clinics/2018/e325>
16. Horta W de A. Enfermagem: Teorias, conceitos, princípios e processo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 1974; 8(1):7-17. doi: <https://doi.org/10.1590/0080-6234197400800100007>
17. Silva-Rodrigues FM, Bernardo CCG, Alvarenga WA, Janzen DC, Nascimento LC. Transitional care to home in the perspective of parents of children with leukemia. *Rev Gaúcha Enferm*. 2019;40: e20180238. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180238>
18. McLeod J, Stolee P, Walker J, Heckman G. Measuring care transition quality for older patients with musculoskeletal disorders. *Musculoskeletal Care*. 2014;12(1):13-21. doi: <https://doi.org/10.1002/msc.1043>

Manuscrito 2 -Transição do cuidado de pacientes pós-COVID-19: perfil sociodemográfico, clínico e fatores associados

Resumo

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

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

INTRODUÇÃO

A transição do cuidado (TC) é definida como um conjunto de ações destinadas a assegurar a continuidade e a coordenação do cuidado a pacientes, transferidos entre diferentes serviços ou níveis de atenção à saúde. É constituída por estratégias tais como: planejamento da alta, planejamento antecipado do cuidado, educação do paciente e promoção do autogerenciamento, segurança no uso de medicações, comunicação completa de informações e acompanhamento ambulatorial do paciente (Coleman,2003). (A TC tem sido foco de pesquisas na Europa, especialmente em países como Portugal e Espanha, nos quais estão sendo desenvolvidas pesquisas sobre transição do cuidado do profissional de saúde com ênfase no trabalho do enfermeiro. (Aued, 2019).

No Brasil, a temática é insipiente, pois são escassos os estudos que abordam a transição do cuidado em contexto pandêmicos e não pandêmicos. Evidenciou-se um estudo nacional que abordou as atividades realizadas pelos enfermeiros na transição do cuidado ao paciente com alta hospitalar, destacando-se as atividades focadas nas orientações de alta do paciente, planejamento da alta pela equipe multiprofissional, plano de alta por escrito, articulação entre os serviços e contrarreferência do paciente poderiam ser mais desenvolvidos pelos profissionais (Acosta,2018). Nessa direção, pode-se afirmar que a transição de cuidados é um processo em construção e adaptação necessitando de investigação, sobretudo, em países latino-americanos como o Brasil (Weber, 2017).

A COVID-19, foi declarada uma pandemia pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 11 de março de 2020. Embora as características clínicas e os resultados de curto prazo de pacientes hospitalizados com COVID-19 estejam relativamente bem descritos na literatura mundial, os pacientes que recebem alta hospitalar geralmente precisam de acompanhamento para novas condições diagnosticadas durante a admissão e no monitoramento do plano de cuidados para a alta hospitalar planejado pela equipe multiprofissional. (Richardson 2020; Wang 2020). À luz da prescrição contínua de isolamento, da falta de serviços de saúde presenciais e agendas clínicas reduzidas, os pacientes com COVID-19 representam um contingente de usuários de preocupação no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), pois podem apresentar necessidades singulares após a alta hospitalar (Leah, 2021).

Devido às circunstâncias de efetivação de uma transição de cuidados de qualidade durante a pandemia, os serviços de saúde pós-alta devem se adaptar às necessidades e limitações específicas identificadas para o atendimento de pacientes com COVID-19 (Leah, 2021). Frente ao exposto, a questão norteadora deste estudo foi: qual o perfil sociodemográfico, clínico e fatores associados que poderão interferir na transição de cuidados pós alta hospitalar e exigir cuidados especiais no domicílio e na rede de atenção à saúde? Assim, pouco se sabe sobre as necessidades de acompanhamento de saúde de pacientes hospitalizados com COVID-19 após a alta hospitalar.

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

MÉTODO

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

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

Como critérios de inclusão: pacientes com idade igual ou superior a 18 anos; diagnóstico de COVID-19; cuidador ou responsável pelo cuidado no domicílio, ter fluência no idioma português do Brasil; período mínimo de 72 horas de internação no hospital antes da administração do questionário, por se considerar um período razoável para o paciente conhecer a instituição e responder aos itens do questionário; alta hospitalar entre 7 e 30 dias.

Foram excluídos pacientes incapacitados para consentir a participação na pesquisa (por exemplo, devido a alterações neurológicas, psiquiátricas, doença avançada ou em uso de sedação). Pacientes que, aceitaram participar da pesquisa, mas sem condições de responder ao estudo em razão do quadro clínico (por dificuldade respiratória, dor ou pós-operatório imediato); alta hospitalar acima de 31 dias conforme recomendado pelos autores do instrumento.

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

Faz-se importante salientar que, no decorrer da pesquisa houve diminuição dos leitos para o recebimento de pacientes infectados até o descredenciamento do hospital pela Secretaria Municipal de Saúde do município de Belém, conseqüentemente, diminuição até a extinção do atendimento resultando na diminuição da amostra. Também houve óbitos de pacientes recuperados por alguma complicação inerente ao estudo, outros devido condição de saúde debilitada não conseguiram responder as questões do estudo, outros pela dificuldade de contato telefônico (acima de 5 ligações perdidas).

Para a coleta de dados foram utilizados três instrumentos: um questionário sociodemográfico com 05 questões (procedência, respondente, sexo, idade, grau de escolaridade), questionário clínico com 17 questões abordando sintomatologia da COVID-19, comorbidades e o uso da ventilação mecânica invasiva) e, o instrumento *Care Transitions Measure* (CTM-15) para avaliar a qualidade da transição do cuidado versão brasileira (Acosta, 2017). O CTM-15, é composto por 15 itens, com opções de resposta em escala Likert de 4 pontos (“Discordo totalmente =1”, “Discordo=2”, “Concordo=3”, “Concordo totalmente=4”, “Não sei/não lembro/não se aplica=0”). Dessa forma, quanto maior a pontuação, maior a qualidade da transição do cuidado. Os itens do instrumento estão organizados em quatro fatores: Fator 1- “Preparação da gestão em saúde” (itens 4 a 6 e 8 a 11); Fator 2- “Compreensão da medicação” (itens 13 a 15); Fator 3- “Preferências importantes” (itens 1 a 3); e Fator 4- “Plano de cuidados” (itens 7 e 12). O escore final do CTM-15 foi calculado por meio de uma fórmula com as médias dos escores encontrados, convertendo-os em uma escala linear de zero a 100 pontos, sendo o escore de cada indivíduo $EC = [E/3] * 100$, em que E é o escore original do indivíduo e EC é o escore padronizado, conforme recomendado pelos autores do instrumento.

O CTM-15, não possui um ponto de corte para definir o nível de satisfação, apenas o estabelecimento de que valores mais baixos indicam um menor nível de satisfação e os mais altos um maior nível de satisfação com a continuidade do cuidado. Entretanto, para calcular o valor geral da pesquisa, os autores aconselham medir as respostas e passá-las para uma escala de 0 a 100, conseqüentemente, valores acima de 51 indicariam um nível aceitável de satisfação (Coleman, 2015). Portanto, nesse estudo foram considerados valores superiores a 51 há um nível bom ou aceitável de satisfação, e para valores inferiores ou iguais a 50 haveria um baixo nível de satisfação.

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

Para análise estatística dos dados obtidos, as variáveis categóricas foram representadas pela frequência absoluta e relativa. As variáveis quantitativas foram representadas por média e desvio-padrão. Para os escores do CTM, foi realizado inicialmente, o teste de normalidade de *Shapiro-Wilk*. Tendo essas distribuições assimétricas optou-se pelo uso de testes não

paramétricos. Ademais, realizado a correlação de *Spearman* para verificar o grau de relação entre as variáveis quantitativas e os escores dos fatores do CTM-15 e, os testes estatísticos não paramétricos *Mann-Whitney e Kruskal Wallis* para os dados com distribuição normal de dois grupos. Foi adotado o nível de significância de 0,05.

O estudo seguiu as recomendações da Resolução nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Por se tratar de uma pesquisa multicêntrica, o estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina e da Universidade Federal do Pará, sob Pareceres Nº 4.347.463 e 4.464.829 em outubro e dezembro de 2020, respectivamente. Em razão da coleta de dados ter sido realizada através de contato telefônico, o consentimento foi gravado e uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) enviada aos participantes através de mensagem eletrônica (e-mail solicitado no momento da entrevista).

RESULTADOS

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

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

Variável	<i>f</i>	(%)	P valor
Sexo			0,000*
Masculino	29	59,2	
Feminino	20	40,8	
Idade (em anos)			0,000*
21 - 29	7	14,2	
30 - 39	5	10,2	
40 - 49	9	18,3	
50 - 59	12	24,4	
60 - 69	11	22,4	
≥ 70	5	10,2	
Média de idade (±DP)	50,4 anos (±16,1)		
Escolaridade (em anos)			<0,005*
0 - 1	4	8,2	
4 - 9	21	42,9	
≥ 10	24	49,0	
Procedência			<0,005*
Belém e RMB**	35	76,0	

Interior do estado	14	24,0	
Entrevistado			0,0322*
Paciente	41	83,7	
Cuidador	8	16,3	

*Teste de Kruskal-Wallis;

**RMB – Região metropolitana de Belém.

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

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

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

Variáveis	<i>f</i>	%
Febre		
Não	15	30,6
Sim	34	69,4
Fadiga		
Não	12	24,5
Sim	37	75,5
Dispnéia		
Não	10	20,4
Sim	39	79,6
Tosse		
Não	18	36,7
Sim	31	63,3
Perda de olfato e paladar		
Não	27	55,1
Sim	22	44,9
Cefaléia		
Não	20	40,8
Sim	29	59,2
Fraqueza muscular		
Não	19	38,8
Sim	30	61,2
Náuseas e/ou vômitos		
Não	34	69,4

Sim	15	30,6
Diarreia		
Não	30	61,2
Sim	19	38,8
Comorbidades		
Doença respiratória crônica		
Não	45	91,8
Sim	4	8,2
Hipertensão arterial sistêmica		
Não	33	67,3
Sim	16	32,7
Doenças cardiovasculares		
Não	46	93,9
Sim	3	6,1
Diabetes mellitus		
Não	39	79,6
Sim	10	20,4
Doenças renais		
Não	46	93,9
Sim	3	6,1
Obesidade		
Não	43	87,8
Sim	6	12,2
Câncer		
Não	43	87,8
Sim	6	12,2
Suporte ventilatório invasivo		
Não	45	91,8
Sim	4	8,2

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

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

Quanto aos itens que compõe o instrumento de avaliação da transição do cuidado, evidenciado na Tabela 3. Mostra a média e o desvio padrão obtidos para cada item do instrumento CTM-15. Os itens com maior pontuação foram o 13 e 14 que pertencem ao fator

“Compreensão da medicação”. A média com menor pontuação foi o item 7 pertencente ao fator “Plano de Cuidados”.

Tabela 3 - Distribuição das médias e desvio padrão (DP) por item do CTM-15. Belém, PA, Brasil, 2021.

Item	Fator	CTM-15	Média	(±DP)
1	3	Antes de sair do hospital, eu e a equipe de saúde concordamos sobre objetivos para minha saúde e como eles seriam alcançados	86,2	(±14,49)
2	3	A equipe do hospital considerou as minhas preferências e as da minha família ou cuidador para decidir quais seriam as minhas necessidades de saúde para depois que eu saísse do hospital	86,2	(±14,49)
3	3	A equipe do hospital considerou as minhas preferências e as da minha família ou cuidador para decidir onde as minhas necessidades de saúde seriam atendidas depois que eu saísse do hospital	87,2	(±14,54)
4	1	Quando eu saí do hospital, eu tive todas as informações que precisava para que eu pudesse cuidar de mim mesmo	86,7	(±16,22)
5	1	Quando eu saí do hospital, eu entendi claramente como cuidar da minha saúde	88,0	(±16,30)
6	1	Quando eu saí do hospital, eu entendi claramente os sinais de alerta e os sintomas que eu deveria observar para monitorar a minha condição de saúde	84,6	(±15,15)
7	4	Quando eu saí do hospital, eu recebi um plano escrito, legível e de fácil compreensão, que descrevia como todas as minhas necessidades de saúde seriam atendidas	84,6	(±15,99)
8	1	Quando eu saí do hospital, eu compreendi bem minha condição de saúde e o que poderia melhorá-la ou piorá-la	89,2	(±14,43)
9	1	Quando eu saí do hospital, eu compreendi bem o que era de minha responsabilidade para cuidar da minha saúde	86,7	(±13,60)
10	1	Quando eu saí do hospital, eu me senti seguro de que eu sabia o que fazer para cuidar da minha saúde	86,2	(±14,49)
11	1	Quando eu saí do hospital, eu me senti seguro de que conseguiria fazer as coisas necessárias para cuidar da minha saúde	87,2	(±14,54)
12	4	Quando eu saí do hospital, eu recebi uma lista por escrito, legível e de fácil compreensão, das consultas ou exames que eu precisava realizar dentro das próximas semanas	88,3	(±15,51)
13	2	Quando eu saí do hospital, eu entendi claramente o motivo de tomar cada um dos meus medicamentos	90,5	(±12,26)
14	2	Quando eu saí do hospital, eu entendi claramente como tomar cada um dos meus medicamentos, inclusive a quantidade e os horários	92,2	(±11,70)

15	2	Quando sai do hospital, eu entendi claramente os possíveis efeitos colaterais de cada um dos meus medicamentos	87,2	(±16,53)
----	---	--	------	----------

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Na Tabela 4 é apresentada a avaliação da associação por Fator do CTM-15 e as variáveis de interesse. Houve associação significativa entre Diabetes mellitus e Fator 1 (**0,023**), Obesidade e Fatores 1, 2, 3 e 4 (**0,002**, **0,007**, **0,026** e **0,037**, respectivamente) e Câncer e Fator 3 (**0,051**).

Tabela 4 - Associação entre os escores por fator do CTM-15 e as variáveis de interesse. Belém, PA, Brasil, 2021. (n=49)

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

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

*VMI – Ventilação mecânica invasiva;

**HAS – Hipertensão arterial sistêmica;

***** Teste de Mann-Whitney.

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

DISCUSSÃO

Nesse estudo, houve prevalência do sexo masculino e a faixa etária média foi de 50 anos. Resultados semelhantes aos encontrados em estudos nacionais e internacionais (Bufon 2022; Wang, 2020; Leah, 2021). Quanto à escolaridade, a média foi de 10 anos de instrução, esse resultado diverge de estudo realizado com pacientes internados em um hospital universitário em Porto Alegre que demonstrou grau de instrução até 09 anos dos entrevistados (Bufon, 2022). Em relação à procedência por se tratar de um hospital universitário localizado no mesmo município e a região metropolitana de Belém (RMB) os entrevistados, de um modo geral, facilita o acesso aos serviços de saúde refletindo na maior adesão dos respondentes na participação desse estudo.

Um achado relevante foi a baixa incidência de comorbidades apresentadas pelos participantes da pesquisa. No entanto, dentre as comorbidades evidenciadas, a mais prevalente foi a Hipertensão arterial sistêmica (HAS) seguido de Diabetes mellitus (DM) corroborando com o estudo realizado em Atlanta (EUA) com pacientes que receberam alta pós-COVID-19 que apontou a prevalência das comorbidades HAS e DM (Leah, 2021). No Brasil, a HAS atinge cerca de 32,3% de indivíduos adultos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por Doenças cardiovasculares (DCV) (Barroso, 2021).

Além disso, estudos apontam que a prevalência de HAS e DM2 está associada de forma significativa à faixa etária acima de 60 anos devido o enrijecimento progressivo e a perda da complacência das artérias bem como ao aumento da mortalidade e morbidade dos pacientes com COVID-19 (Barros, 2020. Roncon, 2020). Nessa pesquisa não houve associação significativa entre idade e comorbidades.

A dispneia foi o sintoma predominante referido pelos entrevistados corroborando com os achados na literatura em que o sintoma decorrente de insuficiência respiratória aguda é a principal causa de internação de pacientes com COVID-19, podendo evoluir para a síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA) (Mathay, 2020). Nesse contexto, a ventilação mecânica invasiva (VMI) é o tratamento principal para esses pacientes. Nesse estudo a maioria dos entrevistados não utilizaram VMI divergindo de estudo na Itália que evidenciou que a maioria dos pacientes com COVID-19 necessitaram de VMI (Grazelli, 2020).

Em relação aos itens do CTM-15, este estudo evidenciou que as pontuações mais elevadas foram nos itens 13 e 14 pertencentes ao fator “Compreensão da medicação”, revelando que o paciente e/ou seu cuidador entendem os cuidados que devem ser tomados na ingestão de medicamentos. Provavelmente, pode ser explicado pela a escolaridade acima de 10 anos dos entrevistados, estudos apontam que quanto maior o tempo de escolaridade maior o entendimento sobre as questões de cuidado e saúde (Huang, 2019).

A média com menor pontuação foi no item 7 pertencente ao fator “Plano de Cuidados”. Corroborando com estudo realizado em Tóquio (Japão) (Sumikawa,2021) durante a pandemia de COVID-19 evidenciou que muitos hospitais restringiram as visitas familiares com o intuito de minimizar a propagação do vírus resultando na prestação de cuidados deficiente após a alta do paciente. Dessa maneira, os enfermeiros são profissionais de saúde essenciais no planejamento dos cuidados de transição por meio das orientações aos pacientes e/ou seus cuidadores.

Quanto à análise das associações, as variáveis sociodemográficas não revelaram associação significativa, entretanto, cabe enfatizar que a escolaridade obteve elevados escores dos fatores do CTM-15 semelhante ao estudo realizado em Seoul (Korea) com pacientes receberam alta após COVID-19 (Huang, 2019). Assim, a escolaridade elevada contribui para que os pacientes e/ou cuidadores possam entender com mais clareza as orientações dadas pelos profissionais quanto aos cuidados de saúde após alta hospitalar.

Por outro lado, houve associação significativa entre os fatores da TC e as comorbidades (DM, Obesidade e Câncer). Tais comorbidades são complexas e os cuidados fragmentados influenciam diretamente na assistência ao paciente. Dessa forma a TC de forma estruturada na alta hospitalar é uma prática com associações positivas na diminuição das internações e satisfação do paciente na qualidade do seu cuidado (Bernardini, 2022).

Neste estudo, o fator Preparação da gestão em saúde obteve associação com a DM, sabe-se que pacientes acometidos por alguma doença crônica não transmissível (DCNT) referem dificuldades no entendimento de medicamentos bem como nos cuidados após alta hospitalar (Acosta 2020). Nesse contexto, a alta hospitalar deve ser planejada, pela equipe multiprofissional, durante a hospitalização, identificando o entendimento do paciente sobre sua saúde, implementando metas para o cuidado a saúde no domicílio.

A obesidade, foi a comorbidade que apresentou associação significativa em todos os fatores da transição do cuidado. A obesidade é um fator de risco para insuficiência respiratória e está associada com maior gravidade no contexto da COVID-19, além de fator de risco independente para HAS (Paliodismo, 2020; Costa, 2020).

O Câncer, outra comorbidade, teve associação significativa com o fator Preferências importantes. Nesse estudo, os resultados apontam que a comunicação foi essencial em uma TC eficaz. Assim, cabe ressaltar que uma das estratégias da TC é a comunicação entre o hospital e os demais serviços da rede de saúde. Espera-se que os indivíduos e suas famílias sejam responsáveis pela sua saúde, assumindo maior responsabilidade por ela e que sejam parceiros nas decisões do cuidado (Weber, 2017).

É oportuno ressaltar que a falta de transição do cuidado da alta hospitalar para o domicílio de pacientes hospitalizados com comorbidades, dentre elas, a hipertensão, diabetes e a obesidade podem resultar em altas taxas de readmissão hospitalar. Uma intervenção de cuidados de transição iniciada no hospital e coordenada pelo enfermeiro, baseada na colaboração entre

hospitais de cuidados agudos e centros de saúde comunitários, resulta em melhor controle da hipertensão e redução das readmissões com comorbidades e, outras condições crônicas (Qiang Tu, 2020). Além de que um serviço de atendimento integrado e bem coordenado entre hospitais e atenção primária a saúde (APS) pode contribuir para o fortalecimento da abordagem da APS com vistas a apoiar o autogerenciamento de comorbidades como hipertensão, diabetes e outras condições de saúde associadas ao para pacientes recuperados da COVID-19.

CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

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

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

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

REFERÊNCIAS

1. Coleman EA, Boulton C. Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. *J Am Geriatr Soc.* 2003;51(4):556-7. <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2003.51186.x>
2. Aued GK, Bernardino E, Lapierre J, Dallaire C. Liaison nurse activities at hospital discharge: a strategy for continuity of care. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2019;27:e3162. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3069.3162>
3. Acosta AM, Câmara CE, Weber LAF, Fontenele RM. Nurse's activities in care transition: realities and challenges. *Rev Enferm UFPE on line.* 2018;12(12):3190-7. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a231432p3190-3197-2018>
4. Weber LAF, Lima MADS, Acosta AM, Marques GQ. Care transition from hospital to home: integrative review. *Cogitare Enferm.* 2017;22(3):e47615. <https://doi.org/10.5380/ce.v22i3.47615>
5. O. World Health. COVID-19 Weekly Epidemiological Update. World Health Organization, Geneva (2020);10-25. <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19-25-may-2022>

- 6.S. Richardson, J.S. Hirsch, M. Narasimhan, *et al.* **Presenting characteristics, comorbidities, and outcomes among 5700 patients hospitalized with COVID-19 in the New York city area** *J Am Med Assoc.*2020; <https://doi.org/10.1001/jama.2020.6775>
7. D. Wang, Y. Yin, C. Hu. **Clinical course and outcome of 107 patients infected with the novel coronavirus, SARS-CoV-2, discharged from two hospitals in Wuhan, China.** *Crit Care.* 2020; 24 (1):188. <https://doi.org/10.1186/s13054-020-02895-6>
8. Leah B. Loerinc, Amy M. Scheel, Sean T. Evans, O’Keefe J. Discharge characteristics and care transitions of hospitalized patients with COVID-19. *Healthcare.* 2021; 9(1). <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2213076420301111?via%3Dihub>
- 9.Elm EV, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *The Lancet.* 2007; 370 (9596):1453-57. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61602-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61602-X)
10. Buffon, Marina Raffin *et al.* Critically ill COVID-19 patients: a sociodemographic and clinical profile and associations between variables and workload. *Revista Brasileira de Enfermagem* [online]. 2022; 75 (Suppl 1), e20210119. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0119>
11. Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa ADM. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. *Arq Bras Cardiol.* 2021; 116(3):516-58. <http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/pdf/Diretriz-HAS-2020.pdf>
12. Barros GM, Filho JBRM, Mendes Jr AC. Considerações sobre a relação entre a hipertensão e o prognóstico da COVID-19. *J Health Biol Sci.* 2020;8(1):1-3. <https://doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v8i1.3250.p1-3.2020>
13. Roncon L, Zuin M, Rigatelli G, Zuliani G. Diabetic patients with COVID-19 infection are at higher risk of ICU admission and poor short-term outcome. *J Clin Virol.* 2020; 127:104354. <https://doi.org/10.1016/j.jcv.2020.104354>
14. Matthay MA, Aldrich JM, Gotts JE. Treatment for severe acute respiratory distress syndrome from COVID-19. *Lancet Respir Med.* 2020;8(5):433-4. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30127-2](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30127-2)
15. Grasselli G, Zangrillo A, Zanella A, Antonelli M, Cabrini L, Castelli A, *et al.* Baseline Characteristics and Outcomes of 1591 Patients Infected With SARS-CoV-2 Admitted to ICUs of the Lombardy Region, Italy. *JAMA.* 2020;323(16):1574–81. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.5394>
16. Hwang JI, Chung JH, Kim HK. Psychometric properties of transitional care instruments and their relationships with health literacy: Brief PREPARED and Care Transitions Measure. *Int J Qual Health Care.* 2019;31(10):774-80. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzz033>
17. Sumikawa Y, Yamamoto-Mitani N. Transitional care during COVID-19 pandemic in Japan: Calls for new strategies to integrate traditional approaches with information and communication technologies. *Biosci Trends.* 2021;15(1):55-57. <https://doi.org/10.5582/bst.2021.01056>
18. Bernardino E, de Sousa SM, Nascimento JD, Lacerda MR, Torres DG, Gonçalves LS. Cuidados de transição: análise do conceito na gestão da alta hospitalar. *Escola Anna Nery.* 2022; 26, e20200435. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0435>.
- 19.Palaiodimos L, Kokkinidis DG, Li W, Karamanis D, Ognibene J, Arora S, *et al.* Severe obesity, increasing age and male sex are independently associated with worse in-hospital outcomes, and higher in-hospital mortality, in a cohort of patients with COVID-19 in the Bronx, New York. *Metabolism.* 2020;108:154262. <https://doi.org/10.1016/j.metabol.2020.154262>

20. Costa MVG, Lima LR, Silva ICR, Rehem TCMSB, Funghetto SS, Stival MM. Increased cardiovascular risk and role of metabolic syndrome in hypertensive elderly. *Esc Anna Nery* 2021;25(1):e20200055 . <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0055>
21. Weber LAF, Lima MADS, Acosta AM, Maques GQ. Care transition from hospital to home: integrative review. *Cogitare Enferm.* 2017;22(3):e47615. <https://doi.org/10.5380/ce.v22i3.47615>
22. Tu Q, Xiao LD, Ullah S, Fuller J, Du H. A transitional care intervention for hypertension control for older people with diabetes: A cluster randomized controlled trial. *J Adv Nurs.* 2020; 76(10):2696-2708. <https://doi.org/10.1111/jan.14466>.
23. Ministério da Saúde (BR). Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 (Cadernos de Atenção Básica, 37). http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica.pdf

5. CONCLUSÃO

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

Quanto ao perfil sociodemográfico o estudo mostrou que a maioria dos entrevistados (59,2%) eram do sexo masculino, com idade média de 50 anos com escolaridade em torno de 10 anos, procedentes do município Belém e/ou região metropolitana de Belém.

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

O estudo aponta que existe a necessidade de compreender melhor os mecanismos envolvidos na qualidade das transições assistenciais. No entanto foram encontrados poucos estudos no Brasil utilizando o CTM-15 para a avaliação da transição de pacientes recuperados de COVID-19, destacando a originalidade dessa pesquisa.

Assim, os resultados desse estudo podem auxiliar enfermeiros, gestores e formuladores de políticas a compreender a qualidade das transições assistenciais de pacientes recuperados de COVID-19, principalmente considerando a lacuna existente na literatura sobre transição assistencial.

Ademais, novos estudos são necessários para melhor compreender a qualidade da transição do cuidado do paciente recuperado de COVID-19 e cuidadores da alta hospitalar para o domicílio. Para assim contribuir com a implantação e implementação de programas de transição entre a área hospitalar e a RAS, especialmente na região norte do Brasil que busca ampliar a qualidade da assistência prestada aos diferentes serviços que compõem a atenção básica e RAS, com vistas a reduzir taxas de reinternações e complicações após alta hospitalar.

REFERÊNCIAS

- ACOSTA, A.M. Transição do cuidado de pacientes com doença crônicas: do serviço de emergência para o domicílio. 2016. 162 f.
- ACOSTA, Aline Marques, et al. Transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas na alta da emergência para o domicílio. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 2020, 41.
- AFFONSO, Márcio Vinicius de Gouveia, et al. O papel dos Determinantes Sociais da Saúde e da Atenção Primária à Saúde no controle da COVID-19 em Belém, Pará. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, 2021, 31: e310207.
- ALMEIDA, A. S. et al. Heterogeneity of tree diversity and carbon stocks in Amazonian oil palm landscapes. *Plant Ecology & Diversity*, v. 1, p. 1-9, 2020.
- ALLEN, Jacqueline et al. Quality care outcomes following transitional care interventions for older people from hospital to home: a systematic review. *Bmc Health Services Research*, [s.l.], v. 14, n. 1, p.1-18, 15 ago. 2014.
- ARBAJE, A.I. et al. The geriatric floating interdisciplinary transition team. **Journal of the American Geriatrics Society**, New York, v. 58, n. 2, p 364-270, Feb. 2010.
- AUED, Gisele Knop. Práticas da enfermeira de ligação para a continuidade do cuidado. Tese (doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2017.
- BAKSHI, A.B. et al. Validation of the care transition measure in multi-ethnic South-East Asia in Singapore. **Health Services Research Journal**, v. 12, p. 256, Aug. 2012.
- BERRY, J.G. et al. Hospital readmission and parent perceptions of their child's hospital discharge. **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v. 25, no. 5, p. 573-581, Aug. 2013.
- BRASIL. **Ministério da Saúde**. Protocolo de manejo clínico para o novo-coronavírus, 2020a.
- BRASIL. Painel Coronavírus. Disponível em: <<https://covid.saude.gov.br/>>. Acesso em: 19 jun. 2020b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Especial. Brasília/DF: 2020c. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/24/Boletim-tuberculose-2020-marcas--1-.pdf>.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. Boletim Epidemiológico N° 118. Boletim COE Coronavirus. Acesso em 30/06/2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/covid-19/2022/boletim-epidemiologico-no-118-boletim-coe-coronavirus.pdf/view>

BROOKS, S.K. et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. **The Lancet**, v. 395, n.10227, p. 912-920. 2020.

CECHINEL-PEITER, Caroline *et al.* Qualidade da Transição do cuidado de crianças com doenças crônicas: um estudo transversal. **Revista da escola de Enfermagem da USP**. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0535>

COLEMAN, E.A, *et al.* The central role of performance measurement in improving the quality of transitional care. **Home Health Care Services Quarterly**, New York, v. 26, no. 4, p. 93-104, 2007.

COLEMAN, Eric A.; MAHONEY, Eldon; PARRY, Carla. Avaliando a qualidade do preparo para o atendimento pós-hospitalar na perspectiva do paciente: a medida das transições de cuidado. **Assistência médica**, p. 246-255. 2005

DEDHIA, P. et al. A quality improvement intervention to facilitate the transition of older adults from three hospitals back to their homes. **Journal of the American Geriatrics Society**, New York, v. 57, n. 9, p. 1540–1546, Sept. 2009.

DUAN, L.; ZHU, G. Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. **The Lancet Psychiatry**. 2020.

DUNLOP, C. et al. The coronavirus outbreak: the central role of primary care in emergency preparedness and response. **BJGP Open**, p. bjgpopen20X101041, 28 jan. 2020.

EBSERH. Barros Barreto. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-norte/chu-ufpa/aceso-a-informacao/institucional/barros-barreto> Acesso em: 27 mar. 2022.

FERIOLI, M.; et al. Protecting healthcare workers from SARS-CoV-2 infection: practical indications. **Eur Respir Rev**. 2020.

FONTELLES, M.J. Bioestatística aplicada à pesquisa experimental. Belém, 2010.

FRAZÃO, Cristiane da Silva Costa. Ensino, pesquisa e extensão em tempos de pandemia: uma análise da preceptoria em saúde no Hospital Universitário Lauro Wanderley. Dissertação (Mestrado) - UFPB/CE. 2021.

Gallo VCL, Khalaf DK, Hammerschmidt KSA, Santiago ML, Vendruscolo C. Estratégias de transição para alta hospitalar utilizadas por enfermeiros: revisão integrativa **Rev. Enferm. UFSM**. 2021 [Acesso em: 29/06/2022]; vol.11 e79: 1-22. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769264383>

GHENO, Jocielle; WEIS, Alisia Helena. TRANSIÇÃO DO CUIDADO NA ALTA HOSPITALAR DE PACIENTES ADULTOS: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA. **Texto & Contexto-Enfermagem**, 2021, 30.

GOMES, Andrea Silveira. Mortalidade hospitalar: modelos preditivos de risco usando os dados do sistema de informações hospitalares do SUS. 2009.

GONÇALVES, Morais C, Neves Silva L Ádna, Figueiredo Cunha CL, dos Santos Junior HG, Gagno Lima J. Atenção Primária à Saúde na Amazônia: o cuidado à hipertensão arterial no oeste do Pará. *J Manag Prim Health Care* [Internet]. 17º de agosto de 2021 [citado 30º de junho de 2022];13:e07. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/1115>.

GROENE, O. et al. Patient experience shows little relationship with hospital quality management strategies. *Plos One*, San Francisco, v. 10, no. 7, e0131805, jul. 2015.

GUO, Y. et al. The origin, transmission and clinical therapies on coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak – an update on the status. **Military Medical Research**. v. 7, n. 11, 2020.

HADAD, Ana Carolina Amaral de Castro; JORGE, Alzira de Oliveira. Continuidade do cuidado em rede e os movimentos de redes vivas nas trajetórias do usuário-guia. **Saúde em Debate**, n. 42, p. 198-210. 2018.

EBSERH. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO DE BARROS BARRETO. PLANO DE CONTINGÊNCIA PARA ATENDIMENTO DOS CASOS SUSPEITOS OU CONFIRMADOS DE COVID-19. 2020.

HAGGERTY, J.L. et al. Continuity of care: a multidisciplinary review. **BMJ**, v. 327, n. 22, Nov. 2003.

HUANG, C.; WANG, Y.; LI, X. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. **Lancet**. 2020.

HUNG, W.W. et al. Evaluation of the mobile acute care of the elderly (MACE) service. **JAMA Internal Medicine**, Chicago, v. 173, no. 11, p. 990-999, June 2013.

KORBER, B. et al. Tracking Changes in SARS-CoV-2 Spike: Evidence that D614G Increases Infectivity of the COVID19 Virus. **Cell**; v. 1, n. 182, p. 812–827, 2020.

LI, Z. et al. Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control. **Brain, Behavior, and Immunity**. 2020.

LLIPI, G e PLEBANI, M. Anormalidades laboratoriais em pacientes com infecção por COVID-19. *Clin Chem Lab Med*. 25 de junho de 2020;58(7):1131-1134. doi: 10.1515/cclm-2020-0198.

LU, Xiaoxia; XING, Yuhan; WONG, Gary Wing-Kin. COVID-19: lições até agora da China. *Arquivos de doenças na infância*, v. 105, n. 12, p. 1146-1150. 2020.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade et al. Metodologia do Trabalho Científico: projetos de pesquisa. **Atlas**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 1-256, 30 maio 2017. Anual.

MARQUES, Bruna Carvalho; COSTA, Francimara Guimarães; VALENTE, Antônia Regiane Pereira Duarte. Prevalência e impactos da pandemia COVID-19 em adolescentes residentes na região da calha norte do estado do Pará. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 16, p. e435101624375-e435101624375. 2021.

McLEOD, J. et al. Measuring care transition quality for older patients with musculoskeletal disorders. **Musculoskeletal Care**, London, v. 12, n. 1, p. 13-21, Mar. 2013.

MCMICHAEL, T.M. et al. Epidemiology of COVID-19 in a Long-Term Care Facility in King County, Washington. *The New England Journal of Medicine*, v.21, n. 1, p. 2005-2011. 2020.

MERHY, E.E. et al. Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. **Rev. Divulgação em Saúde para Debate**. v. 52, p. 153-164. 2014.

MO, Y. et al. Work stress among Chinese nurses to support Wuhan in fighting against COVID-19 epidemic. **J Nurs Manag**; v. 28, n. 1, p. 1002-1009, 2020.

MORÉS, Fernanda Brenner, et al. Transição do cuidado na saúde: a construção de um conceito pelo/para Serviço Social. Dissertação De mestrado. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, PUCRS, 2021.

PARRY, C. et al. Further application of the care transitions intervention: results of a randomized controlled trial conducted in a fee-for-service setting. **Home Health Care Services Quarterly**, New York, v. 28, no. 2-3, p. 84-99, 2009.

PAULA, C.C.; et al. Fatores que interfere in the longitudinality attribute of primary health care: integrative review. **Rev Eletr Enf**. 2015.

PROADESS. Projeto Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde. Boletim Informativo do PROADESS, no 3, agosto/2018. Rio de Janeiro: [s.n.]. Disponível em: https://www.proadess.iciet.fiocruz.br/Boletim_3_PROADESS_Agenda_2030_agosto2018.pdf.

RYVICHER, M. et al. Can the care transitions measure predict rehospitalization risk or home health nursing use of home healthcare patients? *Journal for Healthcare Quality*, Skokie, v. 35, no. 5, p. 32–40, Sept./Oct. 2013.

ROCHA, L.C.P.; et al. SÍNDROME INFLAMATÓRIA MULTISSISTÊMICA PEDIÁTRICA ASSOCIADA A INFECÇÃO PELO SARS-COV 2. Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (Editora Pasteur, PR, Brasil) FR862c FREITAS, Guilherme Barroso Langoni de. *Fundamentos e Práticas Pediátricas e Neonatais*, 406.

RODRIGUES, Andreysa Keryane Silva, et al. Desafios da gestão de hospitais públicos brasileiros no cenário da pandemia COVID-19. **HU Revista**, 2020, 46: 1-2.

SANTOS, Maria José Carreira. Práticas de continuidade de cuidados nos hospitais-Elos de ligação. 2018. PhD Thesis.

SANTOS, José Luís Guedes dos, et al. Como os hospitais universitários estão enfrentando a pandemia de COVID-19 no Brasil?. *Acta Paulista de Enfermagem*, 2020, 33.

SANTOS, Alethele de Oliveira; LOPES, Luciana Tolêdo. Acesso e cuidados especializados. In: *Acesso e cuidados especializados*. CONASS. 2021. p. 342-342.

SCHWEICKARDT, Júlio Cesar; EL KADRI, Michele Rocha; LIMA, Rodrigo Tobias de Sousa. Atenção Básica na Região Amazônica: saberes e práticas para o fortalecimento do SUS. In: **Atenção Básica na Região Amazônica: saberes e práticas para o fortalecimento do SUS**. 2020. p. 311-311.

SHADMI, E. Quality of hospital to community care transitions: the experience of minority patients. **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v. 25, no. 3, p. 255-260, Jul. 2013.

SIMPSON, N. et al. Don't forget shared decision-making in the COVID-19 crisis. **Internal Medicine Journal**; v. 50, n. 1, p. 761-763, 2020.

SMART, H. et al. Preventing Facial Pressure Injury for Health Care Providers Adhering to COVID-19 Personal Protective Equipment Requirements. **Adv Skin Wound Care**. 2020.

SODRÉ, Francis. Epidemia de COVID-19: questões críticas para a gestão da saúde pública no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, 2020, e00302134. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00302

SOUZA FILHO, Zilmar Augusto de, et al. Cuidado de enfermagem à população amazônica: produção de conhecimento e formação de recursos humanos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2021, 75.

UTZUMI, F.C. et al. Continuidade do cuidado e o interacionismo simbólico: um entendimento possível. *Texto & Contexto - Enfermagem*, [s.l.], v. 27, n. 2, p.1-8, 3 maio 2018.

UTZUMI, Fernanda Catafesta, et al. Acesso versus continuidade do cuidado nos serviços da rede de saúde: vivenciando possibilidades e contradições. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v, 29, 2020.

WANG, C.; et al. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. **Int J Environ Res Public Health**. v. 14, n. 5, 1759, 2020a.

WANG, H. et al. Contingency management strategies of the Nursing Department in centralized rescue of patients with coronavirus disease 2019. **International Journal of Nursing Sciences**; v. 7, n. 1, p. 139-142, 2020b.

WEAVER, N.; COFFEY, M.; HEWITT, J. Concepts, models and measurement of continuity of care in mental health services: A systematic appraisal of the literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2017.

WEBER, L. A. F. Transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas de unidades de internação clínica para o domicílio. [Dissertação] Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.

WERNECK, G.L.; CARVALHO, M.S. **A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada**. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Severe acute respiratory syndrome (SARS)**. 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Requerimientos para uso de equipos de protección personal (EPP) para el nuevo coronavirus (2019-nCoV) en establecimientos de salud. 2020.

WU, Z.; MCGOOGAN, J.M.; WU, Z. et al. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72 314 cases from the Chinese center for disease control and prevention. **JAMA**. 2020. doi: 10.1001/jama.2020.2648

XIAO, C. A novel approach of consultation on 2019 novel coronavirus (COVID-19)-related psychological and mental problems: structured letter therapy. *Psychiatry Investigation*, v. 17, n. 2, p. 175-176, 2020.

ZHOU, F. et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. **Lancet**. v. 395, p. 1054-62. 2020.

ZHU, N. et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. **N Engl J Med**; v. 382, n. 8, p. 727 - 33. 2020.

APÊNDICES

APÊNDICE A – (QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO DO ESTUDO MULTICÊNTRICO)

Instrumento de caracterização

Qual é a sua idade?

Sua resposta

Com qual gênero você se identifica?

- 1 - Masculino
- 2 - Feminino
- 3 - Outros
- 4 - Prefiro não informar
- Outro:

Qual é o seu maior grau de instrução?

- 1 - Sem instrução e menos de 1 ano de estudo
- 2 - Ensino fundamental (séries Iniciais)
- 3 - Ensino fundamental (séries finais)
- 4 - Ensino médio
- 5 - Ensino superior



Você saberia dizer qual é a sua raça?

- 1 - Branca
- 2 - Preta
- 3 - Parda
- 4 - Indígena
- 5 - Amarela
- 6 - Não sei responder

Em que município você reside? *

Sua resposta

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

- 1 - Até R\$2.090
- 2 - R\$2.091 a R\$5.225
- 3 - R\$5.226 a R\$10.450
- 4 - Mais de R\$10.451
- 5 - Sem rendimentos
- 6 - Prefiro não responder
- Outro:

Quantas pessoas residem no seu domicílio?

Sua resposta



Quantos dias você ficou internado?

Sua resposta

Você fez uso de ventilação mecânica invasiva?

0 - Não

1 - Sim

Você possui alguma das comorbidades a seguir: Doença respiratória crônica?

0 - Não

1 - Sim

Hipertensão Arterial Sistêmica?

0 - Não

1 - Sim

Doenças Cardiovasculares?

0 - Não

1 - Sim



Diabetes Mellitus?

0 - Não

1 - Sim

Doenças Renais?

0 - Não

1 - Sim

Obesidade?

0 - Não

1 - Sim

Câncer?

0 - Não

1 - Sim

Quem preencheu o questionário? *

1 - Paciente

2 - Coletador

APÊNDICE 2- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Título da pesquisa: **TRANSIÇÃO DO CUIDADO NA ALTA HOSPITALAR PARA O DOMICÍLIO DE PACIENTES RECUPERADOS DE COVID-19 NO CONTEXTO AMAZÔNICO.**

Pesquisadora responsável: DIEGO JOÃO DE LIMA ARRAIS

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa é sobre **TRANSIÇÃO DO CUIDADO NA ALTA HOSPITALAR PARA O DOMICÍLIO DE PACIENTES RECUPERADOS DE COVID-19 NO CONTEXTO AMAZÔNICO** e está sendo desenvolvida pelo programa de mestrado do Curso de Enfermagem, da Universidade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará. O objetivo geral do estudo é avaliar a transição do cuidado de pacientes recuperados de COVID-19 que tiveram alta do serviço hospitalar para o domicílio atendidos no Hospital Universitário João de Barros Barreto. A finalidade deste trabalho é contribuir para obtenção de informações objetivas sobre a continuidade do cuidado ao paciente quando esse recebe alta hospitalar para o domicílio. Para a comunidade científica, receber um novo trabalho científico colaborando para construção do conhecimento e estimulando a busca de novas pesquisas sobre a temática.

Solicitamos a sua colaboração para a coleta de dados que será por meio da aplicação de dois questionários, com tempo médio de duração de 10 minutos, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto. Quanto aos riscos da pesquisa, informamos que essa pesquisa poderá apresentar riscos mínimos para o paciente podendo ser a quebra de sigilo, onde o pesquisador irá tomar o máximo de cuidado para que isso não aconteça (nesse caso, os nomes serão substituídos por códigos numéricos, por exemplo: entrevistado código 01, código 02 e, assim por diante), risco de não compreensão de algum termo ou assunto por não fazer parte do repertório cotidiano do entrevistado, ao quais as pesquisadoras ofereceram um diálogo mais acessível para esclarecer as

dúvidas. Quanto aos benefícios incluem obter informações objetivas sobre a continuidade do cuidado ao paciente recuperado de COVID-19, estimular a reflexão acerca da qualidade do cuidado, uma vez que analisará a qualidade de vida propondo ao final do estudo medidas de controle para essa população específica. Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição. Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Assinatura do Pesquisador responsável: _____

Diego João de Lima Arrais- Contato: (91) 98027-6896

Considerando, que fui informado(a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento.

Belém, _____ de _____ de 2021.

Assinatura do participante ou responsável legal

APÊNDICE C - CRONOGRAMA

DESCRIÇÃO DAS ETAPAS	Fev-Maio/21	Jun-Ago/21	Set-Nov/21	Dez-Fev/22	Mar-Mai/22	Jun-Ago/22	Set-Dez/22
Levantamento bibliográfico	X						
Fichamento de textos	X						
Coleta de fontes	X	X					
Qualificação			x				
Coleta de dados		x	X				
Tabulação de dados		X	X	X			
Organização do roteiro				X			
Redação do trabalho				X	X		
Revisão do Trabalho					x	x	
Defesa Final						x	

APÊNDICE D – ORÇAMENTO

Procedimento	Quantidade	Valor unitário	Valor total
USO CONTÍNUO			
Notebook	01 und	R\$ 1700,00	R\$ 1700,00
Impressora	01 und	R\$ 250,00	R\$ 250,00
Pen-drive	01 und	R\$ 20,00	R\$ 20,00
CORREÇÕES			
Correção ortográfica	01 und	R\$500,00	R\$ 500,00
PAPELARIA			
Xerox	200 und	R\$ 0,10	R\$ 20,00
Impressão	100 und	R\$ 1,00	R\$ 100,00
Encadernação	06 und	R\$ 2,00	R\$ 12,00
Cartucho preto	03 und	R\$ 30,00	R\$ 90,00
Cartucho colorido	03 und	R\$ 30,00	R\$ 90,00
Resma de papel	02 und	R\$ 20,00	R\$ 40,00
Caneta esferográfica	10 und	R\$ 2,00	R\$ 20,00
Lapiseira	03 und	R\$ 3,00	R\$ 9,00
TOTAL GERAL			R\$ 2.851,00

ANEXOS

ANEXO A- Versão brasileira do *Care Transitions Measure* (CTM-15 Brasil)

Nome do paciente: _____ Data: _____

Quem participou da pesquisa? () Paciente () Cuidador

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

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

**Discordo
Muito**

Discordo

Concordo

**Concordo
Muito**

**Não sei/não 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

**Concordo
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

**Concordo
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

**Concordo
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

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

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

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

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

Discordo Muito	Discordo	Concordo	Concordo Muito	Não sei/não 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 da emergência, 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 saí do hospital, eu entendi claramente os possíveis efeitos colaterais de cada um dos meus medicamentos.

**Discordo
Muito**

Discordo

Concordo

**Concordo
Muito**

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

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP – UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA (UFSC)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

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

Pesquisador: Alacoque Lorenzini Erdmann

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 38912820.3.1001.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.347.463

Apresentação do Projeto:

As informações que seguem e as elencadas nos campos "Objetivo da pesquisa" e "Avaliação dos riscos e benefícios" foram retiradas do arquivo PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_...pdf, de 05/10/2020, preenchido pelos pesquisadores.

Segundo os pesquisadores:

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

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 4.347.463

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

Hipótese:

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

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

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 4.347.463

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

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

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

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 4.347.463

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

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

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

Etapa 3: idade > 18 anos; ter fluência no idioma português do Brasil; período mínimo de 72 horas de internação no hospital antes da administração do questionário, por se considerar um período razoável para o paciente conhecer a instituição e responder aos itens do questionário. Já em relação aos enfermeiros, os critérios de inclusão serãõ: contrato emergencial, celetista ou concursado há pelo menos 3 meses, com experiência no cuidado a pacientes com COVID-19 nos hospitais universitários.

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

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

Etapa 3: pacientes sem capacidade para consentir em participar da pesquisa (por exemplo, devido a alterações neurológicas, psiquiátricas, doença avançada ou em uso de sedação). Pacientes que, apesar de poderem consentir em participar da pesquisa, estãõ muito debilitados ou angustiados (por exemplo, por dificuldade respiratória, dor ou pós-operatório imediato). Já em relação aos enfermeiros, os critérios de exclusão serãõ: licença médica e/ou afastamentos de outra natureza durante o período da coleta de dados.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

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

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 4.347.463

Objetivo Secundário:

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

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e Benefícios:

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

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

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

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

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 4.347.463

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

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

País de origem: Brasil.

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

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

Previsão de término do estudo: 31/08/2022

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

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

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

Constam os instrumentos para coleta de dados.

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

Recomendações:

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

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 4.347.463

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

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos aos pesquisadores da necessidade de encaminhar ao CEP notificações com relatórios e parciais e final.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1621138.pdf	05/10/2020 22:32:15		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_GESTORES_PROFSSIONAIS.pdf	05/10/2020 22:31:12	Alacoque Lorenzini Erdmann	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PROFSSIONAIS_PACIENTES_online.pdf	05/10/2020 22:31:05	Alacoque Lorenzini Erdmann	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_final_CEP.pdf	05/10/2020 22:30:57	Alacoque Lorenzini Erdmann	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto_OK.pdf	05/10/2020 10:54:04	José Luís Guedes dos Santos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	UNIFESP.pdf	05/10/2020 10:52:43	José Luís Guedes dos Santos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	UFSM.pdf	05/10/2020 10:52:36	José Luís Guedes dos Santos	Aceito
Declaração de	UFSC.pdf	05/10/2020	José Luís Guedes	Aceito

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 4.347.463

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

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 19 de Outubro de 2020

Assinado por:
Nelson Canzian da Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP – UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ (UFPA)

UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARÁ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

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

Pesquisador: Carlos Leonardo Figueiredo Cunha

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 38912820.3.2009.0018

Instituição Proponente: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará - ICS/ UFPA

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.464.829

Apresentação do Projeto:

No Brasil, os hospitais universitários são centros de referência de média e alta complexidade para o Sistema Único de Saúde (SUS) no atendimento a pacientes com COVID-19. Nesses cenários, destaca-se a atuação da enfermagem, pois é a categoria responsável pela maioria dos cuidados recebidos pelos pacientes durante a hospitalização, podendo influenciar diretamente na qualidade assistencial, segurança do paciente/profissional e busca pela excelência dos resultados institucionais. Assim, este estudo tem como objetivo geral avaliar o cuidado de enfermagem a pacientes com COVID-19 em hospitais universitários brasileiros, sob a perspectiva dos profissionais e pacientes. Trata-se de uma proposta multicêntrica nacional, que reúne 10 instituições de ensino federais, sendo duas de cada região do Brasil: (1) Sul: Universidade Federal de Santa Catarina (proponente) e Universidade Federal de Santa Maria; (2) Sudeste: Universidade Federal de São Paulo e Universidade Federal do Rio de Janeiro; (3) Nordeste: Universidade Federal do Rio Grande do Norte e Universidade Federal da Bahia; (4) Norte: Universidade Federal do Pará e Universidade Federal do Amazonas; e, (5) Centro-oeste: Universidade Federal do Mato Grosso e Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. A metodologia será desenvolvida em três etapas, com distintas estratégias de pesquisa quantitativas e qualitativas, considerando os focos avaliados: (1) Gestão hospitalar, com análise dos planos de contingência para enfrentamento da COVID-19 e entrevistas com gestores hospitalares; (2) Liderança, gestão do cuidado e ambiente de prática

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01- Campus do Guamá, UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.
Bairro: Guamá **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARÁ



Continuação do Parecer: 4.454.929

profissional, com foco na equipe de enfermagem a partir da aplicação de instrumentos para caracterização pessoal e condições laborais, Avaliação do Produto do Cuidar em Enfermagem (APROCENF) e Practice Environment Scale (PES), além de entrevistas qualitativas; (3) Continuidade do cuidado e experiência do paciente, em que serão aplicados instrumentos aos pacientes recuperados da COVID-19 após a alta hospitalar: Patient Measure of Safety (PMOS), Readiness for Hospital Discharge Scale - Adult Form (RHDS) e Care Transitions Measure- CTM-15. Também serão entrevistados os enfermeiros para descrever as estratégias de enfermeiros para a continuidade dos cuidados de pacientes recuperados da COVID-19 após a alta hospitalar. Em cada etapa, serão utilizadas técnicas específicas de coleta e análise de dados quantitativas e qualitativas, conforme o foco estudado. A partir da pesquisa, pretende-se contribuir com a produção de novos conhecimentos para melhoria do cuidado em saúde/enfermagem no SUS no combate a COVID-19. Além disso, busca-se ampliar a massa crítica em termos de profissionais da saúde, estudantes e pesquisadores acerca da qualidade do cuidado para lidar com pandemias e de possíveis estratégias para o desenvolvimento de padrões/boas práticas.

Objetivo da Pesquisa:

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

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

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Não são previstos riscos de natureza física aos participantes do estudo. Porém, há a

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01- Campus do Guamá ,UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.
Bairro: Guamá **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARÁ



Continuação do Parecer: 4.454.829

possibilidade de mobilização emocional relacionada à reflexão sobre prática profissional e/ou o enfrentamento da doença. Os pesquisadores, compreendendo esse potencial risco, irão interromper a coleta de dados, estarão dispostos a ouvir os participantes e retornar a coleta de dados em outro momento, se o participante assim desejar.

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

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O protocolo encaminhado dispõe de metodologia e critérios definidos conforme resolução 466/12 do CNS/MS. Trata-se de um Projeto Original do Centro Participante, cuja o projeto do centro coordenador de CAAE nº 38912820.3.1001.0121, teve sua aprovação no parecer nº 4.347.463 na UFSC.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados, nesta versão, contemplam os sugeridos pelo sistema CEP/CONEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto somos pela aprovação do protocolo. Este é nosso parecer, SMJ.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1650464.pdf	03/12/2020 20:26:44		Aceito
Outros	termo_de_consentimento_da_instituicao.pdf	03/12/2020 20:26:16	Carlos Leonardo Figueiredo Cunha	Aceito
Outros	termo_de_compromisso_do_pesquisador.pdf	27/11/2020 10:29:08	Carlos Leonardo Figueiredo Cunha	Aceito
Outros	termo_de_aceite_do_orientador.pdf	27/11/2020 10:28:20	Carlos Leonardo Figueiredo Cunha	Aceito
Outros	declaracao_de_insencao_de_onus_fin	27/11/2020	Carlos Leonardo	Aceito

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01- Campus do Guamá, UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.
Bairro: Guamá **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARÁ



Continuação do Parecer: 4.454.829

Outros	anceiro UFPA.pdf	10:27:15	Figueiredo Cunha	Aceito
Outros	carta_de_encaminhamento_ao_cep.pdf	27/11/2020 10:24:07	Carlos Leonardo Figueiredo Cunha	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	20/11/2020 11:35:40	Carlos Leonardo Figueiredo Cunha	Aceito
Outros	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_4347463.pdf	20/11/2020 11:29:12	Carlos Leonardo Figueiredo Cunha	Aceito
Outros	Declaracao_Co_Participante.pdf	20/11/2020 11:26:21	Carlos Leonardo Figueiredo Cunha	Aceito
Outros	Folha_de_Rosto_Plataforma_Brasil.pdf	20/11/2020 11:11:00	Carlos Leonardo Figueiredo Cunha	Aceito
Outros	Termo_de_outorga.pdf	21/10/2020 17:17:54	Carlos Leonardo Figueiredo Cunha	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_GESTORES_PROFISSIONAIS.pdf	05/10/2020 22:31:12	Alacoque Lorenzini Erdmann	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PROFISSIONAIS_PACIENTES_online.pdf	05/10/2020 22:31:05	Alacoque Lorenzini Erdmann	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_final_CEP.pdf	05/10/2020 22:30:57	Alacoque Lorenzini Erdmann	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELEM, 15 de Dezembro de 2020

Assinado por:

Wallace Raimundo Araujo dos Santos
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01- Campus do Guamá, UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.
Bairro: Guamá **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

Anexo D

Pré-print do manuscrito publicado na *SciELO*



Estado da publicação: Não informado pelo autor submissor

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

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

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

Submetido em: 2022-05-20

Postado em: 2022-05-23 (versão 1)

(AAAA-MM-DD)

Cuidado transicional de pacientes pós-COVID-19: da alta hospitalar para o domicílio**Transitional care of post-COVID-19 patients: from hospital discharge to home***Diego Joao de Lima Arrais¹**

ORCID: 0000-0003-3399-5561

Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa²

ORCID: 0000-0002-2763-8050

Carlos Leonardo Figueiredo da Cunha¹

ORCID: 0000-0002-1891-4201

Fernando Riegel³

ORCID: 0000-0002-3688-419X

Andressa Tavares Parente¹

ORCID: 0000-0001-9364-4574

Cintia Yolette Urbano Pauxis Aben-Athar¹

ORCID: 0000-0002-6951-3547

Aline Maria Cruz Ramos¹

ORCID: 0000-0001-8812-2923

Fabianne de Jesus Dias de Sousa¹

ORCID: 0000-0002-8151-3507

¹ Universidade Federal do Pará, Faculdade de Enfermagem, Departamento de Enfermagem² Universidade Federal de Santa Catarina, Faculdade de Enfermagem, Departamento de Enfermagem³ Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica**Autor correspondente:**

Fabianne de Jesus Dias de Sousa

Endereço: Rua Augusto Correa S/N

Telefone para contato: (91) 3201-8563

E-mail: fabiannesousa@hotmail.com

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

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

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

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

ABSTRACT

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

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

INTRODUÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

MÉTODOS

Tipo do estudo

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

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

População

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

Local do estudo

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

Crerios de seleção

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

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

Definição da amostra

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

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

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

Coleta de dados

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

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

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

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

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

Análise e tratamento dos dados

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

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

Aspectos éticos

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

RESULTADOS

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

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

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

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

Fonte: dados da pesquisa

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

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

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

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

Fonte: dados da pesquisa

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

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

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

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

Fonte: dados da pesquisa

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

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

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

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

Fonte: dados da pesquisa

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

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

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

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

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

Fonte: dados da pesquisa

DISCUSSÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CONCLUSÃO

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

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

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

CONFLITOS DE INTERESSES:

Os autores declaram que não possuem conflitos de interesses.

Contribuição dos autores:

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

REFERÊNCIAS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ANEXO- E
Comprovante de Submissão na EEUSP

De: Editora Administrativa onbehalfof@manuscriptcentral.com
Assunto: Revista da Escola de Enfermagem da USP - Manuscript ID REEUSP-2022-0223
Data: 23 de maio de 2022 16:14
Para: fabiannesousa@hotmail.com
Cc: diegoarraisj@hotmail.com, fernanda.baeta@ufsc.br, leocunhama@gmail.com, fernandoriegel85@gmail.com, andressatp@ufpa.br, abenathar_cintia@hotmail.com, nurse.alinecruz@gmail.com, fabiannesousa@hotmail.com

EA

23-May-2022

Dear Dr(a). Dias de Sousa:

Your manuscript entitled "Cuidado transicional de pacientes pós-COVID-19: da alta hospitalar para o domicilio" has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in the Revista da Escola de Enfermagem da USP.

Your manuscript ID is REEUSP-2022-0223.

Please mention the above manuscript ID in all future correspondence or when calling the office for questions. If there are any changes in your street address or e-mail address, please log in to ScholarOne Manuscripts at <https://mc04.manuscriptcentral.com/reeusp-scielo> and edit your user information as appropriate.

You can also view the status of your manuscript at any time by checking your Author Center after logging in to <https://mc04.manuscriptcentral.com/reeusp-scielo>.

Thank you for submitting your manuscript to the Revista da Escola de Enfermagem da USP.

Sincerely,
Revista da Escola de Enfermagem da USP Editorial Office

Anexo F

Pré-print do manuscrito publicado na *Scielo*

Estado da publicação: Não informado pelo autor submissor

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

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

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

Submetido em: 2022-06-02

Postado em: 2022-06-03 (versão 1)

(AAAA-MM-DD)

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

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

Diego Joao de Lima Arrais¹

ORCID: 0000-0002-1199-5561

Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa²

ORCID: 0000-0002-2763-9090

Carlos Leonardo Figueiredo da Cunha¹

ORCID: 0000-0002-1899-4201

Mateus Cunha Gomes¹

ORCID: 0000-0002-8560-0433

Fernando Riegel²

ORCID: 0000-0002-3699-419X

Andressa Tavares Parente²

ORCID: 0000-0001-0364-4574

Diego Pereira Rodrigues¹

ORCID: 0000-0001-5343-7667

Cintia Yolette Urbano Pauxis Aben-Athar³

ORCID: 0000-0002-0951-0247

Aline Maria Cruz Ramos¹

ORCID: 0000-0001-0012-2923

Fabianne de Jesus Dias de Sousa¹

ORCID: 0000-0002-4151-2587

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

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

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

Autor correspondente:

Fabianne de Jesus Dias de Sousa

Endereço: Rua Augusto Correa S/N

Telefone para contato: (91) 3201-8563

E-mail: fabiannejsousa@ufpa.br

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

Resumo

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

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

Abstract

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

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

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

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

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

MÉTODO

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

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

Como critérios de inclusão: pacientes com idade igual ou superior a 18 anos; diagnóstico de Covid-19; cuidador ou responsável pelo cuidado no domicílio, ter fluência no idioma português do Brasil; período mínimo de 72 horas de internação no hospital antes da administração do questionário, por se considerar um período razoável para o paciente conhecer a instituição e responder aos itens do questionário; alta hospitalar entre 7 e 30 dias.

Foram excluídos pacientes incapacitados para consentir a participação na pesquisa (por exemplo, devido a alterações neurológicas, psiquiátricas, doença avançada ou em uso de sedação). Pacientes que, aceitaram participar da pesquisa, mas sem condições de

responder ao estudo em razão do quadro clínico (por dificuldade respiratória, dor ou pós-operatório imediato); alta hospitalar acima de 31 dias conforme recomendado pelos autores do instrumento.

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

Faz-se importante salientar que, no decorrer da pesquisa houve diminuição dos leitos para o recebimento de pacientes infectados até o descredenciamento do hospital pela Secretaria Municipal de Saúde do município de Belém, consequentemente, diminuição até a extinção do atendimento resultando na diminuição da amostra. Também houve óbitos de pacientes recuperados por alguma complicação inerente ao estudo, outros devido condição de saúde debilitada não conseguiram responder as questões do estudo, outros pela dificuldade de contato telefônico (acima de 5 ligações perdidas).

Para a coleta de dados foram utilizados três instrumentos: um questionário sociodemográfico com 05 questões (procedência, respondente, sexo, idade, grau de escolaridade), questionário clínico com 17 questões abordando sintomatologia da COVID-19, comorbidades e o uso da ventilação mecânica invasiva) e, o instrumento *Care Transitions Measure* (CTM-15) para avaliar a qualidade da transição do cuidado versão brasileira (Acosta, 2017). O CTM-15, é composto por 15 itens, com opções de resposta em escala Likert de 4 pontos ("Discordo totalmente =1", "Discordo=2", "Concordo=3", "Concordo totalmente=4", "Não sei/não lembro/ não se aplica=0"). Dessa forma, quanto maior a pontuação, maior a qualidade da transição do cuidado. Os itens do instrumento estão organizados em quatro fatores: Fator 1- "Preparação da gestão em saúde" (itens 4 a 6 e 8 a 11); Fator 2- "Compreensão da medicação" (itens 13 a 15); Fator

3- "Preferências importantes" (itens 1 a 3); e Fator 4- "Plano de cuidados" (itens 7 e 12). O escore final do CTM-15 foi calculado por meio de uma fórmula com as médias dos escores encontrados, convertendo-os em uma escala linear de zero a 100 pontos, sendo o escore de cada indivíduo $EC = [E/3] * 100$, em que E é o escore original do indivíduo e EC é o escore padronizado, conforme recomendado pelos autores do instrumento.

O CTM-15, não possui um ponto de corte para definir o nível de satisfação, apenas o estabelecimento de que valores mais baixos indicam um menor nível de satisfação e os mais altos um maior nível de satisfação com a continuidade do cuidado. Entretanto, para calcular o valor geral da pesquisa, os autores aconselham medir as respostas e passá-las para uma escala de 0 a 100, conseqüentemente, valores acima de 51 indicariam um nível aceitável de satisfação (Coleman, 2015). Portanto, nesse estudo foram considerados valores superiores a 51 há um nível bom ou aceitável de satisfação, e para valores inferiores ou iguais a 50 haveria um baixo nível de satisfação.

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

Para análise estatística dos dados obtidos, as variáveis categóricas foram representadas pela frequência absoluta e relativa. As variáveis quantitativas foram representadas por média e desvio-padrão. Para os escores do CTM, foi realizado inicialmente, o teste de normalidade de *Shapiro-Wilk*. Tendo essas distribuições assimétricas optou-se pelo uso de testes não paramétricos. Ademais, realizado a correlação de *Spearman* para verificar o grau de relação entre as variáveis quantitativas e os escores dos fatores do CTM-15 e, os testes estatísticos não paramétricos *Mann-*

Whitney e Kruskal Wallis para os dados com distribuição normal de dois grupos. Foi adotado o nível de significância de 0,05.

O estudo seguiu as recomendações da Resolução nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Por se tratar de uma pesquisa multicêntrica, o estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina e da Universidade Federal do Pará, sob Pareceres Nº 4.347.463 e 4.464.829 em outubro e dezembro de 2020, respectivamente. Em razão da coleta de dados ter sido realizada através de contato telefônico, o consentimento foi gravado e uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) enviada aos participantes através de mensagem eletrônica (e-mail solicitado no momento da entrevista).

RESULTADOS

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

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

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

Escolaridade (em anos)			-0,001*
0 - 1	4	8,2	
4 - 9	21	42,9	
≥ 10	24	49,0	
Procedência			-0,003*
Belém e RMB**	35	71,0	
Interior do estado	14	28,0	
Entrevistado			0,001**
Paciente	41	83,7	
Cuidador	8	16,3	

*Teste de Kruskal-Wallis;

**RMB – Região metropolitana de Belém.

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

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

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

Variáveis	f	%
Febre		
Não	14	28,6
Sim	34	69,4
Fadiga		
Não	12	24,5
Sim	37	75,5
Dispneia		
Não	10	20,4
Sim	39	79,6
Tosse		

SciELO Preprints - Este documento é um pré-prints e sua situação atual está disponível em: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.4216>

Não	18	36,7
Sim	31	63,3
<i>Perda de olfato e paladar</i>		
Não	27	55,1
Sim	22	44,9
<i>Cefaleia</i>		
Não	20	40,8
Sim	29	59,2
<i>Frequência muscular</i>		
Não	19	38,8
Sim	30	61,2
<i>Náuseas e ou vômitos</i>		
Não	24	48,4
Sim	25	50,6
<i>Diarreia</i>		
Não	30	61,2
Sim	19	38,8
<i>Comorbidades</i>		
<i>Doença respiratória crônica</i>		
Não	43	91,8
Sim	4	8,2
<i>Hipertensão arterial sistêmica</i>		
Não	33	67,3
Sim	16	32,7
<i>Doenças cardiovasculares</i>		
Não	40	91,9
Sim	3	6,1
<i>Diabetes mellitus</i>		
Não	39	79,6
Sim	10	20,4
<i>Doenças renais</i>		
Não	40	91,9
Sim	3	6,1

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

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

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

Quanto aos itens que compõe o instrumento de avaliação da transição do cuidado, evidenciado na Tabela 3. Mostra a média e o desvio padrão obtidos para cada item do instrumento CTM-15. Os itens com maior pontuação foram o 13 e 14 que pertencem ao fator "Compreensão da medicação". A média com menor pontuação foi o item 7 pertencente ao fator "Plano de Cuidados".

Tabela 3 - Distribuição das médias e desvio padrão (DP) por item do CTM-15. Belém, PA, Brasil, 2021.

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

necessidades de saúde seriam atendidas depois que eu saísse do hospital				
4	1	Quando eu sai do hospital, eu tive todas as informações que preciso para que eu possa cuidar de mim mesmo	86,7	(±16,22)
5	1	Quando eu sai do hospital, eu entendi claramente como cuidar de minha saúde	88,0	(±16,50)
6	1	Quando eu sai do hospital, eu entendi claramente os sinais de alerta e os sintomas que eu deveria observar para monitorar a minha condição de saúde	84,6	(±15,13)
7	4	Quando eu sai do hospital, eu recebi um plano escrito, legível e de fácil compreensão, que descrevia como todas as minhas necessidades de saúde seriam atendidas	84,6	(±14,99)
8	1	Quando eu sai do hospital, eu compreendi bem minhas condições de saúde e o que poderia melhorá-la ou piorá-la	89,2	(±14,43)
9	1	Quando eu sai do hospital, eu compreendi bem o que era de minha responsabilidade para cuidar de minha saúde	86,7	(±13,60)
10	1	Quando eu sai do hospital, eu me senti seguro de que eu sabia o que fazer para cuidar de minha saúde	86,2	(±14,49)
11	1	Quando eu sai do hospital, eu me senti seguro de que conseguiria fazer as coisas necessárias para cuidar de minha saúde	87,2	(±14,54)
12	4	Quando eu sai do hospital, eu recebi uma lista por escrito, legível e de fácil compreensão, das consultas ou exames que eu precisava realizar dentro das próximas semanas	88,3	(±15,51)
13	2	Quando eu sai do hospital, eu entendi claramente o motivo de tomar cada um dos meus medicamentos	90,5	(±12,26)
14	2	Quando eu sai do hospital, eu entendi claramente como tomar cada um dos meus medicamentos, inclusive a quantidade e os horários	92,2	(±11,76)
15	2	Quando eu sai do hospital, eu entendi claramente os possíveis efeitos colaterais de cada um dos meus medicamentos	87,2	(±16,53)

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

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

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

Tabela 4 - Associação entre os escores por fator do CTM-15 e as variáveis de interesse, Belém, PA, Brasil, 2021. (n=49)

Variável	n	Fator 1 Média (±DP)	Fator 2 Média (±DP)	Fator 3 Média (±DP)	Fator 4 Média (±DP)
Sexo					
Masculino	19	82,1 (±13,6)	83,5 (±15,3)	81,6 (±16,4)	78,7 (±10,4)
Feminino	20	80,3 (±14,0)	88,3 (±15,0)	82,8 (±14,6)	85,0 (±14,2)
p valor		0,808	0,485	0,907	0,336
Escolaridade (em anos)					
0 - 1	4	78,8 (±22,9)	80,9 (±19,2)	71,0 (±16,7)	75,0 (±18,9)
4 - 9	21	82,5 (±14,6)	83,6 (±16,9)	78,3 (±16,7)	80,2 (±18,7)
≥ 10	14	83,3 (±14,3)	87,4 (±13,4)	86,6 (±14,3)	83,3 (±16,3)
p valor		0,948	0,021	0,109	0,789
Uso da VMOP*					
Não	48	81,2 (±16,7)	80,7 (±18,4)	81,2 (±16,7)	80,7 (±18,4)
Sim	4	91,7 (±16,7)	87,5 (±16,8)	91,7 (±16,7)	87,5 (±16,8)
p valor		0,246	0,517	0,246	0,537
Comorbidades					
Doença respiratória					
Não	45	82,7 (±16,7)	81,5 (±18,2)	81,1 (±17,2)	80,3 (±18,4)
Sim	4	75,0 (±19,0)	79,2 (±21,0)	84,0 (±16,2)	83,8 (±17,2)
p valor		0,410	0,819	0,585	0,638
HAS**					
Não	11	81,5 (±14,6)	87,0 (±14,6)	81,1 (±17,2)	80,3 (±18,4)
Sim	16	84,8 (±15,6)	83,9 (±16,3)	84,0 (±16,2)	83,3 (±17,2)
p valor		0,478	0,969	0,585	0,638
Doença Cardiovasculares					
Não	46	83,3 (±14,3)	86,8 (±15,0)	82,6 (±16,5)	81,9 (±17,9)

SciELO Preprints - Esta documenta é um preprint e sua situação atual está disponível em <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.4218>

Sim	3	71,4 (±23,8)	83,3 (±23,8)	74,1 (±23,1)	72,2 (±23,5)
p valor		0,210	0,808	0,411	0,460
Diabetes Mellitus					
Não	19	80,6 (±14,0)	84,9 (±15,3)	80,9 (±16,9)	79,5 (±18,1)
Sim	10	90,5 (±16,0)	93,8 (±12,8)	86,7 (±16,4)	88,3 (±17,7)
p valor		0,022	0,110	0,345	0,171
Doença Renal					
Não	46	82,7 (±15,2)	86,5 (±15,6)	83,1 (±16,8)	80,8 (±18,6)
Sim	1	81,0 (±8,2)	88,9 (±19,2)	66,7 (±0,0)	88,9 (±9,6)
p valor		0,706	0,708	0,051	0,565
Obesidade					
Não	41	85,0 (±14,0)	88,9 (±14,5)	84,0 (±16,1)	83,3 (±17,3)
Sim	8	68,1 (±7,2)	68,9 (±8,0)	68,8 (±16,4)	66,7 (±14,9)
p valor		0,002	0,007	0,026	0,037
Câncer					
Não	43	81,9 (±14,2)	87,5 (±14,7)	81,7 (±16,9)	82,9 (±17,6)
Sim	6	73,0 (±16,9)	80,0 (±18,3)	70,4 (±11,5)	69,4 (±19,3)
p valor		0,134	0,388	0,091	0,111

*VMI – Ventilação mecânica invasiva;

**HAS – Hipertensão arterial sistêmica;

***** Teste de Mann-Whitney.

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

DISCUSSÃO

Nesse estudo, houve prevalência do sexo masculino e a faixa etária média foi de 50 anos. Resultados semelhantes aos encontrados em estudos nacionais e internacionais.^{7-9,10} Quanto à escolaridade, a média foi de 10 anos de instrução; esse resultado diverge de estudo realizado com pacientes internados em um hospital universitário em Porto Alegre que demonstrou grau de instrução até 09 anos dos entrevistados.¹⁰ Em relação à procedência por se tratar de um hospital universitário localizada no mesmo município e

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

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

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

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

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

na ingestão de medicamentos. Provavelmente, pode ser explicado pela a escolaridade acima de 10 anos dos entrevistados, estudos apontam que quanto maior o tempo de escolaridade maior o entendimento sobre as questões de cuidado e saúde.¹⁸

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

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

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

Neste estudo, o fator Preparação da gestão em saúde obteve associação com a DM, sabe-se que pacientes acometidos por alguma doença crônica não transmissível (DCNT) referem dificuldades no entendimento de medicamentos bem como nos cuidados após alta hospitalar.¹ Nesse contexto, a alta hospitalar deve ser planejada, pela equipe

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

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

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

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

CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

SciELO Preprints - Este documento é um preprint e sua situação atual está disponível em: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.4218>

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

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

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

CONFLITOS DE INTERESSES:

Os autores declaram que não possuem conflitos de interesses.

Contribuição dos autores:

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

REFERÊNCIAS

1. Coleman EA, Boult C. Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. *J Am Geriatr Soc.* 2003;51(4):556-7. <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2003.51186.x>

2. Aued GK, Bernardino E, Lapiere J, Dallaire C. Liaison nurse activities at hospital discharge: a strategy for continuity of care. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2019;27:e3162. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3069.3162>
3. Acosta AM, Câmara CE, Weber LAF, Fontenele RM. Nurse's activities in care transition: realities and challenges. *Rev Enferm UFPE on line*. 2018;12(12):3190-7. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a231432p3190-3197-2018>
4. Weber LAF, Lima MADS, Acosta AM, Maques GQ. Care transition from hospital to home: integrative review. *Cogitare Enferm*. 2017;22(3):e47615. <https://doi.org/10.5380/ce.v22i3.47615>
5. O World Health. COVID-19 Weekly Epidemiological Update. World Health Organization, Geneva (2020);10-25. <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19--25-may-2022>
6. S. Richardson, J.S. Hirsch, M. Narasimhan, *et al*. Presenting characteristics, comorbidities, and outcomes among 5700 patients hospitalized with COVID-19 in the New York city area *J Am Med Assoc*. 2020; <https://doi.org/10.1001/jama.2020.6775>
7. D. Wang, Y. Yin, C. Hu. Clinical course and outcome of 107 patients infected with the novel coronavirus, SARS-CoV-2, discharged from two hospitals in Wuhan, China. *Crit Care*. 2020; 24 (1):188. <https://doi.org/10.1186/s13054-020-02895-6>
8. Leah B. Loerinc, Amy M. Scheel, Sean T. Evans, O'Keefe J. Discharge characteristics and care transitions of hospitalized patients with COVID-19. *Healthcare*. 2021; 9(1). <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2213076420301111?via=ihIub>
9. Elm EV, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *The Lancet*. 2007; 370 (9596):1453-57. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61602-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61602-X)
10. Buffon, Marina Raffin *et al*. Critically ill COVID-19 patients: a sociodemographic and clinical profile and associations between variables and workload. *Revista Brasileira de Enfermagem* [online]. 2022; 75 (Suppl 1), e20210119. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0119>
11. Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa ADM. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. *Arq Bras Cardiol*. 2021; 116(3):516-58. <http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/pdf/Diretriz-HAS-2020.pdf>
12. Barros GM, Filho JBRM, Mendes Jr AC. Considerações sobre a relação entre a hipertensão e o prognóstico da COVID-19. *J Health Biol Sci*. 2020;8(1):1-3. <https://doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v8i1.3250.p1-3.2020>
13. Roncon L, Zuin M, Rigatelli G, Zuliani G. Diabetic patients with COVID-19 infection are at higher risk of ICU admission and poor short-term outcome. *J Clin Virol*. 2020; 127:104354. <https://doi.org/10.1016/j.jcv.2020.104354>
14. Matthay MA, Aldrich JM, Gotts JE. Treatment for severe acute respiratory distress syndrome from COVID-19. *Lancet Respir Med*. 2020;8(5):433-4. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30127-2](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30127-2)
15. Grasselli G, Zangrillo A, Zanella A, Antonelli M, Cabrini L, Castelli A, *et al*. Baseline Characteristics and Outcomes of 1591 Patients Infected With SARS-CoV-2 Admitted to ICUs of the Lombardy Region, Italy. *JAMA*. 2020;323(16):1574-81. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.5394>
16. Hwang JI, Chung JH, Kim HK. Psychometric properties of transitional care instruments and their relationships with health literacy: Brief PREPARED and Care Transitions Measure. *Int J Qual Health Care*. 2019;31(10):774-80. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mz033>

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

Este preprint foi submetido sob as seguintes condições:

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