

Qualidade da transição do cuidado e sua associação com a readmissão hospitalar*

Temática: cuidado crônico.

Contribuição para a disciplina: a atuação qualificada dos enfermeiros é fundamental para a efetivação de transições do cuidado seguras na alta do hospital para o domicílio, proporcionando continuidade do cuidado e melhoria da qualidade da assistência de enfermagem. Os resultados desta pesquisa estimulam novas reflexões sobre a qualidade das transições do cuidado e sua associação com a readmissão hospitalar, além de incentivar inovação no processo de trabalho, nas práticas assistenciais e nas políticas de saúde, o que contribuiria para a visibilidade e a valorização da enfermagem no desenvolvimento de transições do cuidado a pessoas com doenças crônicas não transmissíveis.

RESUMO

Objetivo: avaliar a qualidade da transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas e verificar sua associação com a readmissão hospitalar em até 30 dias após a alta. **Método:** estudo epidemiológico transversal com 210 pacientes com doenças crônicas que tiveram alta de um hospital no Sul do Brasil. Utilizou-se o instrumento *Care Transition Measure-15*, por meio de contato telefônico e, para identificar as readmissões em até 30 dias, consultou-se o sistema de gestão hospitalar. Foram realizados testes t-Student, análise de variância e correlação não paramétrica de Pearson ou Spearman. **Resultados:** a pontuação do CTM-15 foi de 74,7 (\pm 17,1). Não foi encontrada associação significativa entre a qualidade da transição do cuidado e a readmissão hospitalar. Foram readmitidos 12,3 % pacientes, sendo 46,2 % das readmissões no serviço de emergência. **Conclusões:** a qualidade da transição do cuidado de doentes crônicos de unidades de internação clínica para o domicílio apresentou um escore satisfatório. Entretanto, não foi verificada associação entre a qualidade da transição do cuidado e a readmissão hospitalar em até 30 dias após a alta.

PALAVRAS-CHAVE (FONTE: DECS)

Continuidade da assistência ao paciente; alta do paciente; readmissão do paciente; doença crônica; Enfermagem.

DOI: 10.5294/aqui.2019.19.4.5

Para citar este artigo / Para citar este artículo / To reference this article

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>

1 [✉ https://orcid.org/0000-0002-9384-0521](https://orcid.org/0000-0002-9384-0521). Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.

2 <https://orcid.org/0000-0002-3490-7335>. Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.

3 <https://orcid.org/0000-0002-4816-6056>. Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil. alacosta@hcpa.ufrgs.br

* Artigo extraído da dissertação de mestrado intitulada "Avaliação da transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas do hospital para o domicílio", apresentada no programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil, em 2018.

Recebido: 03/09/2019
Submetido: 30/10/2019
Aceito por pares: 15/11/2019
Aceito: 25/11/2019

*Calidad de la transición del cuidado y su asociación con la readmisión hospitalaria**

RESUMEN

Objetivo: evaluar la calidad de la transición del cuidado de pacientes con enfermedades crónicas y averiguar su asociación con la readmisión hospitalaria en hasta 30 días luego del alta. **Método:** estudio epidemiológico transversal con 210 pacientes con enfermedades crónicas que tuvieron salida de un hospital ubicado en el sur de Brasil. Se empleó el instrumento *Care Transition Measure-15*, por medio de contacto telefónico y, para identificar las readmisiones en hasta 30 días, se consultó el sistema de gestión hospitalaria. Se realizaron pruebas t-Student, análisis de variancia y correlación no paramétrica de Pearson o Spearman. **Resultados:** el puntaje del CTM-15 fue de 74,7 ($\pm 17,1$). No se encontró asociación significativa entre la calidad de la transición del cuidado y la readmisión hospitalaria. Se readmitió el 12,3 % pacientes, en que el 46,2 % de las readmisiones fue al servicio de urgencias. **Conclusiones:** la calidad de la transición del cuidado de enfermos crónicos de unidades de hospitalización clínica hacia el domicilio presentó un indicador satisfactorio. Sin embargo, no se encontró asociación entre la calidad de la transición del cuidado y la readmisión hospitalaria en hasta 30 días luego del alta.

PALABRAS CLAVE (FUENTE: DECS)

Continuidad de la atención al paciente; alta del paciente; readmisión del paciente; enfermedad crónica; enfermería.

* Artículo extraído de la tesis de maestría titulada "Avaliação da transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas do hospital para o domicílio", presentada al programa de posgrados en Enfermería de la Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil, en 2018.

*Quality of care transition and its association with hospital readmission**

ABSTRACT

Objective: To evaluate the quality of care transition for patients with chronic diseases and to verify its association with hospital readmission within 30 days after discharge. **Method:** Cross-sectional epidemiological study of 210 patients with chronic diseases discharged from a hospital in southern Brazil. The *Care Transition Measure-15* (CTM-15) instrument was used, through a telephone contact and, in order to identify readmissions within 30 days, the hospital management system was consulted. Student's t-tests analysis of variance and nonparametric Pearson or Spearman correlation tests were performed. **Results:** CTM-15 score was 74.7 (\pm 17.1). No significant association was found between the quality of care transition and hospital readmission. 12.3 % of the patients were readmitted, and 46.2 % of these readmissions were to the emergency service. **Conclusions:** The quality of the care transition for chronic patients from inpatient units to home, showed a satisfactory score. However, there was no association between the quality of care transition and hospital readmission within 30 days after discharge.

KEYWORDS (SOURCE: DECS)

Continuity of patient care; patient discharge; patient readmission; chronic disease; nursing.

* Article extracted from the master's dissertation entitled "Avaliação da transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas do hospital para o domicílio", presented in the Nursing Graduate Program of the Federal University of Rio Grande do Sul, Brazil, in 2018.

Introdução

O período após a alta hospitalar é um momento de desafios para pacientes e familiares (1), pois encontram dificuldades na realização das atividades diárias e dúvidas quanto ao gerenciamento do autocuidado (2). Tais problemas podem ocasionar baixa adesão ao tratamento, eventos adversos relacionados às medicações de uso contínuo (3) e exacerbação da doença de base (4), o que pode levar a readmissões.

As readmissões hospitalares, além de trazerem prejuízos aos pacientes, acarretam maiores custos ao sistema de saúde, o que torna importante o desenvolvimento de medidas para evitá-las (5). Altas taxas de readmissão nos hospitais podem estar relacionadas a fatores potencialmente evitáveis como planejamento de alta ineficiente, eventos adversos a medicamentos, falta de acompanhamento na atenção primária e insuficiente continuidade no cuidado após a alta (6). Estima-se que, aproximadamente, um quarto das readmissões nos Estados Unidos seja potencialmente evitável (7).

Além disso, algumas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como doenças cardiovasculares, respiratórias, neoplasias e diabetes, são associadas a altas taxas de readmissão (7), necessitando de maiores cuidados na preparação para a alta hospitalar. No contexto mundial, as DCNT têm causado elevado número de mortes prematuras, diminuição da qualidade de vida e são responsáveis por impactos econômicos para as famílias, as comunidades e a sociedade (8).

Portadores de doenças crônicas são mais vulneráveis à readmissão hospitalar, pois possuem maiores dificuldades para gerenciar os cuidados no ambiente domiciliar e necessitam de continuidade dos cuidados em longo prazo (9). No Brasil, as DCNT são a principal causa de morbimortalidade e de grande parte das hospitalizações, o que constitui um grave problema de saúde pública (10). Esses indivíduos são responsáveis por 12,7 % das reinternações nos Estados Unidos (2) e 27,4 % na Itália (7). No Brasil, estudo realizado no Rio de Janeiro identificou que 40,4 % dos pacientes com doenças crônicas foram readmitidos após a alta (11).

A transição do cuidado é uma importante estratégia para evitar readmissões hospitalares, uma vez que contribui para a coordenação e a continuidade dos cuidados (12), minimizando os eventos adversos e as demais complicações pós-alta (13). Ações realizadas incluem o planejamento de alta, a educação em saúde,

a promoção do autogerenciamento dos cuidados, as orientações sobre as medicações e a articulação com a rede de saúde (14). Essa estratégia é amplamente utilizada em diversos países com idosos, doentes crônicos, pacientes com diversos planos terapêuticos e complexas condições de saúde (15).

Nos últimos anos, é crescente o interesse de pesquisadores e gestores em saúde em estudar a temática da transição do cuidado. Estudos internacionais verificaram a associação da qualidade da transição do cuidado com a readmissão hospitalar, identificando a redução das taxas de readmissão quando a qualidade da transição é elevada (1, 13). Entretanto, no Brasil, a literatura é escassa. Existem pesquisas que avaliam aspectos pontuais da transição do cuidado, como ações de planejamento de alta, educação sobre autocuidado e medicamentos (4), acompanhamento domiciliar (16) e percepção dos enfermeiros sobre atividades realizadas durante as transições do cuidado (17), as quais demonstram fragilidades no sistema de saúde na garantia de transições seguras. Identifica-se a inexistência de estudos que verifiquem a associação entre a qualidade da transição do cuidado e as readmissões hospitalares no cenário brasileiro, o que indica importante lacuna do conhecimento.

Reconhece-se que a atuação qualificada dos enfermeiros é fundamental para a efetivação de transições do cuidado seguras, bem como contribui para a visibilidade e valorização da assistência de enfermagem. Porém, o desenvolvimento de intervenções inovadoras e baseadas em evidências é necessário. Considera-se que avaliar a qualidade das transições do cuidado de portadores de doenças crônicas é importante para o aperfeiçoamento das práticas de transição do cuidado, bem como para a avaliação e o gerenciamento dos cuidados de doentes crônicos após a alta hospitalar. Ademais, conhecer aspectos que podem acarretar readmissão hospitalar oferece subsídios para o aprimoramento de práticas assistenciais e de gestão para a melhoria da qualidade do cuidado em saúde.

Diante do exposto, o objetivo deste estudo é avaliar a qualidade da transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas e verificar sua associação com a readmissão hospitalar em até 30 dias após a alta.

Este estudo está fundamentado nos princípios do programa *Care Transitions Program* (CTP), desenvolvido para dar suporte a pacientes com necessidades complexas de cuidado e seus cuida-

dores, e promover transições do cuidado qualificadas e seguras, do hospital para o domicílio. O programa é sustentado por quatro pilares: registros centrados nos pacientes, autogerenciamento dos medicamentos, conhecimento dos sinais de alerta, acompanhamento na atenção primária e especializada (18).

Método

Trata-se de um estudo epidemiológico observacional e transversal, realizado em um hospital geral, público e universitário do Sul do Brasil. O hospital atende mais de 60 especialidades médicas, com 833 leitos; destes, 645 de internação.

A população foi composta por pacientes com doenças crônicas que tiveram alta de unidades de internação clínica para o domicílio, identificados por meio de relatório do sistema informatizado de gestão hospitalar. Para o cálculo amostral, foi utilizado um erro absoluto de 4 pontos, média 69 ± 27 de desvio-padrão e nível de confiança de 95 %, segundo estudo anterior que utilizou o mesmo instrumento para a coleta de dados (19), definindo-se uma amostra aleatória de 210 pacientes.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 18 anos, possuir doença crônica (neoplasias, doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, doenças respiratórias, doenças neuropsiquiátricas e musculoesqueléticas) e ter recebido alta da unidade de internação clínica para o domicílio. Além disso, o paciente deveria ter permanecido internado, no mínimo, por 72 horas no hospital e por 24 horas nas unidades de internação clínica. Foram excluídos da amostra os pacientes que tiveram óbito ou que foram readmitidos no momento da coleta de dados. Quando o paciente não tinha condições clínicas ou de comunicação para responder ao instrumento, o cuidador que acompanhou a internação e as orientações para a alta participou como respondente substituto. Os instrumentos foram respondidos por 141 pacientes e 69 cuidadores.

A coleta dos dados foi realizada em duas etapas. A primeira ocorreu no período de março a agosto de 2017 e utilizou a versão do instrumento CTM-15, adaptada e validada para o Brasil, para avaliar a qualidade da transição do cuidado. A versão brasileira do instrumento tem equivalência semântica com o original, é confiável e apresenta validade de face e conteúdo. Possui boa estabilidade no tempo e demonstra boa consistência interna (alfa de Cronbach = 0,929) (19). O instrumento é composto por 15 itens,

que são divididos em quatro fatores: “Preparação para o autogerenciamento”, “Entendimento sobre medicações”, “Preferências asseguradas” e “Plano de cuidado”. Possui opções de respostas do tipo escala de Likert de cinco pontos. A aplicação do instrumento ocorreu entre uma e quatro semanas após a data da alta hospitalar, por meio de contatos telefônicos (12). Ademais, foi preenchida uma ficha de identificação com informações de caracterização dos pacientes a partir dos dados contidos no relatório do sistema informatizado.

A segunda etapa da coleta de dados foi realizada em novembro de 2017. Para identificar os participantes que foram readmitidos em até 30 dias após a data da alta na hospitalização index, obteve-se um novo relatório do sistema informatizado de gestão hospitalar, o qual continha informações referentes ao motivo e data da readmissão, à unidade em que foi readmitido e ao tempo de permanência na reinternação.

As respostas a cada item do CTM-15 foram pontuadas do seguinte modo: 0 pontos — “Não sei/não me lembro/não se aplica”; 1 ponto — “Discordo muito”; 2 pontos — “Discordo”; 3 pontos — “Concordo”; 4 pontos — “Concordo muito”. Para identificar a média dos escores, utilizou-se uma fórmula que transforma as médias obtidas em escores de 0 a 100, sendo que, quanto maior o escore, melhor é a transição do cuidado (18). Os autores do instrumento original indicam que escores iguais ou superiores a 70 podem ser considerados satisfatórios (12).

Os dados foram exportados para uma planilha no programa Excel, com a realização de dupla checagem dos dados. A análise foi realizada por meio do Programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 18.

Foi utilizada estatística descritiva com a apresentação de dados de frequência absoluta (n) e percentual (%) das variáveis categóricas para descrever o perfil da amostra e foi utilizado o cálculo de medidas de posição e dispersão (média, mediana, desvio-padrão, valores mínimo e máximo) para as variáveis contínuas. Utilizaram-se os testes t-Student, a análise de variância (ANOVA), a correlação não paramétrica de Pearson ou Spearman, com margem de erro de 5 % ($p \leq 0,05$) e nível de confiança de 95 %.

O estudo foi conduzido com base nos princípios éticos de pesquisa que envolve seres humanos, segundo a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (20), e foi aprovado pelo Comitê de

Ética em Pesquisa da instituição hospitalar (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética número 63817417.5.0000.5327). Foi obtido consentimento tácito para a participação na pesquisa, por meio de concordância verbal do participante no momento do contato telefônico, utilizando-se um roteiro com informações sobre o objetivo, a justificativa, a finalidade, o tempo destinado a responder ao instrumento, os riscos e benefícios da pesquisa, a garantia de voluntariedade e o anonimato.

Resultados

Houve prevalência de homens (52,4 %), média de idade de 60,9 anos (± 15) e Ensino Fundamental incompleto (50,5 %). As doenças mais frequentes foram as neoplásicas malignas (47,6 %) e cardíacas (45,7 %) (Tabela 1). Verificou-se que 25 % dos pacientes possuíam duas ou mais doenças (dado não mostrado em tabela).

A média dos escores do CTM-15 foi de 74,7 ($\pm 17,1$). O fator 1 (Preparação para o autogerenciamento) obteve escore médio de 78,1 ($\pm 19,7$), o fator 2 (Entendimento sobre medicações) 69,0 ($\pm 28,1$), o fator 3 (Preferências asseguradas) 69,7 ($\pm 21,2$) e o fator 4 (Plano de cuidado) 78,8 ($\pm 23,3$).

A Tabela 2 apresenta as médias dos escores de cada item do instrumento. Os itens 9 e 12 obtiveram as maiores médias. O item 9 é relacionado à compreensão do que é da responsabilidade do paciente para cuidar da saúde após a alta, e o item 12 é referente ao recebimento de uma lista de consultas ou exames para realizar depois da alta. Os itens 2 e 15 obtiveram as menores médias. O item 15 refere-se a ter conhecimento dos efeitos colaterais das medicações de uso após a alta, e o item 2 considera as preferências dos pacientes para decidir as necessidades de saúde.

Identificou-se que 26 pacientes (12,3 %) foram readmitidos em até 30 dias após a alta, sendo 30,8 % pelo mesmo motivo da internação anterior e 61,5 % por doença inserida no mesmo grupo de classificação. Verificou-se que 46,2 % foram readmitidos no serviço de emergência e 53,8 % em unidades de internação.

Foram obtidos maiores escores nas respostas no CTM-15 daqueles que foram readmitidos, embora as diferenças não tenham sido significativas. Não houve correlação significativa entre o tempo da alta até a readmissão e os escores do CTM-15. Contudo, pacientes que tiveram intervalo maior de tempo desde a alta até a readmissão foram mais propensos a terem escores maiores no fator 1 (Tabela 3).

Tabela 1. Caracterização da amostra. Porto Alegre, 2017

Variáveis	Total amostra (n = 210)
Idade (anos)†	60,9 \pm 15,0
Sexo masculino*	110 (52,4)
Escolaridade (anos)*	
Nenhum	9 (4,3)
Ensino Fundamental incompleto	106 (50,5)
Ensino Fundamental completo	25 (11,9)
Ensino Médio incompleto	13 (6,2)
Ensino Médio completo	27 (12,9)
Ensino Superior incompleto	2 (1,0)
Ensino Superior completo	18 (8,6)
Não registrado	10 (4,8)
Doenças crônicas*††	
Cardíacas	100 (47,6)
Neoplásicas malignas	96 (45,7)
Renais	19 (9,0)
Diabetes mellitus	18 (8,6)
Neurológicas	18 (8,6)
Respiratórias	16 (7,6)
Cirrose hepática	13 (6,2)
Musculoesqueléticas	5 (2,4)
Tempo de permanência (dias) na unidade‡	4 (3-6)
Número de internações prévias‡	4 (3-6)
Readmissão em 30 dias*	
Sim	26 (12,3)
Não	184 (87,7)
Tempo (dias) decorrido da alta até reinternação*	
≤ 7 dias	4 (15,4)
8 a 14 dias	5 (19,2)
15 a 21 dias	11 (42,3)
Acima de 21 dias	6 (23,1)

Fonte: elaborado pelas autoras, 2019.

* Variáveis categóricas expressas como n(%); †Variáveis contínuas expressas como média \pm desvio-padrão; ††Mais de uma doença por paciente. ‡Variáveis assimétricas apresentadas como mediana e intervalo interquartil.

Tabela 2. Itens por fatores, média e desvio-padrão dos escores dos itens do CTM-15 (n = 210). Porto Alegre, 2017

Item	Fator	Média ± DP
1. Concordou com a equipe de saúde sobre os objetivos para sua saúde e como eles seriam alcançados	3	70,7 ± 27,7
2. Preferências consideradas para decidir as necessidades de saúde	3	65,4 ± 28,2
3. Preferências consideradas para decidir onde as necessidades de saúde são atendidas	3	69,8 ± 30,8
4. Teve informações que precisava para o autocuidado	1	75,7 ± 28,0
5. Entende claramente como cuidar da saúde	1	78,4 ± 25,9
6. Entende sinais de alerta e sintomas	1	72,2 ± 32,5
7. Recebeu um plano escrito de cuidados	4	76,9 ± 28,1
8. Compreende o que melhora ou piora sua condição de saúde	1	78,4 ± 28,8
9. Compreende o que é de sua responsabilidade	1	84,1 ± 21,2
10. Sente-se seguro de que sabe o que fazer	1	76,9 ± 26,9
11. Sente-se seguro de que consegue fazer o que é necessário	1	74,5 ± 26,3
12. Recebeu lista escrita das consultas ou exames	4	79,9 ± 27,0
13. Entende o motivo de tomar os medicamentos	2	74,8 ± 32,2
14. Entende como tomar os medicamentos	2	78,1 ± 29,8
15. Entende os efeitos colaterais dos medicamentos	2	51,9 ± 38,2

Fonte: elaborado pelas autoras, 2019.

Tabela 3. Associação e correlação dos escores total e por fator do CTM 15-Brasil com a readmissão em até 30 dias após a alta. Porto Alegre, 2017

Variáveis	Total	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4
Readmissão†					
Sim*	79,2 ± 13,4	83,7 ± 13,6	74,4 ± 26,8	71,4 ± 19,4	82,7 ± 18,5
Não*	72,9 ± 18,3	76,1 ± 21,5	67,4 ± 28,3	68,3 ± 22,6	77,8 ± 23,9
P	0,096	0,082	0,238	0,511	0,316
Tempo da alta até a readmissão ‡					
Coefficiente de correlação	0,275	0,372	0,252	0,235	0,173
P	0,174	0,062	0,214	0,248	0,397

Fonte: elaborado pelas autoras, 2019.

* Valores expressos como média ± desvio-padrão. † Utilizado o teste t-Student. ‡ Utilizado o teste de correlação de Spearman.

Ao comparar os itens do instrumento com a readmissão, evidenciou-se que pacientes com readmissão obtiveram médias mais altas em quase todos os itens do que os que não foram readmitidos, sendo apenas o item 2 com menor média. Diferença significativa foi encontrada no item 5 (Tabela 4).

Tabela 4. Média e desvio-padrão dos itens relacionados com pacientes que foram readmitidos e não readmitidos. Porto Alegre, 2017

Item	Com readmissão	Sem readmissão	p
	Média ± DP	Média ± DP	
1. Concordou com a equipe de saúde sobre objetivos para sua saúde e como eles seriam alcançados	72,0 ± 20,8	70,5 ± 28,5	0,802
2. Preferências consideradas para decidir as necessidades de saúde	65,3 ± 24,5	65,4 ± 28,8	0,993
3. Preferências consideradas para decidir onde as necessidades de saúde são atendidas	74,4 ± 25,5	69,2 ± 31,5	0,425
4. Teve informações que precisava para autocuidado	84,6 ± 19,4	74,5 ± 28,8	0,083
5. Entende claramente como cuidar da saúde	88,5 ± 16,2	77,0 ± 26,7	0,004‡
6. Entende sinais de alerta e sintomas	82,1 ± 25,4	70,9 ± 33,2	0,100
7. Recebeu um plano escrito de cuidados	81,9 ± 24,0	76,2 ± 28,6	0,347
8. Compreende o que melhora ou piora sua condição de saúde	85,9 ± 19,3	77,3 ± 29,8	0,057
9. Compreende o que é de sua responsabilidade	87,2 ± 19,0	83,6 ± 21,5	0,423
10. Sente-se seguro de que sabe o que fazer	78,2 ± 23,0	76,7 ± 27,5	0,786
11. Sente-se seguro de que consegue fazer o que é necessário	79,5 ± 25,1	73,8 ± 26,5	0,301
12. Recebeu lista escrita das consultas ou exames	82,7 ± 19,5	79,5 ± 27,9	0,584
13. Entende o motivo de tomar os medicamentos	82,1 ± 28,6	73,7 ± 32,6	0,218
14. Entende como tomar os medicamentos	80,8 ± 28,6	77,7 ± 30,1	0,626
15. Entende os efeitos colaterais dos medicamentos	60,3 ± 37,7	50,7 ± 38,2	0,234

Fonte: elaborado pelas autoras, 2019.

‡ Significância estatística (p ≤ 0,05).

Discussão

Este estudo avaliou a qualidade da transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas, com a utilização do instrumento CTM, e testou sua associação com a readmissão hospitalar. Embora o CTM seja o instrumento validado mais utilizado para avaliar a qualidade da transição do cuidado no mundo, é pontuado conforme as experiências vivenciadas pelos pacientes e cuidadores, o que pode gerar dados mais auspiciosos do que a realidade (21). Considera-se que a transição do cuidado é complexa e envolve questões relacionadas à atuação dos profissionais, ao uso de protocolos clínicos, à organização da rede de atenção à saúde, entre outros. Assim, a avaliação da qualidade da transição do cuidado é um desafio que necessita ser enfrentado a partir de múltiplos olhares e de diferentes instrumentos e indicadores (21).

Nesta pesquisa, foi verificado que a média do escore do CTM-15 foi de 74,7. Estudos que utilizaram o CTM em unidades de internação encontraram resultados heterogêneos. Foram identificados escores que variaram entre 66,6 e 82,4 nos Estados Unidos da América (22, 23) e 76,4 no Brasil (19).

Neste estudo, aspectos relacionados à preparação para o autogerenciamento e ao plano de cuidados obtiveram resultados positivos na perspectiva dos pacientes e de seus cuidadores. Por outro lado, itens referentes ao entendimento sobre as medicações e à garantia das preferências dos pacientes e familiares obtiveram as piores médias nos escores do instrumento. Outro estudo que utilizou o CTM-15 também encontrou achados semelhantes (22).

O fator 4, que obteve maior pontuação nos escores por fator do CTM-15, é relacionado ao plano de alta e aos encaminhamentos após a alta hospitalar. A utilização de planos de alta e o estabelecimento de fluxos auxiliam o gerenciamento dos cuidados, bem como facilitam a transição do cuidado entre os diferentes níveis de assistência, o que proporciona a continuidade do cuidado (15). Entretanto, identifica-se que ainda existem problemas de desarticulação entre os serviços na rede de atenção à saúde (24), principalmente quanto a encaminhamentos e/ou acompanhamento do problema de saúde quando se encontram na comunidade, o que gera a fragmentação dos cuidados após a alta (6). Em estudo brasileiro, em um serviço de emergência, enfermeiros residentes realizaram contatos telefônicos para enfermeiros da Atenção Pri-

mária à Saúde (APS), nos quais forneceram informações pertinentes sobre o quadro de saúde de pacientes com alta hospitalar e que necessitavam de cuidados após seu retorno para casa, o que fortaleceu a comunicação entre o hospital e a APS (25).

O fator 1 é referente às informações recebidas durante a internação do paciente, principalmente sobre sinais e sintomas da exacerbação da doença crônica e informações para aprimorar o autocuidado no ambiente domiciliar. Apesar de o fator 1 ter obtido média alta, o item 11, referente a sentir-se seguro de que consegue fazer o que é necessário para cuidar da saúde, foi identificado com média mais baixa entre os itens do fator, o que demonstra fragilidades nas informações prestadas aos pacientes. Dado similar foi encontrado em estudo realizado nos Estados Unidos, no qual os pacientes e os cuidadores não se sentiam seguros para gerenciar os cuidados no retorno para o domicílio (22).

A comunicação entre os profissionais de saúde e os pacientes é de suma importância e visa aprimorar os cuidados diários após a alta hospitalar. O enfermeiro, ao propiciar 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 (15). No entanto, sabe-se que informações referentes ao regime terapêutico e aos cuidados diários são fornecidas no momento da alta, em um período de tempo mais curto, o que pode indicar que os pacientes com necessidades complexas de cuidado sejam enviados para casa antes de serem totalmente informados, de forma clara, da sua condição de saúde (26), o que pode ocasionar complicações após a alta e reinternações desnecessárias nos serviços de emergência.

O fator 3 é relacionado às preferências do paciente e familiares quanto aos cuidados com a doença crônica, no entanto tal fator obteve média baixa no escore do CTM-15. A inserção dos pacientes e familiares nas decisões do tratamento e dos cuidados tem recebido destaque durante os planejamentos de alta (26). Introduzir paciente e família nas decisões sobre a gestão dos cuidados é crucial para promover o autogerenciamento dos cuidados após a alta, porém é necessário um papel mais ativo dos pacientes e da família para que isso ocorra (22). Além disso, é relevante que haja mais conhecimento sobre a doença crônica para tomar decisões quanto às condutas a serem definidas, e o enfermeiro tem função importante ao promover a educação em saúde dos pacientes e da família.

Já no fator 2, quanto ao entendimento sobre as medicações, aferiu-se a segunda pior média nos escores do instrumento. Entretanto, salienta-se que os itens 13 e 14 foram identificados com bons escores, diferentemente do item 15, que foi o item com pior média do instrumento. Resultado semelhante foi encontrado em estudo que utilizou o CTM-15, no qual o item 15 teve a média mais baixa entre os itens do instrumento (22), o que indica que as informações fornecidas sobre os efeitos colaterais foram limitadas. Assim, muitos pacientes compreendem o motivo para administrar as medicações bem como sua dose diária, porém não sabem os possíveis efeitos adversos das medicações.

As informações sobre o uso das medicações após a alta são de fundamental importância para evitar a ocorrência de eventos adversos no ambiente domiciliar (7). No entanto, as orientações sobre os efeitos colaterais das medicações ainda são incipientes. As informações sobre os medicamentos são fornecidas no momento da alta, e pacientes e famílias não são orientados sobre efeitos colaterais, recebendo apenas a receita médica, com dose, horário e via de administração (4), o que poderia gerar dúvidas após a alta e, por consequência, resultar em reinternações.

Neste estudo, 12,4 % dos participantes foram readmitidos em até 30 dias após a alta, valor inferior ao identificado em estudo brasileiro realizado com pacientes cardíacos (27). Em investigações que utilizaram o CTM no âmbito internacional, encontram-se valores superiores (13) e valores inferiores de readmissão (1,22).

Sobre o motivo das readmissões, 30,8 % dos casos foram pelo mesmo motivo da internação anterior, e 61,5 % por doença inserida no mesmo grupo de classificação, o que está de acordo com investigações brasileiras realizadas com doentes crônicos e com comorbidades, as quais demonstraram porcentagens altas de readmissões pelo mesmo motivo (5, 27-28). Estudo realizado em hospital público do estado de São Paulo, Brasil, identificou que as readmissões ocorreram pela mesma razão da internação anterior em 47,9 % dos pacientes (5). Outro estudo com portadores de insuficiência cardíaca verificou que 96 % foram readmitidos em decorrência do que motivou a internação hospitalar prévia (28).

Há evidências que fragilidades na transição do cuidado ocasionam uso desnecessário de serviços de saúde, tanto em emergências como readmissões hospitalares (1). A literatura aponta que escores mais elevados do CTM diminuem as taxas de readmissão (1, 13). Entretanto, neste estudo, não foram identificadas asso-

ciações ou correlações entre os escores do CTM-15 com as readmissões. Supõe-se que isso pode ocorrer devido ao fato de que a maioria dos pacientes pode estar muito debilitada, ser portadora de múltiplas comorbidades e/ou possuir necessidades de cuidado complexas, e as readmissões, nesses casos, não são evitáveis (29).

Ao associarmos os escores do CTM-15 com as readmissões, identificou-se que os escores foram maiores naqueles que readmitiram em até 30 dias após a alta, porém sem significância estatística. Ainda, quando os itens do CTM-15 foram comparados com a readmissão hospitalar, encontrou-se diferença significativa no item 5, o que indica que pacientes que foram readmitidos entendiam mais de como cuidar da sua saúde em relação àqueles que não reinternaram.

As doenças crônicas necessitam de cuidados contínuos ao longo do tempo, além de mudanças da vida diária e do autogerenciamento dos cuidados no ambiente domiciliar (10). No entanto, estudo brasileiro identificou que pacientes que são readmitidos pensam que seguir orientações médicas pode evitar readmissões, porém não relacionavam isso a outras ações de cuidado e acreditavam que suas readmissões ocorriam devido a condições de vida e a determinantes sociais (9). Apesar de haver compreensão dos cuidados no ambiente domiciliar, os pacientes precisam saber qual a importância dos cuidados com a doença crônica, e mudanças nos hábitos diários são necessários para que a continuidade dos cuidados ocorra.

A educação dos pacientes auxilia seu empoderamento, principalmente sobre aspectos relacionados ao processo saúde-doença, o que facilita entender o valor do autocuidado e propicia o manejo da doença crônica por maior tempo após a alta (9). Tal evidência corrobora com o achado do estudo de que pacientes que levaram maior tempo para reinternar apresentaram escores maiores no fator 1, referente ao autogerenciamento dos cuidados após a alta hospitalar.

Os resultados deste estudo não encontraram associação entre a qualidade da transição do cuidado com as particularidades dos pacientes, com as características clínicas ou com as readmissões hospitalares, supondo que essas variáveis não interferem sobre a qualidade da transição do cuidado de doentes crônicos. No entanto, sugere-se que a transição do cuidado possui influência quanto às características dos serviços de saúde, podendo estar relacionada ao processo de trabalho, às práticas assistenciais e às políticas de saúde nacionais.

Conclusões

A qualidade da transição do cuidado de doentes crônicos de unidades de internação clínica para o domicílio apresentou um escore satisfatório no CTM-15. Os itens relacionados às orientações sobre o autogerenciamento dos cuidados, ao plano de alta e a encaminhamentos após a alta hospitalar mostraram-se como pontos favoráveis para qualificar a transição do cuidado durante as internações. No entanto, itens quanto às escolhas baseadas nas preferências dos pacientes e dos familiares para gerenciar a doença crônica e informações sobre o uso das medicações no ambiente domiciliar necessitam de maior atenção e aprimoramento no ambiente hospitalar.

Não obstante esses resultados, não foi verificada associação entre o escore do CTM-15 e a readmissão hospitalar em até 30 dias após a alta. Embora a readmissão seja um indicador importante para a avaliação da transição do cuidado durante o processo de alta hospitalar, entende-se que outros aspectos podem influenciar no retorno do paciente ao hospital, como gravidade e complexidade das condições de saúde, fatores institucionais e coordenação do cuidado na rede de atenção à saúde.

Tendo em vista os aspectos mencionados, a falta de formalização do processo de transição do cuidado é uma realidade bra-

sileira, pois não há políticas nacionais de transição do cuidado. Esse fato dificulta o compartilhamento das informações e das responsabilidades do cuidado, principalmente para pacientes com doenças crônicas e com complexas necessidades de cuidado que requerem cuidado contínuo ao longo do tempo.

Assim, novas investigações são necessárias a fim de avaliar e analisar, de forma mais abrangente e profunda, a qualidade da transição do cuidado e as readmissões hospitalares, observando diferentes percepções de pacientes, profissionais e gestores das instituições de saúde. Também, faz-se importante avaliar os processos de trabalho nas instituições de saúde, bem como aprimorar as ações e cuidados com vistas a qualificar as transições do cuidado.

Como limitação, aponta-se que o estudo foi realizado com uma população de doentes crônicos e restrita a um único hospital. Além disso, alguns cuidadores foram respondentes do instrumento, os quais podem ter percepções diferentes dos pacientes sobre a transição do cuidado. Por fim, aponta-se a carência de estudos nacionais com a utilização do mesmo instrumento, já que se constatou o uso de diversos estudos internacionais, o que dificultou a comparação e discussão dos resultados no âmbito nacional.

Conflito de interesses: nenhum declarado.

Referências

1. Goldstein JN, Hicks LS, Kolm P, Weintraub WS, Elliott DJ. Is the Care Transitions Measure associated with readmission risk? Analysis from a single academic center. *J Gen Intern Med.* 2016;31(7):732-8. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11606-016-3610-9>
2. Harrison JD, Auerbach AD, Quinn K, Kynoch E, Mourad M. Assessing the impact of nurse post-discharge telephone calls on 30-day hospital readmission rates. *J Gen Intern Med.* 2014;29(11):1519-25. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11606-014-2954-2>
3. Trompeter JM, McMillan AN, Rager ML, Fox JR. Medication discrepancies during Transitions of Care: a comparison study. *J Healthc Qual.* 2015;37(6):325-32. DOI: <https://doi.org/10.1111/jhq.12061>
4. Marques LFG, Romano-Liber NS. Segurança do paciente no uso de medicamentos após a alta hospitalar: estudo exploratório. *Saúde soc.* 2014;23(4):1431-44. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000400025>
5. Ricci H, Araújo MN, Simonetti SH. Readmissão precoce em hospital público de alta complexidade em cardiologia. *Rev Rene.* 2016;17(6):828-34. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2016000600014>
6. 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 [Internet].* 2018 [cited 2019 Aug 29];73:e325. DOI: <https://doi.org/10.6061/clinics/2018/e325>
7. Auerbach AD, Kripalani S, Vasilevskis EE, Sehgal N, Lindenauer PK, Metlay JP et al. Preventability and causes of readmissions in a national Cohort of general medicine patients. *JAMA Intern Med.* 2016;176(4):484-93. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.7863>
8. World Health Organization, 2013. WHO Global action plan for the prevention and control of noncommunicable disease 2013-2020. Geneva: World Health Organization; 2013 [cited 2019 Nov 28]. Disponível em: <https://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/en/>
9. Teston EF, da Silva JP, Garanhani ML, Marcon SS. Reinternação hospitalar precoce na perspectiva de doentes crônicos. *Rev Rene.* 2016; 17(3):330-7. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2016000300005>
10. Ministério da Saúde do Brasil. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [citado 28 nov. 2019]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf
11. Chibante, CLP, Santo FHE, Santos TD, Pestana LC, Santos ACS, Pinheiro FM. Fatores associados à internação hospitalar em clientes com doenças crônicas. *Cienc Cuid Saude.* 2015;14(4):1491-7. DOI: <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v14i4.24881>
12. Coleman EA, Mahoney E, Parry C. Assessing the quality of preparation for posthospital care from the patient's perspective: The Care Transition Measure. *Med Care.* 2005 [cited 2019 Nov 28];43(3):246-55. Available from: <http://unmhospitalist.pbworks.com/f/Coleman+CTM.pdf>
13. Mixon AS, Goggins K, Bell SP, Vasilevskis EE, Nwosu S, Schildcrout JS. Preparedness for hospital discharge and prediction of readmission. *J Hosp Med.* 2016;11(9):603-9. DOI: <https://doi.org/10.1002/jhm.2572>
14. Hirschman KB, Shaid E, McCauley K, Pauly MV, Naylor MD. Continuity of care: the Transitional Care Model. *Online J Issues Nurs.* 2015 [cited 2019 Nov 28]; 20(3):1. Available from: <http://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-20-2015/No3-Sept-2015/Continuity-of-Care-Transitional-Care-Model.html>
15. Dusek B, Pearce N, Harripaul A, Lloyd M. Care transitions a systematic review of best practices. *J Nurs Care Qual.* 2015;30(3):233-9. DOI: <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000097>
16. Mantovani VM, Ruschel KB, de Souza EN, Mussi C, Rabelo-Silva ER. Adesão ao tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca em acompanhamento domiciliar por enfermeiros. *Acta Paul. Enferm.* 2015;28(1):41-7. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201500008>

17. Acosta AM, Câmara CE, Weber LAF, Fontenele RM. Atividades do enfermeiro na transição do cuidado: realidades e desafios. *Rev enferm UFPE online*. 2018 [citado 28 nov. 2019];12(12):3190-7. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-999501>
18. The Care Transitions Program. The care transitions intervention: health care services for improving quality and safety during care hand-offs. Aurora: CTP; 2014.
19. Acosta AM, Lima MAD, Marques GQ, Levandovski PF, Weber LAF. Brazilian version of the Care Transitions Measure: translation and validation. *Int Nurs Rev*. 2017;64(3):379-87. DOI: <https://doi.org/10.1111/inr.12326>
20. Ministério da Saúde do Brasil. Resolução n.º 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretriz e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; 2012 [citado 28 nov. 2019]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
21. Anatchkova MD, Barysauskas CM, Kinney RL, Kiefe CI, Ash, AS, Lombardini L, Allison JJ. Psychometric Evaluation of the Care Transition Measure in TRACE-CORE: Do we need a better measure? *J Am Heart Assoc*. 2014;3(3):e001053. DOI: <https://doi.org/10.1161/JAHA.114.001053>
22. Ford BK, Ingersoll-Dayton B, Burgio K. Care transition experiences of older veterans and their caregivers. *Health Soc Work*. 2016;41(2):129-38. DOI: <https://doi.org/10.1093/hswh/hlw009>
23. Record JD, Niranjan-Azadi A, Christmas C, Hanyok LA, Rand CS, Hellmann DB, et al. Telephone calls to patients after discharge from the hospital: an important part of transitions of care. *Med Educ Online*. 2015; 20:26701. DOI: <https://doi.org/10.3402/meo.v20.26701>
24. Lanzoni GMM, Koerich C, Meirelles BHS, Erdmann AL, Baggio MA, Higashi GDC. Myocardial revascularization: patient referral and counter-referral in a hospital institution. *Texto contexto — enferm*. 2018;27(4): e4730016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072018004730016>
25. Day CB, Witt RR, Oelke ND. Integrated care transitions: emergency to primary health care. *J Integr Care*. 2016;24(4):225-32. DOI: <https://doi.org/10.1108/JICA-06-2016-0022>
26. Buurman BM, Verhaegh KJ, Smeulders M, Vermeulen H, Geerlings SE, Smorenburg S et al. Improving handoff communication from hospital to home: the development, implementation and evaluation of a personalized patient discharge letter. *Int J Qual Health Care*. 2016;28(3):384-90. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzw046>
27. Rosa ACM, Lamari NM. Caracterização de pacientes reinternados no setor de cardiologia. *Arq. Ciênc. Saúde*. 2017;24(3):79-83. DOI: <https://doi.org/10.17696/2318-3691.24.3.2017.640>
28. Reis MB, Dias MG, Bibanco MS, Lopes CT, Gea GN. Readmissão hospitalar por insuficiência cardíaca em um hospital de ensino do interior do estado de São Paulo-SP. *Medicina [On-line]*. 2015 [citado 28 nov. 2019];48(2):138-42. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/99747/98168>
29. Arbaje AI, Kansagara DL, Salanitro AH, Englander HL, Kripalani S, Jencks SF et al. Regardless of age: incorporating principles from geriatric medicine to improve care transitions for patients with complex needs. *J Gen Intern Med*. 2014;29(6):932-9. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11606-013-2729-1>