



## Transição e continuidade do cuidado após alta hospitalar de sobreviventes da COVID-19

Transition and continuity of care after hospital discharge for COVID-19 survivors

Transición y continuidad de la atención tras el alta hospitalaria para supervivientes de COVID-19

### Como citar este artigo:

Acosta AM, Nora CRD, Fontenele RM, Aued GK, Silveira CS, Sanseverino AX. Transition and continuity of care after hospital discharge for COVID-19 survivors. Rev Esc Enferm USP. 2023;57:e20230083. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0083en>

-  Aline Marques Acosta<sup>1</sup>
-  Carlise Rigon Dalla Nora<sup>1</sup>
-  Raquel Malta Fontenele<sup>1</sup>
-  Gisele Knop Aued<sup>1</sup>
-  Cristhiane de Souza Silveira<sup>2</sup>
-  Amanda Xavier Sanseverino<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Departamento de Assistência e Orientação Profissional, Porto Alegre, RS, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Porto Alegre, RS, Brasil.

### ABSTRACT

**Objective:** To assess care transition quality and compare it with the clinical characteristics and continuity of care after hospital discharge of COVID-19 survivors. **Method:** This is a descriptive, observational and cross-sectional study, carried out with 300 patients with COVID-19 who were discharged from a hospital in southern Brazil. The Care Transitions Measure (CTM-15) and question guide about symptoms, difficulties and use of health services after discharge were used. Student's t-test, Pearson and Spearman correlation were used. **Results:** The mean score for care transition quality was 74.2 ( $\pm 18.2$ ). Factors associated with higher quality were receiving care in intensive care ( $p = 0.001$ ), using non-invasive mechanical ventilation ( $p = 0.05$ ), using vasopressors ( $p = 0.027$ ) and having an appointment at the hospital after discharge ( $p = 0.014$ ). Positive correlated factors were length of stay ( $p = 0.017$ ), and negative factors were post-discharge symptoms of fatigue ( $p = 0.001$ ), weakness ( $p = 0.008$ ), difficulty doing moderate activities ( $p = 0.003$ ) and how difficult recovery is ( $p = 0.003$ ). **Conclusion:** Most participants had a satisfactory perception of care transition. However, aspects such as care plans, referrals and follow-up after hospital discharge require improvements.

### DESCRIPTORS

Patient Discharge; Continuity of Patient Care; Coronavirus Infections; Quality of Health Care.

### Autor correspondente:

Aline Marques Acosta  
Rua São Manoel, 963, Rio Branco  
90620-110 – Porto Alegre, RS, Brasil  
[aline.acosta@gmail.com](mailto:aline.acosta@gmail.com)

Recebido: 23/03/2023  
Aprovado: 04/09/2023

## INTRODUÇÃO

A pandemia de COVID-19, causada pelo vírus SARS-CoV-2, impactou a humanidade em grandes proporções, pois avançou de maneira rápida e letal e evidenciou a fragilidade dos sistemas de saúde em vários países, repercutindo em aspectos epidemiológicos, sociais, econômicos, políticos e culturais<sup>(1)</sup>. O Brasil é um dos países com maior número de pessoas infectadas no mundo; até janeiro de 2023, foram 36.768.677 casos confirmados e 696.603 óbitos<sup>(2)</sup>.

Embora a maioria dos pacientes infectados pelo SARS-CoV-2 seja assintomática ou apresente sintomas leves, como febre, rinorreia e tosse, e se recupere sem necessidade de hospitalização, alguns podem progredir para complicações clínicas graves, com acometimento dos sistemas pulmonar, neurológico, cardiovascular, urinário, entre outros<sup>(3)</sup>. No Brasil, estudo identificou taxa de hospitalização por COVID-19 de cerca de 6%, com variação significativa nas diferentes fases da pandemia. Entre os pacientes hospitalizados, 20% necessitam de atendimento em Unidade de Terapia Intensiva (UTI)<sup>(4)</sup>.

Enquanto esforços são despendidos nos hospitais para salvar vidas, pouca atenção tem sido dada às necessidades de cuidados dos sobreviventes que retornam ao domicílio<sup>(5)</sup>. Esses pacientes são potenciais candidatos a desenvolver Síndrome Pós-Internamento em Cuidados Intensivos (SPICI) e diminuição da qualidade de vida relacionada à saúde<sup>(6)</sup>. Muitos precisam lidar com suas comorbidades<sup>(4)</sup>, e podem apresentar, durante a recuperação no domicílio, complicações relacionadas à doença em si, à descompensação de morbididades prévias e ao tratamento instituído<sup>(7)</sup>. Ademais, diversas consequências persistem após a alta, como fadiga, fraqueza, dispnéia, neuropatia/miopatia, ansiedade e depressão<sup>(3,8)</sup>.

A alta do hospital para o domicílio é um período de risco para os pacientes, os quais devem lidar com novos problemas de saúde e mudanças no plano de cuidado, sendo comum a ocorrência de eventos adversos, erros de medicação, dificuldades no agendamento de consultas e exames pós-alta, reinternações e uso de serviços de emergência<sup>(9)</sup>. No contexto de pandemia, com isolamento social, serviços de saúde superlotados e restrições de atendimento, pacientes podem apresentar necessidades pós-alta diferenciadas<sup>(10)</sup>.

Portanto, ações de transição do cuidado são importantes para garantir a continuidade do cuidado de sobreviventes da COVID-19, a fim de contribuir com a recuperação física, cognitiva e psicológica e com a qualidade de vida dos pacientes acometidos, evitando a readmissão em períodos em que hospitais estão superlotados<sup>(7)</sup>. Enfermeiros são profissionais centrais na condução da transição do cuidado e gestão da alta hospitalar, podendo viabilizar a continuidade do cuidado e contribuir para a integralidade da atenção<sup>(5,11)</sup>.

Contudo, realizar ações de transição do cuidado é um processo complexo, mesmo na melhor das circunstâncias nas instituições hospitalares<sup>(5)</sup>. Em contexto de pandemia, os desafios são exacerbados, uma vez que os serviços são tensionados a rever os processos de desospitalização para reduzir o tempo de permanência hospitalar, aumentar o giro de leitos e diminuir a superlotação hospitalar.

Apesar de a transição de cuidado ser tema explorado internacionalmente, a literatura ainda é emergente<sup>(12)</sup>, havendo escassez de estudos que tratam especificamente de pacientes com COVID-19 no Brasil. Assim, este estudo tem como objetivo avaliar a qualidade da transição do cuidado e compará-la com as características clínicas e de continuidade do cuidado pós-alta hospitalar de sobreviventes de COVID-19.

## MÉTODO

### DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de estudo transversal, no qual foram seguidas as diretrizes do *STrengthening the Reporting of OBServational studies in Epidemiology* (STROBE).

### LOCAL

O estudo foi realizado no período de fevereiro a novembro de 2021 em um hospital geral universitário de grande porte, referência no atendimento de alta complexidade a pacientes com COVID-19 no sul do Brasil.

### POPULAÇÃO E CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

Os pacientes elegíveis para a pesquisa deveriam ter 18 anos ou mais, ter permanecido internado em unidade de internação por um período mínimo de 48 horas, com diagnóstico confirmado de COVID-19 e ter tido alta do hospital para o domicílio. Foram excluídos os pacientes que não residiam no município de Porto Alegre e na Região Metropolitana e aqueles que permaneceram internados apenas no serviço de emergência. Durante a coleta de dados, se o paciente tivesse déficit cognitivo ou de comunicação que o impedisse de responder à pesquisa, poderia ser entrevistado como respondente substituto (informante *proxy*) o cuidador que acompanhou o processo de alta e a recuperação no domicílio, como realizado em outros estudos<sup>(13,14)</sup>.

### DEFINIÇÃO DA AMOSTRA

O cálculo amostral foi realizado no programa WinPEPI (*Programs for Epidemiologists for Windows*), versão 11.43. Considerando uma população estimada em 1.250 pacientes, obtida por média semanal de internações por COVID-19 no hospital estudado, nível de confiança de 95% e margem de erro de 5%, obteve-se um total mínimo de 295 participantes. Durante o período de coleta de dados, foram identificados, a partir de relatórios semanais do sistema informatizado de gestão hospitalar, 729 pacientes que atendiam aos critérios de inclusão e de exclusão. Desses, 353 (48,4%) não responderam ao contato telefônico em três tentativas em dias e turnos diferentes da mesma semana; 20 (2,7%) não aceitaram participar do estudo; 54 (7,4%) estavam readmitidos no momento do contato telefônico; um (0,1%) estava institucionalizado; e um (0,1%) foi a óbito pós-alta. Responderam à pesquisa 250 (83,3%) pacientes e 50 (16,7%) cuidadores.

### COLETA DE DADOS

A coleta dos dados foi realizada em duas etapas. A primeira etapa ocorreu no período de fevereiro a outubro de 2021, por meio de contatos telefônicos de 7 a 14 dias pós-alta

do paciente do hospital. Utilizou-se o instrumento *Care Transitions Measure* (CTM-15), desenvolvido nos Estados Unidos, para avaliar a qualidade da transição do cuidado na perspectiva de pacientes e cuidadores<sup>(15)</sup>, que foi adaptado e validado para uso no Brasil<sup>(14)</sup>. É composto por 15 itens, os quais estão organizados em quatro fatores, a saber: Preparação para autogerenciamento; Entendimento sobre medicações; Preferências asseguradas; e Plano de cuidado<sup>(14)</sup>. As opções de respostas estão dispostas em uma escala tipo Likert, em que é atribuída uma pontuação conforme a resposta do participante, sendo: discordo totalmente = 1 ponto; discordo = 2 pontos; concordo = 3 pontos; concordo totalmente = 4 pontos. Há, ainda, uma opção, “não sei/não me lembro/não se aplica”, a qual não recebe pontuação, pois não é incluída no cálculo do escore final. Para calcular a média de escore, conforme os autores do instrumento, aplica-se uma fórmula que transforma os resultados em escores de 0 a 100, sendo que, quanto maior o escore obtido, melhor é a transição do cuidado<sup>(15)</sup>. O CTM-15 tem sido testado extensivamente, e tem se mostrado confiável, preciso e válido para o seu propósito<sup>(9,12,14)</sup>.

Também, foram realizadas perguntas sobre sintomas, dificuldades e uso de serviços de saúde pós-alta hospitalar, seguindo um roteiro estruturado elaborado com base na literatura<sup>(1,5,7)</sup> e na experiência das autoras. Ressalta-se que, por ser tema emergente, não há questionário validado para identificar os sintomas e continuidade do cuidado do paciente COVID-19 pós-alta. Portanto, realizou-se estudo piloto com 10 pacientes, os quais não foram incluídos na amostra. O roteiro é estruturado, organizado da seguinte forma: 13 questões sobre sintomas da COVID-19 e dificuldades pós-alta hospitalar em escala de frequência, que varia de “todo o tempo” a “nenhuma parte do tempo”; uma questão sobre a percepção da dificuldade da recuperação no domicílio em uma escala com opções de resposta que variam de “de maneira alguma” a “extremamente”; e sete questões sobre o uso de serviços de saúde pós-alta, com opções de resposta “sim”, “não” e “não sei/não lembro”. Os itens que tratam dos sintomas foram pontuados em escala de 0 a 4, sendo: nenhuma parte do tempo = 0 ponto; uma pequena parte do tempo = 1 ponto; alguma parte do tempo = 2 pontos; a maior parte do tempo = 3 pontos; e todo tempo = 4 pontos. O item que pergunta sobre quão difícil é a recuperação foi pontuado conforme segue: de maneira alguma = 0; um pouco = 1; moderadamente = 2; bastante = 3; extremamente = 4. Os demais itens sobre o uso de serviços de saúde foram codificados: sim = 1; não = 2; e não sei/não lembro = 99.

A segunda etapa da coleta de dados foi realizada em novembro de 2021. Realizou-se uma consulta aos registros dos prontuários eletrônicos dos pacientes para identificação de dados de caracterização da amostra, como sexo, idade, estado civil, raça/cor, escolaridade, comorbidades (conforme CID-10), tempo de permanência no hospital, internação em UTI, uso de ventilação mecânica, vasopressores e/ou método dialítico, bem como a presença de atendimento em serviço de emergência ou readmissão em 30 dias pós-alta hospitalar. Justifica-se a coleta desses dados posteriormente ao contato telefônico para ter diferença de 30 dias e obter o dado de reinternação do último participante entrevistado.

## ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados foram exportados em planilha Excel, e analisados no *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 21.0. Quanto à análise de dados referentes ao CTM-15, foi calculada a média simples de resposta de cada item, como também a média da escala total e por fator, utilizando-se a fórmula indicada pelos autores que transforma as médias em escores de 0 a 100<sup>(15)</sup>.

No que se refere à caracterização da amostra, sintomas e continuidade do cuidado pós-alta hospitalar, as variáveis quantitativas foram descritas por média e desvio padrão ou mediana e amplitude interquartílica. As variáveis categóricas foram descritas por frequências absolutas e relativas.

A normalidade das variáveis foi avaliada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. Utilizaram-se os testes t de Student, para comparação de médias, e correlação de Pearson ou Spearman, para associação entre variáveis numéricas e ordinais. O nível de significância adotado foi de 5% ( $p < 0,05$ ).

## ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, sob Parecer nº 4.462.671/2020, em conformidade com a Resolução 466/2012. Utilizou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), tendo o consentimento verbal dos participantes no momento do contato telefônico para a coleta de dados e encaminhando uma cópia eletrônica do TCLE por mensagem de texto.

## RESULTADOS

Neste estudo, observou-se que 168 (56%) pacientes eram homens, 135 (45%), casados, 247 (82,3%), brancos, 99 (33%) tinham ensino médio completo e média de idade de 51,93 anos ( $\pm 14,02$ ). As comorbidades mais frequentes foram hipertensão arterial (133; 44,3%), obesidade (104; 34,7%), Diabetes *Mellitus* (78; 26%), asma (28; 9,3%) e câncer (24; 8%). Identificou-se que 144 pacientes (48%) necessitaram de atendimento em UTI. Foram submetidos à ventilação mecânica invasiva 99 pacientes (33%), e não invasiva, 205 (68,3%). Utilizaram medicações vasoativas 83 (27,7%) pacientes, e método dialítico, 15 (5%). A mediana de tempo de permanência no hospital foi de 13 dias (8–26). Apenas 10 (3,3%) pacientes reinternaram em até 30 dias após a alta.

Quanto à qualidade da transição do cuidado na alta, a média dos escores do CTM-15 foi de 74,2 ( $\pm 18,2$ ). O fator 1 (Preparação para o autogerenciamento) obteve escore médio de 77,3 ( $\pm 19,0$ ); o fator 2 (Entendimento sobre medicações) obteve escore médio de 76,8 ( $\pm 21,0$ ); o fator 3 (Preferências asseguradas) obteve escore médio de 76,1 ( $\pm 18,3$ ); e o fator 4 (Plano de cuidado) obteve escore médio de 58,4 ( $\pm 30,9$ ). O item com o maior escore foi o 14 (Entende como tomar os medicamentos), e o menor, o 12 (Recebeu lista escrita das consultas ou exames) (Tabela 1).

Quanto à continuidade do cuidado, identificou-se que 192 (64%) pacientes tiveram algum contato (via telefone, mensagem, e-mail, visita domiciliar) com um profissional de saúde após a alta. Entretanto, 16 (5,3%) receberam a visita do agente comunitário de saúde em casa; 46 (15,3%) tiveram atendimento na unidade de referência da atenção básica; 5 (1,7%) precisaram de

**Tabela 1** – Média e desvio padrão dos escores dos itens do *Care Transitions Measure* (CTM-15) – Porto Alegre, RS, Brasil, 2021.

Item	Fator	Média ± DP
1. Concordou com a equipe de saúde sobre os objetivos para sua saúde e como eles seriam alcançados	3	80,8 ± 19,1
2. Preferências consideradas para decidir as necessidades de saúde	3	76,4 ± 21,3
3. Preferências consideradas para decidir onde as necessidades de saúde seriam atendidas	3	72,2 ± 27,4
4. Teve informações que precisava para o autocuidado	1	80,7 ± 21,6
5. Entende claramente como cuidar da saúde	1	81,0 ± 20,6
6. Entende os sinais de alerta e os sintomas	1	78,8 ± 22,2
7. Recebeu um plano escrito de cuidados	4	61,9 ± 33,3
8. Compreende o que melhora ou piora sua condição de saúde	1	75,9 ± 25,2
9. Compreende o que é de sua responsabilidade	1	79,0 ± 22,1
10. Sente-se seguro de que sabe o que fazer	1	74,6 ± 24,2
11. Sente-se seguro de que consegue fazer o que é necessário	1	73,4 ± 25,2
12. Recebeu uma lista escrita das consultas ou exames	4	54,7 ± 36,6
13. Entende o motivo de tomar os medicamentos	2	80,6 ± 20,3
14. Entende como tomar os medicamentos	2	84,2 ± 18,1
15. Entende os efeitos colaterais dos medicamentos	2	66,7 ± 33,1

DP = desvio padrão.

atendimento em serviços de urgência; 36 (12,1%) consultaram no ambulatório do hospital; e 30 (10%) consultaram em clínica ou consultório particular.

Ainda, quanto à recuperação no domicílio pós-alta hospitalar, constatou-se que foi um pouco difícil para 85 (28,4%) pacientes, moderadamente difícil para 91 (30,4%), bastante difícil para 24 (8%) e extremamente difícil para 8 (2,7%). A Tabela 2 mostra a ocorrência de sintomas pós-alta, sendo os mais frequentes medo de reinfeção e dificuldade para subir vários lances de escada e dificuldades para fazer atividades moderadas, como mover mesa, passar aspirador de pó e varrer a casa.

Quanto à análise bivariada das variáveis clínicas em relação à média de escore do CTM-15, identificou-se que cuidadores tiveram pior percepção de qualidade na transição do cuidado, tendo média de escore do CTM-15 inferior aos pacientes (Tabela 3). Ainda, ter atendimento em UTI, usar ventilação mecânica não invasiva e usar vasopressores foram associados a maior média do CTM-15. Observou-se que, quanto maior o tempo de permanência, maior o escore do CTM-15.

Na análise bivariada das variáveis referentes à continuidade do cuidado, houve correlação negativa fraca entre o escore do CTM-15 e as variáveis fadiga, fraqueza, dificuldade para fazer atividades moderadas e quão difícil é a recuperação pós-alta (Tabela 4). Ainda, ter consulta no hospital pós-alta foi associada a maior escore do CTM.

## DISCUSSÃO

Este estudo é pioneiro em avaliar a qualidade da transição do cuidado na alta hospitalar de sobreviventes de COVID-19 e compará-la com as características clínicas e de continuidade do cuidado. Os resultados refletem a opinião dos pacientes e cuidadores sobre a transição realizada no hospital para retornar ao domicílio e as dificuldades de seguimento da assistência nos serviços de saúde no contexto de pandemia.

Achados referentes a sexo, idade e comorbidades são também consistentes em outros estudos com sobreviventes da

**Tabela 2** – Frequência de sintomas 14 dias pós-alta hospitalar – Porto Alegre, RS, Brasil, 2021.

Sintomas pós-alta	Todo o tempo n (%)	A maior parte do tempo n (%)	Alguma parte do tempo n (%)	Pequena parte do tempo n (%)	Nenhuma parte do tempo n (%)	Não sei/não se aplica n (%)
Fadiga	12 (4,0)	41 (13,7)	51 (17,0)	94 (31,3)	102 (34,0)	0 (0,0)
Fraqueza	18 (6,0)	27 (9,0)	59 (19,7)	94 (31,3)	102 (34,0)	0 (0,0)
Febre	0 (0,0)	2 (0,7)	2 (0,7)	21 (7,0)	273 (91,0)	2 (0,7)
Dor de garganta	5 (1,7)	4 (1,3)	10 (3,4)	27 (9,0)	252 (84,3)	1 (0,3)
Dispneia	4 (1,3)	6 (2,0)	35 (11,7)	65 (21,7)	189 (63,0)	1 (0,3)
Tosse	5 (1,7)	18 (6,0)	48 (16,0)	97 (32,3)	131 (43,7)	1 (0,3)
Taquicardia	2 (0,7)	8 (2,7)	30 (10,0)	60 (20,0)	194 (64,7)	6 (2,0)
Agnosia	11 (3,7)	14 (4,7)	19 (6,3)	35 (11,7)	219 (73,0)	2 (0,7)
Diarreia e/ou vômitos	3 (1,0)	4 (1,3)	7 (2,3)	37 (12,3)	247 (82,3)	2 (0,7)
Disfagia	4 (1,3)	2 (0,7)	7 (2,3)	18 (6,0)	266 (88,7)	3 (1,0)
Dificuldade para fazer atividades moderadas	41 (13,7)	32 (10,7)	47 (15,7)	49 (16,4)	60 (20,1)	70 (23,4)
Dificuldade para subir vários lances de escada	51 (17,0)	27 (9,0)	29 (9,7)	49 (16,3)	45 (15,0)	99 (33,0)
Medo de reinfeção	75 (25,0)	43 (14,3)	53 (17,7)	54 (18,0)	68 (22,7)	7 (2,3)

**Tabela 3** – Análise bivariada das variáveis clínicas em relação à média de escore do *Care Transitions Measure* (CTM-15) – Porto Alegre, RS, Brasil, 2021.

Variáveis	CTM-15	
	Média ± DP	p
<b>Entrevistado</b>		<b>&lt;0,001*</b>
Paciente	76,1 ± 17,5	
Cuidador	64,5 ± 18,6	
<b>Sexo</b>		0,239*
Feminino	72,8 ± 18,5	
Masculino	75,3 ± 17,9	
<b>Idade (anos)</b>	r = - 0,095	0,101**
<b>Morbidades (CID-10)</b>		
<b>Hipertensão arterial</b>		0,571*
Sim	73,5 ± 19,2	
Não	74,7 ± 17,4	
<b>Obesidade</b>		0,494*
Sim	75,2 ± 17,5	
Não	73,7 ± 18,6	
<b>Diabetes Mellitus</b>		0,683*
Sim	73,5 ± 20,0	
Não	74,4 ± 17,5	
<b>Asma</b>		0,374*
Sim	71,3 ± 20,9	
Não	74,5 ± 17,9	
<b>Câncer</b>		0,747*
Sim	73,0 ± 17,8	
Não	74,3 ± 18,2	
<b>Atendimento em Unidade de Terapia Intensiva</b>		<b>0,001*</b>
Sim	77,6 ± 17,2	
Não	71,0 ± 18,5	
<b>Uso de ventilação mecânica invasiva</b>		0,084*
Sim	76,8 ± 17,4	
Não	72,9 ± 18,5	
<b>Uso de ventilação mecânica não invasiva</b>		<b>0,05*</b>
Sim	75,6 ± 17,8	
Não	71,2 ± 18,7	
<b>Uso de vasopressor</b>		<b>0,027*</b>
Sim	77,9 ± 17,5	
Não	72,7 ± 18,3	
<b>Uso de método dialítico</b>		0,096*
Sim	81,8 ± 18,3	
Não	73,8 ± 18,1	
<b>Tempo de internação</b>	rs = 0,137	<b>0,017***</b>

CTM-15 = *Care Transitions Measure*; r = coeficiente de correlação de Pearson; rs = coeficiente de correlação de Spearman; \*Teste t de Student; \*\*Correlação de Pearson; \*\*\*Correlação de Spearman; DP = desvio padrão.

**Tabela 4** – Análise bivariada das variáveis de continuidade do cuidado em relação à média de escore do *Care Transitions Measure* (CTM-15) – Porto Alegre, RS, Brasil, 2021.

Variáveis	CTM-15	
	Média ± DP	p
<b>Sintomas pós-alta</b>		
Fadiga	rs = - 0,192	<b>0,001*</b>
Fraqueza	rs = - 0,153	<b>0,008*</b>
Febre	rs = 0,008	0,888*
Dor de garganta	rs = - 0,014	0,813*
Dispneia	rs = - 0,095	0,099*
Tosse	rs = - 0,034	0,561*
Taquicardia	rs = - 0,068	0,244*
Agnosia	rs = - 0,048	0,406*
Diarreia e/ou vômitos	rs = - 0,065	0,260*
Disfagia	rs = 0,014	0,816*
Dificuldade para fazer atividades moderadas	rs = - 0,197	<b>0,003*</b>
Dificuldade para subir vários lances de escada	rs = - 0,081	0,250*
Medo de reinfeção	rs = 0,070	0,229*
<b>Quão difícil está sendo a recuperação</b>	rs = - 0,172	<b>0,003*</b>
<b>Teve contato (via telefone, mensagem, e-mail, visita domiciliar) com algum profissional da saúde</b>		0,293**
Sim	74,8 ± 18,3	
Não	72,8 ± 17,9	
<b>Recebeu visita do Agente Comunitário de Saúde em casa</b>		0,919**
Sim	74,6 ± 18,9	
Não	74,2 ± 18,2	
<b>Teve atendimento em unidade de saúde de referência</b>		0,888**
Sim	73,6 ± 18,3	
Não	74,3 ± 18,2	
<b>Teve atendimento em outra unidade de saúde (que não de referência)</b>		0,643**
Sim	71,0 ± 21,6	
Não	74,3 ± 18,1	
<b>Precisou de atendimento em serviço de urgência</b>		0,54**
Sim	74,3 ± 18,2	
Não	74,2 ± 18,2	
<b>Teve consulta no ambulatório do hospital</b>		<b>0,014**</b>
Sim	81,3 ± 16,7	
Não	73,4 ± 18,1	
<b>Teve consulta em clínica ou consultório particular</b>		0,145**
Sim	68,2 ± 19,5	
Não	75,0 ± 17,9	
<b>Reinternação em 30 dias</b>		0,580**
Sim	79,2 ± 16,0	
Não	74,0 ± 18,3	

CTM-15 = *Care Transitions Measure*; r = coeficiente de correlação de Pearson; rs = coeficiente de correlação de Spearman; \*Correlação de Spearman; \*\*Teste t de Student; DP = desvio padrão.

COVID-19 descritos na literatura<sup>(3,16)</sup>. A taxa de internação em UTI, o uso de ventilação mecânica e o tempo de permanência hospitalar foram superiores aos valores encontrados em São Paulo<sup>(3)</sup> e nos Estados Unidos<sup>(10)</sup>. Entretanto, além das diferenças nos recursos sociais, econômicos e de saúde dessas localidades, os estudos referidos coletaram seus dados em 2020, enquanto que esta pesquisa foi desenvolvida em 2021, período em que circularam as variantes Gama, com maior taxa de hospitalização, e Delta, com maior taxa de atendimento em UTI<sup>(4)</sup>.

Os achados apresentados neste estudo evidenciaram como principais sintomas pós-alta hospitalar a ocorrência de dificuldade para subir vários lances de escada e dificuldades para fazer atividades moderadas. Outro estudo também evidenciou algumas complicações persistentes pós-COVID-19, como esgotamento físico, dispneia e fadiga, dor nas articulações, dor ou fraqueza muscular, cefaleia, distúrbios do sono, tontura, ansiedade e depressão<sup>(1)</sup>. Haja vista, é fundamental estar alerta para a situação de saúde dos sobreviventes da COVID-19, a fim de que não apresentem situações danosas para o funcionamento do sistema biológico.

Além disso, o percentual de pacientes que tiveram readmissão hospitalar é inferior ao encontrado em investigações com sobreviventes da COVID-19<sup>(3,10)</sup>. Contudo, é importante ressaltar que 7,4% dos indivíduos contatados neste estudo estavam readmitidos no hospital no período da coleta de dados e foram excluídos, podendo talvez subestimar a taxa de readmissão identificada.

Evidenciou-se, ainda, que a maioria dos participantes teve percepção positiva da transição do cuidado na alta hospitalar, conforme o CTM-15. Apesar de o instrumento não ter um ponto de corte predefinido, valores acima de 70 são satisfatórios<sup>(13)</sup>. Portanto, os resultados desta pesquisa indicam uma qualidade de transição do cuidado de sobreviventes da COVID-19 satisfatória, corroborando com estudos brasileiros com pacientes oncológicos<sup>(12)</sup> que encontraram escores similares do CTM-15. Valores superiores foram encontrados com pacientes pediátricos<sup>(17)</sup>, e inferiores, com pessoas idosas<sup>(18)</sup>.

Pode-se identificar que os fatores que tratam da preparação para o autogerenciamento do entendimento sobre as medicações e das preferências asseguradas obtiveram escores satisfatórios e com poucas diferenças nas médias. A literatura aponta que esses aspectos são fundamentais para uma transição do cuidado segura e efetiva<sup>(5,9,11)</sup>. Um modelo baseado em evidências foi indicado para ser utilizado com os pacientes de COVID-19 na alta no hospital para a ida para casa, e inclui diversas ações que garantem um cuidado centrado no paciente, com as preferências e as metas levadas em consideração no plano de cuidados, bem como a educação em saúde do paciente e o cuidador para o gerenciamento de sintomas e adesão ao tratamento<sup>(5)</sup>. Apesar das limitações impostas pela pandemia, como a restrição de visitas, que impedem o fornecimento de orientações sobre cuidados para cuidadores, ao longo da hospitalização, equipes de saúde utilizaram tecnologias de comunicação e de informação para desenvolver ações de educação para a alta, como consultas *online*, vídeos e *podcasts* educativos, chamadas de vídeos, entre outros<sup>(19)</sup>.

Por outro lado, o fator que trata do plano de cuidados e encaminhamentos pós-alta hospitalar foi avaliado como insatisfatório pelos participantes. Os itens 12 (Recebeu uma lista escrita das consultas ou exames) e 7 (Recebeu um plano escrito de cuidados) receberam a menor média. Resultado semelhante foi encontrado em estudo com idosos<sup>(18)</sup>. Falta de planejamento de alta, ausência de protocolos ou instrumentos sistematizados de contrarreferência, pouca articulação e comunicação entre os serviços são fragilidades reportadas no Brasil<sup>(20,21)</sup>. Além disso, muitos hospitais não têm um programa de transição do cuidado e nem documentos institucionais que orientem a elaboração do plano de alta<sup>(20,22)</sup>. Logo, as atividades de planejamento de alta são dependentes dos esforços individuais de enfermeiros, o que não acontece no contexto de um plano sistematizado<sup>(21)</sup>. Portanto, reforça-se a necessidade de estratégias para superar essa lacuna e proporcionar a continuidade do cuidado pós-alta.

Destaca-se que, neste estudo, cuidadores tiveram o escore do CTM-15 inferior ao dos pacientes, indicando uma pior percepção da qualidade na transição do cuidado. Em outro contexto de cuidado, como de cuidadores de pacientes com sequelas de Acidente Vascular Cerebral, os cuidadores tiveram dificuldades com as demandas do pós-alta, as quais estavam relacionadas às fragilidades na transição do cuidado<sup>(23)</sup>. Transições fracas são associadas a maior sobrecarga dos cuidadores<sup>(24)</sup>. Assim, é essencial a inserção dos familiares o mais precoce possível no planejamento da alta, a fim de melhorar a qualidade da transição do cuidado.

A literatura é contundente em afirmar que pessoas com estado de saúde comprometido podem ter pior qualidade da transição do cuidado<sup>(18)</sup>, tendo em vista que pacientes admitidos na UTI e com maior tempo de permanência hospitalar têm piora no estado de saúde e na qualidade de vida três meses após receber alta<sup>(3)</sup>. Porém, este estudo identificou que um melhor escore do CTM-15 está associado a pacientes com atendimento em UTI, em uso de ventilação mecânica não invasiva e vasopressores, correlacionado com o tempo de permanência e indicando que os pacientes críticos e com maior tempo de hospitalização têm melhor percepção da qualidade da transição do cuidado. Isso pode ser justificado pelo maior tempo dedicado pelos profissionais de saúde para preparar a alta desses pacientes com longa internação, uma vez que denotam maiores cuidados e atenção.

Em contrapartida, foi constatado que pacientes com mais sintomas de fadiga, fraqueza e dificuldade para fazer atividades moderadas tiveram menores escores de qualidade. Ainda, quanto mais difícil a recuperação pós-alta autorreferida, menor o escore do CTM-15. Esses dados sugerem que pacientes com dificuldades pós-alta têm pior qualidade de transição do cuidado. Portanto, o acompanhamento ambulatorial pós-alta é importante para identificar as dificuldades e monitorar o tratamento e o cuidado domiciliar<sup>(25)</sup>.

Ressalta-se que, neste estudo, poucos pacientes tiveram atendimento na unidade de referência da atenção básica ou consultaram no ambulatório do hospital, em clínica ou consultório particular pós-alta, o que demonstra a necessidade de melhorar elementos da transição do cuidado, como a articulação e a comunicação entre o hospital e os demais serviços da Rede de Atenção à Saúde, a fim de promover a continuidade do cuidado

ao paciente. Em estudo nos Estados Unidos, identificou-se que apenas 26,8% e 1,6% dos sobreviventes de COVID-19 tinham consulta agendada na atenção primária e com especialista no momento da alta, respectivamente<sup>(10)</sup>.

Neste estudo, observou-se que aqueles com consulta no hospital pós-alta tiveram melhor percepção da qualidade da transição do cuidado. Outra investigação constatou que escores mais altos de transição de cuidado eram associados a taxas mais altas de consulta de acompanhamento na atenção primária<sup>(26)</sup>. Diante disso, apesar de inúmeras dificuldades para realizar o acompanhamento pós-alta, reconhece-se que o seguimento por meio de contato telefônico, visita domiciliar e/ou consulta na atenção primária pode evitar a readmissão hospitalar e o atendimento em serviços de emergência<sup>(27,28)</sup>.

Haja vista, este estudo apresenta algumas limitações. Primeiro, ele foi realizado em um único hospital no sul do país, logo, não pode representar a realidade brasileira. Segundo, 48,4% dos pacientes elegíveis não responderam ao contato telefônico, problema relatado como frequente em pacientes de COVID-19, e está inerentemente associado ao viés de seleção<sup>(3)</sup>. Terceiro, é importante considerar que os resultados da avaliação da transição de cuidado por meio do CTM-15 podem ter sido influenciados pelo sentimento de gratidão dos participantes pelo serviço de saúde<sup>(17)</sup>. Por fim, as perguntas sobre sintomas, dificuldades e uso de serviços de saúde pós-alta hospitalar não fazem parte de um instrumento validado.

Em relação aos avanços para a área da enfermagem, este estudo apresenta achados que apontam lacunas no processo de transição do cuidado, como a elaboração de um plano de alta e o seguimento na atenção primária e secundária, o que pode ser estrategicamente trabalhado por pesquisadores, gestores e enfermeiros, a fim de avançar na transição do cuidado no Brasil.

## RESUMO

**Objetivo:** Avaliar a qualidade da transição do cuidado e compará-la com as características clínicas e de continuidade do cuidado pós-alta hospitalar de sobreviventes de COVID-19. **Método:** Estudo descritivo, observacional e transversal, realizado com 300 pacientes com COVID-19 que tiveram alta de hospital do sul do Brasil. Utilizaram-se o *Care Transitions Measure* (CTM-15) e um roteiro de perguntas sobre sintomas, dificuldades e uso de serviços de saúde pós-alta. Utilizaram-se os testes t de Student, correlação de Pearson e Spearman. **Resultados:** O escore médio para a qualidade da transição do cuidado foi de 74,2 ( $\pm 18,2$ ). Fatores associados à maior qualidade foram ter atendimento em terapia intensiva ( $p = 0,001$ ), usar ventilação mecânica não invasiva ( $p = 0,05$ ), usar vasopressores ( $p = 0,027$ ) e consultar no hospital após alta ( $p = 0,014$ ). Fatores correlacionados positivos foram tempo de permanência ( $p = 0,017$ ), e negativos, sintomas pós-alta de fadiga ( $p = 0,001$ ), fraqueza ( $p = 0,008$ ), dificuldade para fazer atividades moderadas ( $p = 0,003$ ) e quão difícil é a recuperação ( $p = 0,003$ ). **Conclusão:** A maioria dos participantes teve percepção satisfatória da transição do cuidado. Entretanto, aspectos como plano de cuidado, encaminhamentos e acompanhamento pós-alta hospitalar necessitam de melhorias.

## DESCRITORES

Alta do Paciente; Continuidade da Assistência ao Paciente; Infecções por Coronavírus; Qualidade da Assistência à Saúde.

## RESUMEN

**Objetivo:** Evaluar la calidad de la transición asistencial y compararla con las características clínicas y de continuidad de la atención post alta hospitalaria para sobrevivientes de COVID-19. **Método:** Estudio descriptivo, observacional y transversal, realizado con 300 pacientes con COVID-19 que fueron dados de alta de un hospital del sur de Brasil. Se utilizó el *Care Transitions Measure* (CTM-15) y un guión de preguntas sobre síntomas, dificultades y uso de los servicios de salud post alta. Se utilizaron pruebas t de Student, correlación de Pearson y Spearman. **Resultados:** El puntaje promedio para la transición de la calidad de la atención fue 74,2 ( $\pm 18,2$ ). Los factores asociados con mayor calidad fueron recibir atención en cuidados intensivos ( $p = 0,001$ ), utilizar ventilación mecánica no invasiva ( $p = 0,05$ ), utilizar vasopresores ( $p = 0,027$ ) y visitar el hospital después del alta ( $p = 0,014$ ). Los factores correlacionados positivamente fueron el tiempo de estancia hospitalaria ( $p = 0,017$ ), y los negativos, síntomas de fatiga después del alta ( $p = 0,001$ ), debilidad ( $p = 0,008$ ), dificultad para realizar actividades moderadas ( $p = 0,003$ ) y la dificultad de la recuperación ( $p = 0,003$ ). **Conclusión:** La mayoría de los participantes tuvo una percepción satisfactoria sobre la transición del cuidado. Sin embargo, aspectos como el plan de cuidados, las derivaciones y el seguimiento post alta hospitalaria requieren mejoras.

## CONCLUSÃO

Evidenciou-se que a qualidade da transição do cuidado de sobreviventes de COVID-19 foi satisfatória, conforme o CTM-15. Entretanto, aspectos que necessitam de melhorias foram identificados, principalmente no que se refere ao plano de cuidado e aos encaminhamentos pós-alta hospitalar. A maioria dos pacientes teve contato com profissional de saúde pós-alta, mas poucos tiveram atendimento na unidade da atenção primária, no ambulatório do hospital ou em consultório particular. Cuidadores tiveram pior percepção de qualidade da transição do cuidado do que pacientes. Aspectos clínicos associados à qualidade da transição do cuidado foram ter atendimento em UTI, usar ventilação mecânica não invasiva e usar vasopressores. Referente a variáveis relacionadas à continuidade do cuidado, pacientes que tiveram consulta ambulatorial no hospital após a alta apresentaram maiores escores. Por outro lado, constatou-se que, quanto maior a frequência de sintomas de fadiga, fraqueza e dificuldade para fazer atividades moderadas, menor o escore de qualidade. Ainda, quanto mais difícil a recuperação pós-alta autorreferida, menor o escore do CTM-15.

Recomenda-se o desenvolvimento de estratégias para a implementação de planejamento de alta, utilizando um protocolo ou instrumento sistematizado para elaboração de um plano de alta individualizado e por escrito. A equipe de saúde deve envolver os pacientes e seus cuidadores no desenvolvimento do plano, fornecendo instruções por escrito e orientando-os sobre os encaminhamentos necessários para cuidado no domicílio. Ainda, sugere-se um acompanhamento por telefone ou visita até duas semanas após a alta para o esclarecimento de dúvidas e monitoramento de dificuldades na recuperação no domicílio, contribuindo para a transição do cuidado.

## DESCRIPTORES

Alta del Paciente; Continuidad de la Atención al Paciente; Infecciones por Coronavirus; Calidad de la Atención de Salud.

## REFERÊNCIAS

- Santos ERR, Tardieux FM. Long Covid e complicações que impactam na qualidade de vida dos sobreviventes. *Avanços em Medicina*. 2021;1(2): 92–5. doi: <http://dx.doi.org/10.52329/AvanMed.26>
- Ministério da Saúde (BR) [Internet]. Coronavírus: Brasil; 2023. [citado em 2023 jan 31]. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>
- Todt BC, Szejf C, Duim E, Linhares AOM, Kogiso D, Varela G, et al. Clinical outcomes and quality of life of COVID-19 survivors: a follow-up of 3 months post hospital discharge. *Respir Med*. 2021;184:106453. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmed.2021.106453>. PubMed PMID: 34010740.
- Martins-Filho PR, Araújo AAS, Quintans-Júnior LJ, Soares BS, Barboza WS, Cavalcante TF, et al. Dynamics of hospitalizations and in-hospital deaths from COVID-19 in northeast Brazil: a retrospective analysis based on the circulation of SARS-CoV-2 variants and vaccination coverage. *Epidemiol Health*. 2022;44:e2022036. doi: <http://dx.doi.org/10.4178/epih.e2022036>. PubMed PMID: 35413166.
- Naylor MD, Hirschman KB, McCauley K. Meeting the transitional care needs of older adults with COVID-19. *J Aging Soc Policy*. 2020;32(4–5): 387–95. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/08959420.2020.1773189>. PubMed PMID: 32476586.
- Fontes LCSF, Costa PJR, Fernandes JCI, Vieira TS, Reis NC, Coimbra IMM, et al. The impact of severe COVID-19 on health-related quality of life and disability: an early follow-up perspective. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2022;34(1):141–6. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-507X.20220008>. PubMed PMID: 35766663.
- Graça NP, Viscont NRGR, Santos MIV, Capone D, Cardoso AP, Mello FCQ. COVID-19: follow-up after discharge. *Pulmão RJ*. 2020 [citado em 2023 fev 6];29(1):32–6. Disponível em: [http://www.sopterj.com.br/wp-content/themes/\\_sopterj\\_redesign\\_2017/\\_revista/2020/artigo-6-COVID-19%20Seguimento%20ap%C3%B3s%20alta%20hospitalar.pdf](http://www.sopterj.com.br/wp-content/themes/_sopterj_redesign_2017/_revista/2020/artigo-6-COVID-19%20Seguimento%20ap%C3%B3s%20alta%20hospitalar.pdf)
- Muñoz-Corona C, Gutiérrez-Canales LG, Ortiz-Ledesma C, Martínez-Navarro LJ, Macías AE, Scavo-Montes DA, et al. Quality of life and persistence of COVID-19 symptoms 90 days after hospital discharge. *J Int Med Res*. 2022;50(7):1–17. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/03000605221110492>. PubMed PMID: 35822272.
- Flink M, Tessma M, Småstuen MC, Lindblad M, Coleman EA, Ekstedt M. Measuring care transitions in Sweden: validation of the care transitions measure. *Int J Qual Health Care*. 2018;30(4):291–7. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzy001>. PubMed PMID: 29432554.
- Loerinc LB, Scheel AM, Evans ST, Shabto JM, O’Keefe GA, O’Keefe JB. Discharge characteristics and care transitions of hospitalized patients with COVID-19. *Healthc (Amst)*. 2021;9(1):100512. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.hjdsi.2020.100512>. PubMed PMID: 33383393.
- Aued GK, Bernardino E, Silva OBM, Martins MM, Peres AM, Lima LS. Liaison nurse competences at hospital discharge. *Rev Gaúcha Enferm*. 2021;42(spe):e20200211. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200211>
- Rodrigues CD, Lorenzini E, Romero MP, Oelke ND, Winter VDB, Kolankiewicz ACB. Care transitions among oncological patients: from hospital to community. *Rev Esc Enferm USP*. 2023;56:e20220308. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2022-0308en>. PubMed PMID: 36718767.
- Acosta AM, Lima MADS, Pinto IC, Weber LAF. Care transition of patients with chronic diseases from the discharge of the emergency service to their homes. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2020;41(esp):e20190155. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190155>
- Acosta AM, Lima MADS, Marques GQ, Levandovski PF, Weber LAF. Brazilian version of the Care Transitions Measure: translation and validation. *Int Nurs Rev*. 2017;64(3):379–87. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/inr.12326>. PubMed PMID: 27753089.
- 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: <http://dx.doi.org/10.1097/00005650-200503000-00007>. PubMed PMID: 15725981.
- Huang C, Huang L, Wang Y, Li X, Ren L, Gu X, et al. 6-month consequences of COVID-19 in patients discharged from hospital: a cohort study. *Lancet*. 2021;397(10270):220–32. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32656-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32656-8). PubMed PMID: 33428867.
- Cechinel-Peiter C, Lanzoni GMM, Mello ALSF, Acosta AM, Pina JC, Andrade SR, et al. Quality of transitional care of children with chronic diseases: a cross-sectional study. *Rev Esc Enferm USP*. 2022;56:e20210535. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2021-0535>. PubMed PMID: 35404992.
- Tomazela M, Valente SH, Lima MADS, Bulgarelli AF, Fabriz LA, Zacharias FCM, et al. Transição do cuidado de pessoas idosas do hospital para casa. *Acta Paul Enferm* 2023;36:eAPE00291. doi: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2023AO00291>
- Knihs NS, Sens S, Silva AM, Wachholz LF, Paim SMS, Magalhães ALP. Care transition for liver transplanted patients during the COVID-19 pandemic. *Texto Contexto Enferm*. 2020;29:e20200191. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2020-0191>.
- Oliveira LS, Neves MFB, Costa A, Hermida PMV, Andrade SR, Debetio JO, et al. Practices of nurses in a university hospital for the continuity of care for primary care. *Esc Anna Nery*. 2021;25(5):e20200530. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0530>.
- Souza NF, Vilhena AO, Santos MNA, Monteiro NJ. Planning of hospital discharge for patients who underwent myocardial revascularization surgery: challenges to nurses’ performance. *Cogitare Enferm*. 2020;25:e71602.
- Valente SH, Zacharias FC, Fabriz LA, Schönholzer TE, Ferro D, Tomazela M, et al. Transição do cuidado de idosos do hospital para casa: vivência da enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2022;35:eAPE02687. doi: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO02687>
- Fisher MMJB, Marcon SS, Barreto MS, Batista VC, Marquete VF, Souza RR, et al. Caring for a family member with stroke sequelae: the first days at home after hospital discharge. *Rev Min Enferm*. 2021;25:e-1385. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1415.2762.20210033>.
- Tomlinson AR, Blum RA, Jetté N, Kwon CS, Easton A, Yeshokumar AK. Assessment of care transitions and caregiver burden in anti-NMDA receptor encephalitis. *Epilepsy Behav*. 2020;108:107066. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.yebeh.2020.107066>. PubMed PMID: 32375097.
- Lima MADS, Magalhães AMM, Oelke ND, Marques GQ, Lorenzini E, Weber LAF, et al. Care transition strategies in Latin American countries: an integrative review. *Rev Gaúcha Enferm*. 2018;39(0):e20180119. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180119>. PubMed PMID: 30517436.

26. Mitchell J, Probst J, Li X. The association between hospital care transition planning and timely primary care follow-up. *J Rural Health*. 2022;38(3): 660–7. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jrh.12604>. PubMed PMID: 34110628.
27. Vernon D, Brown JE, Griffiths E, Nevill AM, Pinkney M. Reducing readmission rates through a discharge follow-up service. *Future Healthc J*. 2019;6(2):114–7. doi: <http://dx.doi.org/10.7861/futurehosp.6-2-114>. PubMed PMID: 31363517.
28. Bricard D, Or Z. Impact of early primary care follow-up after discharge on hospital readmissions. *Eur J Health Econ*. 2019;20(4):611–23. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10198-018-1022-y>. PubMed PMID: 30600468.

## EDITOR ASSOCIADO

Thereza Maria Magalhães Moreira



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons.