


Transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas e sua relação com as características clínicas e sociodemográficas*


Larissa Berghetti¹

 <https://orcid.org/0000-0002-6614-8126>


Márcia Baiocchi Amaral Danielle¹

 <https://orcid.org/0000-0001-6207-7722>

Vanessa Dalsasso Batista Winter²

 <https://orcid.org/0000-0002-6268-9849>


Ane Gabriele Poli Petersen¹

 <https://orcid.org/0000-0002-9566-2968>

Elisiane Lorenzini^{3,4}

 <https://orcid.org/0000-0001-8426-2080>

Adriane Cristina Bemat Kolankiewicz^{1,4}

 <https://orcid.org/0000-0003-1793-7783>

Destaques: (1) Estudo brasileiro que avaliou transição do cuidado de pacientes com DCNT. (2) Mulheres apresentaram média superior, no fator entendimento sobre medicações. (3) Brancos e residentes na zona urbana avaliaram melhor o plano de cuidados. (4) Melhor preparo para autogerenciamento reduz tempo de internação e reinternações. (5) Melhor preparo para entendimento das medicações reduz tempo de internação.

Objetivo: avaliar a transição do cuidado na perspectiva de pessoas que vivem com doenças crônicas e identificar sua relação com as características clínicas e sociodemográficas. **Método:** estudo transversal, com 487 pacientes que receberam alta de um hospital. Foram utilizados instrumentos de caracterização clínica, sociodemográfica e *Care Transitions Measure-15*, que mensura os fatores Preparo para o autogerenciamento, Preferências asseguradas, Entendimento das medicações e Plano de cuidados. Análise estatística descritiva e inferencial. **Resultados:** a transição do cuidado foi satisfatória (76,8±10,4). Média dos fatores: preparo para o autogerenciamento (82,2±10,8), Preferências asseguradas (84,7±14,3), Entendimento das medicações (75,7±13,7) e Plano de Cuidados (64,5±13,2). Pacientes do sexo feminino apresentaram média superior no fator entendimento sobre medicações. Brancos e residentes na zona urbana avaliaram melhor o Plano de cuidados. Observou-se a maior média no fator Preferências asseguradas (84,7±14,3) e a menor no fator Plano de cuidados (64,5±13,2). Em todos os fatores, foram encontradas diferenças significativas nas variáveis (paciente cirúrgico, portar artefatos clínicos e não estar internado por COVID-19). Pacientes internados até cinco dias apresentaram diferença estatística nos fatores Preparação para o autogerenciamento e Entendimento das medicações. Em pacientes que não apresentaram reinternação em 30 dias após a alta, o Preparo para o autogerenciamento foi melhor. Quanto melhor o Preparo para o autogerenciamento, menores são os índices de reinternação em 30 dias. **Conclusão:** em pacientes que vivem com doenças crônicas, variáveis sociodemográficas e clínicas estão associadas à transição do cuidado. Pacientes que avaliaram melhor o preparo para autogerenciamento tiveram menos reinternações em 30 dias.

Descritores: Cuidado Transicional; Readmissão do Paciente; Doenças Crônicas; Alta Hospitalar; Continuidade da Assistência ao Paciente; Assistência Centrada no Paciente.

* Artigo extraído da dissertação de mestrado "Transição do cuidado na perspectiva de pessoas com doenças crônicas", apresentada à Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Ijuí, RS, Brasil.

¹ Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Ijuí, RS, Brasil.

² Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Curso de Enfermagem, Ijuí, RS, Brasil.

³ Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

⁴ Bolsista do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil.

Como citar este artigo

Berghetti L, Danielle MBA, Winter VDB, Petersen AGP, Lorenzini E, Kolankiewicz ACB. Transition of care of patients with chronic diseases and its relation with clinical and sociodemographic characteristics. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2023;31:e4014 [cited ____-____-____]. Available from: _____ <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6594.4014>

ano mês dia

URL

Introdução

Mundialmente, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) são responsáveis por altos índices de mortes prematuras, diminuição da qualidade de vida (QV) e aumento dos gastos efetuados pelas famílias e pelos sistemas de saúde⁽¹⁾. Nesse sentido, demandam cuidados contínuos por parte dos serviços de saúde, os quais necessitam de organização e integração nos pontos da rede de atenção à saúde (RAS), para que ocorra transição do cuidado (TC)⁽²⁾. A TC é definida como o conjunto de ações planejadas que visam à coordenação e continuidade da assistência aos pacientes, desde a admissão até a alta hospitalar, bem como a transferência desses indivíduos entre diferentes serviços de saúde⁽³⁾.

Essas ações estão relacionadas ao planejamento da alta hospitalar e à educação do paciente e sua família para seus cuidados, autogerenciamento e uso de medicamentos, além de promover a articulação entre os serviços e a comunicação entre os profissionais de saúde para o acompanhamento pós-alta⁽²⁾. A TC do hospital para o domicílio e a continuidade do cuidado nos serviços de saúde são processos vulneráveis, especialmente para pessoas que vivem com doenças crônicas, com múltiplas comorbidades, regimes de tratamento complicados ou suporte limitado do cuidador⁽⁴⁾.

Um estudo com pessoas que vivem com doenças crônicas identificou que a falta de planejamento e envolvimento do paciente ou de sua família na educação e no autogerenciamento de sua doença e de seus medicamentos está relacionada com o aumento dos índices de reinternações⁽⁵⁾. Por outro lado, a literatura aponta que a implementação de estratégias de TC reduz as reinternações por causas evitáveis, aumenta a QV dos pacientes e seus familiares, além de minimizar a ocorrência de eventos adversos (EA)⁽²⁾.

Uma revisão sistemática com metanálise mostrou que a implementação de um programa de vigilância pós-alta reduziu 32% das readmissões hospitalares, enquanto o uso de protocolo padronizado de recuperação pós-cirúrgica aprimorada reduziu significativamente o tempo de internação em até um dia e meio de permanência hospitalar em pacientes com câncer colorretal⁽⁶⁾.

Estudos para avaliar a qualidade da TC, na perspectiva de pacientes e familiares durante a internação hospitalar, têm sido realizados por meio do *Care Transitions Measure* (CTM), o qual mensura a qualidade da TC, da alta hospitalar ao domicílio ou entre diferentes serviços, por meio dos fatores preparo para o autogerenciamento, preferências asseguradas, entendimento das medicações e plano de cuidados⁽³⁾. No entanto, internacionalmente, ainda há poucos estudos que avaliam a TC na perspectiva de

pessoas que vivem com DCNTs. A partir de uma revisão da literatura, foram encontrados, nas bases de dados em nível internacional, estudos desenvolvidos no Reino Unido⁽⁷⁾, nos Estados Unidos⁽⁸⁾, no Canadá⁽⁹⁻¹⁰⁾ e na Suécia⁽¹¹⁻¹²⁾, demonstrando que a literatura ainda é incipiente.

No Brasil, foram encontrados dois estudos que avaliaram a TC: um na concepção de pacientes adultos e idosos com DCNT que receberam alta do serviço de emergência para o domicílio^(2,5) e outro na concepção de pacientes com neoplasia de trato digestório que avaliou sua TC, bem como identificou os fatores que influenciam nesse processo⁽¹³⁻¹⁴⁾. Portanto, evidencia-se uma lacuna do conhecimento, principalmente no que tange à identificação de variáveis ou preditores que podem influenciar a TC, denotando caráter inédito do estudo. Isso pode contribuir para propor novos estudos de intervenção para subsidiar estratégias para transições efetivas e a proposição de políticas públicas que discutam esse processo. Conforme revisão da literatura, no Brasil são incipientes os estudos realizados^(2,5,14-17) com pacientes que receberam alta de unidades de internação hospitalares, sejam elas clínicas ou cirúrgicas.

O objetivo deste estudo é avaliar a transição do cuidado na perspectiva de pessoas que vivem com doenças crônicas e identificar sua relação com as características clínicas e sociodemográficas da população estudada.

Método

Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo transversal.

Local ou cenário em que aconteceu a coleta de dados

Unidades de internação clínica e cirúrgicas de um hospital geral do Rio Grande do Sul, Brasil, o qual conta com 126 leitos e taxa de ocupação hospitalar entre 83% e 87%.

Período

A coleta de dados foi realizada no período de março a julho de 2021.

População

Pessoas que vivem com DCNT.

Critérios de seleção

Eram elegíveis os pacientes com DCNTs internados, em tratamento clínico ou cirúrgico, por pelo menos

24 horas, maiores de 18 anos de idade e que possuísem acesso telefônico após a alta hospitalar. Foram excluídos aqueles que receberam alta por transferência, que residiam em instituições de longa permanência, bem como aqueles que possuíam prognóstico reservado e não apresentavam condições cognitivas para responder ao questionário, a partir da avaliação da enfermeira, primeira autora deste estudo.

Definição da amostra

Estiveram internados 1112 pacientes. Destes, 151 não se enquadraram nos critérios de inclusão, além da ocorrência de quatro recusas, o que resultou em 957 pacientes elegíveis. A amostragem se deu por conveniência. À beira do leito, os dados sociodemográficos foram coletados, de segunda a sexta-feira, em um turno. Inicialmente, foram coletados dados de 537 pacientes. Estes foram informados que, após a alta, responderiam a mais um instrumento, por telefone. Houve 50 perdas decorrentes de contato telefônico realizado por três vezes em horários diferentes e sem sucesso.

Procedimentos de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por uma mestrande enfermeira, primeira autora do estudo, à beira do leito durante a internação hospitalar, por meio de uma entrevista para obter informações sociodemográficas (sexo, idade, endereço, escolaridade, raça, estado civil). Foi acessado o prontuário eletrônico para variáveis clínicas (motivo da internação, unidade de internação, tempo de permanência na unidade, número de internações no último ano, primeira internação após o diagnóstico da COVID-19, utilização contínua de artefatos clínicos como sondas, bolsa de ostomia, drenos, entre outros após a alta e doenças crônicas). Foram coletados dados referentes à internação por COVID-19, tendo em vista que a coleta ocorreu no período pandêmico.

Após a alta hospitalar, entre 7 e 30 dias, a entrevistadora aplicou por telefone o instrumento CTM-15⁽³⁾, validado no Brasil⁽¹⁸⁾, que mensura a TC por meio de quatro fatores: preparação para autogerenciamento, o qual valoriza o preparo do paciente e sua família para o autogerenciamento da saúde pós-alta no domicílio; entendimento sobre medicações, que remete ao entendimento do paciente e sua família sobre o uso adequado das medicações após a alta hospitalar; preferências asseguradas, que descrevem a necessidade das preferências dos pacientes serem consideradas pela equipe na tomada de decisão sobre o tratamento; plano de cuidado, que valoriza a existência de um plano de

cuidado, consultas ou exames para realização após a alta⁽³⁾. Embora não exista um ponto de corte, os autores consideram um escore igual ou superior a 70 como TC satisfatória⁽²⁾. Então, se a média geral for 70, 1 é considerada satisfatória.

Após 30 dias da coleta à beira do leito, a coletadora dos dados voltou ao prontuário para se verificar se houve reinternações no período.

Tratamento e análise dos dados

Os dados foram analisados no programa *Statistical Package for the Social Sciences* versão 25.0, considerando nível de significância de 5%. Aplicou-se estatística descritiva com distribuição absoluta, relativa e medidas de tendência central e de variabilidade, com estudo da simetria das distribuições contínuas pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. A consistência interna dos fatores da escala CTM-15 foi estimada pelo coeficiente Alpha de Cronbach.

Para comparação de cada um dos fatores CTM-15 em relação às variáveis independentes – tratamento, internado por COVID-19, alta com artefato clínico, reinternação até 30 dias, sexo, faixa etária, estado civil e local de residência –, foi aplicado teste t-Student para grupos independentes. Os fatores CTM-15 considerados variáveis dependentes foram comparados ao tempo de internação e raça com a técnica de análise de Variância – ANOVA (*One Way*) – *post hoc* Scheffé (grupos independentes de tamanhos muito diferentes e/ou heterogeneidade de variâncias).

Aspectos éticos

À beira do leito, foi realizado o convite para os participantes, os objetivos da pesquisa foram explicados e solicitou-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias de igual teor. A pesquisa foi realizada em consonância com a Resolução nº 466/2012, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o Parecer Consubstanciado 4.479.127/2020.

Resultados

Participaram do estudo 487 pacientes. Destes, 205 (42,1%) apresentavam uma DCNT; 149 (30,6%) duas; 90 (18,5 %) três; e 42 (8,6%) quatro ou mais; 396 (81,3%) dos indivíduos tiveram diagnóstico de DCNT há mais de um ano. Ainda, 338 (69,4%) estavam internados por complicações clínicas. Cento e sessenta e cinco pacientes (34%) foram internados com complicações clínicas da COVID-19, 146 (30%) com complicações cardiovasculares, 77 (16%) com complicações endócrinas e 80 (20%) com outras patologias. Quanto ao período de internação,

269 (55,2%) permaneceram hospitalizados de 1 a 5 dias. Observou-se que 341 (70%) dos pacientes não haviam sido internados no último ano e 209 (42,9%) passavam pela primeira internação após o diagnóstico da doença crônica. Trinta e três (6,8%) dos pacientes haviam sido reinternados no período de 30 dias após a alta. Ainda, 266 (54,6%) tinham idade superior a 60 anos, 256 (52,6%) eram do sexo feminino, 292 (53,8%) eram residentes em zona urbana, 372 (76,4%) eram brancos, com idade média de 60,6 anos e 291 (60%) eram casados ou estavam

em união estável. Quanto à escolaridade, 343 (70,4%) frequentaram instituição de ensino por até 8 anos.

Em relação à avaliação da TC, a média geral do CTM-15 foi considerada satisfatória (76,8±10,4). Ao se avaliarem as médias por fatores, a máxima encontrada foi no fator Preferências asseguradas (84,7±14,3) e a mínima, no Plano de cuidados (64,5±13,2). A consistência interna do instrumento geral e por fatores foi considerada satisfatória. Na dimensão Plano de cuidado, a consistência foi aceitável, conforme a Tabela 1.

Tabela 1 – Medidas de tendência central e de variabilidade para os fatores do instrumento CTM-15*. Tenente Portela, RS, Brasil, 2022

Fatores	Estimativas CTM-15* (n=487)					
	Média	Desvio padrão	Amplitude		Mediana	αC†
			Mínimo	Máximo		
CMT-15* GERAL	76,8	10,4	0,00	100	83,3	0,896
Preparação para autogerenciamento	82,2	10,8	53,6	100	82,1	0,838
Entendimento sobre medicações	75,7	13,7	33,3	100	75,0	0,763
Preferências asseguradas	84,7	14,3	0,0	100	83,3	0,803
Plano de cuidado	64,5	13,2	25,0	100	62,6	0,659

*CTM-15 = Care Transitions Measure-15; †αC = Coeficiente alpha de Cronbach

A escala CTM-15 foi comparada com as características clínicas (Tabela 2). Ao se comparar o tempo de internação dos pacientes, identificou-se diferença estatística nos fatores Preparação para o autogerenciamento ($p < 0,003$) e Entendimento das medicações ($p < 0,003$), o que denota maiores médias nos pacientes com tempo de internação de 1 a 5 dias. Ocorreram diferenças estatísticas em todos os fatores ao se comparar o tipo de tratamento cirúrgico ou clínico, internação por COVID-19 ou outra patologia e se o

paciente teve alta hospitalar com presença de artefatos clínicos. As maiores médias se deram nos pacientes cirúrgicos, não internados por COVID-19 e com presença de artefatos clínicos.

Ainda, ao se compararem os pacientes com reinternação até 30 dias após a alta com os pacientes sem reinternação, houve diferença estatística entre os grupos ($p < 0,002$) no fator preparo para o autogerenciamento, com média superior entre os pacientes que não apresentaram reinternações (82,6±11,8).

Tabela 2 – Média e desvio padrão dos fatores do CTM-15* segundo as características clínicas dos pacientes com DCNT†. Tenente Portela, RS, Brasil, 2022

Variáveis	Frequência		Fatores CTM-15* (n=487)							
			Preparação para autogerenciamento		Entendimento sobre medicações		Preferências asseguradas		Plano de cuidado	
	N [‡]	%	Média	DP [§]	Média	DP [§]	Média	DP [§]	Média	DP [§]
Tempo de internação (dias)										
1 a 5	269	55,2	83,5A	10,7	77,2A	14,3	85,8	15,0	64,3	15,7
6 a 14	166	34,1	81,3A	10,7	73,7B	12,9	83,8	13,7	64,0	15,2
15 ou mais	52	10,7	78,4B	10,1	74,5B	11,8	81,7	12,0	66,8	12,6
P			<0,003		<0,003		0,112		0,486	
Tratamento										
Cirúrgico	149	30,6	85,1	11,1	80,5	13,1	86,7	17,4	73,0	14,7
Clínico	338	69,4	80,9	10,3	73,6	13,4	83,8	12,6	60,7	13,9
P [†]			<0,001		<0,001		<0,035		<0,001	
Internado por COVID-19										
Sim	128	26,3	78,9	9,4	70,1	10,5	80,9	10,2	58,2	12,0
Não	358	73,5	83,4	11,0	77,7	14,1	86,0	15,3	66,7	15,7
P [†]			<0,001		<0,000		<0,001		<0,000	

(continua na próxima página...)

(continuação...)

Variáveis	Frequência		Fatores CTM-15* (n=487)							
			Preparação para autogerenciamento		Entendimento sobre medicações		Preferências asseguradas		Plano de cuidado	
	N [‡]	%	Média	DP [§]	Média	DP [§]	Média	DP [§]	Média	DP [§]
Alta com artefato clínico										
Sim	219	45	83,8	11,1	78,5	13,7	85,2	16,5	70,1	15,7
Não	268	55	80,9	10,4	73,4	13,2	84,2	12,2	59,8	13,1
P [¶]			<0,003		<0,000		0,443		<0,000	
Reinternação em até 30 dias										
Sim	33	6,8	76,8	9,7	75,3	14,0	80,3	19,6	62,9	12,3
Não	454	93,2	82,6	11,8	75,7	13,7	85,0	13,8	64,6	15,4
P [¶]			<0,002		0,841		0,069		0,540	

*CTM-15 = *Care Transitions Measure-15*; †DCNT = Doença Crônica Não Transmissível; ‡N = Número; §DP = Desvio Padrão; ¶Utilizado o teste t-Student; ¶Utilizado o teste Análise de Variância (ANOVA) – *Post hoc* Scheffé, em que médias seguidas de letras iguais não diferem a uma significância de 5%

Identificou-se diferença estatisticamente significativa em relação a sexo, raça e local de residência. Os pacientes do sexo feminino apresentaram média superior (77,0±13,5) quando comparada à média dos pacientes masculinos (74,3±13,8) no fator Entendimento sobre medicações (p<0,026) do CTM-15. No que diz respeito à raça, o fator Plano de cuidados (p<0,000) mostrou diferença estatística, quando comparada à média

dos pacientes brancos (65,7±15,0) em relação aos indígenas (54,0±12,1). A variável local de residência apresentou média superior para zona rural (77,0±14,2) em comparação com a zona urbana (74,4±13,0) no fator Entendimento sobre medicações (p<0,034) e média maior na zona urbana (65,9±15,0) em relação à zona rural (63,1±15,1) no fator Plano de cuidados (p<0,047) (Tabela 3).

Tabela 3 – Média e desvio padrão dos fatores do CTM-15* segundo as características sociodemográficas dos pacientes com DCNT†. Tenente Portela, RS, Brasil, 2022

Variáveis	Frequência		Fatores CTM-15* (n=487)							
			Preparação para autogerenciamento		Entendimento sobre medicações		Preferências asseguradas		Plano de cuidado	
	N [‡]	%	Média	DP [§]	Média	DP [§]	Média	DP [§]	Média	DP [§]
Sexo										
Masculino	256	52,6	82,1	10,7	74,3	13,8	84,5	13,1	64,0	14,6
Feminino	211	47,4	82,3	10,9	77,0	13,5	84,9	15,3	64,8	15,8
P [¶]			0,841		<0,026		0,731		0,550	
Raça										
Indígena	40	8,2	81,5	9,1	75,6	13,7	83,1	13,8	54,0 ^B	12,1
Branca	372	76,4	82,2	11,1	75,8	13,7	84,9	14,7	65,7 ^A	15,0
Negra ou parda	64	13,1	82,3	9,8	75,4	14,0	83,9	12,4	63,4 ^A	14,0
P [¶]			0,920		0,974		0,676		<0,000	
Faixa etária										
18 a 59 anos	221	45,5	81,8	10,1	74,7	13,1	83,9	13,2	64,1	14,8
60 anos ou mais	266	54,6	82,6	11,3	76,4	14,1	85,3	15,2	64,8	15,6
P [¶]			0,462		0,214		0,270		0,629	
Estado civil										
Vive em união	292	60	82,3	10,8	75,3	14,0	84,6	14,9	63,9	15,2
Não vive em união	195	40	82,0	10,7	76,2	13,1	84,7	13,5	65,4	15,3
P [¶]			0,809		0,625		0,421		0,966	
Escolaridade										
Até 8 anos	343	70,4	81,2	10,7	75,8	13,3	83,6	14,9	64,0	14,9
Acima de 8 anos	135	27,7	84,6	10,8	75,2	14,6	87,0	12,4	66,1	15,8
P [¶]			0,524		0,282		0,071		0,223	
Local de residência										
Zona urbana	262	53,8	82,0	10,8	74,4	13,0	84,9	13,5	65,9	15,0
Zona rural	217	44,6	82,4	10,8	77,0	14,2	84,3	15,3	63,1	15,1
P [¶]			0,724		<0,034		0,650		<0,047	

*CTM-15 = *Care Transitions Measure-15*; †DCNT = Doença Crônica Não Transmissível; ‡N = Número; §DP = Desvio Padrão; ¶Utilizado o teste t-Student; ¶Utilizado o teste Análise de Variância (ANOVA)

Discussão

O perfil clínico e sociodemográfico da população investigada é semelhante ao apresentado em outro estudo, de pessoas que referiram conviver com DCNT⁽¹⁹⁾. Os resultados deste estudo mostram que a TC mensurada pelo CTM-15 na instituição investigada foi considerada satisfatória. Um estudo realizado em hospital geral no Rio Grande do Sul, Brasil, com pacientes internados em tratamento oncológico, identificou resultado semelhante⁽¹³⁾. Outro estudo no mesmo país com pacientes com DCNTs internados no serviço de emergência apresentou média da TC 69,5⁽²⁾. Esses resultados indicam que as ações realizadas pelos profissionais da saúde deste hospital durante a internação hospitalar contribuem para uma alta segura e para a continuidade do cuidado.

Para aperfeiçoar o preparo do paciente para o autogerenciamento da sua condição de saúde no período após alta hospitalar, faz-se necessária a construção de algumas habilidades para o autogerenciamento por meio de ações educativas, após se conhecer o nível de compreensão do paciente a respeito de sua situação de saúde⁽²⁰⁻²¹⁾. Isso contribui muito para uma TC satisfatória, bem como com outras estratégias pautadas em evidências, como implementar nos serviços a atuação de enfermeiros de ligação, o que ainda não é realidade no Brasil⁽²²⁾; uso de ferramenta validada de avaliação do cuidador para avaliar sistematicamente possíveis lacunas na preparação do cuidador e desenvolver um plano de cuidado com cuidador/familiar personalizado; uso de métodos de ensino e comunicação baseados em evidências para otimizar o aprendizado do cuidador ou do próprio paciente e uso de tecnologias para aprimorar os cuidados de enfermagem⁽²³⁻²⁴⁾. Assim, o enfermeiro pode ser o profissional responsável pela educação do paciente e, por meio dessas variadas estratégias, contribuir para transições do cuidado bem-sucedidas^(20,25).

O percentual de reinternação hospitalar (6,8%) encontrado neste estudo é menor do que o apontado em estudo internacional, com média de reinternação em 30 dias de 27,4 %⁽²⁶⁾. Ainda, quanto maior o tempo de internação, menor a qualidade percebida para o retorno ao domicílio⁽¹²⁾. Este resultado constitui-se um paradoxo, pois maior tempo de internação consiste em maior tempo em contato com os profissionais.

O local de internação está relacionado ao preparo do autogerenciamento⁽²⁾. Um estudo corrobora essa informação, apontando que pacientes cirúrgicos geralmente apresentam permanência hospitalar reduzida, muitas vezes com internações por procedimentos eletivos, necessidade de consulta de retorno, além de receberem mais orientações sobre os cuidados domiciliares e, por

vezes, folhetos educativos para ampliar o conhecimento distribuídos pelas instituições⁽²⁷⁾.

Pacientes com melhor avaliação no fator Preparação para o autogerenciamento apresentam menores índices de reinternação, o que denota que educar os pacientes facilita o entendimento e o manejo das DCNTs por maior tempo após a alta, além de auxiliar no seu empoderamento e entendimento de seu autocuidado⁽⁵⁾.

Quanto melhor o planejamento e a preparação do paciente para o autogerenciamento em saúde, melhor será a experiência de TC do paciente. Ao se compararem os pacientes que foram internados por COVID-19 com aqueles que tiveram outra causa de internação, observou-se diferença estatística significativa em todos os fatores do CTM-15, e os pacientes não COVID-19 avaliaram melhor as orientações recebidas e o seu preparo para a alta. Esse resultado negativo identificado nos pacientes de COVID-19 e portadores de DCNTs, possivelmente avaliados no Brasil pela primeira vez, demonstra que esses pacientes receberam menor preparo ou até mesmo não foram preparados para a alta hospitalar, apesar de serem pacientes com doenças crônicas. A COVID-19 ainda traz inúmeros questionamentos, por ser uma doença que demanda acompanhamento multidisciplinar pós-alta devido às suas possíveis complicações tardias⁽²⁸⁾.

Em nosso estudo, pacientes que retornaram ao domicílio com artefatos clínicos avaliaram melhor os fatores Preparação para o autogerenciamento, Entendimento sobre medicações e Plano de cuidados. É fundamental que os profissionais de saúde realizem ações educativas durante todo o processo de preparo para a alta, a fim de garantir a reabilitação do paciente e, consequentemente, reduzir a ocorrência de EAs e retornos aos serviços por causas evitáveis⁽²⁹⁾.

A capacidade de entender as informações relacionadas aos medicamentos é essencial para evitar a ocorrência de possíveis EAs, especialmente por haver necessidade medicamentosa contínua⁽⁵⁾. Entre os recursos terapêuticos para o tratamento das DCNT, a medicação tem se constituído um componente importante, tendo em vista as limitações funcionais e o risco de complicações provocadas pelas DCNT⁽¹⁹⁾.

Com relação aos pacientes não internados por COVID-19, nota-se que esses indivíduos apresentam maior entendimento dos medicamentos, por já estarem habituados com suas complicações crônicas de base. Os pacientes com COVID-19, além das medicações cotidianas, precisam lidar com medicamentos específicos para o tratamento dessa patologia que, por ser nova mundialmente, apresenta muitas vezes recidiva de alguns sintomas após o retorno ao domicílio⁽²⁸⁾. Em nosso estudo, aqueles que ficaram mais tempo internados obtiveram

resultado melhor no que tange ao entendimento das medicações, aspecto que está relacionado ao maior tempo em contato com a equipe de saúde.

Quanto ao tempo de internação, um estudo mostra que quanto maior o tempo de hospitalização, pior a adesão às orientações, devido ao esgotamento por longa permanência no ambiente hospitalar e por maior rotatividade de acompanhantes⁽³⁰⁾. Nesse contexto, é importante considerar que pacientes com condições mais graves, com alta complexidade clínica, tendem a precisar de um período de internação muito mais longo e extenuante, tanto para o eles mesmos quanto para os familiares, o que pode impactar sua percepção da qualidade da TC.

Ainda, os pacientes cirúrgicos e os que recebem alta com artefato clínico retornam ao domicílio com necessidade de consulta de retorno ou acompanhamento pelas unidades básicas de saúde, o que facilita sanar as dúvidas em relação ao tratamento medicamentoso. Isso demonstra a importância e a eficácia do acompanhamento desses indivíduos por todas as RAS e do conhecimento para que entendam e adotem o tratamento medicamentoso seguro⁽²²⁾.

Quando se incluem as preferências do paciente na tomada de decisão, facilita-se a adesão ao tratamento, aumenta a segurança das condutas no domicílio e reduzem-se os retornos aos serviços por causas evitáveis. Na literatura, tanto nacional⁽²⁾ como internacional⁽¹²⁾, foram identificados resultados insatisfatórios em relação ao fator Preferências asseguradas. Em contraponto, nosso estudo demonstrou que esse fator foi positivamente avaliado pelos pacientes com DCNTs, com a média mais alta encontrada entre os fatores do CTM-15. Ainda, em relação às preferências asseguradas, é importante destacar que esse resultado se deve especialmente à percepção dos pacientes em tratamento cirúrgico e não internados por COVID-19, os quais apresentaram médias mais altas com diferença estatística para esse fator. Conforme a literatura, avaliações desse fator estão relacionadas à inserção das pessoas que vivem com DCNT e seus familiares nas decisões referentes ao seu tratamento e dos cuidados pós-alta, sendo fundamental a integração entre equipe e pacientes para um autocuidado efetivo⁽⁵⁾. Assim, verifica-se que intervenções para assegurar as preferências dos pacientes são necessárias para melhorar as práticas no processo de alta e a compreensão quanto aos seus cuidados pós-alta.

Em relação ao fator Plano de cuidados, avaliado insatisfatoriamente, denota-se que esse item não tem sido priorizado na assistência aos pacientes. Esse resultado se deve especialmente à percepção dos pacientes internados por condição clínica, sem COVID-19, que tiveram alta sem necessidade de artefatos clínicos, residentes de zona rural e indígenas, que apresentaram as médias mais baixas

com diferença estatística quanto ao Plano de cuidados. Tal achado pode possibilitar que a instituição onde este estudo foi realizado desenvolva um plano de ação focado na melhora do processo de preparo de alta e do plano de cuidado para esse perfil de pacientes. Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos^(2,8,12-13). É fundamental que os serviços de saúde busquem processos que possibilitem o estabelecimento de fluxos e a elaboração do plano de alta, com o objetivo de que as TCs sejam adequadas entre os diferentes níveis de assistência e seja garantido o cuidado contínuo e articulado⁽⁵⁾.

Nesse sentido, a elaboração do plano de cuidados é essencial para a continuidade do cuidado seguro no domicílio e para menores necessidades de retorno aos serviços de saúde por causas evitáveis⁽³¹⁾. Ele deve ser realizado em conjunto entre equipe multiprofissional e paciente/familiar, de acordo com as necessidades e mudanças clínicas do indivíduo, histórico de saúde, prognóstico, medicações e orientações sobre acompanhamento pós-alta⁽⁵⁾.

Diferenças culturais e escolaridade podem interferir nesse processo⁽³²⁾. A cultura indígena tem atreladas ao seu cotidiano as suas crenças, sua linguagem e seus sistemas de conhecimento com base em sua medicina tradicional⁽³³⁾, além de geralmente apresentar um nível de escolaridade mais baixa⁽³⁴⁾, o que pode justificar a diferença estatística identificada nesse item.

A elaboração de um plano de cuidado individualizado, a fim de proporcionar a continuidade do cuidado, ainda é uma prática incipiente. Um estudo realizado com equipe multiprofissional de um hospital aponta a necessidade de plano de alta contendo informações relevantes para o tratamento e a continuidade do cuidado⁽¹³⁾.

Pacientes com uso de artefatos clínicos requerem atenção maior, tendo em vista o processo educativo para seu autocuidado após a alta hospitalar, com instruções para o paciente e seus familiares, a fim de efetivar o cuidado⁽²⁰⁾. Nesse sentido, a utilização de estratégias de intervenções pelos serviços de saúde possibilita TCs mais efetivas, além de reduzir custos para os serviços de saúde, aumentar a segurança e a QV e evitar os índices de reinternações hospitalares por causas evitáveis⁽⁵⁾.

Ainda, observa-se que transições necessitam de uma organização institucional, com uma equipe profissional estabelecida, a qual deve ter conhecimento do processo e relação contínua tanto com o paciente quanto com a rede de assistência no sistema de saúde, a fim de interligar o processo de alta, o atendimento domiciliar e os demais serviços⁽¹³⁾.

Internacionalmente, estão sendo incluídos na assistência enfermeiros de ligação ou enfermeiros navegadores, profissionais que vêm demonstrando êxito para TC efetiva. Seu trabalho visa coordenar os cuidados

pós-alta, identificar as necessidades do paciente/da família. Eles também atuam como educadores na transferência de informações relacionadas ao planejamento da alta⁽³⁵⁻³⁶⁾.

Um estudo brasileiro realizado com enfermeiros mostra que ainda existem lacunas a serem superadas na assistência ao usuário, tendo em vista a fragmentação existente entre os serviços, e indica algumas possibilidades, como a organização de protocolos que permitam: continuidade do cuidado, transferência do paciente por telefone, com agendamento da consulta em sua unidade de referência, e uso de aplicativos específicos, a fim de encaminhar o paciente para a unidade por meio de alguma tecnologia⁽²⁰⁾.

Identificou-se que a TC exige coordenação e comunicação entre as pessoas envolvidas, utilização de protocolos e integração entre os serviços na RAS. Também exige articulação entre as práticas assistenciais e políticas nacionais de saúde.

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

Como limitação, aponta-se que estudos transversais apresentam diagnóstico da realidade, apontam associações, mas sem possibilidade de indicar causa e efeito. A partir desse contexto, sugerem-se estudos com outras abordagens metodológicas⁽³⁷⁾ para que se amplie a compreensão desses resultados e se testem intervenções, considerando as variáveis identificadas e sua relação com os fatores do CTM.

Conclusão

A TC, avaliada na perspectiva de pessoas que vivem com DCNTs internadas em unidades clínicas e cirúrgicas, foi considerada satisfatória na avaliação geral. Observou-se que os fatores Preparo para o autogerenciamento, Entendimento sobre medicações e Preferências asseguradas apresentaram médias que apontam resultados satisfatórios, enquanto o fator Plano de cuidados foi insatisfatório. Esse resultado se deve especialmente à percepção dos pacientes internados por condição clínica, sem COVID-19, que tiveram alta sem necessidade de artefatos clínicos, residentes de zona rural e indígenas, que apresentaram as médias mais baixas com diferença estatística quanto ao plano de cuidados.

Além disso, diferenças estatísticas foram encontradas nas variáveis: ser paciente cirúrgico, dar alta com artefato clínico e não ter sido internado por COVID-19

em todos os fatores do CTM-15. Pacientes que não foram reinternados em 30 dias apresentaram melhor média no fator Preparação para o autogerenciamento, o que mostra a importância do preparo do paciente e/ou do familiar para o entendimento de suas necessidades e seus cuidados no domicílio, o que contribui para a redução das reinternações e dos custos no sistema de saúde. Quanto ao tempo de internação hospitalar, os resultados constituem um paradoxo, pois maior tempo de internação está associado ao pior entendimento sobre as medicações, menor satisfação quanto a preferências asseguradas e pior percepção quanto ao autogerenciamento. Nesse contexto, é importante considerar que pacientes com condições mais graves, com alta complexidade clínica, tendem a precisar de um período de internação muito mais longo e extenuante, tanto para o paciente quanto para os familiares, o que pode impactar sua percepção quanto à qualidade da TC. Pode-se considerar também que as variáveis internação clínica ou cirúrgica, alta com artefato clínico e internação ou não por COVID-19 também estejam mediando essa associação encontrada.

Os resultados contribuem para a identificação dos aspectos que necessitam ser aprimorados na assistência, a fim de subsidiar a elaboração de estratégias para melhorar a TC.

Referências

1. Gheno J, Weis A. Care transition in hospital discharge for adult patients: integrative literature review. *Texto Contexto Enferm.* 2021;30. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0030>
2. Acosta AM, Lima MADDS, Pinto IC, Weber LAF. Care transition of patients with chronic diseases from the discharge of the emergency service to their homes. *Rev Gaucha Enferm.* 2020;41(spe):e20190155. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190155>
3. Coleman EA, Mahoney E, Parry C. Assessing the Quality of Preparation for Posthospital Care from the Patient's Perspective The Care Transitions Measure. *Medical Care.* 2005;43(3):246-55. <https://doi.org/10.1097/00005650-200503000-00007>
4. Bernardino E, Sousa SM, Nascimento JD, Lacerda MR, Torres DG, Gonçalves LS. Transitional care: analysis of the concept in hospital discharge management. *Esc Anna Nery.* 2022;(26). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0435>
5. Weber LAF, Lima MADS, Acosta AM. Quality of care transition and its association with hospital readmission. *Aquichan.* 2019;19. <https://doi.org/10.5294/aqui.2019.19.4.5>
6. Trindade LF, Boell JEW, Lorenzini E, Montañez WC, Malkiewicz M, Pituskin E, et al. Effectiveness of care

- transition strategies for colorectal cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Support Care Cancer*. 2022;30(7):6251-61. <https://doi.org/10.1007/s00520-022-07033-2>
7. Shalaby MS, Gibson A, Granitsiotis P, Conn G, Cascio S. Assessment of the introduction of an adolescent transition urology clinic using a validated questionnaire. *J Pediatr Urol*. 2015;11(2):89.e1-5. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2014.11.024>
 8. Ford BK, Ingersoll-Dayton B, Burgio K. Care Transition Experiences of Older Veterans and Their Caregivers. *Health Social Work*. 2016;41(2):129-38. <https://doi.org/10.1093/hsw/hlw009>
 9. Spall HGC, Lee SF, Xie F, Oz UE, Perez R, Mitoff PR, et al. Effect of Patient-Centered Transitional Care Services on Clinical Outcomes in Patients Hospitalized for Heart Failure. *The PACT-HF Randomized Clinical Trial*. *JAMA*. 2019;321. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.0710>
 10. Blumer V, Gayowsky A, Xie F, Greene SJ, Graham MM, Ezekowitz JA, et al. Effect of patient-centered transitional care services on patient-reported outcomes in heart failure: sex-specific analysis of the PACT-HF randomized controlled trial. *Eur J Heart Fail*. 2021;23(9):1488-98. <https://doi.org/10.1002/ejhf.2312>
 11. 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. <https://doi.org/10.1002/msc.1043>
 12. Lindblom S, Flink M, Sjöstrand C, Laska AC, Von Koch L, Ytterberg C. Perceived Quality of Care Transitions between Hospital and the Home in People with Stroke. *J Am Med Dir Assoc*. 2020;21(12):1885-92. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.06.042>
 13. Rodrigues CD, Lorenzini E, Onwuegbuzie AJ, Oelke ND, Garcia CF, Malkiewicz M, et al. Care Transition From the Perspectives of Oncological Patients and the Multiprofessional Care Team: A Mixed Methods Study. *Cancer Nurs*. 2022. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000001160>
 14. 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*. 2022;56:e20220308. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0308en>
 15. Lorenzini E, Boell JEW, Oelke ND, Rodrigues CD, Trindade LF, Winter VDB, et al. Care transition from hospital to home: cancer patients' perspective. *BMC Res Notes*. 2020;13(1):267. <http://doi.org/10.1186/s13104-020-05099-x> PMID:32487267
 16. Tomazela M, Valente SH, Lima MADS, Bulgarelli AF, Fabríz LA, Zacharias FCM, et al. Care transition of older adults from hospital to home. *Acta Paul Enferm*. 2023;36:eAPE00291. <https://doi.org/10.37689/actape/2023AO002911>
 17. Petersen AGP, Tronco CS, Casagrande D, Pluta P, Winter VDB, Carvalho FF, et al. Validação psicométrica da care transitions measure (CTM-15) para uso brasileiro em puérperas de risco. *Texto Contexto Enferm*. 2023;32:e20220341. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2022-0341pt>
 18. 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. <https://doi.org/10.1111/inr.12326>
 19. Figueiredo AEB, Ceccon RF, Figueiredo JHC. Doenças crônicas não transmissíveis e suas implicações na vida de idosos dependentes. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2021;26(1):77-88. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.33882020>
 20. Alievi MF, Loro MM, Lorenzini E, Flôres GC, Domenico EBL, Kolankiewicz ACB. Transition of care for stomatic patients: convergent care research contributions. *Rev Pesqui Cuid Fundamental*. 2022;14:e11631. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v14.11631>
 21. Nascimento AAA, Azevedo VD, Silva AF, Godinho ML, Martins QCS, Santos VEP, et al. Educational technologies used to teach self-management after hematopoietic stem cell transplantation: a scoping review. *Texto Contexto Enferm*. 2023;32:e20220170. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2022-0170en>
 22. Costa MFBNA, Ciosak SI, Andrade SR, Soares CF, Pérez EIB, Bernardino E. Continuity of hospital discharge care for primary health care: Spanish practice. *Texto Contexto Enferm*. 2020;29:e20180332. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0332>
 23. Camicia M, Lutz B, Summers D, Klassman L, Vaughn S. Nursing's Role in Successful Stroke Care Transitions Across the Continuum: From Acute Care Into the Community. *Stroke*. 2021;52(12):e794-e805. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.121.033938>
 24. Boell JEW, Trindade LF, Kolankiewicz ACB, Cañon-Montañez W, Pituskin E, Lorenzini E. Care transitions of colorectal cancer patients from hospital to community: systematic review and meta-analysis protocol. *Rev Cuidarte*. 2021;12(3):e2285. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.2285>
 25. Leland NE, Roberts P, Souza R, Chang SH, Shah K, Robinson M. Care Transition Processes to Achieve a Successful Community Discharge After Postacute Care: A Scoping Review. *Am J Occup Ther*. 2019;73(1):7301205140p1-7301205140p9. <https://doi.org/10.5014/ajot.2019.005157>
 26. 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. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.7863>

27. Costa MFBNA, Sichier K, Povedal VB, Baptista CMC, Aguado PC. Transitional care from hospital to home for older people: implementation of best practices. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(Supl 3). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0187>

28. Rehman SU, Rehman SU, Yoo HH. COVID-19 challenges and its therapeutics. *Biomed Pharmacother.* 2021;142:112015. <https://doi.org/10.1016/j.biopha.2021.112015>

29. Bandeira LR, Kolankiewicz ACB, Alievi MF, Trindade LF, Loro MM. Fragmented comprehensive health care for ostomized person in the health care network. *Esc Anna Nery.* 2020;24(3). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0297>

30. Miorin JD, Pai DD, Ciconet RS, Lima MADS, Gerhardt LM, Indruczaki NS. Transferência do cuidado pré-hospitalar e seus potenciais riscos para segurança do paciente. *Texto Contexto Enferm.* 2020;9. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2019-0073>

31. Oliveira ES, Menezes TMO, Gomes NP, Oliveira LMS, Batista VM, Oliveira MCM, et al. Transitional care of nurses to older adults with artificial pacemaker. *Rev Bras Enferm.* 2022;75(Suppl. 4). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0192>

32. Timoteo FPN, Silva RMM, Manfrini GC, Baggio MA. Cross-cultural care in primary health care nurses' experience in border territories. *Texto Contexto Enferm.* 2023;32:e20220250. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2022-0250en>

33. Macedo V. O cuidado e suas redes doença e diferença em instituições de saúde indígena em São Paulo. *Rev Bras Ci Soc.* 2021;36(106). <https://doi.org/10.1590/3610602/2021>

34. Babyar J. In search of Pan-American indigenous health and harmony. *Global Health.* 2019;15(1):16. <https://doi.org/10.1186/s12992-019-0454-1>

35. Röhsig V, Silva P, Teixeira R, Lorenzini E, Maestri R, Saraiva T, et al. Nurse Navigation Program: Outcomes from a Breast Cancer Center in Brazil. *CJON.* 2019;23(1):E25-31. <https://doi.org/10.1188/19.CJON.E25-E31>

36. 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>

37. Zanchetta MS, Metersky K. Coherence, creativity and audacity in methodological decisions. *Texto Contexto Enferm.* 2023;32:e2023E001. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-E001en>

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa: Larissa Berghetti, Márcia Baiocchi Amaral Danielle, Vanessa Dalsasso Batista Winter, Ane Gabriele Poli Petersen, Elisiane Lorenzini, Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz. **Obtenção de dados:** Larissa Berghetti, Vanessa Dalsasso Batista Winter, Ane Gabriele Poli Petersen, Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz. **Análise e interpretação dos dados:** Larissa Berghetti, Márcia Baiocchi Amaral Danielle, Ane Gabriele Poli Petersen, Elisiane Lorenzini, Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz. **Análise estatística:** Larissa Berghetti, Vanessa Dalsasso Batista Winter, Ane Gabriele Poli Petersen, Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz. **Redação do manuscrito:** Larissa Berghetti, Márcia Baiocchi Amaral Danielle, Vanessa Dalsasso Batista Winter, Ane Gabriele Poli Petersen, Elisiane Lorenzini, Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz. **Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante:** Larissa Berghetti, Márcia Baiocchi Amaral Danielle, Vanessa Dalsasso Batista Winter, Ane Gabriele Poli Petersen, Elisiane Lorenzini, Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz.

Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.

Recebido: 05.12.2022

Aceito: 19.07.2023

Editora Associada:
Aline Aparecida Monroe

Copyright © 2023 Revista Latino-Americana de Enfermagem


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

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

Autor correspondente:

Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz

E-mail: adri.saudecoletiva@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-1793-7783>