

Transição de cuidado de pacientes internados por COVID-19 e sua relação com as características clínicas

Care transition for patients admitted to hospital due to COVID-19 and its relationship with clinical characteristics

Transición de cuidado de pacientes internados por COVID-19 y su relación con las características clínicas

Vanessa Dalsasso Batista Winter¹  <https://orcid.org/0000-0002-6268-9849>

Larissa Berghetti¹  <https://orcid.org/0000-0002-6614-8126>

Cátia Cristiane Matte Dezordi¹  <https://orcid.org/0000-0001-5540-4393>

Fernanda Dal'Maso Camera²  <https://orcid.org/0000-0001-5325-0298>

Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz¹  <https://orcid.org/0000-0003-1793-7783>

Como citar:

Winter VD, Berghetti L, Dezordi CC, Camera FD, Kolankiewicz AC. Transição de cuidado de pacientes internados por COVID-19 e sua relação com as características clínicas. Acta Paul Enferm. 2024;37:eAPE00012.

DOI

<http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2024A00000012>



Descritores

Continuidade da assistência ao paciente; COVID-19; Infecções por coronavírus; Alta do paciente; Transferência de pacientes

Keywords

Continuity of patient care; COVID-19; Coronavirus infections; Patient discharge; Patient transfer

Descriptores

Continuidad de la atención al paciente; COVID-19; Infecciones por coronavirus; Alta del paciente; Transferencia de pacientes

Submetido

25 de Janeiro de 2023

Aceito

5 de Outubro de 2023

Autor correspondente

Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz
E-mail: adri.saudefcoletiva@gmail.com

Editor Associado (Avaliação pelos pares):

Juliana de Lima Lopes
(<https://orcid.org/0000-0001-6915-6781>)
Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Resumo

Objetivo: Analisar a transição do cuidado (TC), e sua relação com as características clínicas de pacientes internados por COVID-19.

Métodos: Estudo transversal, realizado em um hospital geral, com 165 pacientes hospitalizados em decorrência da COVID-19 e que receberam alta para o domicílio. Participaram aqueles que estiveram internados por pelo menos 24hs, maiores de 18 anos, com acesso telefônico após a alta. Excluídos aqueles que receberam alta por transferência, que evoluíram a óbito ou aqueles sem condições cognitivas. Dados coletados entre março a julho de 2021, por meio de questionário sociodemográfico e clínico, bem como o *Care Transitions Measure-15*. Aplicou-se análise estatística descritiva e inferencial.

Resultados: A média geral do *Care Transitions Measure-15* foi considerada satisfatória (71,8±7,45). O fator Preferências Asseguradas obteve maior média (80,5± 9,84) e o fator Plano de Cuidados a menor (57,5± 11,4). Foram encontradas diferenças estatísticas significativas quando se associou os fatores do CTM-15 com as variáveis clínicas tempo de doença crônica (p<0,03), presença de artefato clínico (p<0,040), uso de medicação contínua (p<0,029) e a reinternação teve diferença significativa nos fatores Preparação para o Autogerenciamento (p<0,045), Preferências Asseguradas (p<0,027) e Plano de Cuidados (p<0,032).

Conclusão: Os pacientes hospitalizados por COVID-19 avaliaram a TC geral como satisfatória e as variáveis clínicas tempo de doença crônica, artefato clínico, medicação contínua e reinternação interferiram na TC desses pacientes.

Abstract

Objective: To analyze care transition (CT) and its relationship with the clinical characteristics of patients admitted to hospital due to COVID-19.

Methods: This is a cross-sectional study, carried out in a general hospital, with 165 patients admitted to hospital due to COVID-19 and who were discharged home. Participants were those who had been admitted to hospital for at least 24 hours, over 18 years of age, with telephone access after discharge. Those who were discharged by transfer, who died or those without cognitive conditions were excluded. Data collected between March and July 2021, using a sociodemographic and clinical questionnaire as well as Care Transitions Measure-15. Descriptive and inferential statistical analysis was applied.

Results: The overall mean of Care Transitions Measure-15 was considered satisfactory (71.8±7.45). The Important preferences factor obtained the highest mean (80.5± 9.84) and the Care Plan factor the lowest (57.5± 11.4). Significant statistical differences were found when the CTM-15 factors were associated with the clinical variables: duration of chronic disease (p<0.03); presence of clinical artifact (p<0.040); use of

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

²Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Erechim, RS, Brasil.

Conflitos de interesse: nada a declarar.

continuous medication ($p<0.029$). Readmission had a significant difference in the factors Health management preparation ($p<0.045$), Important preferences ($p<0.027$) and Care plan ($p<0.032$).

Conclusion: Patients admitted to hospital due to COVID-19 assessed the general CT as satisfactory and the clinical variables, length of chronic illness, clinical artifact, continuous medication and readmission interfered in the CT of these patients.

Resumen

Objetivo: Analizar la transición del cuidado (TC) y su relación con las características clínicas de pacientes internados por COVID-19.

Métodos: Estudio transversal, realizado en un hospital general, con 165 pacientes hospitalizados como consecuencia de COVID-19, que fueron dados de alta para volver a su domicilio. Participaron aquellas personas que estuvieron internadas por lo menos 24 horas, mayores de 18 años, con acceso telefónico después del alta. Se excluyeron aquellas que fueron dadas de alta por transferencia, que fallecieron o que no tenían condiciones cognitivas. Los datos fueron recopilados entre marzo y julio de 2021, mediante cuestionario sociodemográfico y clínico, así como también el *Care Transitions Measure-15*. Se aplicó análisis estadístico descriptivo e inferencial.

Resultados: El promedio general del *Care Transitions Measure-15* fue considerado satisfactorio ($71,8\pm 7,45$). El factor Preferencias Aseguradas obtuvo el mayor promedio ($80,5\pm 9,84$) y el factor Plan de Cuidados, el menor ($57,5\pm 11,4$). Se encontraron diferencias estadísticas significativas cuando se asociaron los factores del CTM-15 con las variables clínicas tiempo de enfermedad crónica ($p<0,03$), presencia de artefacto clínico ($p<0,040$), uso de medicación continua ($p<0,029$). La reinternación tuvo una diferencia significativa en los factores Preparación para la Autogestión ($p<0,045$), Preferencias Aseguradas ($p<0,027$) y Plan de Cuidados ($p<0,032$).

Conclusión: Los pacientes hospitalizados por COVID-19 evaluaron la TC general como satisfactoria. Las variables clínicas tiempo de enfermedad crónica, artefacto clínico, medicación continua y reinternación interfirieron en la TC de estos pacientes.

Introdução

O contexto pandêmico causado pelo novo Coronavírus SARS-COV-2 (COVID-19), fez com que os sistemas de saúde precisassem ser reajustados rapidamente para enfrentamento de uma doença com alto poder de transmissibilidade.⁽¹⁾ O vírus, cujo epicentro foi na cidade chinesa de Wuhan, em dezembro de 2019, fez com que a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarasse em 30 de janeiro de 2020 estado de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), devido à rápida disseminação do mesmo.⁽²⁾

Desde então, as novas demandas assistenciais têm resultado na sobrecarga de unidades hospitalares bem como na exaustão dos profissionais de saúde.⁽³⁾ Tais condições refletem negativamente na qualidade da assistência prestada a um amplo grupo de pacientes que possuem necessidades diferenciadas após a alta hospitalar, tendo em vista a ausência de atendimento presencial em saúde devido à necessidade de isolamento contínuo.⁽⁴⁾ Além disso, parte dos pacientes infectados pelo COVID-19 podem evoluir para estado grave da doença e adquirir sequelas com as quais os mesmos precisarão conviver por algum período de tempo.⁽⁵⁾ Sendo assim, destaca-se a importância da continuidade dos cuidados como forma de prevenir reinternações, após a hospitalização por COVID-19.⁽⁶⁾

Nesse sentido, a transição do cuidado (TC) constitui-se de ações que objetivam a continuidade

dos cuidados em saúde na transferência entre diferentes serviços e locais,⁽⁷⁾ tem a sua importância destacada no cenário atual ao beneficiar tanto os pacientes como o sistema de saúde como um todo,⁽⁴⁾ isso porque transições efetivas resultam tanto na melhoria da qualidade assistencial, como na diminuição de reinternações desnecessárias e redução de custos para o sistema de saúde.⁽⁸⁾

Sabe-se que os pacientes que recebem alta hospitalar necessitam de acompanhamento contínuo em saúde e de um plano de cuidados realizado pela equipe responsável pela sua alta.⁽⁴⁾ Porém, estudos evidenciam fragilidades no planejamento dos cuidados na alta^(8,9) o que resulta na fragilidade da TC. A equipe multiprofissional, e em especial, o enfermeiro, é responsável por adotar estratégias que facilitem a TC, tais como: planejamento de alta; acompanhamento ambulatorial; monitoramento e gerenciamento de sintomas após a alta; educação e promoção do auto-gerenciamento; segurança das medicações; organização, clareza e disponibilidade em tempo hábil de informações; e comunicação e coordenação do cuidado entre membros da equipe de saúde.⁽¹⁰⁾ Sendo assim, é preciso que a atuação dos enfermeiros na coordenação da TC seja fortalecida.⁽⁸⁾

Um estudo realizado com enfermeiros de unidades de internação clínica identificou que a maioria deles não realizava acompanhamento após a alta do hospital. Na perspectiva desses profissionais, os principais desafios para realizar a TC são as fragili-

dades na articulação entre os serviços de saúde para encaminhamento dos pacientes para a atenção primária à saúde (APS), comunicação inadequada entre a equipe de saúde, pouca formação em serviço e falta de protocolos que auxiliem os profissionais.⁽¹¹⁾

Estudo clínico randomizado realizado na China observou que pacientes hospitalizados por COVID-19 e que receberam cuidados transitórios tiveram melhora clínica de seus sintomas quando comparados com os pacientes que receberam cuidados habituais, além da diminuição do tempo de internação.⁽¹²⁾ Entretanto, no Brasil ainda são incipientes as estratégias de TC utilizadas pelos profissionais de saúde, sendo necessário mais estudos que reforçam a importância da temática no âmbito das ações em saúde,⁽¹⁰⁾ bem como, identificar como ocorre a TC, do hospital para o domicílio.

Portanto, justifica-se esta pesquisa pela incipiência de estudos que abordem a TC no Brasil e principalmente na perspectiva de pacientes internados por COVID-19, bem como, a identificação das variáveis clínicas que interferem neste processo. A identificação dessas variáveis pode ajudar a desenvolver estratégias eficazes para melhorar a qualidade da TC e reduzir a reinternação.

Frente ao exposto, a questão norteadora deste estudo é: como se dá a TC de pacientes hospitalizados por COVID-19 do hospital para a comunidade e qual sua relação com as características clínicas? Para tanto, o objetivo geral foi analisar a transição do cuidado e sua relação com as características clínicas de pacientes internados por COVID-19.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal realizado em uma Unidade de Internação Clínica COVID-19 de um hospital geral da região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil, que conta com 126 leitos de internação, com taxa de ocupação hospitalar que varia entre 83 a 87% mensal.

Foram elegíveis para o estudo, pacientes internados com diagnóstico médico de COVID-19 com registro no prontuário, idade igual ou superior a 18 anos, com tempo de hospitalização de pelo menos

24 horas e acesso telefônico após alta hospitalar. Excluídos pacientes transferidos para outro hospital ou aqueles que evoluíram a óbito, bem como os que, sob avaliação da pesquisadora, não tivessem condições físicas e/ou psicológicas para responder os questionários. A seleção dos participantes foi por amostragem consecutiva.

Primeiramente, foram explanados os objetivos do estudo e feito o convite para participar. Após o aceite, assinaram o TCLE em duas vias, de igual teor, e responderam um questionário sobre questões sociodemográficas, elaborado pelas pesquisadoras. O instrumento foi aplicado ao paciente ou familiar por uma enfermeira mestrandada, durante a internação hospitalar, à beira leito. Em seguida, foram coletados dados do prontuário tais como: data de internação, presença de artefatos clínicos, uso de medicação contínua, se reinternou em 30 dias. Os participantes do estudo foram informados de que receberiam uma ligação telefônica entre sete e trinta dias após a alta, para responder ao *Care Transition Measure-15* (CTM-15), instrumento que mensura a qualidade da TC da alta hospitalar para o domicílio ou entre os diferentes serviços, na perspectiva do paciente e ou familiar/cuidador. É um questionário que pode ser aplicado por telefone⁽¹³⁾ e, recentemente, foi validado para uso no Brasil.⁽¹⁴⁾

O CTM-15 contempla 15 questões, divididas em quatro fatores: “Preparação para autogerenciamento”, que refere-se ao preparo do paciente e sua família para o autogerenciamento da saúde no domicílio após a alta; “Entendimento sobre medicações”, que corresponde a compreensão do paciente e sua família acerca do uso adequado das medicações após a alta hospitalar; “Preferências asseguradas”, que diz respeito sobre a consideração pela equipe das opiniões e preferências dos pacientes em relação ao seu tratamento; e por último, “Plano de cuidado”, que refere-se a valorização de um plano de cuidados, consultas ou exames para serem realizados após a alta.^(8,10)

O instrumento é avaliado por uma escala de cinco pontos: Não sei/não me lembro/não se aplica = 0; Discordo totalmente = 1 ponto; Discordo = 2 pontos; Concordo = 3 pontos; Concordo totalmente = 4 pontos. A partir da resposta do participante é

atribuída uma pontuação, e para calcular as médias, aplica-se uma fórmula que transforma os resultados obtidos em escores de 0 a 100.⁽¹⁵⁾ Escores mais altos indicam melhor qualidade das TC. Ainda que não exista um ponto de corte, os autores consideram como satisfatório escores iguais ou superiores a 70.⁽¹⁴⁾

A coleta dos dados foi realizada entre março a outubro de 2021. Os dados coletados inicialmente foram digitados duplamente para avaliar inconsistências e fazer correções. Após foram processados e analisados pelo programa Statistical Package for Social Science, versão 21.0, aplicando-se estatística descritiva e inferencial. Foi realizada comparação das variáveis contínuas entre dois grupos independentes através do teste t-Student e, quando foram envolvidos três ou mais grupos independentes, a comparação ocorreu pela análise de Variância - ANOVA (*One Way*) – *Post Hoc Tukey* (grupo independentes de tamanhos semelhantes) ou *Scheffé* (grupo independentes de tamanhos muito diferentes e/ou heterogeneidade de variâncias).

Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob parecer consubstanciado no número 4.479.127 (Certificado de Apresentação de Apreciação Ética: 38915820.1.0000.5350) do dia 21 de dezembro de 2020 e respeitou todos os preceitos éticos, conforme rege a legislação brasileira.

Resultados

Participaram do estudo 165 pacientes, sendo que destes 56,4% (93) eram do sexo masculino, 81,8% (135) eram brancos, 73,3% (121) eram casados ou estavam em união estável. Quanto à escolaridade 49,1% (81) possuíam ensino fundamental incompleto (Tabela 1).

Quanto à avaliação da TC, a média geral do CTM-15 foi considerada satisfatória (71,8±7,45). O fator Preferências Asseguradas obteve maior média (80,5± 9,84) e o fator Plano de Cuidados obteve a menor (57,5± 11,4) (Tabela 2).

As características clínicas dos pacientes foram comparadas com os fatores do CTM-15 (Tabela 4). Ao comparar o tempo de internação dos pacientes,

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica de pacientes internados por COVID em um hospital geral (n=165)

Variáveis	n(%)
Idade	
18 a 59 anos	117(71,0)
60 ou mais	48(29,1)
Sexo	
Feminino	72(43,6)
Masculino	93(56,4)
Raça*	
Branca	135(81,8)
Negra/Parda/indígena	29(17,5)
Estado Civil	
Solteiro/Viúvo/Divorciado	44(26,7)
Casado/união estável	121(73,3)
Escolaridade*	
Não letrado	7(4,2)
Fundamental incompleto	81(49,1)
Fundamental completo	15(9,1)
Médio incompleto	5(3,0)
Médio completo	38(23,0)
Superior	15(9,1)
Renda**	
Não possui	13(7,9)
Menos de R\$ 1.100,00	2(1,2)
R\$ 1.101,00 e 3.299,00	106(64,2)
R\$3.300,00 e 5.499,00	33(20,0)
≥R\$5.500,00	11(6,7)

*Dados faltantes; **Salário mínimo em 2021: 1.100,00

Tabela 2. Medidas de tendência central e de variabilidade para os fatores do instrumento CTM-15

CMT-15 GERAL	Estimativas CTM-15 (n=165)				
	Média	Desvio padrão	Amplitude		Mediana
			Mínimo	Máximo	
Fatores	71,8	7,45	57,14	100	70,8
Preparação para autogerenciamento	79,1	9,2	57,1	100	78,6
Entendimento sobre medicações	70,2	10,6	41,6	100	66,7
Preferências asseguradas	80,5	9,84	50,0	100	83,3
Plano de cuidado	57,5	11,4	37,5	100	50,0

não houve diferença estatística entre os grupos. Entretanto, ao comparar o número de internações no último ano, evidenciou-se diferença estatística no fator Entendimento sobre Medicações ($p < 0,029$), sendo que os pacientes com quatro ou mais internações apresentaram menores médias. Quanto à presença de artefato clínico pós alta, o fator Preferências Asseguradas apresentou diferença estatística entre os grupos ($p < 0,040$). Quanto a reinternação, houve diferença significativa nos fatores Preparação para o Autogerenciamento ($p < 0,045$), Preferências Asseguradas ($p < 0,027$) e

Tabela 3. Média e desvio padrão dos fatores do CTM-15 segundo as características clínicas dos pacientes com COVID-19

Variáveis	Fatores CTM-15								
	n	Preparação para auto gerenciamento		Entendimento sobre Medicações		Preferências Asseguradas		Plano de Cuidado	
		Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Tempo de internação									
De 1 a 5 dias	70	78,9	9,8	71,0	11,3	80,9	8,8	57,5	11,1
De 6 a 14 dias	67	80,4	8,5	68,9	10,0	80,4	11,0	56,3	11,5
Acima de 14 dias	28	76,1	8,6	71,4	10,2	79,4	9,4	60,2	11,8
p ^y		0,110		0,402		0,797		0,315	
Possui DCNT									
Sim	128	78,9	9,4	70,1	10,4	80,9	10,2	58,2	11,9
Não	37	79,8	8,4	70,7	11,2	79,0	8,4	55,0	9,0
p ^x		0,612		0,779		0,196		0,133	
DCNT há quanto tempo*									
Menos de 6 meses	3	82,1	15,5	80,5	17,3	86,1	12,7	75,0a	21,6
6 a 12 meses	6	80,3	12,3	69,4	8,6	80,5	8,6	60,4b	12,2
1 a 3,5 anos	17	78,5	9,1	65,6	9,7	80,3	8,8	58,8bc	14,4
3,5 a 6,5 anos	31	78,6	10,7	70,1	11,3	82,2	11,5	60,8b	11,0
6,5 a 10 anos	22	75,0	6,7	69,7	9,8	76,5	11,6	57,3bc	9,1
Mais de 10 anos	29	80,1	8,7	69,5	10,0	82,1	9,8	54,3c	11,7
p ^y		0,519		0,460		0,279		0,030	
Medicação contínua									
Sim	100	78,7	9,1	68,8	10,0	80,9	10,5	58,0	11,7
Não	64	79,5	9,4	72,3	11,2	79,8	8,6	56,6	11,1
p ^x		0,595		0,037		0,456		0,461	
Artefato clínico pós alta									
Sim	15	82,6	8,19	71,6	10,8	85,0	7,8	61,6	11,0
Não	150	78,7	9,25	70,1	10,6	80,0	9,9	57,0	11,4
p ^x		0,103		0,603		0,035		0,064	
Reinternação 30d									
Sim	6	69,6	8,37	66,6	9,12	76,3	3,40	60,4	5,10
Não	159	79,4	9,07	70,3	10,6	80,6	9,9	57,3	11,6
p ^x		0,034		0,370		0,026		0,234	

Plano de Cuidados ($p < 0,032$). Não houve diferença estatística ao se comparar os que possuíam ou não DCNT, mas em contrapartida o tempo de DCNT apresentou $p < 0,03$ no fator Plano de Cuidados (Tabela 3).

Discussão

Os resultados do estudo indicam que a qualidade da TC geral percebida pelos pacientes hospitalizados por COVID-19 foi considerada satisfatória (71,8). Os fatores com maiores escores foram “Preferências Asseguradas” e “Preparação para o autogerenciamento” e menor média no fator “Plano de Cuidados”. As variáveis clínicas com diferenças estatísticas foram: tempo de diagnóstico de doença crônica, uso de artefato clínico pós alta, uso de medicação contínua e reinternação em 30 dias. Houve

também diferença estatística relacionada ao uso de estratégias de TC a esses pacientes.

A literatura aponta que ser portador de doenças crônicas representa um fator de risco alto para agravamento dos sintomas e necessidade de hospitalização em pacientes COVID-19.^(16,17) Em nosso estudo, vimos que a maioria dos pacientes internados (77,6%) possuíam pelo menos uma doença crônica, o que corrobora com os autores supracitados.

Verificou-se também que aqueles que possuíam diagnóstico de doença há mais tempo, avaliaram negativamente o fator Plano de Cuidados comparado com aqueles com menos tempo de doença, o que pode estar relacionado com o fato de que há maior autogerenciamento do processo de saúde-doença daqueles que já convivem com a doença a mais tempo e, portanto, exigem mais do plano assistencial. Ademais, o paciente com doença crônica ou condição crônica necessita aprender sobre a sua

doença e autogerenciar o seu cuidado, sendo este um processo que se estende ao longo do tempo.⁽¹⁸⁾

Além disso, um estudo identificou influência positiva do tempo diagnóstico no processo de autocuidado de paciente com doença crônica.⁽¹⁹⁾ Estudo que identificou as experiências de pacientes crônicos internados aponta a necessidade dos profissionais de saúde compreenderem o histórico do paciente, a fim identificar suas reais necessidades em saúde para definição de um plano assistencial,⁽²⁰⁾ dessa forma, valoriza-se o cuidado centrado ao paciente e as suas necessidades individuais.

Atrelada à presença de comorbidades está a necessidade de medicação contínua. No estudo em tela, cerca de 60,6% dos participantes faziam uso contínuo de algum medicamento. Além disso, observou-se diferença estatística significativa entre grupos no fator “Entendimento sobre Medicamentos” que constatou que aqueles que as usam continuamente estavam insatisfeitos com as orientações referentes às medicações prescritas.

Estudo realizado com pacientes hospitalizados e que receberam alta hospitalar com no mínimo um medicamento prescrito na alta, mostrou que apenas 29% dos entrevistados receberam instruções do médico quanto ao uso dos medicamentos, o que interfere negativamente na compreensão dos mesmos quanto ao tratamento proposto.⁽²¹⁾ Essa falta de informação e compreensão podem gerar lacunas no conhecimento do paciente e culminar na baixa adesão a farmacoterapia.⁽²²⁾

Pacientes que receberam alta hospitalar acompanhado do uso de artefatos clínicos avaliaram melhor o fator Preferências Asseguradas comparados com aqueles que não utilizavam, o que pode estar relacionado com o fato de que esses pacientes recebem mais orientações quanto ao manejo correto desses dispositivos no domicílio, bem como onde recorrer caso necessitem de auxílio. Segundo a literatura, os pacientes em uso de dispositivos clínicos após alta hospitalar necessitam receber informações adequadas sobre o cuidado com dispositivos clínicos e qual serviço de saúde procurar em caso de intercorrências.⁽²³⁾

Quanto à necessidade de reinternação em decorrência da doença, as taxas são baixas, porém quando ocorrem, relacionam-se a causas respiratórias e ao

prolongamento dos sintomas da doença.⁽²⁴⁾ Além disso, revisão sistemática com meta análise concluiu que reinternações de pacientes COVID-19 são mais comuns em pacientes com múltiplas comorbidades.⁽²⁵⁾ Essas evidências corroboram com o presente estudo, visto que apenas 3,6% da amostra reinternou no período de 30 dias e 80% apresentavam DCNT.

Ademais, tal variável apresentou diferença estatística ao demonstrar que aqueles que reinternaram perceberam a preparação para o autogerenciamento e as preferências asseguradas de forma negativa quando comparado com aquelas que não foram readmitidos no hospital. Estudo observou debilidades no planejamento de alta e na inclusão do paciente/cuidador pela equipe de saúde pela desconsideração das preferências dos usuários na realização do plano de cuidados.⁽²⁶⁾ Nesse sentido, é importante capacitar e envolver o paciente e familiar no processo de planejamento da alta, ao identificar e determinar em conjunto quais as necessidades individuais para o retorno ao domicílio.⁽²⁶⁾ Ademais, as informações quando são compartilhadas promovem autonomia e adesão ao tratamento por parte do usuário.⁽⁹⁾

Quanto a idade, foi identificado que a maioria dos pacientes internados por COVID-19 (71%) eram adultos, perfil esse que vai de encontro a estudo brasileiro que identificou mudança na faixa etária dos pacientes internados em 2020, dos quais predominava o público idoso, comparado aos internados em 2021, onde 59% dos internados tinham menos de 60 anos.⁽²⁷⁾

Pesquisa realizada na Espanha com pacientes que necessitaram de hospitalização por COVID-19 apontou a frequência elevada da presença de sintomas respiratórios, sistêmicos, neurológicos e dermatológicos após 6 meses da alta hospitalar que se associaram à alta procura dos serviços de emergência, readmissões hospitalares e mortes após alta. Nesse sentido, os autores destacam a necessidade de estratégias de acompanhamento e atendimento individualizado em serviços de atenção primária a fim de evitar desfechos negativos.⁽²⁸⁾

Pesquisa realizada na Inglaterra com profissionais da atenção primária identificou que a entrega do sumário de alta diretamente para o paciente é uma prática salutar que proporciona ao usuário uma maior autonomia, inclusão, compreensão, transpa-

rência de comunicação, além de auxiliar como um lembrete, a exemplo das medicações que são prescritas.⁽²⁹⁾ Ainda, o contato telefônico entre diferentes equipes envolvidas nos cuidados dos pacientes é visto como um desafio devido às variadas demandas de trabalho que muitas vezes não possibilitam que os mesmos estejam disponíveis ao mesmo tempo para que seja realizada a transferência de cuidados.⁽³⁰⁾

Quanto às limitações deste estudo, aponta-se o seu delineamento pois estudos transversais demonstram o diagnóstico da realidade, suas associações, mas não indicam a causa e efeito. Além disso, o estudo foi realizado somente em um hospital, o que pode não generalizar os dados.

Sugere-se novos estudos com outras abordagens metodológicas a fim de compreender estes achados, bem como fazer testes com intervenções pautadas em evidências.

Conclusão

Os pacientes hospitalizados por COVID-19 avaliaram a TC geral como satisfatória. Observou-se que o fator Preferências Asseguradas obteve a maior média, enquanto o fator Plano de Cuidados obteve a menor média, em concordância com outros estudos realizados anteriormente, o que demonstra a necessidade da equipe de saúde aprimorar suas estratégias quanto ao planejamento dos cuidados na alta hospitalar, reforçando as orientações necessárias ao paciente e familiar. Ainda, verificou-se que as variáveis clínicas tais como presença de doenças crônicas, uso de medicações contínuas, dispositivos clínicos e reinternação em 30 dias interferiram na TC dos pacientes internados pela COVID-19.

Colaborações

Winter VDB, Berghetti L, Dezordi CCM, Camera FDM e Kolankiewicz ACB declaram que contribuíram com a concepção do estudo, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação da versão final a ser publicada.

Referências

1. Medina MG, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MH, Aquino R. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? *Cad Saúde Pública*. 2020;36(8):e00149720.
2. World Health Organization (WHO). Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV). Geneva: WHO; 2020 [cited 2021 Sep 15]. Available from: [https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))
3. Teixeira CF, Soares SM, Souza EA, Lisboa ES, Pinto IC, Andrade LR, et al. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. *Cien Saude Colet*. 2020;25(9):3465-74.
4. 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.
5. Estrela MC, Oliveira MH, Souza NC, Estrela CR. Covid-19: sequelas fisiopatológicas e psicológicas nos pacientes e na equipe profissional multidisciplinar/ Covid-19: physiopathological and psychological sequels in patients and in the multidisciplinary professional team. *Braz J Develop*. 2021;7(6):59138-52.
6. Atalla E, Kalligeros M, Giampaolo G, Mylonas EK, Shehadeh F, Mylonakis E. Readmissions among patients with COVID-19. *Int J Clin Pract*. 2021;75(3):e13700.
7. Coleman EA, Boulton C; American Geriatrics Society Health Care Systems Committee. Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. *J Am Geriatr Soc*. 2003;51(4):556-7.
8. Acosta AM, Lima MA, Pinto IC, Weber LA. Care transition of patients with chronic diseases from the discharge of the emergency service to their homes. *Rev Gaucha Enferm*. 2020;41(Spe):e20190155.
9. Rodrigues CD, Lorenzini E, Onwuegbuzie AJ, Oelke ND, Garcia CF, Malkiewicz MM, et al. Care transition from the perspectives of oncological patients and the multiprofessional care team: a mixed methods study. *Cancer Nurs*. 2022 Dec 1.
10. Alievi MF, Loro MM, Lorenzini E, Flôres GC, Domenico EB, Kolankiewicz AC. Transition of care for stomatic patients: convergent care research contributions. *Rev Pesq Cuid Fundam*. 2022;14:e11631.
11. Acosta AM, Câmara CE, Weber LA, Fontanele RM. Nurse's activities in care transition: realities and challenges. *Rev Enfer UFPE Online*. 2018;12(12):3190.
12. Sun L, Li B, Li J, Hu C. Influence of transitional care on the clinical manifestations among patients with COVID-19: a single-center, double-blinded, randomized survey. *Exp Ther Med*. 2022;25(1):16.
13. Coleman EA, Mahoney, 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.
14. Acosta AM, Lima MA, Marques GQ, Levandovski PF, Weber LA. Brazilian version of the Care Transitions Measure: translation and validation. *Int Nurs Rev*. 2017;64(3):379-87.
15. Weber LA, Lima MA, Acosta AM. Quality of care transition and its association with hospital readmission. *Aquichan*. 2019;19:e1945.
16. Istituto Superiore Di Sanità. Characteristics of SARS-CoV-2 patients dying in Italy. Report based on available data on September 7th, 2020. Roma: EpiCentro; 2020 [cited 2021 Set 15]. Available from: https://www.epicentro.iss.it/en/coronavirus/bollettino/Report-COVID-2019_7_september_2020.pdf

17. Cavalcanti PM, Monteiro AF, Nascimento AP, Araújo LG, Cavalcante ML, Rodrigues RC. Coronavírus: uma revisão histórica e bibliográfica. *Rev Interd Saúde*. 2020;7(1):1696-710.
18. Chan SW. Chronic disease management, self-efficacy and quality of life. *J Nurs Res*. 2021;29(1):e129.
19. Brevidegli MM, Oliveira AB, Rodrigues GV, Gamba MA, Domenico EB. Fatores sociodemográficos, clínicos e psicossociais correlacionados ao autocuidado em diabetes. *Rev Cuidarte*. 2021;12(2):e2057.
20. Kuluski K, Hoang SN, Schaink AK, Alvaro C, Lyons RF, Tobias R, et al. The care delivery experience of hospitalized patients with complex chronic disease. *Health Expect*. 2013;16:e111–23.
21. Feitosa GG, Coelho JL, Santana WJ, Mendes RC, Saraiva SE, Rangel FE. Nível de Compreensão de Pacientes Internados em um Hospital da Região Metropolitana do Cariri-CE sobre os Medicamentos Prescritos na Alta Hospitalar. *Id on Line Rev Mult Psic*. 2020;14(49):412-26.
22. Lupatini EO, Munck AK, Bastos RR, Vieira RC. Conhecimento dos pacientes de um hospital de ensino a respeito dos medicamentos prescritos na alta. *HU Rev* 2016;42(4):315-22.
23. Lima AC. Mentoria das orientações aos pacientes de alta hospitalar em uso de dispositivos invasivos em uma unidade de clínica cirúrgica. *Enfermagem Promoção e Prevenção da Saúde*. Paraná: Científica Digital; 2022. pp.134-50.
24. Huang CW, Desai PP, Wei KK, Liu IA, Lee JS, Nguyen HQ. Characteristics of patients discharged and readmitted after COVID-19 hospitalisation within a large integrated health system in the United States. *Infect Dis (Lond)*. 2021;53(10):800-4.
25. Subramaniam A, Lim ZJ, Reddy MP, Shekar K. Revisão sistemática e meta-análise das características e resultados dos sobreviventes readmitidos do COVID-19. *Inter Med J*. 2021;51(11):1773-80. Review.
26. Valente SH, Zacharias FC, Fabriz LA, Schönholzer TE, Ferro D, Tomazela M, et al. Transition of elder care from hospital to home: nursing experience. *Acta Paul Enferm*. 2022;35:eAPE02687.
27. Silva LP. Alteração do perfil de pacientes internados por COVID-19 no Vale do Paranhana-RS. *Rev Eletr Acervo Saúde*. 2022;15(4):e9769.
28. Romero-Duarte Á, Rivera-Izquierdo M, Guerrero-Fernández de Alba I, Pérez-Contreras M, Fernández-Martínez NF, Ruiz-Montero R, et al. Sequelae, persistent symptomatology and outcomes after COVID-19 hospitalization: the ANCOHVID multicentre 6-month follow-up study. *BMC Med*. 2021;19(1):129.
29. Weetman K, Dale J, Spencer R, Scott E, Schnurr S. GP perspectives on hospital discharge letters: an interview and focus group study. *BJGP Open*. 2020;4(2):bjgpopen20X101031.
30. Moraes KB, Riboldi CO, Silva KS, Maschio J, Stefani LP, Tavares JP. Transferência do cuidado de pacientes com baixo risco de mortalidade no pós-operatório: relato de experiência. *Rev Gaúcha Enferm*. 2019;40(Esp):e20180398.