

TRANSIÇÃO DO CUIDADO: DESAFIOS E ESTRATÉGIAS VIVENCIADAS POR PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS

Letícia Flores Trindade¹;

Enfermeira. Doutoranda no Programa de Pós- Graduação em Atenção Integral à Saúde (PPGAIS), Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ), Ijuí, Rio Grande do Sul.

 0000-0001-9088-2825

Kelly Cristina Meller Sangoi²;

Enfermeira. Doutoranda no PPGAIS, Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ), Ijuí, Rio Grande do Sul.

 0000-0001-5550-0086

Mariana Fröhlich Alievi³;

Enfermeira. Doutoranda no PPGAIS. Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ), Ijuí, Rio Grande do Sul.

 <https://orcid.org/0009-0009-3492-1215>

Gilberto Nogara Silva Júnior⁴;

Enfermeiro. Mestrando no PPGAIS. Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ), Ijuí, Rio Grande do Sul.

 0009-0001-8238-6255

Cátia Cristiane Matte Dezordi⁵;

Enfermeira. Docente na Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ), Ijuí, Rio Grande do Sul.

 0000-0001-5540-4393

Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz⁶.

Enfermeira. Docente permanente do PPGAIS. Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ), Ijuí, Rio Grande do Sul. Bolsista Produtividade do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ).

 0000-0003-1793-7783

RESUMO: Objetivo: Tem-se como objetivo do estudo em tela, apresentar resultados de pesquisas brasileiras desenvolvidas, pelo grupo de pesquisa Cuidado, Gestão e Educação em Enfermagem e Saúde sobre transição do cuidado destacando desafios e estratégias para sua melhoria. **Metodologia:** Trata-se de uma sistematização de estudos desenvolvido pelo Grupo de Pesquisa Cuidado, Gestão, Educação em Enfermagem e Saúde, vinculada a uma universidade brasileira. As pesquisas foram realizadas entre os anos de 2014 e 2024, utilizando diferentes abordagens metodológicas. Os estudos analisaram a continuidade do cuidado em diferentes níveis da Rede de Atenção à Saúde. **Resultados:** Os resultados evidenciam fragilidades na continuidade do cuidado, principalmente para pacientes com doenças crônicas e condições clínicas complexas. A Rede de Atenção à Saúde enfrenta desafios significativos na continuidade do cuidado, incluindo a necessidade de capacitação contínua dos profissionais de saúde, a implementação de protocolos padronizados de alta hospitalar e a melhoria da comunicação entre os serviços. **Considerações finais:** A adoção de estratégias de transição do cuidado demonstrou impacto positivo na redução de complicações pós-alta e na continuidade da assistência. Os estudos futuros devem focar na integração dos serviços, no fortalecimento da atenção primária e no desenvolvimento de tecnologias inovadoras que contribuam para melhorar o cuidado e torná-lo mais resolutivo.

PALAVRAS-CHAVE: Transição do cuidado. Enfermagem. Doenças crônicas.

CARE TRANSITION: CHALLENGES AND STRATEGIES EXPERIENCED BY PEOPLE WITH CHRONIC DISEASES

ABSTRACT: Objective: The objective of this study is to present the results of Brazilian research developed by the research group Care, Management, and Education in Nursing and Health on transition of care, highlighting challenges and strategies for its improvement. **Methodology:** This is a systematization of studies developed by the Research Group Care, Management, Education in Nursing and Health, linked to a Brazilian university. The research was carried out between 2014 and 2024, using different methodological approaches. The studies analyzed the continuity of care at different levels of the Health Care Network. **Results:** The results highlight weaknesses in the continuity of care, especially for patients with chronic diseases and complex clinical conditions. The Health Care Network faces significant challenges in continuity of care, including the need for continuous training of health professionals, the implementation of standardized hospital discharge protocols, and the improvement of communication between services. **Final considerations:** The adoption of care transition strategies demonstrated a positive impact on the reduction of post-discharge complications and on the continuity of care. Future studies should focus on integrating services, strengthening primary care and developing innovative technologies that contribute to improving care and making it more effective.

KEY-WORDS: Care transition. Nursing. Chronic diseases.

INTRODUÇÃO

A Organização das Nações Unidas projeta que o número absoluto de idosos deve crescer em todos os continentes até 2050, atingindo um total superior a 1,5 bilhão de pessoas com 65 anos ou mais. Ainda, entre 2020-2050, estima-se um aumento do número relativo de idosos na população mundial, ou seja, o crescimento do percentual de idosos, passa de 9,3% para 16% da população mundial total (GONÇALVES E ALVES, 2024).

O aumento da idade acresce o risco para desenvolvimento de algum tipo de Doença Crônica Não Transmissível (DCNT). Estas demandam assistência contínua dos profissionais de saúde, nos diversos pontos de atenção a fim de garantir a atenção integral aos sujeitos (ACOSTA et al., 2020). Portanto, a coordenação do cuidado se faz necessária e representa uma das funções estratégicas dos sistemas de saúde, na medida em que permite que os serviços de saúde trabalhem de forma conectada e interdependente (LACERDA; ALMEIDA, 2023).

Entretanto, um dos obstáculos vivenciados em diversos países, tem sido a fragmentação da assistência. Esta, considerada um elemento de análise alvo, pois, faz-se necessário compreender sua origem, seus fatores causais, bem como suas repercussões (BELTRAMMI; REIS, 2019). Independentemente de como ocorre a descontinuidade de atenção, o resultado final compromete tanto a segurança, quanto a qualidade do cuidado prestado ao paciente. Nessa perspectiva, a complexidade dos serviços de saúde, tanto no Brasil quanto no mundo, exige cada vez mais estudos que possam auxiliar nas lacunas existentes para aprimorar a assistência ofertada aos indivíduos. No Brasil, o sistema de saúde é organizado em redes de atenção à saúde (RAS) com a Atenção Primária à Saúde (APS) ocupando um papel fundamental na organização, comunicação e coordenação do cuidado (MAURO; CUCOLO; PERROCA, 2023) e faz-se necessário que ocorra a Transição do Cuidado (TC) adequada, entre os serviços a fim de contribuir para continuidade do cuidado nos diferentes níveis de atenção à saúde, em que os serviços estão inseridos.

A TC resulta de intervenções realizadas pelos profissionais de saúde, que coordenam o cuidado ao paciente ao longo do seu atendimento nos serviços de saúde e contribuem para o autogerenciamento e continuidade do cuidado. Sempre que o paciente é transferido de setor ou ambiente de saúde, entende-se como uma transição, melhor dizendo, ela pode acontecer entre as equipes de um mesmo hospital, de hospitais diferentes e entre as equipes do hospital e a APS ou atenção domiciliar. Com esse fim, a TC é apoiada em um plano de cuidados que inclui organização logística, educação do paciente e da família, e a coordenação entre os profissionais e gestores dos distintos níveis de atenção à saúde (COLEMAN; BOULT, 2003; BURKE et al., 2013).

O tempo de internação, taxas de reinternações, buscas pelos serviços de emergência, são indicadores de desempenho e de qualidade hospitalar, que podem mensurar como está ocorrendo a TC. Na busca para a melhora desses indicadores, algumas demandas de intervenções que auxiliem na organização adequada para a alta, envolvendo equipes

multidisciplinares, o paciente, a família e as redes de apoio fazem-se necessárias. Deste modo, a qualidade da TC adequada, pode melhorar a realidade dos serviços de saúde e dos seus indicadores de qualidade (PETROCINI, 2022).

A hospitalização é determinada pela presença de uma condição de saúde com gravidade suficiente para que seja necessária uma intervenção terapêutica ou diagnóstica com monitoramento cuidadoso. Igualmente a alta hospitalar é um processo complexo e repleto de desafios, portanto gerenciar a alta hospitalar constitui-se em uma ferramenta que deve ser direcionada à promoção de intervenções efetivas e planejadas, em uma perspectiva de integrar os pontos de atenção à saúde (BERNARDINO et al., 2022). A TC na alta é descrita como um conjunto de ações que interligam e dão manutenção aos cuidados essenciais ao paciente fora do ambiente hospitalar (PETROCINI, 2022).

A TC entre os serviços de saúde é um período de vulnerabilidade especialmente para os usuários com múltiplas comorbidades, tratamento complexos e/ou suporte limitado do cuidador. Portanto, práticas que tenham a intenção de aperfeiçoar o gerenciamento da alta hospitalar podem garantir a continuidade da assistência ao paciente e evidenciam um olhar atento para a TC (BERNARDINO et al., 2022).

Nesse sentido, a continuidade do cuidado se torna um desafio para os sistemas de saúde nacional e internacionalmente, visto que, cada vez mais pacientes são atendidos por diferentes profissionais nos diversos serviços da RAS, necessitando de integração e conectividade dos cuidados (ACOSTA et al., 2020). Sendo assim, para mesmos autores, reconhece-se que pacientes podem estar mais suscetíveis a ter cuidados fragmentados quando transitam entre diferentes serviços de saúde.

A estrutura da TC constitui-se em 10 domínios que necessitam ser seguidos, para que a ação ocorra de forma segura e efetiva, sendo eles: plano de alta; comunicação e informação abrangente sobre a doença e os cuidados; segurança de medicamentos; promoção da autonomia; educação do paciente; apoio social e comunitário; plano avançado de cuidado; coordenação do cuidado entre os membros da equipe de saúde; monitoramento e gerenciamento dos sintomas após a alta e acompanhamento nos serviços ambulatoriais (BURKE et al., 2013).

Junto aos domínios faz-se necessário seguir os quatro pilares essenciais, onde de acordo com o parecer de COLEMAN, ROSENBEEK e ROMAN., 2013 são imprescindíveis para que ocorra a concretização de um Programa de Transição de Cuidados: I- autogestão de medicação, em que os usuários necessitam conhecer o plano farmacológico e contar com o suporte dos profissionais de saúde, para assistir na adesão da lista de medicamentos pré e pós-hospitalização, detectando e corrigindo divergências; II- registro ativo das condições de saúde, por meio do qual o usuário deve ser estimulado a registrar suas compreensões, de todos os eventos que atravessam o processo de curso da doença, devendo os profissionais de saúde apoiar e encorajar os usuários a realizar e partilhar os registros de saúde, a fim de auxiliar na comunicação e transmissão de informações entre o usuário e a

equipe de assistência pós-hospitalar; III- garantia do agendamento de consulta com médico especialista ou médico da APS, ainda durante a hospitalização, em que os profissionais precisam ajudar os usuários no agendamento da próxima consulta, com o intuito de abonar a continuidade do cuidado; e IV- conhecimento, por parte do usuário, relativo aos sinais de piora ou modificação no curso da doença, necessitam orientações singulares da equipe multidisciplinar de saúde.

As pesquisas no Brasil encontraram taxas de reinternação em 30 dias de 14 e 18,1%, já nos Estados Unidos, essas taxas variam entre 11,9 a 14,9% (GHENO et al., 2024). Para a melhoria desses indicadores, torna-se considerável a efetivação de estratégias extensas que qualifiquem o cuidado durante a internação e garantam a manutenção após a alta hospitalar.

A procura desses objetivos foi constituída nos Estados Unidos, um programa federal obrigatório de redução nas readmissões hospitalares que imputa aos hospitais e incentiva a coordenação e a capacitação dos cuidados durante a TC. Foi possível reduzir as taxas de readmissão e economizar 564 milhões de dólares em 2018 ao Medicare com o programa (PSOTKA et al., 2020).

A partir deste contexto, serão apresentadas reflexões acerca dos desafios, bem como, serão relatadas estratégias exitosas pautadas em evidências para a efetivação da TC a partir de pesquisas desenvolvidas pelo Grupo de Pesquisa Cuidado, Gestão e Educação em Enfermagem e Saúde (GPCGES), do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Atenção Integral à Saúde (PPGAIS), vinculados a Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ), Brasil.

Para tanto, este capítulo tem por objetivo apresentar resultados de estudos brasileiros desenvolvidos pelo GPCGES sobre TC.

METODOLOGIA

Serão sistematizados estudos, desenvolvidos pelo GPCGES, vinculados à UNIJUÍ, Brasil. Os estudos foram realizados entre 2014-2024.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Um dos primeiros estudos foi conduzido por Kolankiewicz et al, 2017 no qual identificou a alta demanda de cuidados clínicos, sociais e emocionais, pós alta hospitalar e pós tratamento ambulatorial de pacientes oncológicos e a necessidade de uma formatação dos serviços de saúde, que auxiliassem os pacientes a superar estes desafios. O que motivou a proposição de estudo, na APS, com objetivo de avaliar como os pacientes e pacientes percebem a continuidade do cuidado, prestado neste nível de assistência. Este projeto foi financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

no edital Universal 2014.

Resultou na publicação de realizada por TRINDADE et al., (2021) a qual realizou um estudo do tipo pesquisa ação, discutindo os resultados obtidos na pesquisa, a partir da participação de 268 pacientes oncológicos e 15 profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) da APS - por meio de oficinas educativas com trabalhadores de cinco Equipes de Saúde da Família (ESF). Vale ressaltar que os resultados obtidos na primeira etapa permitiram inferir que na visão dos profissionais de saúde apenas o atributo Longitudinalidade foi avaliado como insatisfatório. Já, na percepção dos pacientes oncológicos apenas os atributos Acesso de Primeiro Contato – utilidade, Longitudinalidade e Coordenação – sistema de informação foram avaliados como adequados.

Nessa perspectiva, nas oficinas educativas os resultados da primeira etapa foram apresentados refletir a respeito da assistência dispensada, além de permitir a pactuação de ações que podem melhorar a qualidade da assistência (TRINDADE et al., 2021). O desenvolvimento da prática educativa baseada na pesquisa-ação demonstrou potencial para gerar nos trabalhadores reflexões sobre a práxis assistencial e, simultaneamente, identificar fragilidades, com o intuito de analisar e buscar superá-las. (TRINDADE et al., 2021). Este estudo, revelou importantes desafios e oportunidades no cuidado ofertado pelas ESFs. Ainda, os dados coletados evidenciaram lacunas na integração entre os diferentes pontos da RAS.

À luz desse contexto, indivíduos com DCNT enfrentam maior suscetibilidade a cuidados fragmentados, requerendo uma assistência continuada dos profissionais envolvidos no cuidado a fim de prevenir e/ou controlar agravos (SILVA et al., 2024). Logo, quando a TC é inadequada, há aumento do risco de interrupção do tratamento, hospitalizações que poderiam ser evitadas tendo como consequência a piora na qualidade de vida e segurança dos pacientes.

AAPS é norteada por atributos, que podem ser mensurados pelo instrumento *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), sendo eles, quatro atributos essenciais: Acesso de Primeiro Contato, Longitudinalidade, Coordenação – integração de cuidados e sistema de informação – e Integralidade – serviços disponíveis e prestados e dois atributos derivados: Orientação Familiar e Comunitária (Brasil, 2010). Ademais, segundo o mesmo instrumento, na versão para pacientes o primeiro atributo divide-se ainda em: Acesso de Primeiro Contato – Utilização e Acessibilidade. Logo, a avaliação desses atributos possibilita a qualificação e o foco na família nas ações e serviços prestados pela APS (TRINDADE et al., 2021).

Foi nesse contexto que o GPCGES aliado ao PPGAIS realizou um estudo buscando refletir acerca dos atributos da APS e identificar potencialidades e fragilidades do cuidado dispensado ao paciente, neste caso em específico, o oncológico.

Ainda dando continuidade, às pesquisas do grupo, ALIEVI et al, (2022) em seu estudo publicado, buscou descrever uma intervenção educativa realizada com enfermeiros, acerca da TC de pacientes estomizados na RAS, o qual permitiu identificar que os enfermeiros

tiveram dificuldades em re/desenhar e compreender como se dá a TC do paciente na RAS. Resultou na participação ativa e permitiu a identificação de possibilidades de melhorias, os mesmos se sentiram provocados a refletir sobre a sua prática e ao perceberem as fragilidades do processo de TC, identificaram ações que poderiam ser discutidas e implementadas na RAS.

Ainda no mesmo projeto, BANDEIRA et al (2020), identificou as ações de cuidado multiprofissional efetivadas ao paciente estomizado do pré-operatório ao acompanhamento após a alta hospitalar. Neste íterim, os resultados permitiram inferir que as ações de cuidado ofertadas no pré e pós-operatório são incipientes, bem como o acompanhamento destes pacientes após a alta hospitalar, o que fragiliza o cuidado integral, esperado na RAS. Ao acessar sua UBS/ESF de referência, os estomizados são referenciados e orientados a buscar cuidados no serviço especializado (BANDEIRA et al., 2020).

Em 2022, Rodrigues et al, realizaram outro estudo aplicando instrumento Care Transition Measure (CTM-15), pós alta, para pacientes com câncer em tratamento. Resultados apontaram que a TC foi considerada satisfatória (74,1) e os fatores do respectivo instrumento que foram satisfatórios foram compreensão sobre medicamentos (83,3) e preparação para autogestão (77,7) e insatisfatórios preferências garantidas (69,4) e plano de cuidados (66,1) (RODRIGUES et al., 2022b). De posse destes resultados, foi conduzido estudo de métodos mistos na instituição, em que foram coletados os dados, com a participação da equipe multiprofissional, a fim de refletir e compreender na voz de profissionais do serviço e planejar coletivamente estratégias de melhoria (Rodrigues et al., 2022a). Resultados deste estudo apontam que são estratégias para qualificar a TC, protocolo de cuidados suplementares para pacientes com neoplasias e fornecimento de plano de alta único contendo todas as informações relevantes para o tratamento e continuidade do cuidado ao paciente.

Tendo em vista, que entre os pesquisados do estudo anterior, o maior percentual foi de pessoas com câncer de trato digestório, em especial, pessoas com câncer colorretal, estudo de dissertação de TRINDADE et al (2022) buscou na literatura estratégias eficazes de TC para este grupo populacional. O caminho metodológico trilhado pela pesquisa foi do tipo revisão sistemática e meta-análise seguindo as diretrizes da declaração PRISMA, com protocolo registrado no PROSPERO (CRD 42.020.162.249). As buscas foram realizadas em maio de 2020 nas bases de dados PubMed/MEDLINE, LILACS, EMBASE e Cochrane Central. A meta-análise utilizou um modelo de efeitos aleatórios, empregando risco relativo para desfechos dicotômicos e diferenças de médias para desfechos contínuos, ambos com intervalos de confiança de 95%. A heterogeneidade foi avaliada utilizando estatísticas de inconsistência.

Dessa forma, os resultados do estudo mostraram estratégias eficazes de TC a estes pacientes, como programa de vigilância ativa pós-alta, protocolo padronizado de recuperação aprimorada e acompanhamento por telefone. Ferramentas importantes para

qualificar o cuidado aos indivíduos afetados, bem como contribuir para a prestação de cuidados contínuos e de qualidade aos pacientes (TRINDADE et al 2022).

De posse destas evidências, o grupo de pesquisa, discutiu e propôs a instituição concedente do estudo, proposta de desenvolver e implementar uma intervenção, em conjunto com stakeholders, para melhorar a TC do hospital para APS, à pacientes com câncer colorretal. Além disso, buscou identificar os fatores facilitadores e dificultadores desse processo (DANIELLE et al, 2022).

Este estudo utilizou metodologia mista do tipo complexo que engloba um ensaio clínico randomizado, duplo cego e uma pesquisa de abordagem qualitativa. A estratégia de implementação foi elaborada com base em estudos prévios e ajustada com a participação das partes interessadas (stakeholders) e testada por meio de Ensaio Clínico Randomizado - pragmatic trial. A avaliação da intervenção foi realizada por meio do RE-AIM Framework, que analisa seu Alcance, Eficácia, Adoção, Implementação e Manutenção (DANIELLE et al, 2022).

Estudo desenvolvido em unidade cirúrgica de hospital geral, do sul do Brasil. Os participantes do estudo foram pacientes com câncer colorretal submetidos à cirurgia, divididos em grupos de intervenção e controle. Foram convidados a participar a beira leito e receberam duas ligações telefônicas, após a alta hospitalar; a primeira ligação em até 30 dias, para responder ao questionário Care Transitions Measure-15 (CTM-15), e outra ligação 90 dias após a alta para responder ao European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30 (EORTC QLQ-C30) (DANIELLE et al, 2022).

Além disso, no componente qualitativo, como população, a amostra foi multinível (pacientes, familiares, profissionais e gestores). Os profissionais foram convidados conforme seu engajamento com o estudo. Os pacientes compuseram um quantitativo menor oriundo do grupo intervenção do ensaio clínico randomizado, entrevistados por telefone, com entrevistas gravadas e transcritas na íntegra. Os principais desafios identificados na implementação da estratégia foram a falta de comunicação entre os diferentes pontos da rede, alta rotatividade de profissionais, sobrecarga de trabalho e a falta de recursos materiais. Os resultados demonstraram que o Protocolo desenvolvido a partir da literatura e em conjunto com stakeholders apresenta, segundo a opinião dos usuários do conhecimento, potencial para melhorar esta transição. Entre os facilitadores, destacam-se o reconhecimento da importância da transição e as opções de replicação do protocolo a baixo custo. Como sugestões de aprimoramento, foi proposto o uso de novas tecnologias de comunicação e a inclusão de um enfermeiro de ligação no ambiente hospitalar (DANIELLE et al, 2022).

A análise RE-AIM indicou que a adoção da intervenção foi viável, mas havia limitações de alcance, eficácia e implementação (Alcance-0, Eficácia-0, Adoção-1, Implementação-0). Assim, o estudo concluiu que uma estratégia pode contribuir para a criação de protocolos mais seguros e eficazes, sendo necessário considerar as barreiras identificadas para

melhorar sua aplicação em futuros estudos e na formulação de políticas públicas.

Dessa forma, percebe-se que o câncer colorretal por ser um dos tumores malignos mais comuns no mundo, e seu tratamento geralmente envolve cirurgia, faz-se necessário a existência de TC eficiente para minimizar complicações. Nesse contexto, outra dissertação teve como objetivo avaliar a efetividade de uma intervenção na TC para pacientes com câncer colorretal, utilizando o Care Transitions Measure (CTM-15) e o Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30) para medir a qualidade da transição e a qualidade de vida, respectivamente (DE OLIVEIRA, 2022).

Foi realizado um ensaio clínico randomizado aleatorizado, duplo-cego em um hospital do Sul do Brasil, envolvendo pacientes pós-operatórios de câncer colorretal, com idade entre 18 e 85 anos, excluindo aqueles sem acesso telefônico. Os 48 pacientes participantes foram randomizados igualmente em grupos de intervenção e controle (24 em cada grupo). A TC foi considerada satisfatória em ambos os grupos sem diferenças estatísticas na qualidade de vida geral. No entanto, o grupo intervenção apresentou melhorias estatisticamente significativas em relação à dispneia e insônia. Em relação aos sintomas náuseas e vômitos, houve redução destes em 90 dias (DE OLIVEIRA et al, 2022).

Ainda, outro projeto em andamento aborda a TC da instituição hospitalar para a comunidade e o Letramento em Saúde (LS) de pacientes que utilizam dispositivos de alimentação enteral. A partir da perspectiva dos próprios pacientes, busca-se compreender de que forma o nível de LS influencia o processo de TC, bem como identificar facilitadores e barreiras enfrentadas nessa transição.

Apesar da importância da nutrição enteral (NE) domiciliar, não encontramos estudos na literatura que abordem esse público associado à TC e ao LS. Embora estudos brasileiros investiguem isoladamente a TC de pacientes com doenças crônicas, estomizados, puérperas e até mesmo pacientes com Covid-19 (WINTER et al., 2024; BERGHETTI et al., 2023; CASAGRANDE, 2023; Trindade, 2021; Rodrigues et al., 2022a), há uma lacuna do conhecimento em relação a como ocorre a TC na perspectiva dos pacientes que utilizam dispositivos de alimentação enteral após a alta hospitalar, bem como a influência do LS nesse contexto.

Dessa forma, a pesquisa adota uma abordagem de Métodos Mistos, estruturada em duas fases. Na fase quantitativa, são incluídos pacientes adultos (≥ 18 anos) que utilizam sondas enterais, gastrostomia ou jejunostomia e que, após hospitalização de pelo menos 24 horas, recebem alta hospitalar com essas vias alternativas de alimentação. Para avaliar a TC, será aplicado o Care Transition Measure (CTM-15) via contato telefônico entre sete e 30 dias após a alta. Além disso, instrumentos sociodemográficos e clínicos serão utilizados, juntamente com o HLS-EU-Q16 para mensuração do LS e o eHealth Literacy Scale, uma ferramenta desenvolvida para medir o LS digital.

A fase qualitativa busca aprofundar os achados quantitativos, explorando as percepções dos pacientes sobre a TC, os desafios enfrentados no retorno ao domicílio e as estratégias

que utilizam para manejar sua condição de saúde e os cuidados no gerenciamento das vias alternativas de alimentação. Essa abordagem permitirá compreender as necessidades não atendidas no processo de TC e diagnosticar a assistência prestada pela RAS, de modo a fornecer subsídios para aprimorar práticas assistenciais e desenvolver intervenções mais eficazes para essa população, baseados nos níveis de letramento.

Outro estudo em andamento do grupo propõe adaptar transculturalmente escala que avalia a qualidade do ensino para a alta, chamada Quality of Discharge Teaching Scale (QDTS) que mede a percepção do paciente sobre a qualidade do ensino de alta fornecido pelos enfermeiros ao longo da hospitalização em preparação para a alta e tem previsão de coleta de dados para segundo semestre 2025.

Diante dos desafios apresentados na TC, torna-se evidente a necessidade de estratégias bem estruturadas para garantir a continuidade da assistência, especialmente para pacientes com condições complexas. A implementação de protocolos baseados em evidências, a capacitação de profissionais e o uso de tecnologias de comunicação são fundamentais para reduzir a fragmentação do cuidado e melhorar os resultados clínicos. Além disso, a integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde fortalece a segurança e a qualidade assistencial. Dessa forma, investimentos em pesquisa e inovação são essenciais para aprimorar o processo de TC e garantir um atendimento mais eficaz e humanizado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo permitiu o (re)conhecimento sobre as experiências exitosas realizadas pelo Grupo de Pesquisa Cuidado, Gestão e Educação em Enfermagem e Saúde em consonância com o Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Atenção Integral à Saúde e as produções científicas relacionadas à TC para pessoas com DCNT, que visam além de apontar como ocorre a TC, apontam estratégias que podem ser implementadas e a TC aprimorada

Com base nos conhecimentos sobre o tema, verificou-se que a alta hospitalar e a TC são processos amplos, complexos e interligados. Foram citadas diferentes estratégias para a TC efetiva. Outrossim, foi possível admitir que as equipes multidisciplinares desempenham papel fundamental nas atividades de transição. No Brasil, entretanto, essa atuação deve ser ampliada, com profissionais atuando exclusivamente em equipes destinadas à realização de TC

O estudo fornece contribuições para a tomada de decisão sobre as atribuições de TC, tanto no contexto hospitalar quanto na APS, bem como a necessidade de incorporação entre a rede assistencial. Destaca ainda a importância da temática como um ponto crucial da assistência à saúde. Deste modo, é essencial que as organizações e os profissionais de saúde reconheçam a importância da comunicação eficaz, nomeadamente na assistência a pessoas com doenças crônicas, e invistam na sua melhoria contínua.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, acadêmico e pessoal.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, A. M. et al. Care transition of patients with chronic diseases from the discharge of the emergency service to their homes **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 41, n. spe, 2020. DOI: 10.1590/1983-1447.2020.20190155

ALIEVI, M. F. et al. Transition of care for stomatic patients: convergent care research contributions. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, Brasil, v. 14, p. e–11631, 2022. DOI: 10.9789/2175-5361.rpcfo.v14.11631

BANDEIRA, L. R. et al. Fragmented comprehensive health care for ostomized person in the health care network. **Escola Anna Nery**, v. 24, p. e20190297, 2020. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2019-0297

BELTRAMMI, D. G. M.; REIS, A. A. C. DOS. The fragmentation of the universal healthcare systems and the hospitals as its agents and outcomes. **Saúde em Debate**, v. 43, n. spe5, p. 94–103, 2019. DOI: 10.1590/0103-11042019S508

BERNARDINO, E. et al. Transitional care: analysis of the concept in hospital discharge management. **Escola Anna Nery**, v. 26, 1 nov. 2021. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2020-0435

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde** [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf

BURKE, R. E. et al. Moving beyond readmission penalties: Creating an ideal process to improve transitional care. **Journal of Hospital Medicine**, v. 8, n. 2, p. 102–109, 26 nov. 2013. DOI: 10.1002/jhm.1990

COLEMAN, E. A.; BOULT, C. Improving the Quality of Transitional Care for Persons with Complex Care Needs. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 51, n. 4, p. 556–557, abr. 2003. DOI: 10.1046/j.1532-5415.2003.51186.x.

COLEMAN, E. A.; ROSENBEEK, S. A.; ROMAN, S. P. Disseminating Evidence-Based Care into Practice. **Population Health Management**, v. 16, n. 4, p. 227–234, ago. 2013. DOI: 10.1089/pop.2012.006

DANIELLE, MBA. Implementação de estratégia de transição do cuidado para pacientes com câncer colorretal: estudo de métodos mistos / Marcia Baiocchi Amaral Danielle. - Ijuí, 2022. 72 f.: il. ; 30 cm. Dissertação de Mestrado

- GHENO, J. et al. Impact of transition of care on clinical outcomes: historical cohort. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 33, 1 jan. 2024. DOI: 10.1590/1980-265X-TCE-2023-0231pt
- GONÇALVES, A.; ALVES, L. C. Idade prospectiva e as novas medidas de envelhecimento populacional: indicadores para o Brasil e suas cinco regiões. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 41, p. 1–24, 10 jan. 2025. DOI: 10.20947/S0102-3098a0278
- KOLANKIEWICZ, A. C. B. et al. PERSPECTIVES INTERNATIONALES: Liens entre les variables démographiques, économiques et cliniques et les symptômes rapportés par les patients en cours de traitement contre le cancer. **Canadian Oncology Nursing Journal**, v. 27, n. 4, p. 375–385, 16 out. 2017. DOI: 10.5737/23688076274375385.
- LACERDA, R. S. T.; ALMEIDA, P. F. DE. Coordenação do cuidado: uma análise por meio da experiência de médicos da Atenção Primária à Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 27, p. e220665, 17 jul. 2023. DOI: 10.1590/interface.220665
- MAURO, A. D.; CUCOLO, D. F.; PERROCA, M. Nursing actions for continuity of care in primary health care: a validation study. **Texto Contexto Enferm**, v. 32, p. e20230058, 28 jul. 2023. DOI: 10.1590/1980-265X-TCE-2023-0058en
- PETROCINI, R. K. et al. Ações em saúde propostas em programas de transição do cuidado para idosos: revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 3, p. e35611326591, 26 fev. 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i3.26591
- PSOTKA, M. A. et al. The hospital readmissions reduction program. **JACC: Heart Failure**, v. 8, n. 1, p. 1–11, out. 2020. DOI: 10.1016/j.jchf.2019.07.012
- RODRIGUES, C. D. et al. Care Transition From the Perspectives of Oncological Patients and the Multiprofessional Care Team. **Cancer Nursing**, v. Publish Ahead of Print, 1 dez. 2022a. DOI: 10.1097/NCC.0000000000001160
- RODRIGUES, C. D. et al. Care transitions among oncological patients: from hospital to community. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 56, p. e20220308, [s.d.]. 2022b. DOI: 10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0308en
- SILVA, L. A. C. DA et al. Métodos e ferramentas para transição do cuidado na saúde mental: scoping review. **Contribuciones a las ciencias sociales**, v. 17, n. 7, p. e8480, 15 jul. 2024. DOI: 10.55905/revconv.17n.7-242
- TRINDADE, L. F. et al. Práxis das equipes saúde da família no cuidado com paciente oncológico. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, eAPE03054. 2021. DOI: 10.37689/acta-ape/2021AO03054
- TRINDADE, L. F. et al. Effectiveness of care transition strategies for colorectal cancer patients: a systematic review and meta-analysis. **Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer**, v. 30, n. 7, p. 6251–6261, jul. 2022. DOI: 10.1007/s00520-022-07033-2