

Transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas na alta da emergência para o domicílio



Care transition of patients with chronic diseases from the discharge of the emergency service to their homes

Transición del cuidado de pacientes con enfermedades crónicas desde el alta del servicio de emergencia hasta el domicilio

Aline Marques Acosta^a

Maria Alice Dias da Silva Lima^a

Ione Carvalho Pinto^b

Luciana Andressa Feil Weber^c

Como citar este artigo:

Acosta AM, Lima MADS, Pinto IC, Weber LAF. Transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas na alta da emergência para o domicílio. Rev Gaúcha Enferm. 2020;41(esp):e20190155. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190155>

RESUMO

Objetivo: Avaliar a qualidade da transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis na alta do serviço de emergência para o domicílio.

Método: Estudo epidemiológico observacional transversal realizado em serviço de emergência de hospital no Sul do Brasil com 117 pacientes e 81 cuidadores. Na coleta de dados, aplicou-se por telefone o instrumento *Care Transitions Measure*. Realizou-se análise estatística descritiva e analítica.

Resultados: O escore total da qualidade da transição do cuidado foi próximo ao satisfatório (69,5). O fator "Preparação para autogerenciamento" teve maior escore (70,6), enquanto "Entendimento sobre medicações", o menor (68,3). Escores inferiores foram obtidos nos itens relacionados a conhecimento sobre medicamentos e segurança em realizar os cuidados após a alta.

Conclusões: Evidenciou-se qualidade moderada da transição do cuidado e necessidade de adoção de estratégias para melhorar o processo de alta da emergência e a continuidade do cuidado de portadores de doenças crônicas.

Palavras-chave: Alta do paciente. Continuidade da assistência ao paciente. Doença crônica. Doenças não transmissíveis. Enfermagem em emergência.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the quality of the care transition for patients with chronic non-communicable diseases discharged from the emergency department to home.

Method: A cross-sectional observational and epidemiological study conducted at an emergency department in the South of Brazil with 117 patients and 81 caregivers. The Care Transitions Measure was applied by phone to collect data. A descriptive and analytical statistical analysis was performed.

Results: The quality of the care transition's total score was close to satisfactory (69.5). The "Self-Management Training" factor had the highest score (70.6), while "Understanding medications" had the lowest (68.3). Items related to understanding medications and confidence in carrying out care after discharge obtained lower scores.

Conclusions: A moderate quality of the care transition was evidenced, as well as the need to adopt strategies to improve the emergency department discharge process and the continuity of the care of patients with chronic diseases.

Keywords: Patient discharge. Continuity of patient care. Chronic disease. Non-communicable diseases. Emergency nursing.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la calidad de la transición de los cuidados de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles desde el alta del servicio de emergencia hasta el domicilio.

Método: Estudio epidemiológico, observacional y transversal realizado en un servicio hospitalario de emergencia en el sur de Brasil con 117 pacientes y 81 cuidadores. En la recolección de los datos, se aplicó telefónicamente el instrumento Care Transitions Measure. Se realizó un análisis estadístico, descriptivo y analítico.

Resultados: El puntaje total de la calidad de la transición de los cuidados fue cercano a satisfactorio (69,5). El factor "Preparación para el automanejo" obtuvo el mayor puntaje (70,6), mientras que "Entender los medicamentos" obtuvo el menor (68,3). Se obtuvieron puntajes más bajos en los ítems relacionados con el conocimiento sobre los medicamentos y la seguridad en realizar los cuidados después del alta.

Conclusiones: Se evidenció una calidad moderada de la transición de los cuidados y la necesidad de adoptar estrategias para mejorar el proceso del alta del servicio de emergencia y la continuidad de los cuidados de portadores de enfermedades crónicas.

Palabras clave: Alta del paciente. Continuidad de la atención al paciente. Enfermedad crónica. Enfermedades no transmisibles. Enfermería de urgencia.

^a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Escola de Enfermagem, Departamento de Assistência e Orientação Profissional. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

^b Universidade de São Paulo (USP), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

^c Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

INTRODUÇÃO

A continuidade do cuidado é um desafio para sistemas de saúde em todo o mundo, visto que cada vez mais pacientes são atendidos por diferentes profissionais nos diversos serviços da rede assistencial, necessitando de integração e conectividade dos cuidados ao longo do tempo⁽¹⁾. Reconhece-se que pacientes podem estar mais suscetíveis a ter cuidados fragmentados quando transitam entre diferentes serviços de saúde.

A fragmentação do cuidado é especialmente preocupante no que concerne a pessoas com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Essas doenças, representadas principalmente pelas cardiovasculares, respiratórias crônicas, cânceres e diabetes, são as principais causas de morbimortalidade e constituem um problema de grande magnitude no âmbito nacional e internacional⁽²⁾.

Portadores de DCNT demandam assistência continuada de diversos profissionais em múltiplos serviços para controle e prevenção de agravos, porém, eventualmente, ocorre agudização e exacerbação da doença, o que requer cuidados de urgência. Evidências indicam que esses indivíduos, além de terem mais internações hospitalares⁽²⁾, também apresentam maior busca por serviços de emergência⁽³⁾. O atendimento pontual e fragmentado prestado pelos serviços de emergência, entretanto, pode ser insuficiente para resolução das necessidades de saúde dos pacientes, pois quando não há continuidade da atenção, as exacerbações e a utilização das emergências podem se tornar eventos mais frequentes, num processo cíclico⁽⁴⁾.

A alta do serviço de emergência é considerada como um período especialmente crítico para o paciente, uma vez que esses serviços possuem peculiaridades que incluem a grande demanda por atendimento, a superlotação, a sobrecarga de trabalho nas equipes de saúde, a elevada rotatividade e a pressão para liberação de leitos. Frequentemente ocorrem falhas na preparação para autocuidado no domicílio, com orientações de alta apressadas e pouco entendimento do paciente sobre sua condição de saúde e os cuidados pós alta⁽⁵⁻⁶⁾. Ainda, existem fragilidades na articulação da emergência com os demais serviços da rede de atenção à saúde, as quais são evidenciadas principalmente pela inexistência da contrarreferência para a atenção primária e especializada e pelo agendamento de retornos à emergência para reavaliação da condição de saúde⁽⁴⁾. Estima-se que quatro em cada dez pacientes atendidos e dispensados da emergência encontram problemas com seus cuidados após a alta e cerca de 15% retorna ao serviço em até duas semanas⁽⁶⁾.

Apesar disso, considera-se que os serviços de emergência têm papel fundamental na ligação e articulação da rede assistencial, ao passo que o processo de alta poderia ser um momento privilegiado para se estimular a integração dos serviços da rede de atenção, diminuindo a procura frequente

por atendimento de emergência⁽⁴⁾. Dessa forma, a transição do cuidado é considerada uma importante estratégia para garantir a continuidade do cuidado e a segurança dos pacientes⁽³⁾, principalmente para pessoas com doenças crônicas que necessitam de cuidados contínuos e persistentes⁽⁷⁻⁸⁾.

A transição do cuidado frequentemente inclui ações de planejamento de alta, educação em saúde do paciente e da família, articulação entre os serviços de saúde, comunicação entre as equipes e acompanhamento pós-alta^(3,8), sendo os enfermeiros os principais profissionais responsáveis pela coordenação do cuidado⁽⁹⁾. Essas estratégias têm demonstrado impacto positivo na qualidade de vida de pacientes e suas famílias, bem como na redução das readmissões hospitalares, busca por serviços de emergência e custos do sistema de saúde^(3,7).

Estudos internacionais têm sido desenvolvidos para melhorar a transição do cuidado de pacientes hospitalizados em unidades de internação⁽¹⁰⁻¹¹⁾. Todavia, existem poucas publicações que avaliem a qualidade de transições de pessoas com DCNT na alta de serviços de emergência⁽⁶⁾. Entende-se que a perspectiva dos pacientes e seus familiares sobre transição do cuidado é importante para que enfermeiros e gestores possam desenvolver estratégias e práticas de transição baseadas em evidências, contribuindo para maior segurança do paciente, melhor continuidade do cuidado e qualidade da assistência à saúde.

Frente ao exposto, este estudo teve como objetivo avaliar a qualidade da transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis na alta do serviço de emergência para o domicílio.

MÉTODO

Este artigo, extraído de tese de doutorado⁽¹²⁾, caracteriza-se como estudo epidemiológico observacional e transversal, realizado em serviço de emergência de hospital universitário de grande porte no Sul do Brasil. O hospital tem 839 leitos e o serviço de emergência, 41 leitos para adultos. A emergência tem uma média de atendimentos que varia de 130 a 150 pacientes por dia e uma taxa de ocupação que varia de 91,87% a 392,91% devido à superlotação.

A população do estudo foi composta por pacientes adultos com doenças crônicas que tiveram alta do serviço de emergência para o domicílio. Consideraram-se como DCNT: câncer, diabetes, doenças crônicas cardiológicas, neurológicas, respiratórias, renais e musculoesqueléticas⁽¹²⁾. A população do estudo foi identificada a partir de relatórios semanais do sistema informatizado de gestão hospitalar. Para o cálculo amostral, utilizou-se uma margem de erro de 5%, nível de confiança de 95% e uma estimativa de 50 pacientes com DCNT por dia no serviço, estabelecendo-se uma amostra aleatória de 198 participantes (n=198).

Foram considerados como critérios de inclusão: ter 18 anos ou mais, ter uma ou mais DCNT, permanecer no serviço de emergência por pelo menos 24 horas (período mínimo para caracterizar uma internação na unidade segundo normas institucionais) e ter tido alta para o domicílio. Excluíram-se pacientes que estavam internados no momento da coleta de dados ou que foram a óbito após a alta. Durante a coleta de dados, se o paciente tivesse déficit cognitivo ou de comunicação que o impedisse de responder à pesquisa, foi entrevistado como respondente substituto (informante *proxy*) o cuidador que acompanhou tanto a internação quanto a alta do serviço⁽¹³⁾. Cuidadores que acompanharam somente a internação ou somente a alta foram excluídos. Não aceitaram participar do estudo 14 pacientes e 52 não foram encontrados após três tentativas, os quais foram substituídos. Sendo assim, responderam a pesquisa 117 pacientes e 81 cuidadores, totalizando 198 participantes.

A primeira parte da coleta de dados foi realizada entre os meses de abril a julho de 2015, por meio de contato telefônico efetuado pelas pesquisadoras em período de uma a quatro semanas após a alta do participante. Foi utilizada uma ficha com dados de caracterização dos pacientes, preenchida a partir das informações registradas no relatório semanal. Foram coletadas as variáveis: sexo, idade, escolaridade, morbidades, classificação de risco, sala de atendimento, tempo de permanência, turno e dia de alta e quantidade de atendimentos prévios no serviço.

Também foi utilizada a versão adaptada para uso no Brasil do *Care Transitions Measure* (CTM-15)⁽¹³⁾. Esse instrumento foi desenvolvido nos Estados Unidos, a partir de grupos focais com pacientes e seus cuidadores, para avaliar a qualidade e a experiência da transição de cuidado nos aspectos relacionados à transferência de informação, preparação dos pacientes e cuidadores, apoio para autogerenciamento e garantia das preferências dos pacientes e cuidadores no plano de cuidados⁽¹⁴⁾. A versão brasileira apresenta equivalência semântica com o original, boa aplicabilidade e fácil compreensão, além de validade de face e conteúdo, consistência interna e estabilidade temporal satisfatórios, denotando boas propriedades psicométricas⁽¹³⁾. É composto por 15 itens, organizados em quatro fatores, a saber: Preparação para autogerenciamento; Entendimento sobre medicações; Preferências asseguradas, e Plano de cuidado. O instrumento é frequentemente aplicado por contato telefônico e possibilita que o cuidador responda como informante *proxy* quando o paciente está com sua condição de saúde muito comprometida. As opções de resposta são dispostas em uma escala de Likert de cinco pontos.

A segunda parte da coleta de dados ocorreu em novembro de 2015, em que se verificou no prontuário dos participantes a existência de readmissão no serviço de

emergência e/ou admissão hospitalar após três meses da alta da emergência.

Os dados coletados foram tabulados no programa Excel e a análise foi realizada por meio do Programa *Statistical Package for the Social Science (SPSS)*, versão 21.0. Utilizou-se estatística descritiva com apresentação de dados de frequência absoluta e percentual das variáveis categóricas e cálculo de medidas de posição e dispersão para as variáveis contínuas. A cada item do instrumento foi atribuída uma pontuação a partir da resposta do participante, sendo: Não sei/não me lembro/não se aplica=0; Discordo totalmente=1 ponto; Discordo=2 pontos; Concordo=3 pontos; Concordo totalmente=4 pontos. Obteve-se uma média simples de resposta de cada item, como também a média da escala total e por fator segundo análise fatorial de validação do CTM⁽¹³⁾. Conforme orientações dos autores do instrumento⁽¹⁴⁾, utilizou-se uma fórmula que transforma as médias obtidas em escores de 0 a 100. Considera-se que quanto maior o escore obtido, melhor é transição do cuidado. Embora não exista um ponto de corte, os autores consideram que um escore igual ou maior a 70 é satisfatório.

Posteriormente realizou-se uma estatística inferencial visando verificar associações e correlações entre a qualidade da transição do cuidado (variável dependente) com as demais variáveis independentes. Foram utilizados os testes t-Student, análise de variância (ANOVA), correlação de Pearson, correlação não-paramétrica Spearman e alfa de Cronbach, com nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição (CAAE nº 40208114.7.0000.5327 e parecer nº 937.211), seguindo os princípios éticos que regem pesquisas com seres humanos. O consentimento para participar da pesquisa foi tácito, obtendo-se o consentimento verbal do participante no momento do contato telefônico, utilizando-se roteiro de telefonema com informações referentes ao objetivo, justificativa, finalidade, riscos e benefícios da pesquisa, garantia da voluntariedade e anonimato.

■ RESULTADOS

Neste estudo, predominaram pacientes do sexo feminino (53%), com idade média de 62,4 anos ($\pm 15,3$) e ensino fundamental incompleto (52,2%). As doenças crônicas mais prevalentes foram as cardiovasculares (57,6%), seguidas por câncer (27,3%) e diabetes (18,7%). Quanto ao tempo de permanência, identificou-se uma mediana de dois dias (intervalo interquartil de 1 a 3). O dia da semana com maior frequência de altas da emergência foi sexta feira (24,7%) e o turno, tarde (59,1%). Observou-se que 16,7% dos pacientes tiveram quatro ou mais atendimentos prévios no serviço em um ano. Além disso, 38,9% dos pacientes readmitiram no

serviço de emergência, sendo 15,6% em até um mês após a alta e 23,2% em até três meses. Quase 18% tiveram uma admissão hospitalar após a alta.

Quanto aos resultados do CTM-15, o escore total variou de 26,67 a 100, tendo média de 69,5 e coeficiente alfa de Cronbach de 0,922. Os escores médios conforme os fatores foram semelhantes, embora o fator 1 (Preparação para autogerenciamento) tenha a maior média e o fator 2 (Entendimento sobre medicações), a menor (Tabela 1).

A tabela 2 apresenta a média e o desvio padrão obtidos para cada item do instrumento. Os itens com maior pontuação foram 14, 09 e 05, sendo que o primeiro pertence ao fator Entendimento sobre medicações, enquanto que o segundo e o terceiro pertencem ao fator Preparação para autogerenciamento. As médias mais baixas foram dos itens 15, 11 e 03, pertencentes aos fatores Entendimento sobre medicações, Preparação para autogerenciamento e Preferências asseguradas, respectivamente.

Tabela 1 – Distribuição das médias e desvio padrão de escore do CTM-15 total e por fatores. Porto Alegre, RS, Brasil, 2015

Escore do CTM-15*	Média ± Desvio Padrão	Alfa de Cronbach
Total	69,5 ± 19,7	0,922
Por fatores		
Fator 1 - Preparação para autogerenciamento	70,6 ± 23,3	0,918
Fator 2 - Entendimento sobre medicações	68,3 ± 22,5	0,647
Fator 3 - Preferências asseguradas	68,4 ± 22,7	0,787
Fator 4 - Plano de cuidado	68,8 ± 26,9	0,641

Fonte: Dados de pesquisa, 2015.

Tabela 2 – Distribuição das médias e desvio padrão por item do CTM-15. Porto Alegre, RS, Brasil, 2015

Item nº	Fator	CTM-15*	Média ± Desvio Padrão
14	2	Entende como tomar os medicamentos, inclusive a quantidade e os horários.	81,52±21,47
9	1	Compreende o que é de sua responsabilidade para cuidar da saúde.	75,42±24,94
5	1	Entende claramente como cuidar da saúde.	73,23±28,23
13	2	Entende o motivo de tomar os medicamentos.	73,23±27,48
4	1	Teve informações que precisava para autocuidado.	72,25±28,31
6	1	Entende sinais de alerta e sintomas.	71,04±28,35
1	3	Concordou com a equipe de saúde sobre objetivos para sua saúde e como eles seriam alcançados.	70,87±24,20
7	4	Recebeu um plano escrito de cuidados.	70,49±27,44
10	1	Sente-se seguro de que sabe o que fazer para cuidar da saúde.	68,87±29,56
12	4	Recebeu lista escrita das consultas ou exames das próximas semanas.	68,71±33,27
8	1	Compreende o que melhora ou piora a condição de saúde.	67,86±30,07
2	3	Preferências consideradas para decidir as necessidades de saúde.	67,34±27,34
3	3	Preferências consideradas para decidir onde as necessidades de saúde são atendidas.	67,01±29,81
11	1	Sente-se seguro de que consegue fazer o que é necessário para cuidar da saúde.	66,16±28,34
15	2	Entende os efeitos colaterais dos medicamentos.	50,09±37,60

Fonte: Dados de pesquisa, 2015.

Apresenta-se, também, a distribuição das respostas dos participantes com frequência simples e relativa em cada item do instrumento (Tabela 3). Essa análise oferece melhor

compreensão sobre os itens que tiveram maior concordância (agrupando opções “concordo” e “concordo muito”) ou discordância (soma das opções “discordo” e “discordo muito”).

Tabela 3 – Distribuição da frequência simples e relativa de opções de resposta por item do CTM-15. Porto Alegre, RS, Brasil, 2015

Item	Discordo Muito	Discordo	Concordo	Concordo Muito	Não sei/não se aplica
1	8 (4,0%)	17 (8,6%)	115 (58,1%)	58 (29,3%)	0 (0,0%)
2	12 (6,1%)	28 (14,1%)	101 (51,0%)	56 (28,3%)	1 (0,5%)
3	19 (9,6%)	20 (10,1%)	97 (49,0%)	60 (30,3%)	2 (1,0%)
4	12 (6,1%)	21 (10,6%)	86 (43,4%)	78 (39,4%)	1 (0,5%)
5	11 (5,6%)	22 (11,1%)	82 (41,4%)	83 (41,9%)	0 (0,0%)
6	13 (6,6%)	21 (10,6%)	91 (46,0%)	73 (36,9%)	0 (0,0%)
7	11 (5,6%)	22 (11,1%)	93 (47,0%)	66 (33,3%)	6 (3,0%)
8	17 (8,6%)	25 (12,6%)	88 (44,4%)	66 (33,3%)	2 (1,0%)
9	8 (4,0%)	12 (6,1%)	98 (49,5%)	80 (40,4%)	0 (0,0%)
10	16 (8,1%)	23 (11,6%)	90 (45,5%)	68 (34,3%)	1 (0,5%)
11	12 (6,1%)	36 (18,2%)	91 (46,0%)	57 (28,8%)	2 (1,0%)
12	20 (10,1%)	16 (8,1%)	61 (30,8%)	66 (33,3%)	35 (17,7%)
13	12 (6,1%)	14 (7,1%)	91 (46,0%)	76 (38,4%)	5 (2,5%)
14	4 (2,0%)	4 (2,0%)	87 (43,9%)	98 (49,5%)	5 (2,5%)
15	54 (27,3%)	30 (15,2%)	64 (32,3%)	43 (21,7%)	7 (3,5%)

Fonte: Dados de pesquisa, 2015.

Os itens que obtiveram maior percentual de concordância foram 14, 09 e 01 (93,4%, 89,9% e 87,4%, respectivamente), enquanto que os com maior percentual de discordância foram 15, 11 e 08 (43,5%, 24,3% e 21,2%, respectivamente). Nota-se que o item 12 teve o maior percentual de resposta na

opção neutra da escala de Likert (17,7%), valor bem superior ao restante de itens do instrumento.

A tabela 4 apresenta associação e correlação entre os escores total e por fator do CTM-15 com as variáveis independentes do estudo.

Tabela 4 – Associação e correlação entre os escores total e por fator do CTM-15 e variáveis independentes. Porto Alegre, RS, Brasil, 2015

Variáveis	Total	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4
Quem respondeu*					
Paciente	68,0±19,3	68,9±24,3	66,8±20,6	67,2±21,4	68,0±27,2
Cuidador	71,6±20,3	73,0±21,8	70,5±25,0	70,1±24,6	69,9±26,7
p [†]	0,213	0,229	0,271	0,385	0,612
Sexo*					
Masculino	70,7±22,6	71,6±25,9	70,6±22,7	68,5±26,0	70,8±28,2
Feminino	68,4±16,8	69,7±20,9	66,3±22,3	68,4±19,5	66,9±25,8
p [†]	0,417	0,570	0,195	0,976	0,326

Tabela 4 – Cont.

Variáveis	Total	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4
Idade (anos) †	-0,033	-0,052	-0,048	0,082	-0,087
p [§]	0,649	0,469	0,508	0,252	0,225
Nível de escolaridade †	-0,105	-0,111	-0,069	-0,102	0,059
p	0,157	0,132	0,360	0,170	0,432
Classificação de risco †	0,078	0,070	0,061	0,019	0,138
p	0,277	0,332	0,404	0,789	0,054
Tempo de permanência (dias) †	0,095	0,098	0,092	0,093	0,032
p	0,183	0,168	0,201	0,195	0,653
Turno de alta*					
Manhã	63,6±17,5	66,2±19,5	61,3±22,5	63,1±26,6	59,5±27,4
Tarde	72,0±19,7	72,5±24,2	70,7±21,6	71,6±20,6	73,5±25,3
Noite	67,6±20,5	69,3±23,7	68,2±24,2	64,4±23,7	64,4±28,7
p [¶]	0,062	0,324	0,087	0,056	0,010
Dia de alta*					
Dia de semana	69,2±19,8	70,2±23,5	67,8±22,9	68,6±23,2	68,9±25,9
Final de semana	70,5±19,4	72,2±22,8	70,5±20,9	67,5±20,8	68,4±31,2
p [¶]	0,708	0,639	0,511	0,787	0,925
Nº de atendimentos prévios †	0,147 [‡]	0,170 [‡]	0,112	0,089	0,062
p	0,039	0,017	0,121	0,214	0,389
Readmissão na emergência*					
Sim	70,7±20,5	72,7±23,1	68,2±24,4	68,9±23,6	70,2±27,8
Não	68,9±19,4	69,6±23,4	68,4±21,6	68,2±22,4	68,1±26,6
p [‡]	0,543	0,383	0,964	0,845	0,603
Admissão hospitalar após alta da emergência*					
Sim	74,9±17,2	76,7±18,8	70,4±25,6	74,6±17,4	77,6±19,4 [§]
Não	68,3±20,1	69,3±24,0	67,9±21,9	67,1±23,6	66,9±28,0
p [‡]	0,072	0,087	0,564	0,075	0,032

Fonte: Dados de pesquisa, 2015.

*Valores expressos como média ± desvio padrão. †Valores expressos como coeficiente de correlação. ‡Utilizado o teste t-student. §Utilizado o teste de correlação de Pearson. ||Utilizado o teste de correlação de Spearman. ¶Utilizado o teste Análise de Variância (ANOVA) complementada por Tukey.

O escore total do CTM-15 foi maior entre cuidadores, homens e pacientes com alta no turno da tarde, entretanto, sem diferença estatística. Ressalta-se que a média de escore foi maior nos pacientes que readmitiram no serviço ou tiveram internação hospitalar após a alta da emergência, embora não seja uma diferença significativa.

Identifica-se que houve associação estatisticamente significativa entre o escore do Fator 4 (Plano de cuidado)

com as variáveis turno de alta e admissão hospitalar após alta da emergência. Na correlação entre o escore total e o fator 1 (Preparação para autogerenciamento) com a variável de número de atendimentos prévios, observaram-se correlações positivas de baixa magnitude. A média do CTM-15 aumentou conforme aumenta a quantidade de atendimentos prévios no serviço de emergência. Demais associações e correlações não foram significativas.

■ DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo possibilitaram avaliar a qualidade da transição do cuidado na alta do serviço de emergência de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis. A média de escore do CTM-15 neste estudo ($69,5 \pm 19,7$) foi próxima ao considerado satisfatório, indicando uma qualidade moderada.

Estudos que utilizaram o CTM-15 ou CTM-3 (versão simplificada do instrumento) para avaliar a transição do cuidado têm demonstrado escores elevados, indicando qualidade positiva na percepção dos pacientes⁽¹⁵⁻¹⁶⁾. Observa-se uma tendência dos participantes em responder as perguntas de maneira afirmativa^(15,17), produzindo resultados positivos que, talvez, sejam distorcidos e não representem a real qualidade da transição do cuidado⁽¹⁸⁾. Portanto, recomenda-se que o CTM seja utilizado com precaução e associado a outros indicadores de qualidade assistencial⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

Todavia, o escore médio obtido neste estudo foi inferior ao encontrado em pesquisa realizada em serviços de emergência nos Estados Unidos⁽⁶⁾ e em investigações internacionais em unidades de internação⁽¹⁰⁻¹¹⁾. No contexto brasileiro, o CTM-15 foi aplicado com pacientes hospitalizados com problemas clínicos, identificando-se uma média de escore superior ($79,0 \pm 15,3$)⁽¹³⁾.

É esperado que a qualidade da transição do cuidado em serviços de emergência seja inferior do que em unidades de internação devido ao ritmo acelerado de atendimento e ao menor tempo de permanência do paciente⁽⁵⁾. A literatura aponta que existe associação positiva entre a satisfação do paciente com a transição do cuidado e o tempo de permanência no serviço⁽¹⁵⁾. Além disso, supõe-se que a concepção dos profissionais acerca da finalidade do seu trabalho nas emergências está relacionada ao atendimento de pacientes com alterações no organismo que ameaçam subitamente a vida, de forma que, talvez, após a estabilização clínica, a transição do paciente para o domicílio não seria uma prioridade desses serviços. Por outro lado, profissionais das unidades de internação têm mais oportunidade de preparar o paciente para alta, como também têm a concepção de que isso faz parte do seu trabalho.

Avaliando-se os escores individuais e por fatores do CTM-15 deste estudo, bem como os percentuais de discordância dos itens, constata-se que as principais fragilidades na transição do cuidado de pacientes com DCNT na alta da emergência foram: entendimento sobre uso e efeitos colaterais de medicamentos; confiança em realizar os cuidados necessários após a alta; compreensão da condição de saúde e seus fatores agravantes e atenuantes, e incorporação das preferências dos pacientes e cuidadores no plano de cuidados para depois da

alta. Ainda, os dados indicam que muitos pacientes saíram da emergência sem lembrar, saber ou ter encaminhamentos e agendamento para acompanhamento pós-alta. Dificuldades similares foram descritas na literatura⁽¹⁶⁾, demonstrando que os problemas são convergentes em diferentes serviços e sistemas de saúde. Assim, verifica-se que intervenções são necessárias para melhorar as práticas no processo de alta, a compreensão do paciente dos cuidados pós-alta e a inclusão das preferências do paciente na tomada de decisão⁽¹⁸⁾.

Entende-se que o planejamento de alta e a elaboração de um plano de cuidados são fundamentais para assegurar o preparo do paciente para autogerenciamento da sua condição de saúde no domicílio. Quando a alta é planejada, a equipe multiprofissional, durante a hospitalização, verifica o entendimento do paciente sobre sua saúde, reconcilia as medicações novas e as de uso anterior à internação, realiza metas para o tratamento com as preferências do paciente e programa o tempo de permanência no hospital^(3,9). O enfermeiro pode atuar como coordenador do cuidado⁽⁹⁾, identificando as necessidades e preferências do paciente e sua família, elaborando um plano individualizado e desenvolvendo ações de educação em saúde durante a internação, o que pode contribuir para redução de readmissões hospitalares.

Neste estudo, foi visto que o fator Preparação para autogerenciamento obteve o maior escore, sendo que os itens 9 (compreende bem o que é de sua responsabilidade para cuidar da saúde) e 5 (entende claramente como cuidar da saúde) tiveram boas médias e o item 11 (sente-se seguro de que consegue fazer para cuidar da saúde) teve o segundo menor escore. O pouco tempo disponibilizado para preparar o paciente e os familiares, acrescentado ao acúmulo de informações, pode influenciar na compreensão das orientações fornecidas e no esclarecimento de dúvidas, o que pode gerar incertezas e falta de segurança para realizar os cuidados pós-alta. O planejamento de alta e as ações de educação em saúde poderiam contribuir nesse aspecto⁽⁷⁾.

Considerando as especificidades de serviços de emergência e o trabalho da enfermagem, o uso de protocolos, baseados na sistematização da assistência de enfermagem, para planejamento da alta pode auxiliar o processo de educação em saúde para pacientes com doenças crônicas. Outros métodos de educação em saúde são descritos na literatura^(7,9) e podem ser utilizados com pacientes em serviços de emergência.

O agendamento prévio das consultas de acompanhamento, articulação com serviços de saúde e acompanhamento pós-alta são importantes estratégias para qualificar transições dos pacientes^(3,9). Todavia, a escassez de encaminhamentos e de articulação das unidades de urgência

com demais serviços da rede assistencial foi também evidenciada em outro estudo⁽⁴⁾. A adoção de “enfermeiros de ligação” como coordenadores do processo de transição do cuidado pode melhorar a integração entre os serviços, promover a continuidade do cuidado e diminuir o retorno aos serviços hospitalares⁽¹⁹⁾.

No que concerne à readmissão ao serviço de emergência, o percentual de pacientes que buscaram atendimento de urgência após a alta foi muito maior do que o obtido em outros estudos. Enquanto que, nesta pesquisa, foi identificado que cerca de 40% dos pacientes readmitiram no serviço, foram encontrados valores de 3,5% em pesquisa realizada na China⁽²⁰⁾ e 17% nos Estados Unidos⁽¹⁷⁾. Da mesma forma, com relação à readmissão hospitalar, o percentual foi superior ao encontrado nos estudos^(17,20). Entretanto, diferentemente do descrito na literatura^(10,17), não foi verificada associação entre a qualidade da transição do cuidado (escore total do CTM-15) e readmissão.

Em investigação com pacientes de serviço de emergência norte americano, verificou-se que um aumento de 10 pontos no escore no CTM, representando uma melhor experiência de transição, foi associado a 12% de aumento no risco de ter um retorno na emergência. Também, observou-se que indivíduos com o seguro *Medicaid* (para pessoas de baixa renda), descendentes de americanos nativos e com pior estado de saúde autorrelatado tiveram escores mais baixos⁽⁶⁾. Neste estudo, o escore total do CTM-15 apresentou apenas correlação com a variável de número de atendimentos prévios, o que indica que pacientes com internações anteriores apresentaram melhor qualidade da transição do cuidado. Talvez os profissionais de saúde realizem mais ações de transição quando o paciente é reincidente no serviço.

Os dados desta pesquisa sugerem que a qualidade da transição do cuidado de portadores de doenças crônicas de serviço de emergência teve pouca influência de fatores relacionados aos pacientes, podendo ser mais afetada pelas práticas dos profissionais de saúde e pelas políticas de saúde em nível institucional e nacional.

Nota-se que o coeficiente alfa de Cronbach do CTM-15 foi satisfatório, indicando boa consistência interna do instrumento, resultado similar ao encontrado em outros estudos desenvolvidos nos Estados Unidos⁽¹⁷⁾, China⁽²⁰⁾ e Brasil⁽¹³⁾.

■ CONCLUSÃO

Contatou-se que a qualidade da transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis na alta do serviço de emergência foi moderada. Aspectos relacionados a orientações de preparação para autogerenciamento no

domicílio obtiveram resultados positivos. Contudo, as principais fragilidades identificadas incluíram o entendimento sobre uso e efeitos colaterais de medicamentos, confiança em realizar os cuidados necessários após a alta, compreensão da condição de saúde e seus fatores agravantes e atenuantes, incorporação das preferências dos pacientes e cuidadores no plano de cuidados para depois da alta e encaminhamento para acompanhamento pós-alta. O escore total do CTM-15 teve correlação positiva de baixa magnitude com a variável de número de atendimentos prévios e não teve associação com as demais variáveis demográficas e clínicas investigadas.

Destaca-se a contribuição do estudo para a enfermagem, que exerce papel fundamental na transição do cuidado, identificando aspectos que precisam ser melhorados nas práticas de gestão e assistência. Necessita-se fortalecer a atuação dos enfermeiros na coordenação da transição do cuidado, participando do planejamento de alta, fornecendo orientações de autogerenciamento em saúde, bem como auxiliando na articulação entre serviços hospitalares e de atenção primária. Assim, outras investigações precisam ser desenvolvidas a fim de dar visibilidade ao tema e sustentar mudanças e qualificação de práticas.

A presente investigação apresenta como limitação a participação de cuidadores como respondentes substitutos, o potencial desafio de comunicação na coleta de dados por telefone e a dificuldade de comparação e discussão dos resultados com estudos no âmbito nacional. Espera-se que este estudo possa suscitar o debate sobre a transição do cuidado no país.

■ REFERÊNCIAS

1. Utzumi FC, Lacerda MR, Bernardino E, Gomes IM, Aued GK, Sousa SM. Continuity of care and the symbolic interactionism: a possible understanding. *Texto Contexto Enferm*. 2018;27(2):e4250016. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180004250016>
2. Malta DC, Bernal RTI, Lima MG, Araújo SSC, Silva MMA, Freitas MIF, et al. Noncommunicable diseases and the use of health services: analysis of the National Health Survey in Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2017;51(Suppl 1):4s. doi: <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000090>
3. Hirschman KB, Shaid E, McCauley K, Pauly MV, Naylor MD. Continuity of care: the Transitional Care Model. *Online J Issues Nurs*. 2015 [cited 2019 Apr 29];20(3):1. Available from: <http://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-20-2015/No3-Sept-2015/Continuity-of-Care-Transitional-Care-Model.html>
4. Acosta AM, Lima MADS. Frequent users of emergency services: associated factors and reasons for seeking care. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2015;23(2):337-44. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0072.2560>
5. Mäkinen M, Castrén M, Huttunen K, Sundell S, Kaartinen J, Ben-Meir M, et al. Assessing the discharge instructing in the emergency department: patient perspective. *Int Emerg Nurs*. 2019;43:40-4. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2018.07.005>

6. Sabbatini AK, Gallahue F, Newson J, White S, Gallagher T. Capturing emergency department discharge quality with the care transitions measure: a pilot study. *Acad Emerg Med*. 2019;26(6):605-9. doi: <https://doi.org/10.1111/acem.13623>
7. Lima MADS, Magalhães AMM, Oelke ND, Marques GQ, Lorenzini E, Weber LAF et al. Care transition strategies in Latin American countries: an integrative review. *Rev Gaúcha Enferm*. 2018;39:e20180119. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180119>
8. Jeffs L, Kuluski K, Law M, Saragosa M, Espin S, Ferris E, et al. Identifying effective nurse-led care transition interventions for older adults with complex needs using a structured expert panel. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2017;14(2):136-44. doi: <https://doi.org/10.1111/wvn.12196>
9. Weber, LAF, Lima, MADS, Acosta AM, Marques GQ. Care transition from hospital to home: integrative review. *Cogitare Enferm*. 2017;22(3):e47615. doi: <https://doi.org/10.5380/ce.v22i3.47615>
10. Goldstein JN, Hicks LS, Kolm P, Weintraub WS, Elliott DJ. Is the care transitions measure associated with readmission risk? analysis from a single academic center. *J Gen Intern Med*. 2016 [cited 2019 Apr 08];31(7):732-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4907944/>
11. Chan B, Goldman LE, Sarkar U, Schneidermann M, Kessell E, Guzman D, et al. The effect of a care transition intervention on the patient experience of older multi-lingual adults in the safety net: results of a randomized controlled trial. *J Gen Intern Med*. [Internet]. 2015 [cited 2019 Apr 08];30(12):1788-94. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4636586/>
12. Acosta AM. Transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas: do serviço de emergência para o domicílio [tese]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2016 [citado 2019 abr 10]. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/152735/001009949.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
13. Acosta AM, Lima MADS, Marques GQ, Levandovski PF, Weber LAF. Brazilian version of the Care Transitions Measure: translation and validation. *Int Nurs Rev*. 2017;64(3):379-87. doi: <https://doi.org/10.1111/inr.12326>
14. Coleman EA, Mahoney E, Parry C. Assessing the quality of preparation for posthospital care from the patient's perspective: the Care Transitions Measure. *Med Care*. 2005;43(3):246-55. doi: <https://doi.org/10.1097/00005650-200503000-00007>
15. Berenguer-García N, Roldán-Chicano MT, Rodríguez-Tello J, García-López MM, Dávila-Martínez R, Bueno-García MJ. Validación del cuestionario CTM-3-modificado sobre satisfacción con la continuidad de cuidados: un estudio de cohortes. *Aquichan*. 2018 [cited 2019 Apr 08];18(1):9-19. Available from: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/6967>
16. Ford BK, Ingersoll-Dayton B, Burgio K. Care transition experiences of older veterans and their caregivers. *Health Soc Work*. 2016 [cited 2019 Apr 06];41(2):129-38. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4888094/>
17. Anatchkova MD, Barysaukas CM, Kinney RL, Kiefe CI, Ash AS, Lombardini L, et al. Psychometric evaluation of the Care Transition Measure in TRACE-CORE: do we need a better measure? *J Am Heart Assoc*. 2014;3(3):e001053. doi: <https://doi.org/10.1161/JAHA.114.001053>
18. Horwitz LI, Moriarty JP, Chen C, Fogerty RL, Brewster UC, Kanade S, et al. Quality of discharge practices and patient understanding at an academic medical center. *JAMA Intern Med*. 2013;173(18):1715-22. doi: <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.9318>
19. Ribas EN, Bernardino E, Larocca LM, Poli Neto P, Aued GK, Silva CPC. Nurse liaison: a strategy for counter-referral. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(Suppl 1):546-53. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0490>
20. Cao X, Chen L, Diao Y, Lang T, Wenjie L, Xiaolian J. Validity and reliability of the Chinese version of the care transition measure. *PLoS One*. 2015;10(5):e0127403. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0127403>

Agradecimentos:

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão de bolsa de doutorado para Aline Marques Acosta e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo Auxílio à Pesquisa, Processo nº 478640/2012-9.

■ Autor correspondente:

Aline Marques Acosta

E-mail: aline.acosta@gmail.com

Recebido: 29.04.2019

Aprovado: 27.08.2019

Editores associados:

Ana Karina Silva da Rocha Tanaka
Cecília Helena Glanzner

Editor-chefe:

Maria da Graça Oliveira Crossetti