UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

DENISE FERRO

Transição do cuidado de usuários com doenças crônicas do serviço de emergência para a casa: continuidade do cuidado na rede de atenção à saúde

RIBEIRÃO PRETO
2021

DENISE FERRO

Transição do cuidado de usuários com doenças crônicas do serviço de emergência para a casa: continuidade do cuidado na rede de atenção à saúde

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Doutor em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de Pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas de Saúde.
Orientadora: Professora Doutora Ione Carvalho Pinto.

RIBEIRÃO PRETO

2021

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ferro, Denise

Transição do cuidado de usuários com doenças crônicas do serviço de emergência para a casa: continuidade do cuidado na rede de atenção à saúde. Ribeirão Preto, 2021.

239 p. : il. ; 30 cm

Tese (Doutorado) apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Saúde Pública.

Orientador: Professora Doutora Ione Carvalho Pinto

1. Cuidado Transicional. 2. Alta do Paciente. 3. Avaliação dos Serviços de Saúde. 4. Serviços Médicos de Emergência.

FERRO, Denise

Transição do cuidado de usuários com doenças crônicas do serviço de emergência para a casa: continuidade do cuidado na rede de atenção à saúde

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Doutor em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovado em: ___/___/___

Presidente

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

Comissão Julgadora

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

DEDICATÓRIA

Uma das mulheres da minha vida, me ensinou a ter fé e acreditar sempre. Como me doeu o dia em que você me disse que não estaria em plano para ver a conclusão desta conquista, mas que estaria torcendo por mim do céu. Espero que esteja orgulhosa de mim onde quer que esteja. Este trabalho é para você e eu te amo para todo o sempre, minha avó Maria Imaculada ♥

Minha amiga, companheira de baladas, conselhos, risadas e confissões. Fecho os olhos e consigo lembrar me da sua voz me dizendo *"Ei Valdirene, quando crescer eu quero ser como você"*. Infelizmente o destino tinha outros planos para você, não pudemos trabalhar juntas, você não pode estar presente na defesa e não pode "crescer" e ser como eu. Guapinha, naquele leito de hospital eu te jurei que faria por merecer ser seu exemplo e espero poder cumprir todos os dias, pelo resto da vida. Carolina Ferreira ♥

AGRADECIMENTOS

A Deus e Nossa Senhora, por sempre iluminar meu caminho e guiar meus passos mesmo quando a caminhada foi e continua sendo árdua;

À minha família, meus pais, pelo suporte dado. Principalmente a você, minha mãe, pelas noites sem dormir e pela preocupação com o meu bem-estar físico e emocional. Amo vocês;

À minha amada avó Imaculada (in memoriam), por nunca se esquecer de me incluir em suas orações diárias, por todos os dias da sua vida;

Aos meus tios Márcia, Carlos, Sueli e Rita; meus primos Luiz Roberto, Aline, Jaqueline e Jamilli, que nunca entenderam muito bem o que eu estava realmente fazendo, mas sempre torceram para que eu atingisse o sucesso;

À Professora Doutora Ione Carvalho Pinto, minha querida orientadora e amiga, que muito me ensinou nas lições da pesquisa e da vida. A você, meu respeito, admiração e carinho;

À Professora Doutora Maria Alice Dias da Silva Lima e à Professora Doutora Valéria Conceição de Oliveira, pelas contribuições e sugestões feitas no exame de qualificação para a melhoria deste trabalho;

Aos meus amigos e companheiros de pesquisa do GAAPS, pela amizade, compreensão e todo o suporte para que este trabalho se concretizasse. Em especial à minha amiga Carolina Grigolato, pela ajuda em uma das etapas mais importantes desta pesquisa. Acredito que nos momentos de fraqueza, ao rezarmos, Deus nos envia anjos e você, certamente, foi um anjo enviado por Ele na minha vida. Este trabalho também é seu e eu serei eternamente grata;

A minha equipe maravilhosa do CTI Adulto do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, por não aguentarem mais me ver após horas de

trabalho coletando dados e, mesmo vendo minha exaustão, sempre me incentivaram a continuar e vibraram comigo quando a coleta terminou. Em especial ao Professor Doutor Anibal Basile Filho, pelas conversas, orientações e ajuda neste processo;

À República Tcheca; meninas, obrigada por todas as risadas, diversão e por me acolherem de braços abertos nessa grande família de vocês. Em especial às "Old Tchecas" que sempre me compreenderam e me apoiaram quando não podia sair para "farra" devido aos compromissos que o doutorado e o trabalho me traziam;

Às minhas amigas Renata Roque e Caroline Nogueira, pelo carinho, amizade e torcida: amo vocês;

Ao meu amigo Paulo Eduardo, por todas as risadas, conselhos, alimentos dados para saciar meu estresse, pela nossa viagem maravilhosa em um momento necessário. Obrigada por me receber em sua família, você é um ser humano iluminado e eu te amo muito e sou muito grata por tudo;

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, seus docentes e funcionários. Muito obrigada;

Ao coordenador, ao diretor de saúde e à secretária da Unidade de Emergência que me receberam em seu ambiente de trabalho com muito respeito e disposição, me auxiliando na realização da pesquisa;

Aos usuários entrevistados neste trabalho, pela disponibilidade e coragem em responderem ao questionário e exporem seus sentimentos e suas percepções sobre a assistência a eles prestada;

A todos que aqui deixei de citar e que contribuíram de alguma forma para a realização desta conquista.

"Quando você quiser desistir e seu coração estiver prestes a se partir, lembre-se que você é perfeito e que Deus não comete erros. Bem-vindo onde quer que esteja. Esta é sua vida, você conseguiu até agora e você precisa acreditar que aqui e agora é onde exatamente você deveria estar"

Welcome to Wherever You Are - Bon Jovi

O presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES), código de financiamento 001.

RESUMO

FERRO, D**. Transição do cuidado de usuários com doenças crônicas do serviço de emergência para a casa: continuidade do cuidado na rede de atenção à saúde.** 2021, 239 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2021.

Introdução: A transição do cuidado visa assegurar a coordenação e a continuidade dos cuidados de saúde na transferência de pacientes entre os diferentes serviços que contemplam a Rede de Atenção à Saúde, prevenindo readmissões hospitalares não planejadas e reduzindo custos. As ações desenvolvidas durante a transição do cuidado promovem suporte para os pacientes quando estes necessitam de atendimento em serviços de emergência. **Objetivo:** Analisar a transição do cuidado, na perspectiva de usuários com Doenças Crônicas Não-Transmissíveis que receberam alta de um serviço de emergência para a Rede de Atenção à Saúde. **Métodos:** Estudo descritivo e transversal, com abordagem de métodos mistos incorporados, desenvolvido em três etapas, com 364 pacientes com Doenças Crônicas Não-Transmissíveis que agudizaram suas condições e passaram por atendimento em um serviço de emergência de um hospital de nível quaternário do estado de São Paulo/Brasil, com coleta de dados realizada no período de dezembro de 2018 a junho de 2019. Na primeira etapa, foram caracterizados os participantes considerando variáveis sociodemográficas e clínicas, através do Prontuário Eletrônico do Paciente e, posteriormente, complementados durante o contato telefônico na segunda e terceira etapas, caso houvesse necessidade; para a análise de dados desta etapa foi aplicada análise descritiva das variáveis categóricas e cálculo de medidas de posição e dispersão para as variáveis contínuas. A segunda e terceira etapas foram realizadas de forma concomitantemente, por meio de contato telefônico utilizando a versão adaptada do instrumento *Care Transitions Measure* (CTM-Brasil); durante a aplicação, os participantes possuíam liberdade para falar sobre situações vividas que consideravam pertinentes e, após o término da aplicação do CTM-Brasil, foi feita uma pergunta disparadora estimulando-os a complementarem suas entrevistas; a análise de dados da segunda etapa foi feita respeitando as propriedades psicométricas do instrumento, obtendo-se uma média simples de resposta de cada item, bem como a média da escala total e por fator; as características sociodemográficas e clínicas dos participantes foram associadas e correlacionadas à qualidade da transição do cuidado, com nível de significância estatística de 5%. Para análise da terceira etapa, optou-se pela análise de conteúdo, modalidade temática, onde as categorias encontradas foram: *TEMA 1 – Etapas do processo de alta hospitalar (Subtema I – Preparação para o autogerenciamento; Subtema II – Entendimento sobre medicações; Subtema III – Preferências asseguradas; Subtema IV – Plano de cuidado); TEMA 2 – Influência do ambiente hospitalar no cuidado prestado ao usuário; TEMA 3 – Avaliação do serviço e da assistência prestada pelo serviço de emergência ao usuário e TEMA 4 – Continuidade do cuidado aos usuários na Rede de Atenção à Saúde municipal.* Após o término da análise dos resultados da segunda e terceira etapas, foi realizada a integração do resultado qualitativo ao quantitativo. **Resultados:** A maioria dos participantes era do sexo masculino, idosos, casados, de baixa escolaridade, moradores da zona norte, apresentavam mais de uma morbidade, sendo que 80,4% possuíam complicações relacionadas às patologias; o diagnóstico mais prevalente foi o de doenças cardiovasculares; 92,5% faziam uso de medicamentos para tratamento, 83,5% frequentavam a UBS e todos os

participantes tiveram pelo menos um atendimento prévio no serviço de emergência no último ano; 27,7% reinternou pelo menos uma vez em um período de até 60 dias pós-alta do serviço de emergência; a média de escore do CTM-Brasil foi de 79,92 indicando nível elevado de qualidade na transição do cuidado, sendo que o fator que obteve os melhores escores foi o de preparação para autogerenciamento de saúde no domicílio e o fator com menor escore foi o de garantia das preferências do paciente. Foram identificadas apenas associações entre os escores do CTM-Brasil com as características sociodemográficas e clínicas dos participantes, não havendo significância estatística com readmissões no serviço de emergência em 60 dias pós-alta, bem como na frequência de readmissões não planejadas. Todavia, ao integrar os métodos mistos, demonstra-se que, mesmo que a média do escore do CTM-Brasil tenha sido alta, os participantes, em suas falas, fizeram importantes críticas relacionadas ao processo de transição do cuidado realizado no serviço de emergência para a rede, bem como do atendimento recebido e as condições às quais eles foram expostos durante internação, o que reforça a necessidade do uso do CTM-Brasil ser associado a outros indicadores de qualidade da assistência recebida nos serviços de saúde. **Conclusão:** Aponta-se para a necessidade de abordar adequadamente as questões de humanização do cuidado, planejamento de alta, educação em saúde, comunicação eficaz, de forma a desenvolver melhores estratégias para suprir as fragilidades da transição do cuidado, qualificando-a para prover o autogerenciamento em saúde, fornecimento de informações quanto ao uso adequado de medicamentos, incorporação das metas e expectativas dos pacientes e cuidadores na tomada de decisão e encaminhamento ágil e eficaz para continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde.

Palavras-chave: Cuidado Transicional. Alta do Paciente. Avaliação dos Serviços de Saúde. Serviços Médicos de Emergência.

ABSTRACT

FERRO, D. **Care transitions of users with chronic diseases from emergency department to home:** the continuity of care in healthcare network. 2021, 239 f. Thesis (Doctorate) – Ribeirão Preto School of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2021.

Introduction: Care transitions aims to ensure coordination and continuity of care in the patients' transfer between the different services of Healthcare Network, preventing unplanned hospital readmissions and reducing costs. The actions developed during the care transition promote support for patients when they need assistance in emergency departments. **Objective:** To analyze the care transitions, from the perspective of users with chronic non-communicable diseases who were discharged from an emergency department to the Healthcare Network. **Methods:** A descriptive and cross-sectional study, with a mixed method approach, developed in three stages, with 364 patients with chronic non-communicable diseases who had received hospital discharged from an emergency department of a quaternary-level hospital in the state of São Paulo, Brazil, from December 2018 to June 2019. In the first stage, participants were characterized considering sociodemographic and clinical variables, through the medical records systems and, after, complemented during telephone contact in the second and third stages; for the data analysis of this stage, a descriptive analysis of categorical variables was applied and calculation of position and dispersion measures for continuous variables. The second and third stages were carried out concurrently, through telephone contact using the adapted version of the Care Transitions Measure (CTM-Brazil) instrument; during the application, the participants were free to talk about lived situations that they considered pertinent and, after the end of the application of CTM-Brazil, a triggering question was asked encouraging them to complement their interviews; the data analysis of the second stage was carried out respecting the psychometric properties of the instrument, obtaining a simple average response for each item, as well as the average of the total scale and by factor; the participants' sociodemographic and clinical characteristics were associated and correlated with the quality of the care transition, with a level of statistical significance of 5%. For analysis of third stage, the content analysis was chosen, thematic modality, where the categories found were: THEME 1 - Stages of hospital discharge process (Subtheme I - Preparation for self-management; Subtheme II - Understanding about medications; Subtheme III - Preferences assured; Subtheme IV - Care plan); THEME 2 - Influence of the hospital environment on care provided to user; THEME 3 - Evaluation of the service and assistance provided by the emergency department to the user and THEME 4 - Continuity of care in the municipal Healthcare Network. After the analysis of the results of the second and third stages was completed, the qualitative and quantitative results were integrated. **Results:** Most of the participants were male, elderly, married, with low education, living in the northern area, more than one morbidity; 80.4% having complications to pathologies; the most prevalent diagnosis was cardiovascular disease; 92.5% used medication for treatment, 83.5% attended in basic health units and all participants had at least one previous medical treatment in the emergency department in the last year; 27.7% of patients readmitted at least once in a period of up to 60 days after discharge from the emergency department. The average score of the CTM-Brazil was 79.92, indicating a high level of quality in care transition; the factor that obtained highest's scores being the preparation for self-management of health at home and the factor with the worst score was the guaranteeing patient preferences.

Only associations were identified between the scores of CTM-Brazil with the sociodemographic and clinical characteristics of the participants, but, with no statistical significance with readmissions to the emergency department at 60 days post-discharge, as well as the frequency of unplanned readmissions. **Conclusion:** It points to the need to adequately address the issues of humanization of care, discharge planning, health education, effective communication, in order to develop better strategies to address the weaknesses of the care transition, qualifying it to provide self-management in health, providing information on the proper use of medicines, incorporating the goals and expectations of patients and caregivers in decision-making and agile and effective referral for continuity of care in the Healthcare Network.

Keywords: Transitional Care. Patient discharge. Evaluation of Health Services. Emergency Medical Services.

RESUMEN

FERRO, D**. Transición del cuidado a los usuarios con enfermedades crónicas del servicio de urgencias al domicilio: continuidad de la atención en la red asistencial**. 2021, 239 f. Tesis (Doctorado)– Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2021.

Introducción: La transición del cuidado tiene como objetivo asegurar la coordinación y continuidad de la asistencia sanitaria en la derivación de pacientes entre los diferentes servicios que componen la Red Asistencial, evitando reingresos hospitalarios no planificados y reduciendo costes. Las acciones desarrolladas durante la transición del cuidado promueven el apoyo a los pacientes cuando necesitan asistencia en los servicios de emergencia. **Objetivo:** Analizar la transición del cuidado, desde la perspectiva de los usuarios con Enfermedades Crónicas no Transmisibles que fueron dados de alta de un servicio de emergencia a la Red de Salud. **Metodología:** estudio descriptivo y transversal, con abordaje de método mixto, desarrollado en tres etapas, con 364 pacientes con Enfermedades Crónicas no Transmisibles que empeoraron sus condiciones y fueron atendidos en un servicio de emergencia de un hospital de nivel cuaternario de la comunidad de São Paulo / Brasil, con recolección de datos realizada de diciembre de 2018 a junio de 2019. En la primera etapa, los participantes fueron caracterizados considerando variables sociodemográficas y clínicas, por medio de la Historia Clinica Electrónica del Paciente y, posteriormente, complementado durante el contacto telefónico en la segunda y tercera etapas, si fuera necesario. Para el análisis de datos de esta etapa se aplicó un análisis descriptivo de las variables categóricas y el cálculo de medidas de posición y dispersión para las variables continuas. La segunda y tercera etapas se realizaron de manera concurrente, por medio de contacto telefónico utilizando la versión adaptada del instrumento *Care Transitions Meansure* (CTM-Brasil). Durante la aplicación, los participantes tuvieron la libertad de hablar sobre situaciones vividas que consideraron pertinentes y, luego de finalizada la aplicación de la CTM-Brasil, se hizo una pregunta desencadenante animándolos a complementar sus entrevistas. El análisis de datos de la segunda etapa se realizó respetando las propiedades psicométricas del instrumento, obteniendo una respuesta promedio simple para cada ítem, así como el promedio de la escala total y por factor. Las características sociodemográficas y clínicas de los participantes se asociaron y correlacionaron con la calidad de la transición del cuidado, con un nivel de significancia estadística del 5%. Para el análisis de la tercera etapa se optó por el análisis de contenido, modalidad temática, donde las categorías encontradas fueron: *TEMA 1 - Etapas del proceso de alta hospitalaria (Subtema I - Preparación para el autocuidado; Subtema II - Comprensión de medicamentos; Subtema III - Preferencias garantizadas; Subtema IV - Plan de atención); TEMA 2 - Influencia del entorno hospitalario en la atención brindada al usuario; TEMA 3 - Evaluación del servicio y asistencia que brinda el servicio de emergencias al usuario y TEMA 4 - Continuidad de la atención a los usuarios en la Red Municipal de Salud.* Una vez completado el análisis de los resultados de la segunda y tercera etapa, se integraron los resultados cualitativos y cuantitativos. **Resultados:** la mayoría de los participantes eran hombres, ancianos, casados, con bajo nivel educativo, residentes en la zona norte, con más de una morbilidad, con 80,4% con complicaciones relacionadas con patologías; el diagnóstico más prevalente fue la enfermedad cardiovascular. El 92,5% usaba medicinas para el tratamiento, el

83,5% acudía a lo centro de salud de atención primaria y todos los participantes tenían al menos una asistencia previa en el servicio de urgencias en el último año; 27,7% reingresó al menos una vez en un período de hasta 60 días después del alta del servicio de emergencia; la puntaje por medio de la CTM-Brasil fue de 79,92, lo que indica un alto nivel de calidad en la transición de la atención, siendo el factor que mejores puntuaciones obtuvo la preparación para la autogestión de la salud en el hogar y el factor con menor puntuación fue la garantía de las preferencias del paciente. Solo se identificaron asociaciones entre los puntajes de la CTM-Brasil con las características sociodemográficas y clínicas de los participantes, sin significación estadística con los reingresos a urgencias a los 60 días del alta, así como la frecuencia de reingresos no planificados. Sin embargo, al integrar métodos mixtos, se muestra que, si bien lo promedio del puntaje CTM-Brasil fue alta, los participantes, en sus discursos, realizaron duras y importantes críticas relacionadas con el proceso de transición del cuidado realizado en el servicio de emergencia para la red, así como la atención recibida y las condiciones a las que estuvieron expuestos durante la hospitalización, lo que refuerza la necesidad de asociar el uso de CTM-Brasil a otros indicadores de la calidad de la atención recibida en los servicios de salud. **Conclusiónes:** Señala la necesidad de abordar adecuadamente los temas de humanización del cuidado, planificación del alta, educación en salud, comunicación efectiva, con el fin de desarrollar mejores estrategias para abordar las debilidades de la transición del cuidado, calificándola para brindar la asistencia en salud, provisión de información sobre el uso adecuado de las medicinas, incorporación de los objetivos y expectativas de los pacientes y cuidadores en la toma de decisiones y derivación ágil y eficaz para la continuidad del asistencial en la Red de Salud.

Palabras-clave: Cuidado de Transición; Alta del Paciente; Evaluación de Servicios de Salud; Servicios Médicos de Urgencia.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Diretrizes nacionais norteadoras da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, 2013. 39
Quadro 2 – Apresentação dos artigos contemplados na revisão de literatura, segundo título, autores, periódicos, delineamento do estudo, objetivos e desfechos para a transição do cuidado, Ribeirão Preto, 2020. 48
Quadro 3 – Objetivo 1: Ampliar ações e serviços para prevenção e tratamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis, Ribeirão Preto, 2017. 78
Quadro 4 – Objetivo 2: Fortalecer o Complexo Regulador Eletivo, Ribeirão Preto, 2017. 79
Quadro 5 – Objetivo 3: Reordenar e qualificar a assistência pré-hospitalar/urgência e emergência, Ribeirão Preto, 2017. 79
Quadro 6 – Lista de códigos referentes aos diagnósticos incluídos no estudo, conforme Classificação Internacional de Doenças – 10, Ribeirão Preto, 2020. 83
Quadro 7 – Artigos que utilizaram o *Care Transitions Measure* (CTM-15 e CTM-3) em sua metodologia, encontrados em busca simples na base de dados PubMed, Ribeirão Preto, 2020. 88
Quadro 8 – Dimensões, seus conceitos e as variáveis relacionadas à transição do cuidado para a casa e continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde, Ribeirão Preto, 2020. 92
Quadro 9 – Categorias temáticas criadas a partir da análise dos dados, Ribeirão Preto, 2020. 95

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Distribuição populacional por faixa etária em âmbito mundial, 2019. 30
Figura 2 – Evolução da pirâmide populacional no Brasil entre os anos de 2012 a 2018, 2018. 30
Figura 3 – Componentes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências e suas interfaces, Brasil, 2013. 40
Figura 4 – Principais componentes para a realização de uma transição do cuidado ideal. 43
Figura 5 – Processo de seleção dos artigos contemplados na revisão de literatura científica do presente estudo, Ribeirão Preto, 2020. 47
Figura 6 – Departamento Regional de Saúde XIII, 2017. 73
Figura 7 – Rede Regional de Atenção à Saúde – 13, 2017. 73
Figura 8 – Distritos de Saúde de Ribeirão Preto, 2017. 75
Figura 9 – Organograma da RAS do município de Ribeirão Preto, 2017. 76
Figura 10 – Fluxograma de acesso à Rede de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde no município de Ribeirão Preto, 2017. 79
Figura 11 – Escores de instabilidade clínica avaliados pelo Protocolo de *MEWS*. 83
Figura 12 – Síntese esquemática das etapas analíticas da pesquisa, Ribeirão Preto, 2020. 85
Figura 13 – Resultados da integração dos dados quantitativos e qualitativos da pesquisa, Ribeirão Preto, 2020. 172

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos pacientes com doenças crônicas que receberam atendimento em uma unidade de emergência, Ribeirão Preto, 2019. 99
Tabela 2 – Características das variáveis categóricas clínicas dos pacientes com doenças crônicas que receberam atendimento em uma unidade de emergência, Ribeirão Preto, 2019. 100
Tabela 3 – Características das variáveis numéricas clínicas dos pacientes com doenças crônicas que receberam atendimento em uma unidade de emergência, Ribeirão Preto, 2019. 100
Tabela 4 – Distribuição dos diagnósticos principais e secundários, por CID-10, recebidos com maior frequência entre os pacientes com doenças crônicas que receberam atendimento em uma unidade de emergência, Ribeirão Preto, 2019. 102
Tabela 5 – Distribuição das comorbidades associadas com maior frequência entre pacientes com doenças crônicas que receberam atendimento em uma unidade de emergência, Ribeirão Preto, 2019. 103
Tabela 6 – Distribuição das complicações com maior frequência entre os pacientes com doenças crônicas que receberam atendimento em uma unidade de emergência, Ribeirão Preto, 2019. 104
Tabela 7 – Distribuição dos medicamentos utilizados para tratamento com maior frequência entre os pacientes com doenças crônicas que receberam atendimento em uma unidade de emergência, Ribeirão Preto, 2019. 105
Tabela 8 – Distribuição das médias e desvio padrão do instrumento CTM-Brasil total e por fatores, aplicado entre pacientes com doenças crônicas que receberam atendimento em uma unidade de emergência, Ribeirão Preto, 2019. 106
Tabela 9 – Distribuição das médias e desvio padrão por item do CTM-Brasil, aplicado entre pacientes com doenças crônicas que receberam atendimento em uma unidade de emergência, Ribeirão Preto, 2019. 107

Tabela 10 – Distribuição da frequência de opções de resposta por item do CTM-Brasil, aplicado entre pacientes com doenças crônicas que receberam atendimento em uma unidade de emergência, Ribeirão Preto, 2019. 108
Tabela 11 – Correlação entre os escores total e por fator do CTM-Brasil e as variáveis contínuas do estudo, aplicado entre pacientes com doenças crônicas que receberam atendimento em uma unidade de emergência, Ribeirão Preto, 2019. 109
Tabela 12 – Associação dos escores total e por fator do CTM-Brasil com as variáveis categóricas sociodemográficas, aplicado entre pacientes com doenças crônicas que receberam atendimento em uma unidade de emergência, Ribeirão Preto, 2019. 111
Tabela 13 – Associação dos escores total e por fator do CTM-Brasil com as variáveis clínicas e de CID-10, aplicado entre pacientes com doenças crônicas que receberam atendimento em uma unidade de emergência, Ribeirão Preto, 2019. 113
Tabela 14 – Associação dos escores total e por fator do CTM-Brasil com as variáveis antecedentes pessoais, aplicado entre pacientes com doenças crônicas que receberam atendimento em uma unidade de emergência, Ribeirão Preto, 2019. 115

LISTA DE SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral;
AAS – Ácido Acetilsalicílico;
APS – Atenção Primária à Saúde;
BDENF – Base de Dados de Enfermagem;
CTI – *Care Transitions Intervention*;
CTM-15 – *Care Transitions Measure-15*;
CROSS – Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde;
CURM – Central Única de Regulação Médica;
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial;
CSE – Centro de Saúde Escola;
CEREST – Centro de Referência Saúde do Trabalhador;
CER – Centro Especializado em Reabilitação;
CMSC – Centro Municipal de Saúde Comunitária;
CID-10 – Classificação Internacional de Doenças;
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa;
CSAP – Condições Sensíveis à Atenção Primária;
CMS – Conselho Municipal de Saúde;
CNS – Conselho Nacional de Saúde;
CINAHL – *Cumulative Index to Nursing and Allied Health*;
DRS – Departamento Regional de Saúde;
DeCS – Descritores em Ciências da Saúde;
DM – Diabetes *Mellitus*;
DLP – Dislipidemia;
DAOP – Doença Arterial Obstrutiva Periférica;
DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis;
DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica;
DRC – Doença Renal Crônica;
DCV – Doenças Cardiovasculares;
EERP – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto;
EUA – Estados Unidos da América;
ESF – Estratégia Saúde da Família;

GAAPS – Grupo de Altos Estudos de Avaliação de Processos e Práticas da Atenção Primária à Saúde e Enfermagem;

GESC – Grupo de Estudos em Saúde Coletiva;

HPB – Hiperplasia Prostática Benigna;

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica;

CDI – Implante de Cardioversor/Desfibrilador;

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano;

IFDM – Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal;

IAM – Infarto Agudo do Miocárdio;

INCA – Instituto Nacional do Câncer;

ICC – Insuficiência Cardíaca Congestiva;

LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde;

MEDLINE – *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online;*

MeSH – *Medical Subject Heading*;

MS – Ministério da Saúde;

MEWS – *Modified Early Warning Scoring*;

PubMed – *National Center for Biotechology Information, US National Library of Medicine;*

NGA – Núcleo de Gestão Assistencial;

ONU – Organização das Nações Unidas;

OMS – Organização Mundial da Saúde;

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde;

PCR – Parada Cardiorrespiratória;

PDSD – Pesquisa Dimensões Sociais das Desigualdades;

PNS – Pesquisa Nacional de Saúde;

PMS – Plano Municipal de Saúde;

PNAU – Política Nacional de Atenção às Urgências;

PNH – Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão;

PAMHDM – Programa de Aprimoramento Multiprofissional em Hipertensão e Diabetes da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto;

PMAQ-AB – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PEP – Prontuário Eletrônico do Paciente;

RH – Recursos Humanos;
RUE – Rede de Atenção às Urgências e Emergências;
RAS – Redes de Atenção à Saúde;
RRAS – Redes Regionais de Atenção à Saúde;
RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais;
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgências;
SciELO – *Scientific Electronic Library Online*;
SMS – Secretaria Municipal da Saúde;
AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida;
SUS – Sistema Único de Saúde;
SPSS – *Statistical Package Social Science*;
SBD – Sociedade Brasileira de Diabetes;
SNE – Sonda Nasoentérica;
SNG – Sonda Nasogástrica;
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
TCC – *Transition Care Coordinator*;
CTM – *Transitional Care Model;*
TVP – Trombose Venosa Profunda;
UBS – Unidade Básica de Saúde;
UBDS – Unidade Básica Distrital de Saúde;
UCO – Unidade Coronariana;
UE – Unidade de Emergência;
UPA – Unidade de Pronto Atendimento;
USF – Unidade de Saúde da Família;
UTI – Unidade de Terapia Intensiva;
USP – Universidade de São Paulo;
UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul;
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana;

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO 26
2. INTRODUÇÃO 29
2.1 Doenças Crônicas Não-Transmissíveis e seu impacto na sociedade atual **29**
2.2 Redes de Atenção à Saúde com enfoque na Rede de Atenção às Urgências e Emergências **36**
2.3 Transição do Cuidado **41**
3. REVISÃO DE LITERATURA 45
4. JUSTIFICATIVA DO ESTUDO 67
5. OBJETIVOS 69
5.1 Objetivo geral **69**
5.2 Objetivos específicos **69**
6. PERCURSO METODOLÓGICO 71
6.1 Tipo de Estudo **71**
6.2 Local do Estudo **72**
6.3 Campo do estudo **79**
6.4 Participantes do estudo **82**
6.5 Etapas da Pesquisa **84**
6.5.1 Primeira Etapa – Fase Exploratória dos Dados Secundários *85*
6.5.1.1 Coleta de dados *85*
6.5.1.2 Análise dos dados *86*
6.5.2 Segunda Etapa – Análise quantitativa da transição do cuidado **86**
6.5.2.1 Coleta de dados *86*
6.5.2.2 Análise dos dados *90*
6.5.3 Terceira Etapa – Análise qualitativa da transição do cuidado *92*
6.5.3.1 Coleta de Dados *93*
6.5.3.2 Análise dos Dados *94*
6.5.4 Integração dos dados qualitativos e quantitativos *95*
6.6 Considerações éticas da pesquisa **96**
7. RESULTADOS 99
7.1 Categorização dos participantes **99**
7.2 Análise quantitativa da Transição do Cuidado **105**
7.3 Análise das potencialidades e fragilidades da Transição do Cuidado e o referenciamento para a Rede de Atenção à Saúde **116**
7.3.1 TEMA 1: Etapas do processo de alta hospitalar. ***116***

7.3.1.1 Subtema I – Preparação para o autogerenciamento..... 116
7.3.1.2 Subtema II – Entendimento sobre medicações..... 125
7.3.1.3 Subtema III – Preferências asseguradas 131
7.3.1.4 Subtema IV – Plano de cuidado 136
7.3.2 TEMA 2 – Influência do ambiente hospitalar no cuidado prestado ao usuário. 142
7.3.3 TEMA 3 – Avaliação do serviço e da assistência prestada pelo serviço de emergência ao usuário. 149
7.3.4 TEMA 4 – Continuidade do cuidado aos usuários na Rede de Atenção à Saúde municipal. 157
7.4 Análise holística da transição do cuidado realizada pelo serviço de emergência 171
8. DISCUSSÃO 175
9. CONCLUSÃO..... 197
REFERÊNCIAS 203
APÊNDICE A..... 228
APÊNDICE B..... 229
APÊNDICE C..... 230
ANEXO A 233
ANEXO B 236
ANEXO C 238
ANEXO D 239

Apresentação

1. APRESENTAÇÃO

A presente tese é um desdobramento de uma pesquisa intitulada: “Transição do cuidado de usuários com condições crônicas nas Redes de Atenção à Saúde” do Grupo de Altos Estudos de Avaliação de Processos e Práticas da Atenção Primária à Saúde e Enfermagem (GAAPS), inserido na linha de pesquisa “Práticas, Saberes e Políticas de Saúde” e, ainda, integrando o conjunto de estudos que compõem o Termo de Referência 1 do Plano de Trabalho do Centro Colaborador da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem no Brasil, o qual trata-se do fortalecimento da pesquisa em enfermagem para o desenvolvimento de Recursos Humanos (RH) e da prática em enfermagem em áreas prioritárias, vigente no período de 2018 a 2022.

A motivação e envolvimento para estudar o tema de avaliação me acompanha desde a graduação quando, durante a iniciação científica, avaliei a satisfação de pacientes portadores de Diabetes *Mellitus* (DM) participantes de um grupo de educação para a automonitorização da glicemia capilar. Depois deste primeiro contato, senti a necessidade de buscar conhecimentos acerca da avaliação da gestão dos serviços de saúde para que atividades educativas como esta pudessem ocorrer. Foi neste momento que, durante o mestrado, me dediquei a estudar as Redes de Atenção à Saúde (RAS) de forma a compreender a organização dos serviços, principalmente dos serviços de emergência, bem como conhecer a realidade vivida pelos trabalhadores ali alocados. Desta forma, houve a necessidade e o interesse de não apenas conhecer a gestão de RH destes serviços, mas também a percepção e satisfação dos usuários que utilizam os mesmos.

Sendo assim, este estudo avalia, uma vez que é crescente o interesse por parte dos gestores de saúde que ocorra um “processo de alta segura” ou “alta responsável”, e, ao mesmo tempo, são poucas as pesquisas voltadas ao tema em âmbito nacional, a avaliação da qualidade da transição do cuidado pelos usuários com Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) que tiveram episódios de agudização necessitando de atendimento destas condições no serviço de emergência.

Inicialmente, serão apresentadas uma síntese das características epidemiológicas das DCNT; disposição das RAS; as definições dos serviços de

emergência e, por fim, a transição do cuidado, através de uma vasta revisão narrativa da literatura científica. Na sequência, será apresentado o objetivo da pesquisa.

Na seção “Percurso Metodológico”, apresentou-se o tipo de estudo e a abordagem metodológica utilizada na investigação, o local e cenário da pesquisa, os participantes, os critérios de inclusão do estudo, as etapas da pesquisa, bem como a coleta de dados e análises utilizadas em cada etapa, deixando claros todos os procedimentos éticos do estudo. Ainda, serão apresentados os resultados e consequente incorporação dos resultados obtidos em cada etapa e, por fim, uma vasta discussão dos achados, bem como as conclusões finais deste estudo.

Introdução

2. INTRODUÇÃO[1]

Para compreender a magnitude do presente trabalho, faz-se necessário realizar uma breve contextualização do tema estudado, de forma ampla, porém intensa, tendo em vista que, atualmente, os gestores de serviços de saúde visam a diminuição do número de reinternações hospitalares e consequente redução de gastos no setor saúde, de forma a potencializar o acesso dos usuários aos serviços, prezando pela integralidade do cuidado.

2.1 Doenças Crônicas Não-Transmissíveis e seu impacto na sociedade atual

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define o termo “Doença Crônica” para aquelas doenças que possuem uma ou mais das seguintes características: são permanentes, produzem incapacidade/deficiências residuais, são causadas por alterações patológicas irreversíveis, exigem uma formação especial do doente para a reabilitação e/ou podem exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados (WHO, 2005).

Estudos prévios demonstram uma inversão da pirâmide populacional mundial (Figura 1) e em âmbito nacional (Figura 2), com diminuição das taxas de natalidade e o aumento do contingente de pessoas idosas, envelhecendo rapidamente e de forma não-saudável, acarretando em elevação exacerbada das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT), constituindo-as, como um grave problema de saúde pública (WHO, 2020; MACHADO; et al, 2017; MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016). Isto ocorre devido ao fato de que essas doenças se desenvolvem ao longo da vida, produzindo graves complicações, de forte impacto na morbimortalidade e na qualidade de vida dos indivíduos afetados, com maior risco de morte prematura e efeitos econômicos adversos para as famílias, comunidades e sociedade geral (WHO, 2018).

[1] Esta tese foi revisada de acordo com a Nova Ortografia da Língua Portuguesa (1990), em vigor a partir de 1º de janeiro de 2009, no Brasil.

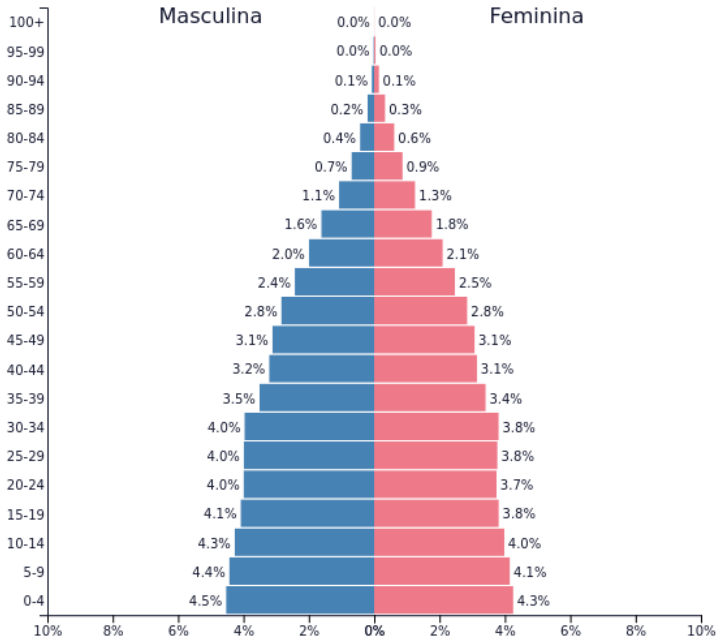


Figura 1 – Distribuição populacional por faixa etária em âmbito mundial, 2019.
Fonte: Pirâmides Populacionais do Mundo, 2020. Disponível em: < https://www.populationpyramid.net/pt/mundo/2019/ > Acesso em 30 dez 20

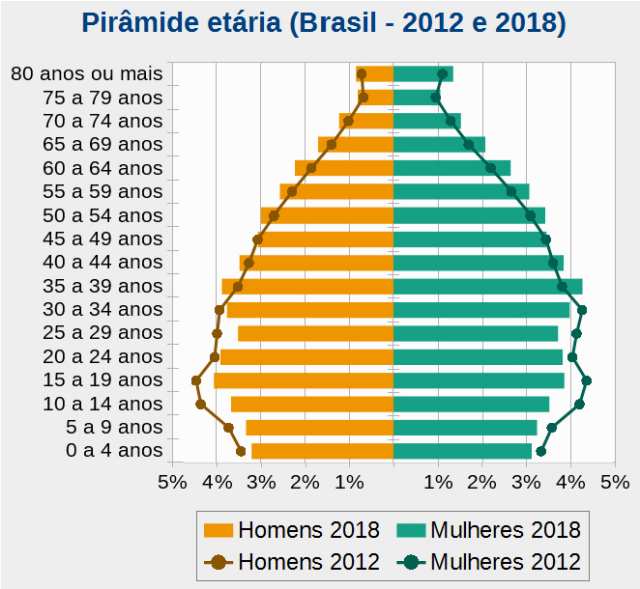


Figura 2 – Evolução da pirâmide populacional no Brasil entre os anos de 2012 a 2018, 2018.
Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio Contínua (PNAD Contínua), 2018.

As DCNT compõem as principais causas de morbimortalidade mundial, com 71% da taxa de óbitos globais, 15 milhões de mortes prematuras (indivíduos entre 30 a 70 anos) (WHO, 2018). Além disso, demandam a maior parte dos atendimentos em saúde, com gastos estimados de US$ 7 trilhões durante o período de 2011-2025 em

países de baixa e média renda, como é o caso do Brasil, devido ao círculo vicioso que estas doenças formam com a pobreza, impactando negativamente sobre o desenvolvimento macroeconômico destes países (AQUINO; et al, 2012; WHO, 2018).

Segundo Mendes, as DCNT englobam Diabetes Mellitus (DM); Doenças Cardiovasculares (DCV); cânceres; doenças respiratórias crônicas; doenças infecciosas persistentes; condições ligadas à maternidade e ao período perinatal; condições ligadas à manutenção da saúde por ciclos de vida; distúrbios mentais de longo prazo; deficiências físicas e estruturais contínuas; doenças metabólicas e doenças bucais (MENDES, 2012).

Logo, ao avaliar sua cronicidade, a gravidade das complicações e os meios necessários para controle das DCNT, compreende-se que estas deixam de ser apenas um recorte da etiopatogenia e passam a ser a forma como se estrutura a resposta social do sistema de saúde aos problemas e complexidades que estas requerem, tendo em vista que a condição crônica afeta indivíduo, família e sociedade. Diante disso, o tema foi posto em pauta durante as Reuniões de Alto Nível da Organização das Nações Unidas (ONU) em setembro de 2011 e em julho de 2014, com participação de representantes de governantes de países de todo o mundo, estando o governo brasileiro presente durante estes encontros (UN, 2011; UN, 2014).

Como resposta imediata às reuniões da ONU, o Ministério da Saúde (MS) elaborou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, 2011-2022, o qual estabeleceu metas e ações necessárias para a redução das taxas de mortalidade prematura por essas doenças em pelo menos, 2% ao ano, bem como a diminuição da prevalência de seus fatores de risco associados às mesmas (BRASIL, 2011).

Estudos analisaram dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada em 2013 e mostraram que 54 milhões de indivíduos (cerca de 45% da população adulta brasileira) relatam pelo menos uma DCNT, sendo mais prevalentes: a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (21,4%), depressão (7,6%), artrite (6,4%) e DM (6,2%) (MALTA; et al, 2015; THEME FILHA; et al, 2015). Além disso, outro estudo indica que as pessoas com DCNT usam de forma mais constante os serviços de saúde e apresentam, frequentemente, dificuldades para realizar suas atividades diárias (MALTA; et al, 2017).

Uma elevada prevalência de DCNT em comunidades de baixa renda foi identificada no mundo, sendo a pobreza um determinante social importante para tais

doenças (SMOLEN; et al, 2014; PEARCE; et al, 2015; MELO; et al, 2019; CONFORTIN; et al, 2019). Neste contexto, no Brasil, pesquisadores identificaram que a região nordeste possui uma das maiores taxas de DCNT, com uma magnitude de impacto em 75% dos casos, sendo um possível reflexo de condições de vida precária na região, bem como de acesso limitado aos serviços de saúde, não realizando a promoção e a prevenção das doenças e determinando mortes mais precoces e maior incidência de complicações (LEITE; et al, 2015).

Uma pesquisa realizada em território nacional identificou que a meta global de redução das taxas de mortalidade prematura pelas quatro principais DCNT em pelo menos 2% ao ano, conforme estipulado pelo Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, 2011-2022, está sendo alcançada na maioria dos estados brasileiros, exceto nos estados do Maranhão, Piauí e Amapá (CONFORTIN; et al, 2019).

Além disso, conforme aponta um estudo recente, existe a ocorrência de duas ou mais DCNT entre as pessoas em todas as capitais brasileiras, sendo que estas aparecem durante a transição da faixa etária adulta para a idosa, o que sugere que há necessidade de se acompanhar as características e o estilo de vida ao longo de toda a fase adulta estimulando os usuários à mudança de comportamento e adoção de um estilo de vida mais saudável, prevenindo ou minimizando as sequelas na faixa etária idosa em pessoas com hábitos não saudáveis (CHRISTOFOLETTI, et al; 2020).

Conforme exposto acima, existe necessidade de contextualizar o impacto causado individualmente pelos quatro maiores grupos de DCNT (DM, DCV, cânceres e doenças respiratórias crônicas) na sociedade, de forma a apresentar uma síntese de sua etiologia, epidemiologia, bem como os custos gerados aos serviços de saúde, a seguir.

- *Doenças Cardiovasculares*

Segundo a OPAS, as DCV englobam as doenças do coração e dos vasos sanguíneos, incluindo: doenças coronarianas; doenças cerebrovasculares; doenças arteriais periféricas; doenças cardíacas reumáticas; cardiopatias congênitas; Trombose Venosa Profunda (TVP) e embolia pulmonar (OPAS, 2017a). Ressalta-se que o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e o Acidente Vascular Cerebral (AVC) são exacerbações causadas por uma combinação de fatores de risco como, por exemplo, tabagismo, obesidade, sedentarismo, HAS, DM e dislipidemia (OPAS, 2017a).

As DCV são a principal causa de morte no mundo, resultando em um número de mortes maior do que por qualquer outra patologia ou grupo de patologias. Estima-se que 17,7 milhões de pessoas (com menos de 70 anos) morreram de forma prematura no mundo por DCV em 2015 (31% das taxas de morte em nível global) (OPAS, 2017a). Além disso, segundo dados da ONU, ainda mostram que dos óbitos tidos pelas DCV, cerca de 7,4 milhões foram causados pela doença coronária e 6,7 milhões por AVC (WHO, 2016).

No Brasil, as DCV são a primeira causa de morte, sendo, com isso, consideradas um grave problema de saúde pública nacional (BRASIL, 2016; MANSUR & FAVARATO, 2016a; MANSUR & FAVARATO, 2012). Além disso, são a terceira maior causa de internações no Sistema Único de Saúde (SUS), totalizando gastos em torno de 1,9 bilhões de reais (HUGUENIN; et al, 2016; DUNCAN; STEVENS; SCHMIDT, 2012).

Um estudo de 2017 concluiu que a mortalidade por DCV representa 28% do total de óbitos ocorridos no Brasil, atingindo 38% de pessoas na faixa etária produtiva (entre 18 a 65 anos) (SIQUEIRA; SIQUEIRA-FILHO; LAND, 2017). Todavia, ainda se tratando da regionalização do país, outro estudo indica que as regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste são as regiões do Brasil que possuem maiores coeficientes de mortalidade por DCV, devido ao baixo investimento em políticas de saúde pública de prevenção das DCV e condições socioeconômicas baixas (MANSUR & FAVARATO, 2016b).

- Diabetes Mellitus

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), o DM é um importante e crescente problema de saúde para todos os países do mundo, independentemente do seu grau de desenvolvimento, caracterizando-se como um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos, decorrente da falta ou incapacidade da insulina em exercer adequadamente seus efeitos no organismo. Estimava-se para o ano de 2017 que 424,9 milhões de pessoas com idade entre 20 a 79 anos no mundo possuíam a doença e que, até o ano de 2045, este número seja de 628,6 milhões de pessoas, considerando-se assim, que há uma epidemia global da doença (SBD, 2019).

No Brasil, um estudo analisou a prevalência de DM através da Pesquisa Dimensões Sociais das Desigualdades (PDSD), conduzido em 2008, e evidenciou que

a prevalência da doença em território nacional foi de 7,5%, estando associada a uma maior procura por serviços de saúde (FLOR & CAMPOS, 2017).

Neste contexto, o DM é responsável por 10,7% da mortalidade mundial por todas as causas, sendo maior do que a soma de todos os óbitos causados por doenças infecciosas (1,1 milhão por infecção do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), 1,8 milhão por tuberculose e 0,4 milhão por malária) (IDF, 2017).

Além disso, as complicações do DM categorizam-se em distúrbios micro e macrovasculares, resultando em retinopatia, nefropatia, neuropatia, doença coronariana, doença cerebrovascular e doença arterial periférica. O DM tem sido responsabilizado também por contribuir para agravos, direta ou indiretamente, no sistema musculoesquelético, no sistema digestório, na função cognitiva e na saúde mental, além de ser associado a diversos tipos de câncer (SBD, 2019).

O DM possui um enorme impacto econômico nos sistemas de saúde global. Isso decorre de maior utilização dos serviços de saúde, perda de produtividade e cuidados prolongados devido às suas complicações crônicas, como insuficiência renal, cegueira, problemas cardíacos e pé diabético (SBD, 2019). A maioria dos países gastam em torno de 5 a 20% de seu orçamento total da saúde devido à presença de DM entre seus cidadãos, sendo um importante desafio para os sistemas de saúde e um obstáculo para o desenvolvimento econômico sustentável dos países (IDF, 2017).

- *Cânceres*

O câncer é um dos principais problemas de saúde pública mundial, estando entre as quatro principais causas de morte prematura (antes dos 70 anos de idade) na maioria dos países (BRASIL, 2019). A mortalidade por câncer vem aumentando no mundo, em decorrência do crescimento e envelhecimento populacional avançado, bem como pela mudança na distribuição e na prevalência dos fatores de risco de câncer. Ocorre uma diminuição da incidência dos tipos de câncer associados a infecções, porém um aumento daqueles associados a hábitos não-saudáveis de vida (sedentarismo, alimentação inadequada, tabagismos, dentre outros) (BRAY, et al.; 2018).

Bray, et al, em seu recente levantamento (2018), aponta que, no mundo, ocorreram 18 milhões de casos novos de câncer e 9,6 milhões de óbitos, sendo que

o câncer de pulmão foi o mais incidente no mundo, afetando 2,1 milhões de pessoas, seguido pelo câncer de mama também com 2,1 milhões de pessoas afetadas, cólon e reto (1,8 milhão) e próstata (1,3 milhão). Em homens, os tipos de câncer mais frequentes foram: câncer de pulmão (14,5%), próstata (13,5%), cólon e reto (10,9%). Nas mulheres, as maiores incidências foram câncer de mama (24,2%), cólon e reto (9,5%), pulmão (8,4%) e colo do útero (6,6%) (BRAY, et al.; 2018).

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), em território nacional a estimativa de novos casos de todos os tipos de cânceres para homens em 2020 é de 309.750, sendo que, dentre eles, o principal é o câncer de próstata, com 65.840 novos casos, representando 29,2% do total, seguido de câncer de cólon e reto, com 20.540 novos casos (9,1%). Já a estimativa de novos casos por todos os tipos de cânceres para as mulheres é de 316.280, sendo o principal o câncer de mama, com 66.280, representando 29,7% do total, seguido também por câncer de cólon e reto, 20.470 novos casos (9,2%) (BRASIL, 2020).

Ainda segundo o INCA, em 2018, no Brasil, todos os tipos de cânceres causaram um total de 117.477 óbitos em homens, sendo que o câncer de traqueia, brônquios e pulmões foi o mais letal, responsável por 16.371 (13,9%) dos óbitos, seguido do câncer de próstata, responsável por 15.576 (13,3%) de todos os óbitos. Para as mulheres, também em 2018, todos os tipos de cânceres foram responsáveis por um total de 107.235 óbitos, sendo que o câncer de mama vitimou 17.572 (16,4%) de mulheres, seguido pelo câncer de traqueia, brônquios e pulmões, com 12.346 (11,5%) óbitos (BRASIL, 2020).

- Doenças Respiratórias Crônicas

As doenças respiratórias crônicas são doenças que acometem tanto as vias aéreas superiores como as inferiores e tendem a ser resultado de uma combinação de fatores genéticos, fisiológicos, ambientais e comportamentais. As doenças respiratórias crônicas que mais se destacam no cenário mundial são: asma, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), fibrose cística, alergias, hipertensão pulmonar, além das que podem se originar a partir de fatores ocupacionais, através da exposição a agentes nocivos. A maioria dessas doenças são evitáveis e incluem a asma, a rinite alérgica e a DPOC. (OPAS, 2017b).

As doenças respiratórias crônicas também representam um dos maiores problemas de saúde pública pois, no mundo, são responsáveis por 4,2 milhões de óbitos anuais e representam cerca de 7% da mortalidade global (SORIANO, et al; 2017; OPAS, 2017b), contribuindo de forma intensa com uma elevada carga de doença mundial. Porém, recebem menos atenção que os outros três grandes grupos de DCNT já citados nesta introdução (SORIANO, et al; 2017; BERAN, et al; 2015).

No que tange às doenças respiratórias crônicas, os serviços de saúde brasileiros, na maioria das vezes, focam restritamente ao tratamento sintomático das exacerbações, associando-se à subnotificação frequente dos diagnósticos dessas doenças e a falta de controle dos sintomas. Como consequência, eleva-se o número de internações desnecessárias, alta morbidade, visitas frequentes a serviços de urgência, além de recorrente absenteísmo no trabalho, resultando em um enorme custo econômico e social (BRASIL, 2010a).

Além disso, um estudo recente demonstra que os brasileiros mais pobres são aqueles menos diagnosticados com doenças respiratórias crônicas, utilizando menos medicamentos e precisando pagar para adquirir seus tratamentos, o que pode acarretar em gastos muito maiores com internações e empobrecimento devido à falta de livre acesso aos tratamentos (LEAL, et al; 2018).

Santos, et al, identificou que entre os anos de 2016 e 2018, houve 345.527 internações por DPOC no sistema de saúde brasileiro. Além disso, o estudo mostrou que os pacientes permaneceram internados por, em média, seis dias, o que resultou em gastos hospitalares de R$ 287.168.494,88 e uma taxa de mortalidade de 7,63 por mil habitantes (SANTOS; MARTINEZ; CORREIA, 2019).

2.2 Redes de Atenção à Saúde com enfoque na Rede de Atenção às Urgências e Emergências

Definem-se os sistemas de atenção à saúde como um conjunto de atividades cujo propósito primário é promover, restaurar e manter a saúde de uma determinada população, visando o alcance de um nível adequado de saúde, sendo distribuído de forma equitativa; garantindo proteção adequada dos riscos para a população; acolhimento humanizado; provisão de serviços seguros e efetivos, bem como a prestação de serviços eficientes (WHO, 2000).

No Brasil, o SUS se consolidou e se institucionalizou como um sistema de atenção à saúde na Constituição Federal de 1988, a partir de uma proposta de política pública debatida de forma ampla na sociedade, impulsionando-se pelo movimento sanitário da época. Trata-se de um experimento social que muda constantemente e diariamente prova sua eficácia, considerando seus avanços inquestionáveis, contribuindo não somente para o acesso, como também para os desfechos da atenção que são refletidos em seus indicadores (MENDES, 2011; OPAS, 2018).

Todavia, o SUS organiza-se, segundo suas normativas, em Atenção Primária à Saúde (APS), atenção de média e de alta complexidades, o que gera problemas de interpretação teóricos e operacionais, pois fundamenta-se num conceito de complexidade equivocado, que estabelece a APS como menos complexa do que a atenção nos níveis secundário e terciário. Este equívoco acarreta em banalização da atenção básica, bem como torna os pontos de atenção incomunicáveis entre eles, e que, por consequência, geram incapacidade de prestar uma atenção contínua à população (MENDES, 2011).

Historicamente, os casos de urgências e emergências sempre foram tratados em serviços de emergência e, além destes casos, possivelmente por conta de um déficit de conhecimento, comunicação entres os pontos de atenção e educação em saúde dos usuários, mesmo com todo o esforço do MS em tornar o SUS um sistema de saúde integrado, estes serviços acabam por atender casos clínicos não urgentes e funcionam como “portas de entrada”, 24 horas por dia. Em geral, a cultura imposta nestes serviços acarreta em superlotação, com operação acima de sua capacidade ideal e, consequentemente, baixa qualidade do cuidado prestado, além de sobrecarga de trabalho, déficit em RH e insatisfação profissional (O’DWYER; MATTA; PEPE, 2008; SANTOS; et al, 2017; SOUSA; et al, 2018).

Tendo em vista o crescente aumento da demanda de atendimentos nos serviços de emergência a partir da década de 2000, mesmo com forte investimento na APS para reeducar o acesso ao SUS, identificou-se a necessidade da criação de políticas para gerenciar os serviços de emergência. Com isso, em 2003 criou-se a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), priorizando a instituição do Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU) e criação das Unidade de Pronto Atendimento (UPA) (BRASIL, 2003).

A PNAU visava a reorganização dos serviços de emergência de forma a envolver todos os pontos de atenção à saúde, ou seja, estes serviços poderiam

continuar sendo porta de entrada do SUS, porém de forma a se comprometer a reordenar esses pacientes para o fluxo correto de atendimento, tendo como base a APS (BRASIL, 2003; GOMES, 2014; UCHIMURA; et al, 2015).

Ainda em 2003, o MS implanta a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão (PNH) do SUS, responsável por garantir a transversalidade, a inseparabilidade entre atenção e gestão e o protagonismo dos sujeitos e coletivos. A PNH deve se fazer presente e estar inserida em todas as políticas e programas do SUS, incluindo na PNAU (BRASIL, 2010b; LEITE; et al, 2018).

Posteriormente, em 2011, com enfoque nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) que, segundo Mendes (2008), são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde que se destinam a uma missão única de ofertar ação contínua e integral à população, bem como com a mudança da pirâmide populacional e o aumento das mortes por DCNT, além das mortes por causas externas como violência e traumas, o MS novamente identificou a necessidade de reorganizar as políticas envolvidas nestes serviços e publicou a Portaria nº 1.600, reformulando a PNAU e instituindo a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no SUS de modo a promover e assegurar a universalidade e integralidade da atenção, a equidade do acesso de modo rápido e efetivo e a organização da assistência; e, além disso, assegurar a transparência na alocação de recursos financeiros investidos e pactuados pelas três esferas de governo – federal, estadual e municipal (BRASIL, 2013a).

Nesta direção, elaborou-se um quadro que demonstra as principais diretrizes que nortearam e norteiam até os dias atuais a implementação da RUE.

Quadro 1 **–** Diretrizes nacionais norteadoras da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, 2013.

Universalidade, equidade e integralidade da atenção a todas as situações de urgência e emergência, incluindo as clínicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e as relacionadas às causas externas (traumatismos, violências e acidentes).
Ampliação do **acesso**, com acolhimento, aos casos agudos e em todos os pontos de atenção.
Formação de relações horizontais, articulação e integração entre os pontos de atenção, tendo a atenção básica como centro de **comunicação**.
Classificação de risco.
Regionalização da saúde e atuação territorial.
Regulação do acesso aos serviços de saúde.
Humanização da atenção, garantindo a efetividade de um **modelo centrado no usuário** e baseado nas suas necessidades de saúde.
Organização do processo de trabalho por intermédio de **equipes multidisciplinares.**
Práticas clínicas cuidadoras e baseadas na **gestão** de linhas de cuidado e estratégias prioritárias.
Qualificação da atenção e da gestão por meio do desenvolvimento de ações coordenadas e contínuas que busquem a **integralidade e longitudinalidade** do cuidado em saúde.
Institucionalização da prática de monitoramento e **avaliação**, por intermédio de **indicadores de processo, desempenho e resultado** que permitam avaliar e qualificar a atenção prestada.
Articulação **interfederativa** – governo federal, estadual e municipal.
Participação e controle social.
Coordenação e execução de projetos estratégicos de atendimento às necessidades de caráter urgente e transitório, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas vítimas.
Qualificação da assistência por meio da **educação permanente em saúde** para gestores e trabalhadores.

Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde. Manual instrutivo da RUE no SUS, 2013.

As palavras destacadas em negrito no Quadro 1 são premissas fundamentais no âmbito do SUS para se obter uma assistência de qualidade elevada. Além disso, como se trata de uma complexa rede de cuidados, é fundamental que todos os componentes, demonstrados a seguir na Figura 3, com a atenção básica sendo a componente base, atuem de forma interligada para que seja possível contemplar todas as diretrizes expostas no Quadro 1, reorganizando o fluxo de acesso dos usuários do serviço, de uma forma que não ocorra o uso inadequado e consequente superlotação dos serviços de emergência.

Figura 3 – Componentes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências e suas interfaces, Brasil, 2013.
Fonte: Ministério da Saúde. Manual instrutivo da RUE no SUS, 2013.

Todavia, mesmo com todos os esforços empregados pelo MS para tornar a assistência aos usuários do SUS integral e resolutiva, Mendes (2008) aponta para uma crise contemporânea nas RAS com sistemas fragmentados, sem comunicação entre si, estruturados para atender às condições agudas em detrimento das condições crônicas.

Assim, os serviços de emergência brasileiros atualmente ainda enfrentam problemas de estrutura física inadequada e tecnologia insuficientes, com déficit de equipamentos e materiais, RH com limitações e pouco qualificados para trabalhar neste nível de atenção à saúde (SOUSA; et al, 2018; GRIZZO, 2018). E isso acontece, como já citado, pelo aumento da violência e das DCNT, pelo aumento da densidade demográfica, uso indevido do dinheiro público e piora das condições de vida da população (COELHO; et al, 2010; ANTUNES; et al, 2018; BORSATO & CARVALHO, 2020).

Nesta perspectiva, a continuidade do cuidado nas RAS ainda é um desafio a ser superado no contexto brasileiro, principalmente ao se tratar do processo de alta hospitalar. Devido à sobrecarga de trabalho, bem como consequente superlotação dos serviços de emergência, como supracitado nesta introdução, a equipe multidisciplinar responsável pelo paciente não possui tempo hábil para o preparo de metas após sua alta destes serviços, o que dificulta o encaminhamento deste usuário para os demais pontos de atenção da rede (FONTANA; CHESANI; MENEZES, 2017; RICCI; ARAÚJO; SIMONETTI, 2016).

Outro fator importante a ser considerado neste momento é que, ao se analisar o cuidado prestado durante a internação em serviços de emergência, a principal

finalidade é a estabilização clínica deste paciente – em urgência imediata, de forma que, ao se passar à fase crítica, o processo de alta hospitalar e continuidade do cuidado nas RAS acaba sendo considerado baixa prioridade na visão da equipe multidisciplinar, causado novamente pela sobrecarga de trabalho atribuído a estes profissionais. Portanto, considera-se que a principal preocupação dos profissionais alocados em serviços de emergência acaba sendo a forma com a qual o paciente adentra no serviço e não a forma como ele irá sair deste serviço (TAYLOR; RUSH; ROBINSON, 2015).

2.3 Transição do Cuidado

Frente à exposição da magnitude das DCNT e do impacto causado pelo aumento destas nas RAS, principalmente ao se tratar dos serviços de emergência, bem como com as recentes mudanças na configuração dos modelos de atenção no Brasil, encontramos na transição do cuidado – apesar de ser um tema de discussão recente em território nacional, sendo muitas vezes, confundido equivocadamente com os termos “referência e contrarreferência” – respaldo de boa parte das demandas no que concerne à coordenação e integração destes usuários entre os pontos de atenção, visando a continuidade e integralidade do cuidado nas RAS.

O sistema de referência e contrarreferência constitui-se de um mecanismo administrativo que visa à articulação entre os serviços, sendo que se define por referência o trânsito do nível menor para o de maior complexidade na rede. Inversamente, a contrarreferência compreende o trânsito do nível de maior para o de menor complexidade na rede (WITT, 1992), enquanto que a transição do cuidado é definida como um conjunto de ações destinadas a assegurar a coordenação e a continuidade dos cuidados de saúde na transferência de pacientes entre estes diferentes serviços (ou pontos) de saúde ou entre as diferentes unidades dentro de um mesmo serviço de saúde, de forma a abranger paciente, familiares, profissionais, indo além de documentos oficiais (COLEMAN & BOULT, 2007).

A transição do cuidado engloba um intervalo de tempo que se inicia com a preparação do indivíduo para alta de um determinado serviço de saúde e conclui-se quando ele é recebido no próximo serviço, envolvendo desde o planejamento da alta e a educação em saúde do paciente e de seus familiares, bem como a organização

logística, a articulação dos serviços de saúde responsáveis pelo cuidado daquele usuário e a comunicação entre profissionais atuantes neste processo de transição (COLEMAN & BOULT, 2007).

A estrutura do processo de intervenção da transição do cuidado é composta de duas bases: um registro adequado de elementos essenciais de cuidados para facilitar uma comunicação efetiva entre profissionais e pacientes e apoiar a autogestão das suas condições de saúde. Assim, a transição do cuidado promove suporte e conhecimento sobre os pacientes, no momento em que se movem de um nível de cuidado para outro (THE CARE TRANSITIONS PROGRAM, 2009).

Para que essa transição seja feita de forma segura e eficiente são necessários quatro pilares fundamentais, os quais compõem áreas conceituais de intervenção desse cuidado: 1) a autogestão de medicação, fundamentada especialmente no conhecimento do esquema medicamentoso; 2) um registro adequado de informações de saúde, tanto individual quanto o realizado por profissionais que conduzirão o paciente nessa transição; 3) preparação do paciente para dar seguimento de seus cuidados com a APS ou especialista e 4) conhecimento de sinais de alerta ou sinais iniciais que podem indicar uma piora da situação de saúde (THE CARE TRANSITIONS PROGRAM, 2009).

Um estudo, no qual foi realizada uma ampla revisão de literatura, descreve os 10 componentes fundamentais para que ocorra uma transição do cuidado ideal, de forma a criar uma ponte (Figura 4) que representa o processo pelo qual os pacientes percorrem de um serviço para outro. Os componentes que compõem a ponte possibilitam a identificação de problemas e podem vir a guiar o planejamento de intervenções para aquele usuário. Assim, segundo os autores, a falta de qualquer um destes componentes vem a enfraquecer a ponte, resultando em falhas no cuidado e consequente comprometimento do processo de transição. Portanto, quanto mais componentes a ponte possuir, mais efetiva terá sido a transição do cuidado (BURKE; et al, 2013)

Figura 4 – Principais componentes para a realização de uma transição do cuidado ideal.
Fonte: Acosta, 2016. Adaptado de Burke; et al, 2013.

Estudos foram desenvolvidos por mais de 20 anos, mostrando que uma transição do cuidado efetiva reduz o número de readmissões por internações sensíveis à APS, melhora das condições gerais de saúde dos indivíduos, aumento da satisfação do usuário e diminuição drástica de custos para os sistemas de saúde. As intervenções e cuidados iniciam-se no âmbito hospitalar, com objetivo de empoderar, instrumentalizar os usuários com doenças crônicas para o autocuidado, facilitar a comunicação das informações de saúde entre profissionais de diferentes pontos de atenção e, principalmente, entre usuários e profissionais, desejando-se ao final promover um cuidado integral, eliminando fragmentações e descontinuidades entre os pontos de atenção (NAYLOR, et al; 2011).

Ainda, à medida que os pacientes se preparam para percorrer do hospital para outros pontos de atenção da rede, a falta de preparo adequado para a alta pode levar a readmissões hospitalares caras e desnecessárias, eventos adversos evitáveis e erros relacionados a medicamentos. Um estudo revelou que em 2008 quase um quinto de beneficiários de um plano de saúde americano tiveram uma readmissão hospitalar não planejada dentro de 30 dias após a alta, que juntos totalizaram quase 15 bilhões de dólares, sendo que mais de 75% dessas readmissões (12 bilhões de dólares) eram potencialmente evitáveis (KANAK; et al, 2008; HANSEN; et al, 2011).

Revisão de Literatura

3. REVISÃO DE LITERATURA

Com a finalidade de conhecer o que a literatura científica já produziu a respeito da temática, bem como fortalecer o referencial teórico deste estudo, foi realizada uma revisão narrativa em bases de dados eletrônicas nacionais e internacionais.

A técnica de revisão narrativa é amplamente utilizada e apropriada para se detalhar o desenvolvimento ou o "estado da arte" de um determinado assunto, sob ponto de vista teórico ou contextual. Usualmente, as revisões narrativas não informam as fontes de informação utilizadas, a metodologia para busca, nem os critérios utilizados na avaliação e seleção dos trabalhos. Constituem-se, basicamente, de análise da literatura publicada em livros, artigos de revista impressas e/ou eletrônicas na interpretação e análise crítica pessoal do autor, de forma a favorecer o levantamento de questões e na aquisição e atualização do referido conhecimento (GRANT & BOOTH, 2009; ROTHER, 2007).

Estabeleceu-se a seguinte pergunta norteadora: “Quais os conhecimentos produzidos acerca da transição do cuidado do hospital para o domicílio de usuários adultos com doenças crônicas, abordadas na rede de artigos científicos internacionais?”.

Para a realização das buscas nas bases de dados foram utilizados, de forma articulada, vocabulários padronizados pela *Medical Subject Heading* (MeSH) e seus equivalentes, padronizados pelos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), sendo estes: Cuidado Transicional e seus respectivos similares em inglês e espanhol (*Transitional Care* e Cuidado de *Transicíon*); Alta do Paciente e seus respectivos similares em inglês e espanhol (*Patient Discharge* e Alta *del* Paciente) e Doença Crônica e seus respectivos similares em inglês e espanhol (*Chronic Disease* e *Enfermedad Crónica*); bem como de palavras-chave, sendo estas: *Qualified Hospital Discharge* (Alta Hospitalar Qualificada); *Continuity of Care* (Continuidade do Cuidado); *Care Transition* (Transição do Cuidado) e *Care Coordination* (Coordenação do Cuidado).

Os critérios de inclusão dos estudos foram: artigos em português, inglês e espanhol relacionados à temática e publicados na íntegra, no período de 2002 a 2020. Ressalta-se que a delimitação de corte temporal para a presente revisão foi estabelecida tendo em vista o ano das primeiras publicações científicas sobre a transição do cuidado, desenvolvidas por Coleman e colaboradores, a partir do ano de

2002. Os critérios de exclusão contemplaram: teses, dissertações, notas editoriais, trabalhos publicados em eventos, impossibilidade de acesso ao texto na íntegra e artigos duplicados em bases.

A revisão de literatura foi realizada durante o mês de fevereiro de 2020, nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *National Center for Biotechology Information, US National Library of Medicine* (PubMed) e *Cumulative Index to Nursing and Allied Health* (CINAHL). Para as buscas foram realizadas as seguintes combinações de descritores e palavras-chave:

1. (Transitional Care) AND (Patient Discharge) AND (Chronic Disease);
2. (Transitional Care) AND (Chronic Disease) AND (Qualified Hospital Discharge);
3. (Transitional Care) AND (Patient Discharge) AND ((Care Transition) OR (Care Coordination) OR (Continuity of Care));
4. (Transitional Care) AND (Qualified Hospital Discharge) AND ((Care Transition) OR (Care Coordination) OR (Continuity of Care));
5. (Transitional Care) AND (Chronic Disease) AND ((Care Transition) OR (Care Coordination) OR (Continuity of Care)).

Para melhor entendimento, a Figura 5 mostra o caminho percorrido na revisão de literatura.

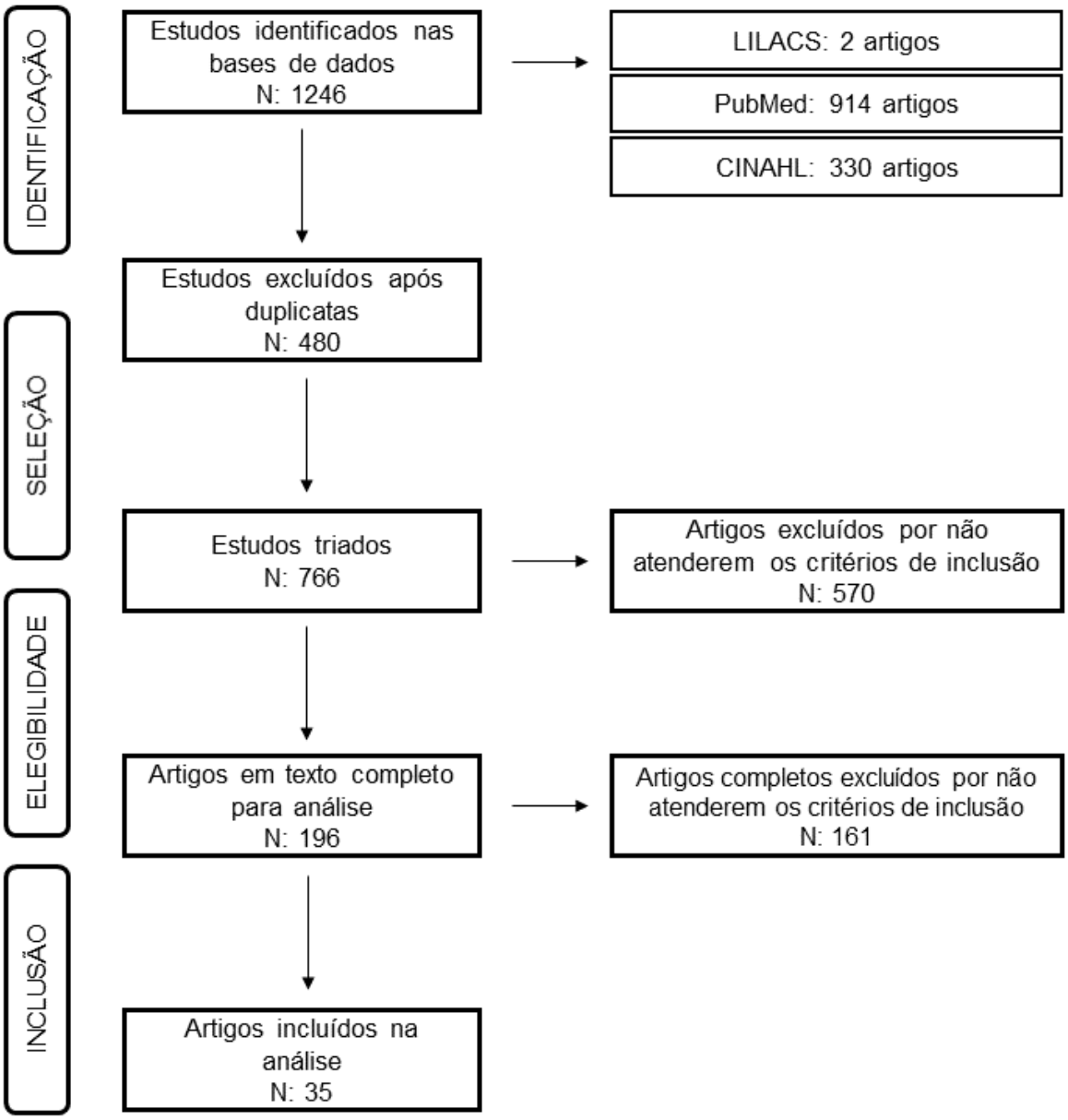


Figura 5 – Processo de seleção dos artigos contemplados na revisão de literatura científica do presente estudo, Ribeirão Preto, 2020.
Fonte: Criação da autora, adaptado de MOHER; et al, 2015.

Após leitura crítica e com a finalidade de apresentar uma melhor compreensão de como o tema está sendo estudado na literatura científica, elaborou-se o Quadro 2, o qual contempla os principais achados dos 35 artigos selecionados para esta revisão, em ordem de publicação do artigo, sendo do documento mais recente para o mais antigo.

Quadro 2 – Apresentação dos artigos contemplados na revisão de literatura, segundo título, autores, periódicos, delineamento do estudo, objetivos e desfechos para a transição do cuidado, Ribeirão Preto, 2020.

(Continua)

Nº	Título/Autor	Revista/Ano	Delineamento do Estudo/Local	Objetivos	Desfechos
1	A transição do cuidado às condições crônicas face ao planejamento municipal regionalizado. Pena; et al.	Revista Gaúcha de Enfermagem, 2020.	Trata-se de um estudo exploratório de abordagem qualitativa realizado entre o segundo semestre de 2014 e o primeiro semestre de 2015, em uma Região em Saúde do Rio Grande do Sul junto aos Coordenadores da APS.	Analisar as possibilidades da transição do cuidado diante da problemática do adoecimento crônico face à necessidade do planejamento municipal regionalizado.	O estudo evidenciou a persistência de entraves que afetam a atenção em saúde às DCNT e se refletem na trajetória do usuário entre os serviços de saúde, fragilizando o processo da transição do cuidado, através das seguintes categorias temáticas: “A relação entre os municípios da Região em Saúde e o planejamento em saúde”, “Fluxo Organizacional de atendimento ao adoecido crônico” e “A gestão do cuidado na rede de atenção: o movimento de atender a demanda dos adoecidos crônicos”.
2	Transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas na alta da emergência para o domicílio. Acosta; et al.	Revista Gaúcha de Enfermagem, 2020.	Trata-se de um estudo epidemiológico observacional transversal, realizado em serviço de emergência de hospital no Sul do Brasil com 117 pacientes e 81 cuidadores, através da aplicação, por telefone, do instrumento *Care Transitions Measure,* entre os meses de abril e julho de 2015.	Avaliar a qualidade da transição do cuidado de pacientes com DCNT na alta do serviço de emergência para o domicílio.	O estudo evidenciou a necessidade de adoção de estratégias para melhorar o processo de alta da emergência e a continuidade do cuidado de portadores de DCNT, tendo em vista que 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.

(Continua)

Nº	Título/Autor	Revista/Ano	Delineamento do Estudo/Local	Objetivos	Desfechos
3	Geriatric Emergency Department Innovations: The Impact of Transitional Care Nurses on 30-day Readmissions for Older Adults. Dresden; et al.	*Academic Emergency Medicine*, 2020.	Trata-se de um estudo de coorte prospectiva de pacientes com idade igual ou superior a 65 anos com uma consulta dentro de 30 dias da alta hospitalar. A regressão logística foi usada para estimar o efeito incremental médio da intervenção dos enfermeiros de transição do cuidado sobre o risco de readmissão dentro de 30 dias da alta anterior.	Avaliar a associação entre os cuidados realizados por enfermeiros de transição do cuidado e a readmissão hospitalar de pacientes geriátricos dentro de 30 dias da alta anterior.	O estudo evidenciou que os cuidados de enfermagem da transição do cuidado após hospitalização foram associados à diminuição da readmissão de idosos no departamento de emergência, em dois dos três hospitais estudados, com redução sustentada para toda a janela de readmissão de 30 dias em um hospital. Intervenções dos enfermeiros de transição no departamento de emergência podem diminuir as readmissões para pacientes geriátricos. No entanto, esses resultados podem depender da implementação do programa e da disponibilidade de recursos humanos, hospitalares e locais para isso.
4	A continuidade do cuidado de enfermagem hospitalar para a Atenção Primária à Saúde na Espanha. Costa; et al.	Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2019.	Trata-se de um estudo exploratório de abordagem qualitativa, realizado com 19 enfermeiras de ligação, em Barcelona e Madrid, através de um questionário online com perguntas abertas e fechadas sobre o perfil, avaliação do paciente, recursos e serviços hospitalares para a continuidade do cuidado, plano de alta, comunicação da enfermeira hospitalar e da APS.	Conhecer o perfil e as atividades realizadas pelas enfermeiras de ligação para a continuidade dos cuidados da APS, na Espanha.	O estudo evidenciou que os enfermeiros da Espanha realizam a continuidade do cuidado em atenção primária à saúde, em que suas atividades abrangem a disponibilidade de recursos e experiência no gerenciamento do cuidado de pacientes complexos e familiares.

(Continua)

Nº	Título/Autor	Revista/Ano	Delineamento do Estudo/Local	Objetivos	Desfechos
5	Cuidados de transição hospitalar à pessoa idosa: revisão integrativa. Menezes; et al.	Revista Brasileira de Enfermagem, 2019.	Trata-se de uma revisão integrativa, nas bases de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), PubMed, LILACS, Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Index Psicologia e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), entre 2013 e 2017.	Identificar evidências da produção científica sobre os cuidados de transição hospitalar prestado à pessoa idosa.	O estudo evidenciou que os cuidados de transição podem evitar rehospitalizações, à medida que permitem a reabilitação, promoção e cura de enfermidades na pessoa idosa. Além disso, os cuidados transicionais implicam na melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa, sendo necessários profissionais de saúde habilitados e que envolvam a família através de comunicação acessível.
6	A transition care coordinator model reduces hospital readmissions and costs. Kripalani; et al.	*Contemporary Clinical Trials*, 2019.	Trata-se de um estudo de avaliação quase-experimental, realizado entre 2013 a 2015, que comparou os resultados da *Transition Care Coordinator* (TCC) com o cuidado usual, controlando comorbidades e características sociodemográficas, risco de readmissão e fatores administrativos, com 7038 pacientes hospitalizados com pneumonia, Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) ou DPOC.	Avaliar duas formas de intervenção de cuidados de transição com múltiplos componentes e baseada em evidências.	O estudo examinou 762 internações com o TCC e 6276 com cuidado usual. As internações com TCC apresentaram chances significativamente menores de readmissão em 30 e 90 dias. Os custos ajustados foram significativamente mais baixos aos 30 dias e 90 dias. O efeito foi semelhante se os pacientes receberam intervenção total ou parcial. Uma intervenção multicomponente baseada em evidências, fornecida por enfermeiros responsáveis pela TCC, reduziu as readmissões de 30 e 90 dias e os custos associados aos cuidados de saúde. Intervenções de menor intensidade realizadas por telefone após a alta podem ter eficácia semelhante aos programas hospitalares.

(Continua)

Nº	Título/Autor	Revista/Ano	Delineamento do Estudo/Local	Objetivos	Desfechos
7	Transitional care and empowerment of the older adult. Lenaghan.	*Geriatric Nursing*, 2019.	Por meio da interação individualizada com uma enfermeira de clínica avançada, uma amostra de 25 pacientes idosos foi incentivada a adquirir o conhecimento e a confiança para defender suas necessidades após a alta de uma unidade de cuidados subagudos.	Determinar se uma intervenção de transição individualizada melhoraria a capacitação do paciente 30 dias após a alta hospitalar após uma doença aguda.	O estudo forneceu evidências para apoiar os benefícios dos cuidados de transição no aprimoramento do empoderamento dos pacientes. Os dados gerados por este estudo serão adicionados ao corpo de evidências existentes sobre cuidados de transição.
8	Discharge from hospital – a national survey of transition to out-patient care. Åhsberg.	*Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2019.	Os dados foram obtidos de registros nacionais de pacientes que receberam alta hospitalar em 2014, na Suécia, com autorização do setor público e contemplados por uma revisão sistemática da literatura.	Identificar desafios e oportunidades na transição de pacientes entre hospitais e atendimento ambulatorial.	O estudo evidenciou que 1.121.823 pessoas receberam alta de hospitais suecos em 2014. Dentre eles, 334.420 (30%) precisavam de mais cuidados médicos ambulatoriais, enquanto 221.221 (20%) precisavam de serviços sociais. Além disso, 53.763 (5%) precisavam de assistência médica e serviços sociais. Principalmente mulheres com 80 anos ou mais (48%), foram readmitidas no hospital dentro de 30 dias após a alta. Os principais desafios relatados na transição foram: número decrescente de leitos em hospitais e asilos, falta de pessoal com educação adequada e problemas na transferência de informações entre os cuidadores. Portanto, intervenções com múltiplos componentes na alta, incluindo acompanhamento após a alta, podem impedir readmissões não intencionais.

(Continua)

Nº	Título/Autor	Revista/Ano	Delineamento do Estudo/Local	Objetivos	Desfechos
9	Transitional Care Outcomes in Veterans Receiving Post-Acute Care in a Skilled Nursing Facility. Burke; et al.	*Journal of the American Geriatrics Society*, 2019.	Trata-se de um estudo observacional retrospectivo usando o arquivo de histórico residencial de 2012 a 2014, que analisa dados de empresas de seguro dos veteranos (de guerra) que passaram por atendimento.	Medir os resultados adversos da transição do hospital de veteranos (de guerra) e do hospital de não veteranos (de guerra) para instalações de enfermagem especializadas.	O estudo evidenciou que a maioria das transições hospitalares para instalações de enfermagem especializadas ocorre em hospitais de não veteranos, embora os resultados adversos dos cuidados de transição sejam mais baixos dentro dos hospitais de veteranos. Essas descobertas levantam questões importantes sobre o papel do hospital de veteranos como prestador de cuidados pós-agudos nas instalações de enfermagem especializadas.
10	Qualidade da transição do cuidado e sua associação com a readmissão hospitalar. Weber; et al.	*Aquichan*, 2019.	Trata-se de um estudo epidemiológico transversal com 210 pacientes com DCNT que tiveram alta de um hospital no Sul do Brasil. Utilizou-se o instrumento CTM-15, por meio de contato telefônico e, para identificar as readmissões em até 30 dias, consultou-se o sistema de gestão hospitalar.	Avaliar a qualidade da transição do cuidado de pacientes com DCNT e verificar sua associação com a readmissão hospitalar em até 30 dias após a alta.	O estudo evidenciou que a qualidade da transição do cuidado de DCNT de unidades de internação clínica para o domicílio apresentou um escore satisfatório. Entretanto, não foi verificada associação entre a qualidade da transição do cuidado e a readmissão hospitalar em até 30 dias após a alta.

(Continua)

Nº	Título/Autor	Revista/Ano	Delineamento do Estudo/Local	Objetivos	Desfechos
11	Estratégias de transição de cuidados nos países latino-americanos: uma revisão integrativa. Lima; et al.	Revista Gaúcha de Enfermagem, 2018.	Trata-se de uma revisão integrativa da literatura que incluiu estudos indexados nas bases de dados PubMed, LILACS, *Web of Science*, CINAHL, SCOPUS e SciELO, publicados em português, espanhol ou inglês, entre 2010 e 2017.	Identificar a literatura disponível sobre estratégias de transição do cuidado entre pontos de atenção à saúde em países da América Latina.	As estratégias foram agrupadas em componentes da transição do cuidado: planejamento de alta, planejamento antecipado de cuidados, educação do paciente e promoção do autogerenciamento, segurança da medicação, comunicação completa das informações e acompanhamento ambulatorial. Porém, geralmente, essas estratégias são iniciadas muito próximas da alta do paciente, diferindo das recomendações de programas e modelos de transição do cuidado, que sugerem a implementação de estratégias desde o momento da admissão até a alta.
12	Transitional care interventions reduce unplanned hospital readmissions in high-risk older adults. Finlayson, et al.	BMC *Health Services Research*, 2018.	Trata-se de um estudo controlado e randomizado em quatro grupos: atendimento padrão, programa de exercícios, visita domiciliar por enfermeiro e acompanhamento por telefone (N-HaT), com 222 participantes, em dois hospitais na Austrália. A sociodemografia, a saúde e a capacidade funcional foram avaliadas no início, 28 dias, 12 semanas e 24 semanas.	Avaliar a eficácia comparativa de intervenções de transição do cuidado em readmissões hospitalares não planejadas dentro de 28 dias, 12 semanas e 24 semanas após a alta hospitalar.	Os participantes do grupo N-HaT tiveram 2,6 vezes uma probabilidade significativamente menor de ter uma readmissão não planejada 28 dias após a alta; 2,63 vezes menos chances de ter uma readmissão não planejada nas 12 semanas após a alta. Às 24 semanas após a alta, não houve diferenças significativas entre os grupos. As intervenções de transição do cuidado multifacetados em ambientes hospitalares e comunitários são benéficas, com taxas mais baixas de readmissão hospitalar observadas naqueles que recebem mais componentes de intervenção de transição, embora apenas nas primeiras 12 semanas.

(Continua)

Nº	Título/Autor	Revista/Ano	Delineamento do Estudo/Local	Objetivos	Desfechos
13	Cost impact of the transitional care model for hospitalized cognitively impaired older adults. Pauly; et al.	*Journal of Comparative Effectiveness Research*, 2018.	Um total de 202 idosos hospitalizados na Pensilvânia nos Estados Unidos da América (EUA), com comprometimento cognitivo receberam intervenções através de três modelos: *Augmented Standard Care, Resource Nurse Care or the Transitional Care Model,* por 30 e 180 dias.	Comparar os custos de cuidados pós-agudos de três intervenções de gerenciamento de cuidados.	O estudo evidenciou que o *Transitional Care Model* teve custos significativamente mais baixos do que o grupo de *Augmented Standard Care* em ambas as análises (30 e 180 dias) e custos significativamente mais baixos do que o *Resource Nurse Care* aos 30 dias. Esses achados sugerem que o *Transitional Care Model* pode reduzir tanto a quantidade de outros cuidados pós-agudos quanto o custo total dos cuidados em comparação com serviços alternativos para idosos com problemas cognitivos.
14	Adaptations of the evidence-based Transitional Care Model in the U.S. Naylor; et al.	Social *Science & Medicine*, 2018.	Guiados pelo Sistema de Adaptações de Classificação da Stirman, levantou-se 582 estudos clínicos de cuidados de transição em sistemas de saúde e organizações comunitárias, nos EUA, entre setembro de 2014 e janeiro de 2015. Foram realizadas entrevistas com 24 participantes da pesquisa, entre abril e dezembro de 2015.	Descrever e classificar adaptações locais comuns do CTM.	O estudo evidenciou que um total de 342 participantes da pesquisa (59%) relatou a implementação do CTM em organizações distintas. Desse grupo, 96% relataram uma média de 4,4 adaptações aos 10 componentes do CTM. As três principais adaptações relatadas, todas relacionadas ao contexto (ou seja, prestação de serviços do hospital para o domicílio, dependência de enfermeiras com prática avançada e promoção da continuidade do cuidado) foram modificadas por um conjunto diversificado de razões. Os resultados reforçam a necessidade de investimento em ciência da adaptação e sugerem hipóteses para orientar o exame rigoroso da associação entre adaptações dos componentes do CTM e os resultados desejados.

(Continua)

Nº	Título/Autor	Revista/Ano	Delineamento do Estudo/Local	Objetivos	Desfechos
15	Transição do cuidado do hospital para o domicílio: revisão integrativa. Weber; et al.	*Cogitare* Enfermagem, 2017.	Trata-se de revisão integrativa, realizada em agosto de 2015, mediante busca nas bases de dados PubMed, Cinahl, Web of Science, SCOPUS e Lilacs.	Identificar atividades dos enfermeiros na transição do cuidado do hospital para o domicílio a partir de evidências na literatura.	O estudo evidenciou cinco categorias temáticas com as principais atividades dos enfermeiros na transição do cuidado: planejamento de cuidados para a alta; auxílio na reabilitação social; educação em saúde; articulação com os demais serviços; acompanhamento pós-alta. Com isso, há a necessidade de aprimoramento das práticas assistenciais e organização da coordenação do cuidado com foco na transição do hospital para o domicílio.
16	Connect-Home: Transitional Care of Skilled Nursing Facility Patients and their Caregivers. Toles; et al.	*Journal of the American Geriatrics Society*, 2017.	Trata-se de um estudo piloto não randomizado e historicamente controlado, realizado em 3 hospitais dos EUA com 173 pacientes e seus respectivos cuidadores.	Determinar a viabilidade e relevância da intervenção transicional de idosos do hospital para instalações de enfermagem e comparar a prontidão para a alta entre estas.	O estudo evidenciou que a intervenção Connect-Home se constituiu de ferramentas e treinamento para a equipe que fornece cuidados de transição para os pares de pacientes e cuidadores, sendo viável e relevante para a equipe (ou seja, 96,9% do pessoal recomenda o uso de intervenções no futuro). Os participantes que faziam parte do grupo de intervenção, quando comparados ao outro grupo, estavam mais preparados para a alta.

(Continua)

Nº	Título/Autor	Revista/Ano	Delineamento do Estudo/Local	Objetivos	Desfechos
17	Components of Comprehensive and Effective Transitional Care. Naylor; et al.	*Journal of the American Geriatrics Society*, 2017.	Trata-se de um levantamento dos principais componentes da transição do cuidado realizado com pacientes com alto risco de maus resultados pós-hospitalização, múltiplas condições crônicas; comprometimento cognitivo; baixa alfabetização em saúde; baixo nível socioeconômico; e residentes na área rural, bem como cuidadores desses pacientes, definidos como membros da família, parceiros, amigos ou vizinhos que fornecem apoio não remunerado.	Identificar os componentes da transição do cuidado que produzem os resultados desejados para o paciente e cuidador.	O estudo evidenciou oito componentes de transição do cuidado: envolvimento do paciente, envolvimento do cuidador, gerenciamento de complexidade e medicamentos, educação do paciente, educação do cuidador, bem-estar do paciente e do cuidador, continuidade do cuidado e responsabilidade. Embora o grau de atenção dada a cada componente varie com base nas necessidades específicas dos pacientes e cuidadores, os sistemas de saúde precisam abordar todos os componentes para garantir a transição do cuidado ideal para todos.
18	A Perfect Storm: Care Transitions for Vulnerable Older Adults Discharged Home from the Emergency Department Without a Hospital Admission. Cadogan, Phillips, Ziminski.	*The Gerontologist*, 2016.	Trata-se de um estudo qualitativo, realizado em uma emergência da Califórnia (EUA), em 2015, utilizando uma abordagem de teoria fundamentada para analisar dados de 9 grupos focais conduzidos com a equipe (enfermagem, medicina, farmácia, serviço social e fisioterapia).	Descrever, a partir das perspectivas dos servidores de uma emergência, fatores que influenciam a qualidade e segurança de transições para casa da emergência para idosos vulneráveis.	Cinco conceitos contribuem para a percepção da qualidade e segurança da transição do cuidado: natureza das condições geriátricas, o conhecimento do servidor, o conhecimento do usuário, recursos da emergência e as falhas do sistema de assistência médica. Ressalta-se que, idosos que receberam alta do serviço de emergência sem uma internação hospitalar são um grupo cada vez mais importante, porém pouco estudado, dentro da literatura sobre transição do cuidado, pois, as características específicas dos cuidados de emergência exigem uma nova abordagem.

(Continua)

Nº	Título/Autor	Revista/Ano	Delineamento do Estudo/Local	Objetivos	Desfechos
19	Comprehensive Geriatric Assessment and Transitional Care in Acutely Hospitalized Patients: The Transitional Care Bridge Randomized Clinical Trial. Buurman; et al.	*JAMA International Medicine*, 2016.	Trata-se de um ensaio clínico randomizado, duplo-cego e multicêntrico, conduzido em 3 hospitais na Holanda entre 2010 e 2014, com idosos que foram internados por pelo menos 48h com uma pontuação de 2 ou mais no Escore de Identificação de Idosos Hospitalizados em Riscos, e randomizados com blocos permutados estratificados por local de estudo e escore do Mini-Exame do Estado Mental.	Testar se uma intervenção sistemática da Avaliação Geriátrica Abrangente (CGA), seguida pelo programa de transição do cuidado, melhorou as Atividades de Vida Diária (ADLs) de idosos, em comparação com a sistemática da CGA.	O estudo evidenciou que a intervenção do programa de transição do cuidado foi iniciada durante a hospitalização por uma visita de um enfermeiro de cuidados comunitários e continuou após a alta com visitas domiciliares em 2 dias e em 2, 6, 12 e 24 semanas. Os enfermeiros aplicaram o plano de tratamento, sendo o principal resultado da intervenção a diminuição do Índice de Katz da ADL aos 6 meses em comparação com 2 semanas antes da admissão. Os desfechos secundários relevantes foram mortalidade, funcionamento cognitivo, tempo para readmissão hospitalar e o tempo para alta de um lar de idosos.
20	A systematic review of transitional-care strategies to reduce rehospitalization in patients with heart failure Albert.	*Heart & Lung*, 2016.	Trata-se de uma revisão sistemática da literatura de estudos indexados nas bases de dados PubMed, Google Scholar, MEDLINE, CINAHL, EMBASE, and the Cochrane Library, entre 1990 a 2015.	Avaliar os modelos de transição do cuidado existentes e identificar temas comuns que possam minimizar a exacerbação e a reinternação e melhorar a qualidade de vida de pacientes com ICC.	O estudo evidenciou as maneiras pelas quais os prestadores de cuidados de saúde podem implementar a transição do cuidado baseados em temas, incluindo o fornecimento de habilidade e serviços práticos para pacientes e cuidadores, bem como promover conhecimento e envolvimento no autocuidado e estimular a comunicação ativa com os prestadores de cuidados de saúde.

(Continua)

Nº	Título/Autor	Revista/Ano	Delineamento do Estudo/Local	Objetivos	Desfechos
21	Transitional care clinics for follow-up and primary care linkage for patients discharged from the ED. Elliott, et al.	*American Journal of Emergency Medicine*, 2016.	Estudo retrospectivo com 660 pacientes amostrados aleatoriamente, com agendamento marcado para uma clínica de cuidados de transição TCC no momento da alta da emergência. Regressão logística múltipla foi usada para determinar os fatores associados à conclusão do acompanhamento e subsequente utilização do pronto atendimento.	Avaliar os fatores associados à conclusão do acompanhamento das clínicas de cuidados de transição e caracterização do uso subsequente do uso dos pronto-atendimentos.	O estudo evidenciou que as clínicas de cuidados de transição representam uma estratégia promissora para melhorar a continuidade do atendimento a pacientes de emergência e podem reduzir o uso desnecessário de pronto atendimento.
22	Reducing Preventable Hospitalizations with Two Models of Transitional Care. Morrison, Palumbo, Rambur.	*Journal of Nursing Scholarship*, 2016.	Trata-se de um estudo de coorte retrospectivo comparando o número de consultas de emergência e hospitalizações nos 120 dias antes e após a intervenção para pacientes inscritos em cada programa de cuidados transicionais.	Descrever as abordagens e os resultados de dois programas distintos de cuidados transicionais que atendem diferentes populações.	Ambos os programas de transição têm valor na diminuição das rehospitalizações. A intervenção também reduziu significativamente as visitas de emergência para a população-alvo. Mais estudos são necessários para permitir uma melhor compreensão da força de trabalho da saúde para melhorar os resultados dos cuidados de transição. Há a necessidade de estudos para examinar as economias de custo dos programas.

(Continua)

Nº	Título/Autor	Revista/Ano	Delineamento do Estudo/Local	Objetivos	Desfechos
23	Effectiveness of a transitional home care program in reducing acute hospital utilization: a quasi-experimental study. Low; et al.	*BMC Health Services Research*, 2015.	Trata-se de um estudo quase experimental usando um projeto pré/pós um programa de transição do cuidado, em Singapura, com 262 pacientes atendidos na UE e inscritos no programa de transição de um hospital.	Avaliar se um programa de cuidados domiciliares de transição operado pelo Hospital Geral de Singapura foi eficaz na redução da utilização hospitalar aguda.	Os pacientes tiveram uma redução de 51,6% e 52,8% nas internações hospitalares nos três e seis meses após o cadastramento, respectivamente. Da mesma forma, uma redução de 47,1% e 48,2% foi observada nos atendimentos do pronto atendimento nos três e seis meses após a inscrição, respectivamente. A diferença média de dias de internação por paciente nos períodos pré e pós-adesão foi de 12,05 dias e 20,03 dias nos períodos de 3 meses e 6 meses, respectivamente.
24	Family Caregivers' Experiences During Transitions Out of Hospital. Coleman & Roman.	*Journal for Healthcare Quality*, 2015.	Trata-se de um estudo qualitativo com 32 participantes. Os participantes eram cuidadores familiares não remunerados cujo ente querido recebeu alta de um hospital de cuidados agudos.	Explorar facilidades e desafios que os familiares enfrentam ao assumir papéis de cuidador pós-alta e concluir as tarefas complexas de cuidado.	O estudo trouxe cinco temas centrais que emergiram da análise: (1) as contribuições dos cuidadores para o cuidado de seus entes queridos – prontidão, a vontade e a capacidade de ambas as partes são frequentemente dinâmicas; (2) cuidadores têm objetivos únicos e potencialmente incongruentes em relação aos do paciente; (3) cuidadores sentem-se despreparados para o gerenciamento de medicamentos pós-alta; (4) incentivo dos cuidadores para afirmar uma identidade; (5) os cuidadores geralmente assumem a responsabilidade pelo sequenciamento das tarefas do plano de assistência pós-hospitalar e pela antecipação dos próximos passos. Esses temas forneceram informações valiosas sobre os desafios enfrentados pelos cuidadores.

(Continua)

Nº	Título/Autor	Revista/Ano	Delineamento do Estudo/Local	Objetivos	Desfechos
25	Patient-centered handovers between hospital and primary health care: An assessment of medical records. Flink; et al.	*International Journal of Medical Informatics*, 2015.	Trata-se de um estudo quantitativo, com análise de conteúdo para analisar 76 prontuários de 22 pacientes suecos com doenças crônicas e / ou polifarmácia.	Explorar a transição de pacientes entre APS e hospital, avaliando os registros médicos utilizados na comunicação entre os pontos de atenção e avaliando a continuidade do cuidado.	Os níveis de centralização no paciente documentados nos registros foram avaliados como ruins, especialmente no que diz respeito a informar os pacientes e alcançar um acordo compartilhado sobre o tratamento. As informações e ou encaminhamento de alta enviadas do hospital para a APS foram remotas.
26	Transitional Care Interventions Prevent Hospital Readmissions for Adults with Chronic Illnesses. Verhaegh; et al.	*Health Affairs*, 2014.	Trata-se de uma revisão de literatura de 26 ensaios clínicos randomizados e controlados conduzidos em diversos países cujos resultados foram publicados no período de 1º de janeiro de 1980 a 29 de maio de 2013.	Examinar se as intervenções de cuidado estavam associadas a uma redução das taxas de readmissão em períodos de curto (30 dias ou menos), médio (31-180 dias) e longo prazo (181-365 dias).	O cuidado transicional foi eficaz na redução de todas as causas de médio e longo prazo. Apenas intervenções de alta intensidade pareceram ser eficazes na redução de rehospintalizações de curto prazo. Portanto, para reduzir as readmissões em curto prazo, os cuidados transicionais devem consistir em intervenções de alta intensidade (Ex: coordenação do cuidado por um enfermeiro; comunicação efetiva; visita domiciliar em três dias após a alta).

(Continua)

Nº	Título/Autor	Revista/Ano	Delineamento do Estudo/Local	Objetivos	Desfechos
27	Is Implementation of the Care Transitions Intervention Associated with Cost Avoidance After Hospital Discharge? Gardner; et al.	*Journal of General Internal Medicine*, 2014.	Trata-se de um estudo de coorte quase-experimental, realizado através de intervenção de treinamento centrada no paciente para capacitá-lo a gerenciar melhor sua saúde, começando no hospital e continuando por 30 dias, incluindo visita domiciliar e ligações telefônicas, entre janeiro de 2009 a maio de 2011, em hospitais de Ilha de Rodes, EUA.	Avaliar a redução de custos associada à implementação da *Care Transitions Intervention* (CTI).	O estudo evidenciou que o grupo de intervenção teve uma utilização significativamente menor nos 6 meses após a alta e custos médios totais de assistência médica (US $ 14.729 vs. US $ 18.779). O custo evitado por paciente que recebeu a intervenção foi de US$ 3.752. Esta análise demonstra que o CTI gera uma significativa redução de custos por pelo menos 6 meses após a hospitalização, além de fornecer métricas úteis para avaliar o impacto e a redução de custos dos programas de redução de readmissões hospitalares.
28	A Comprehensive Hospital-Based Intervention to Reduce Readmissions for Chronically Ill Patients: A Randomized Controlled Trial. Linden & Butterworth.	*American Journal of Managed Care*, 2014.	Trata-se de um ensaio clínico randomizado, realizado em Oregon (EUA), entre 2010 a 2012, através de uma intervenção que abrangeu um programa de transição do cuidado de 90 dias. Os principais desfechos foram readmissões por um período de 30 a 90 dias por todas as causas. Os desfechos secundários incluíram visitas à emergência por todas as causas e mortalidade.	Examinar se uma intervenção abrangente de transição do cuidado reduz as readmissões hospitalares para pacientes com ICC e DPOC.	A taxa de mortalidade entre os pacientes com ICC não mostrou diferença entre os grupos. No entanto, para a DPOC, a mortalidade aos 90 dias foi menor no grupo de intervenção do que no grupo de atendimento habitual (OR= 0,28; IC 95%, 0,10-0,83). É necessária uma melhor colaboração entre os hospitais e prestadores de serviços comunitários para garantir a continuidade do atendimento aos pacientes que recebem alta.

(Continua)

Nº	Título/Autor	Revista/Ano	Delineamento do Estudo/Local	Objetivos	Desfechos
29	Evaluation of a Primary Care-Based Post-Discharge Phone Call Program: Keeping the Primary Care Practice at the Center of Post-Hospitalization Care Transition. Tang, Fujimoto, Karliner.	*Journal of General Internal Medicine*, 2014.	Trata-se de um programa de melhoria da qualidade que incorpora enfermeiros registrados em uma prática de cuidados primários para ligar para os pacientes dentro de 72 horas após a alta hospitalar e encaminhar problemas dentro da prática para resolução em tempo real, na Califórnia (EUA).	Descrever um programa de APS para identificar e resolver problemas que surgem após a alta hospitalar.	O estudo evidenciou que das 790 altas elegíveis, 486 tiveram um script completo, 229 um script de mensagem e 75 um encontro perdido. Entre os 486 encontros com roteiro completo, os enfermeiros descobriram pelo menos um problema em 371 (76%) altas, 25% dos quais (n = 94) incluíram novos sintomas e 47% (n = 173) incluíram questões de medicação. Além disso, foram associadas a maiores taxas de comparecimento às consultas de acompanhamento em comparação com aquelas com encontros perdidos. Sugere-se que a centralização de um programa de telefonemas pós-alta na prática da APS melhora os cuidados pós-hospitalares, identificando precocemente problemas clínicos e de coordenação de cuidados.
30	Transitional Care Partners: A hospital-to-home support for older adults and their caregivers. Hendrix; et al.	*Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 2013.	Trata-se de um estudo descritivo, realizado através de registros hospitalares de pacientes para rastrear suas visitas ao hospital e ao departamento de emergência antes e depois da inscrição em um programa de transição do cuidado.	Descrever o desenvolvimento, a implementação e os resultados preliminares de um programa de demonstração clínica que apoia a transição do cuidado de idosos do hospital para casa.	A proporção de pacientes com uma ou mais visitas ao pronto-socorro e rehospitalização é consistentemente menor entre os pacientes que participaram do programa de transição do cuidado em comparação com os pacientes sem a participação no programa em 30 a 60 dias de alta hospitalar. As pontuações médias de preparação e alta a antes e depois do programa permaneceram essencialmente as mesmas.

(Continua)

Nº	Título/Autor	Revista/Ano	Delineamento do Estudo/Local	Objetivos	Desfechos
31	Influence of a Transitional Care Clinic on Subsequent 30-Day Hospitalizations and Emergency Department Visits in Individuals Discharged from a Skilled Nursing Facility. Park; et al.	*Journal of the American Geriatrics Society*, 2013.	Trata-se de um experimento natural usando um design pré-alta, com 351 pacientes que receberam alta da clínica especializada do Veterans Affairs Hospital, Washington DC, EUA.	Avaliar uma intervenção para melhorar as transições de cuidados no momento da alta de clínicas de repouso especializadas para a comunidade.	A intervenção foi uma visita única antes da alta da clínica, onde um enfermeiro avançado realizava a reconciliação de medicação, pedia suprimentos médicos e equipamentos e serviços de saúde domiciliares. Se necessário, fornecia educação individual e de cuidadores, e comunicava as informações ao paciente. Os participantes tiveram uma taxa de reinternação de 14% dentro de 30 dias de pós-alta; tiveram significativamente menos dias de internação de cuidados agudos durante o seguimento e o número de visitas à emergência durante o intervalo de 30 dias foi significativo.
32	The Importance of Transitional Care in Achieving Health Reform. Naylor; et al.	*Health Affairs*, 2011.	Trata-se de uma revisão sistemática da literatura, com 21 ensaios clínicos randomizados de intervenções de cuidados transicionais direcionados a adultos com doenças crônicas.	Não contempla.	A maioria das intervenções levou a reduções nas readmissões trinta dias após a alta. Muitas das intervenções bem-sucedidas compartilhavam características semelhantes, como designar uma enfermeira a realizar visitas domiciliares a pacientes em alta hospitalar.
33	Translating research into practice: transitional care for older adults. Naylor; et al.	*Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 2009.	Trata-se de um estudo qualitativo, realizado com 19 líderes de projetos, gerentes de caso e enfermeiros de transição, realizados durante as duas fases da implementação do CTM - iniciar e implantar.	Examinar facilidades e barreiras da implementação de um modelo baseado em evidências (CTM), em uma seguradora dos EUA.	Os resultados combinados têm implicações práticas importantes para outros esforços de implementação subsequentes e para ajudar provedores, formuladores de políticas, assegurados e outros agentes de mudança na integração de práticas baseadas em evidências com a administração do “mundo real”.

(Conclusão)

Nº	Título/Autor	Revista/Ano	Delineamento do Estudo/Local	Objetivos	Desfechos
34	A transitional care service for elderly chronic disease patients at risk of readmission. Brand; et al.	*Australian Health Review*, 2004.	Trata-se de um ensaio controlado quase experimental realizado em um hospital de ensino metropolitano terciário, na Austrália, com 166 pacientes de 65 anos ou mais e histórico de reinternações para tratamento agudo ou de múltiplas comorbidades médicas.	Determinar se um modelo de gerenciamento de doenças crônicas liderado por enfermeiros responsáveis pela transição do cuidado reduziu as readmissões hospitalares para os cuidados agudos de doenças crônicas.	O estudo evidenciou que houve a implementação de um modelo de gerenciamento de DCNT e transição do cuidado, visando melhorar o manejo do paciente e reduzir as readmissões para os cuidados agudos, com consequente queda das taxas de readmissão e taxas de apresentação no departamento de emergência em 3 e 6 meses de acompanhamento; além da melhora da qualidade de vida e utilização dos serviços de APS. Porém, os resultados do estudo mostram que não houve sucesso na implementação deste modelo, refletindo a tensão entre a implementação de programas de serviços integrados de saúde multifacetados e a tentativa de avaliá-los em ambientes complexos.
35	Effects of nurse follow-up on emergency room revisits: a randomized controlled trial. Wong; et al.	Social *Science & Medicine*, 2004.	Trata-se de um estudo controlado randomizado de um ano, em um hospital de Hong Kong, com 795 pacientes que receberam alta do pronto atendimento.	Verificar se um modelo de cuidados transitórios de emergência usando acompanhamento de enfermeira ajudaria a reduzir o uso de pronto atendimento.	A análise bivariada mostra duas variáveis significativamente diferentes entre os grupos de intervenção e controle: melhora da condição e revisita ao pronto atendimento dentro de 30 dias. O acompanhamento telefônico da enfermeira pode ter sensibilizado os sujeitos para as necessidades de saúde.

Dos 35 artigos selecionados, 19 (54,28%) foram produzidos nos EUA, seguidos de três (8,57%) no Brasil, dois (5,71%) na Austrália e dois (5,71%) na Suécia; os países Holanda, Singapura, Hong Kong e Espanha possuem uma (2,85%) produção selecionada para esta revisão. Além disso, contemplam-se 6 (17,14%) artigos que tratam de revisão da literatura.

A maioria dos artigos selecionados para essa revisão contemplam processos de implementação e avaliação de alternativas/estratégias para efetivar e/ou potencializar a transição do cuidado realizada por idosos de hospitais para domicílio, a fim de diminuir os altos índices de reinternações e, principalmente, redução de gastos dos setores de saúde. Além disso, estes artigos contemplam grandes críticas a respeito das falhas no processo de transição como déficit na comunicação entre os serviços, ausência de acompanhamento pré-alta e pós-alta hospitalar, entre outros.

Nota-se que, durante as buscas, apesar da predominância de estudos realizados em território americano, o tema abordado vem crescendo em outras regiões do mundo, algumas vezes sendo tratado com nomenclaturas diferentes, o que dificulta a busca e acaba por limitar a composição do Quadro 2.

Além disso, durante a realização desta revisão, ao se cruzar os descritores e os descritores não controlados, conforme exposto no Quadro 2, apenas três artigos publicados correspondiam ao tema estudado em serviços de saúde brasileiros (o quarto artigo publicado em revista brasileira foi desenvolvido em território espanhol), todos realizados na mesma região do país (região Sul), de forma que existe uma lacuna de conhecimento a respeito do processo de transição do cuidado na realidade das RAS de outras regiões, tendo em vista que o território brasileiro é extenso e há uma heterogeneidade no sistema de saúde do país.

Justificativa do Estudo

4. JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

A magnitude dos impactos causados pelas DCNT na sociedade brasileira afeta diretamente o modelo de organização dos serviços de saúde, considerando acesso, integralidade e qualidade do cuidado prestado na RAS, bem como elevam-se os custos relacionados à agudização dessas doenças e consequente reinternação hospitalar. Dessa forma, torna-se importante analisar as potencialidades e debilidades da transição do cuidado, as quais podem colaborar na formulação de novas políticas públicas de saúde, acarretando em melhorias na continuidade do cuidado na RAS, com propostas de planejamento e avaliação de programas, de forma a evitar que o usuário se perca entre os pontos de atenção (HADAD & JORGE, 2018; OLIVEIRA; et al, 2020).

A partir da revisão narrativa de literatura realizada, verificou-se, por meio das publicações científicas, que existe uma grande lacuna de conhecimento relacionada ao processo de transição do cuidado em serviços de saúde brasileiros, sendo que apenas na região Sul este processo de transição do cuidado está sendo estudado – com base nos artigos científicos publicados. Todavia, o território brasileiro é extenso e há heterogeneidade no sistema de saúde do país, de forma que a realidade das RAS na região Sul pode não ser a mesma das demais regiões do país.

Desta forma, com base na importância da transição do cuidado e da magnitude das DCNT e, a partir da pergunta de pesquisa: **“A transição do cuidado contribui para que haja uma melhora da continuidade do cuidado e diminuição da readmissão hospitalar de usuários com doenças crônicas?”,** buscou-se com este estudo construir um conhecimento acerca da transição do cuidado e suas implicações na assistência para que seja possível colaborar para o fortalecimento do SUS em relação a serviço, profissional e assistência à saúde acessível, qualificada e humanizada.

Diante do exposto, teve-se como pressuposto que a equipe de saúde de um serviço de emergência realiza a transição do cuidado de usuário com DCNT no serviço de saúde, promovendo a continuidade do cuidado na RAS.

Objetivos

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo geral

- Analisar a transição do cuidado, na perspectiva de usuários com doenças crônicas não transmissíveis que receberam alta de um serviço de emergência para a Rede de Atenção à Saúde.

5.2 Objetivos específicos

- Caracterizar os usuários do serviço de saúde com doenças crônicas que realizam a transição do cuidado;
- Mensurar, na perspectiva dos participantes do estudo, a ocorrência da transição do cuidado;
- Identificar se há associação entre a qualidade da transição do cuidado com as variáveis sociodemográficas e clínicas dos participantes do estudo;
- Analisar, na perspectiva dos participantes do estudo, as potencialidades e fragilidades da transição do cuidado e o referenciamento para as Redes de Atenção à Saúde.

Percurso Metodológico

6. PERCURSO METODOLÓGICO

6.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo descritivo e transversal, com abordagem de métodos mistos incorporados que associam as abordagens qualitativa e quantitativa, buscando entender melhor um problema, convergindo as tendências numéricas da pesquisa quantitativa com os detalhes da pesquisa qualitativa (CRESWELL & PLANO CLARK, 2013).

A coleta e análise rigorosa dos dados (qualitativos e quantitativos) são as principais características que contemplam o método misto, possibilitando a mistura, de forma a integrar ou vincular o que está acontecendo de forma concomitante, sequencial ou incorporado um no outro, e permite priorizar uma ou ambas as formas de dados. Desse modo, possibilita que esses procedimentos sejam utilizados em um único estudo ou em múltiplas fases de uma pesquisa (CRESWELL & PLANO CLARK, 2013).

Segundo *Fetters*, *Curry, Creswell* (2013), *Creswell* e *Plano Clark* (2017), os métodos mistos proporcionam uma abordagem inovadora para responder questões contemporâneas na área da saúde, visto que a combinação de abordagens permite compreender de modo mais completo o fenômeno a ser estudado e implica em aumentar a profundidade e qualidade dos resultados.

As principais estratégias metodológicas utilizadas em projetos de métodos mistos são o paralelo convergente; sequencial explanatório; sequencial exploratório e incorporado. Além disso, podem ser utilizados os projetos transformativos e o multifásico, que permitem a inserção de múltiplos elementos (CRESWELL & PLANO CLARK, 2013).

Para a escolha da estratégia de método misto, o pesquisador deve considerar a viabilidade da interação entre os dados, a prioridade das abordagens metodológicas, o momento mais adequado para a coleta dos dados e definir como procederá a mistura. Dessa forma, para o presente estudo escolheu-se o método misto incorporado, por permitir a suplementação de dados qualitativos ao objetivo maior que é o quantitativo (CRESWELL & PLANO CLARK, 2013).

No método misto incorporado, a inserção da abordagem qualitativa ou quantitativa pode acontecer antes, durante ou depois da coleta dos dados referente à principal abordagem (qualitativa ou quantitativa) (CRESWELL & PLANO CLARK, 2013). Neste sentido, como supracitado, a abordagem principal deste estudo é a quantitativa e a pesquisa qualitativa foi inserida durante a coleta dos dados, com o propósito de complementação dos dados encontrados na pesquisa quantitativa.

6.2 Local do Estudo

O estudo foi realizado no município de Ribeirão Preto, o qual situa-se na região nordeste do estado de São Paulo, Brasil. Em 2019, a população da cidade foi estimada em 703.293 habitantes (IBGE, 2019). O seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,800, considerando-se assim elevado em relação ao país, sendo o vigésimo segundo maior do estado (IBGE, 2010).

Estima-se que 99,7% dos habitantes de Ribeirão Preto residam na zona urbana. Em 2009, o município contava com 319 estabelecimentos de saúde, sendo 95 deles públicos e 224 privados (IBGE, 2010). O Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal (IFDM) aponta o município como a 115ª melhor cidade entre os 5.570 municípios brasileiros para se viver quando se analisa o acesso a empregos e renda, educação e qualidade dos serviços prestados à população pelo SUS (SISTEMA FIRJAN, 2018).

O município de Ribeirão Preto faz parte do Departamento Regional de Saúde (DRS) XIII, sendo formado por 26 municípios, abrangendo uma população estimada de 1.483.715 habitantes. A Figura 6 traz a composição da DRS XIII dividida por Regiões de Saúde, sendo elas: Horizonte Verde, Vale das Cachoeiras e Aquífero Guarani, sendo que o município de Ribeirão Preto se encontra na Região Aquífero Guarani.

Figura 6 – Departamento Regional de Saúde XIII, 2017.
Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, Plano Municipal de Saúde 2018 – 2021, 2017.

Além disso, Ribeirão Preto integra a Rede Regional de Atenção à Saúde (RRAS) – 13, composta por 90 municípios com população estimada de 3.634.433 habitantes. A Figura 7 traz a divisão da RRAS-13, sendo composta pelas DRS V, III, VIII e XIII (Barretos, Araraquara, Franca e Ribeirão Preto, respectivamente).

Figura 7 – Rede Regional de Atenção à Saúde – 13, 2017.
Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, Plano Municipal de Saúde 2018 – 2021, 2017.

Ribeirão Preto possui modelo de gestão compartilhada ou participativa para os serviços de saúde, onde há a participação de gestores, trabalhadores e usuários no Conselho Municipal de Saúde (CMS), tomando decisões relativas ao controle da execução da política de saúde do município, abrangendo os aspectos financeiros e econômicos. Além disso, estabelecem diretrizes a serem analisadas na elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS); aprovam o PMS; opinam a respeito da organização do funcionamento do SUS e a promoção, preservação e recuperação da saúde (RIBEIRÃO PRETO, 2017).

O modelo de gestão compartilhada propõe ainda medidas para aperfeiçoamento da organização e funcionamento do SUS; estabelecer normas para as ações e serviços públicos de saúde; acompanhar, fiscalizar e controlar os procedimentos e o desenvolvimento das ações de saúde; opinar sobre a celebração de consórcios, convênios e contratos com entidades públicas ou privadas; e fiscalizar a movimentação de recursos repassados à Secretaria Municipal da Saúde (SMS) e ao Fundo Municipal de Saúde. Também há a participação popular na Conferência Municipal de Saúde, Comissão Municipal de Saúde e nos Conselhos Locais de Saúde (RIBEIRÃO PRETO, 2017).

O sistema de saúde municipal está organizado em cinco Distritos de Saúde onde a RAS se organiza. Cada distrito conta com uma unidade de saúde que funciona 24 horas com o serviço de pronto atendimento e Unidades Básicas de Saúde (UBS) e ou Unidades de Saúde da Família (USF), conforme Figura 8. Esta distribuição visa facilitar o acesso da população ao atendimento básico e de pronto atendimento em urgências e emergências.

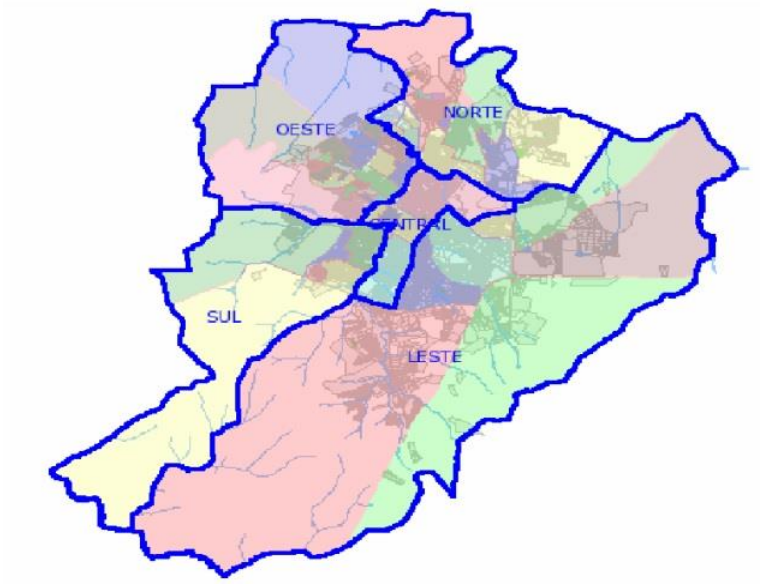
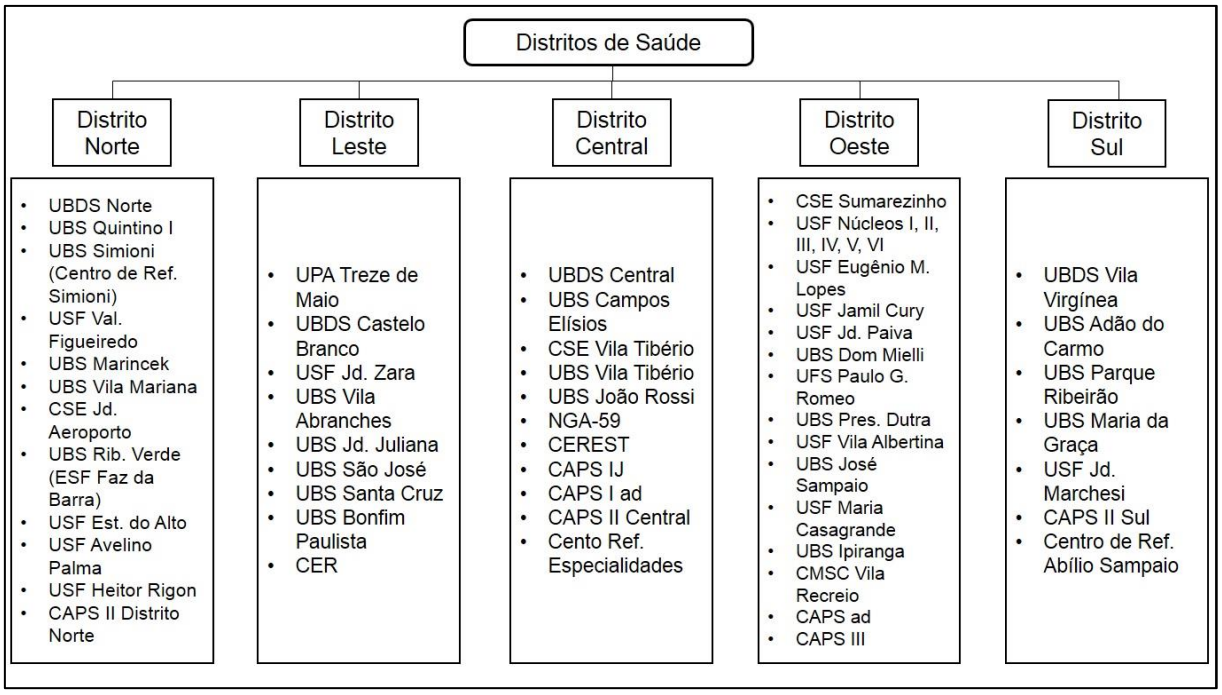


Figura 8 – Distritos de Saúde de Ribeirão Preto, 2017.
Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, Departamento de Vigilância em Saúde e Planejamento – Divisão de Planejamento em Saúde, 2017.

A Figura 9 contempla o organograma das unidades de saúde do município de Ribeirão Preto, distribuídas em distritos, conforme PMS 2018 – 2021 (RIBEIRÃO PRETO, 2017). Além dessas unidades, a infraestrutura da SMS também é composta pelos seguintes serviços, compondo a RAS do município: Base do SAMU Regional; Unidade de Vigilância Ambiental; Distrito de Vigilância em Saúde (Oeste, Leste, Sul, Norte e Central); Sede da SMS; Central de Distribuição de Medicamentos, Almoxarifado e Arquivo; Central de Distribuição de Imunobiológicos; Setor de Manutenção; Setor de Transportes e Laboratório Municipal.



Legenda: Unidade Básica Distrital de Saúde (UBDS); Centro Saúde Escola (CSE); Estratégia Saúde da Família (ESF); Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); Centro Especializado em Reabilitação (CER); Núcleo de Gestão Assistencial (NGA); Centro de Referência Saúde do Trabalhador (CEREST); Centro Municipal de Saúde Comunitária (CMSC).

Figura 9 – Organograma da RAS do município de Ribeirão Preto, 2017.
Fonte: Adaptado de Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, Departamento de Vigilância em Saúde e Planejamento – Divisão de Planejamento em Saúde, 2017.

Ressalta-se a importância de se trazer a composição da RAS do município, tendo em vista que o mesmo possui um complexo regulador instituído em 2005 e consolidado em 2006, através de determinação vinda da Portaria GM 399 de 2006 do MS, a qual instituiu o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006).

A Central Única de Regulação Médica (CURM) de Ribeirão Preto é estruturada por unidades, sendo estas parcialmente implantadas: central de consultas especializadas, central de regulação de procedimentos de média e alta complexidade, central de regulação de cirurgias eletivas e central de regulação odontológica e central de regulação de urgências/emergências, sendo, obrigatoriamente, interligadas entre si e permitindo assim a ordenação do fluxo de necessidade e a devolutiva aos usuários (RIBEIRÃO PRETO, 2020), de forma a garantir a equidade do acesso e a integralidade do cuidado.

A Figura 10 traz um fluxo complexo de acesso à RAS pelos usuários, regulado pela CURM aos serviços de saúde disponíveis pelo SUS no município.

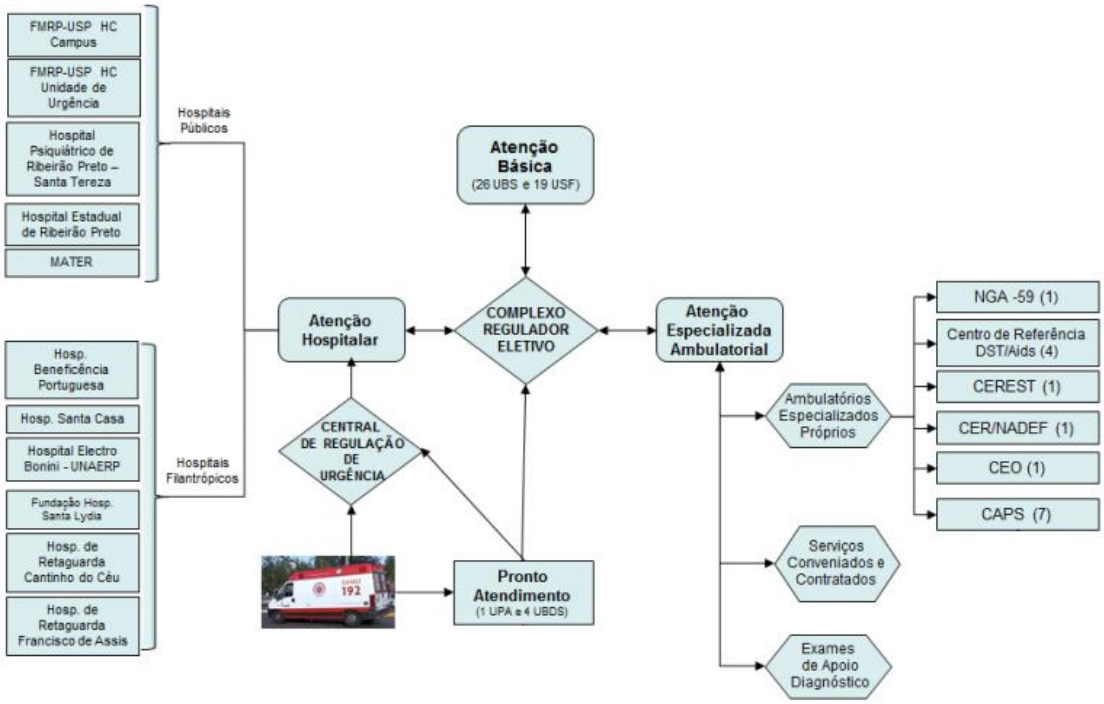


Figura 10 - Fluxograma de acesso à Rede de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde no município de Ribeirão Preto, 2017.
Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, Plano Municipal de Saúde 2018 – 2021, 2017.

Em 2017, Ribeirão Preto registrou entre suas principais causas de mortalidade as DCNT, sendo 1285 óbitos causados por DCV, seguidos pelos cânceres, com 888 óbitos registrados e doenças do aparelho respiratório, com 679 óbitos, conforme Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (IBGE, 2017). Além disso, em 2016 o município registrou 5251 internações por DCV, 4049 internações por cânceres e 3816 internações por doenças do aparelho respiratório (RIBEIRÃO PRETO, 2017).

Salienta-se que, também no ano de 2016, Ribeirão Preto teve gastos de 250.127.755,90 e 212.885.121,50 reais com atenção básica e assistência hospitalar e ambulatorial, respectivamente, representando mais de 85% dos gastos totais gerados no setor saúde (RIBEIRÃO PRETO, 2017).

Neste trabalho torna-se importante destacar que para o PMS 2018 – 2021, o município elenca como objetivos: 1) ampliar ações e serviços para prevenção e tratamento das DCNT; 2) fortalecer o Complexo Regulador Eletivo; 3) reordenar e qualificar a assistência pré-hospitalar/urgência e emergência. Os Quadros 3, 4 e 5 trazem, respectivamente, as metas e indicadores estabelecidos para o cumprimento

destes objetivos.

Quadro 3 – Objetivo 1: Ampliar ações e serviços para prevenção e tratamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis, Ribeirão Preto, 2017.

METAS	INDICADORES
Implementar o Ambulatório de DCNT no NGA-59, com equipe multidisciplinar.	Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas (DCV, câncer, DM e doenças respiratórias crônicas).
Ampliar a oferta de atendimento para cessação do tabagismo na atenção básica, de 8 para 15 unidades.	Número de unidades com atendimento para cessação do tabagismo.
Desenvolver projetos de matriciamento para as unidades de atenção básica para especialidades relacionadas às DCNT (cardiologia e endocrinologia).	Número de projetos desenvolvidos de matriciamento para as especialidades relacionadas às DCNT nas unidades de atenção básica.
Revisar e atualizar no mínimo 02 protocolos existentes (HAS e DM).	Número de protocolos revisados e atualizados.
Ampliar atividades multiprofissionais nas unidades de saúde (básica e especialidades) pela atuação dos bolsistas do Programa de Aprimoramento Multiprofissional em Hipertensão e Diabetes da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto (PAMHDM) com ampliação de 10 para 15 vagas de bolsistas.	Número ampliado de bolsistas do PAMHDM.
Capacitar os profissionais de saúde para a qualificação das ações de promoção, prevenção e atenção integral às DCNT.	Número de profissionais capacitados.
Ampliar a discussão sobre medidas de controle de venda das formas de uso do tabaco com instâncias legislativas e executivas do governo municipal.	Número de encontros sobre medidas de controle de venda das formas de uso do tabaco com instâncias legislativas e executivas do governo municipal.
Ampliar ações de atividade física nas unidades de saúde.	Número de unidades de saúde com ações de atividade física implantadas.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, Plano Municipal de Saúde 2018 – 2021, 2017.

Quadro 4 – Objetivo 2: Fortalecer o Complexo Regulador Eletivo, Ribeirão Preto, 2017.

METAS	INDICADORES
Implantar seis Centrais de Regulação Eletiva: Central de consultas especializadas; Central de exames e procedimentos de média complexidade; Central de autorização de consultas; Procedimentos de Alta complexidade; Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais e internações cirúrgicas eletivas; Central de Regulação Odontológica.	Número de Centrais de Regulação Eletiva implantadas.
Aperfeiçoar o sistema de informação do Complexo Regulador.	Sistema de informação aperfeiçoado.
Aprimorar 100% dos protocolos de acesso à Atenção Especializada.	Percentual de protocolos atualizados.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, Plano Municipal de Saúde 2018 – 2021, 2017.

Quadro 5 – Objetivo 3: Reordenar e qualificar a assistência pré-hospitalar/urgência e emergência, Ribeirão Preto, 2017.

METAS	INDICADORES
Garantir e qualificar os atendimentos da UPA Leste e da UBDS Central.	Unidades funcionando.
Implantar a UPA Sumarezinho.	UPA Sumarezinho implantada.
Finalizar a construção e implantação da UPA do Distrito Norte.	Construção da UPA Norte finalizada.
Iniciar a construção da UPA Vila Virgínia.	Construção da UPA Vila Virgínia iniciada.
Realizar o acolhimento com classificação de risco por profissional enfermeiro, em 100% das unidades de Pronto Atendimento, de acordo com protocolo.	Percentual de unidades de Pronto Atendimento com classificação de risco.
Implantar a contrarreferência em 100% dos serviços de pronto atendimento para a atenção básica, com agendamento dos casos prioritários.	Percentual de serviços de pronto atendimento com contrarreferência para a atenção básica.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, Plano Municipal de Saúde 2018 – 2021, 2017.

A complexa disposição do sistema público de saúde do município supracitada de forma detalhada neste item, com metas pactuadas para as DCNT, bem como fluxograma de acesso a RAS, justificou a escolha de Ribeirão Preto como local do estudo.

6.3 Campo do estudo

O cenário do estudo foi um importante serviço de emergência do município de Ribeirão Preto, inaugurada em abril de 1982, sendo um hospital inteiramente público que oferece toda sua capacidade instalada ao SUS, estando inserida na RUE do DRS XIII, sendo referência também para os municípios da RRAS XIII e outros DRS em alguns agravos mais complexos.

O hospital é credenciado em alta complexidade nas linhas de cuidado prioritárias do trauma, do AVC e do IAM. A partir de 2000, foram aplicados conceitos contemplados pela PNAU e a PNH, participando ativamente da configuração de uma rede assistencial regional de atenção às urgências, hierarquizada e regulada através da CURM do município e através da Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS) do estado de São Paulo.

O atendimento no serviço é 24h/dia, sendo referência, prioritariamente, para usuários em situação de urgência e emergência, contando com uma sala de estabilização clínica para pacientes em estado grave e uma sala de trauma para pacientes poli traumatizados que, após estabilização inicial podem ser transferidos para as diversas áreas do hospital.

Além disso, o hospital abrange atendimentos de urgências não traumáticas de pacientes menos graves, clínica médica, clínica cirúrgica, pediatria, neurologia, neurocirurgia, ortopedia, cirurgia da cabeça e pescoço, oftalmologia, otorrinolaringologia, cardiologia, sala de trauma, ginecologia, anestesistas e médicos intensivistas. As áreas de especialidades clínicas (reumatologia, moléstias infecciosas, dermatologia, pneumologia, nefrologia), cirúrgicas (tórax, vascular, urologia), radiologia intervencionista, captação de órgãos, podem ser acionadas por BIP nas 24 horas mediante plantão à distância. Conta também com serviço de hemodiálise para pacientes agudos, unidade de queimados, banco de tecidos e um centro de intoxicação.

Um levantamento de dados realizado em 2019 aponta que o serviço possui 169 leitos de internação. Um número significativo destes leitos é destinado à terapia intensiva: 18 leitos na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto, 10 leitos de Unidade Coronariana (UCO), 10 leitos de Unidade de AVC e oito leitos de UTI pediátrico, bem como com 11 leitos de cuidados semi-intensivos. Fazem parte do hospital enfermarias com leitos de isolamento respiratório e a Unidade de Queimados com 10 leitos.

O serviço conta com uma equipe multiprofissional, que se distribui por todo o hospital e se contempla por: médicos, equipe de enfermagem, nutrição, assistência

social, farmácia, fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia, dentre outros, os quais, possibilitam conforme dados de 2019, a realização de cerca de 2.500 atendimentos mensais de urgência referenciada, que geram cerca de 900 internações mensais. Além disso, são realizadas, em média, 450 cirurgias de alta complexidade por mês.

Faz-se necessário lembrar que este não é um serviço de “portas abertas”. Trata-se de uma unidade referenciada, portanto, no município o acesso se dá após atendimento pelo SAMU, em UBS, em UPA ou UBDS, sendo o referenciamento feito pela CURM, que avalia os pedidos de internação e transferência hospitalar, estabelecendo os atendimentos prioritários e o fluxo de pacientes.

Porém, mesmo sendo um serviço referenciado, há a necessidade de ordenar e organizar a demanda de pacientes que chegam à unidade, visando atender as políticas de humanização do MS. Por esse motivo, o serviço de emergência utiliza-se do Protocolo de *Modified Early Warning Scoring* (MEWS) para a classificação de risco dos usuários que ali chegam.

O Protocolo de MEWS é uma escala de alerta que tem como principal finalidade identificar precocemente sinais de deterioração clínica do paciente, baseado num sistema de atribuição de pontos (escores) aos parâmetros vitais, sendo que, quanto mais distante dos parâmetros de normalidade maior a pontuação. O objetivo deste protocolo é garantir o atendimento precoce, bem como a padronização e priorização de urgências e emergências em pacientes internados em unidade aberta mesmo na ausência do médico assistente, visando reduzir a incidência de Paradas Cardiorrespiratórias (PCR) e diminuir a mortalidade intra-hospitalar; favorecendo assim a segurança do paciente, da equipe multidisciplinar e da instituição (SINGH; et al, 2012). A Figura 11 nos mostra os parâmetros de instabilidade julgados no Protocolo de MEWS.

Parâmetros Fisiológicos	PONTUAÇÃO	3	2	1	0	1	2	3
	Frequência Respiratória	≤8		9-11	12-20		21-24	≥25
	Oxigenioterapia Suplementar		Sim		Não			
	Temperatura	≤35		35.1-36.0	36.1-38.0	38.1-39.0	≥39.1	
	Pressão Arterial Sistólica	<90	91-100	101-110	111-199		≥200	≥220
	Frequência Cardíaca	≤40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥131
	Nível de Consciência*		Confusão		A			V,P ou U

*A) Alerta; V) Resposta a estímulo verbal; P) Resposta a estímulo de dor; U) Inconsciente;
Confusão: Refere-se a quadro confusional de início recente ou alteração do estado atual.

Figura 11 – Escores de instabilidade clínica avaliados pelo Protocolo de MEWS. Fonte: Protocolo assistencial para melhores práticas, 2015. Disponível em: http://revistamelhorespraticas.com.br/novo2015/admin/uploads/indice_b2f8bc8e584bbe5595a1990d8bd3f8eb.pdf

A escolha do cenário justifica-se pela alta complexidade do mesmo, bem como pela grande quantidade de atendimentos realizados e alta demanda de pacientes acometidos por DCNT.

6.4 Participantes do estudo

Os participantes do estudo foram os usuários adultos, diagnosticados com uma ou mais comorbidades dos quatro principais grupos de DCNT (DM, DCV, doenças respiratórias crônicas e cânceres), conforme CID-10 (Quadro 6), no momento de sua admissão na UE, e que, após atendimento, receberam alta do serviço para casa e consequente acompanhamento na RAS, durante os meses de dezembro de 2018 a junho de 2019.

Os critérios de inclusão para a participação do estudo foram: o usuário ou seu respectivo familiar/cuidador permanecer no serviço por, pelo menos, 24 horas, ter 18 anos ou mais e ser residente no município de Ribeirão Preto. Opta-se em incluir somente pacientes com tempo de permanência igual ou superior a 24 horas por este ser considerado o período mínimo para caracterizar uma internação no serviço e por entender que aqueles que permanecem por período de tempo inferior não teriam contato suficiente com os profissionais de saúde, principalmente com a enfermagem,

impossibilitando assim avaliar a transição do cuidado. Excluíram-se pacientes que estavam internados no momento da coleta de dados ou que foram a óbito durante a internação ou após a alta.

Ressalta-se que, durante a coleta de dados, se o paciente tivesse déficit cognitivo ou de comunicação que o impedisse de responder à pesquisa, entrevistou-se, como respondente substituto (informante *proxy*) o cuidador que o acompanhou durante a internação e no momento da alta do serviço (ACOSTA, 2017). Cuidadores que acompanharam somente a internação ou somente a alta foram excluídos por considerar que não acompanharam todo o processo de transição do cuidado, impossibilitando-os, assim, de avaliá-lo.

Quadro 6 – Lista de códigos referentes aos diagnósticos incluídos no estudo, conforme Classificação Internacional de Doenças – 10, Ribeirão Preto, 2020.

Doenças	**Código (CID-10)**
Câncer	
Neoplasias Malignas	C00 – C97
Neoplasias in situ	D00 – D09
Diabetes Mellitus	E10 – E14
Doenças Cardiovasculares	
Doença reumática crônica do coração	I05 – I09
Doenças hipertensivas	I10 – I15
Doenças isquêmicas do coração	I20 – I25
Doenças cerebrovasculares	I60 – I69
Outras doenças cardiovasculares	I26 – I28; I34 – I37; I42; I44 – I51; I70 – I89
Doenças Respiratórias Crônicas	
Doença pulmonar obstrutiva crônica	J40 – J44
Asma	J45 – J46

Fonte: Adaptado de CID-10, 2019.

Foi solicitada semanalmente ao hospital uma lista com os todos os usuários maiores de 18 anos que passaram por atendimento no hospital e receberam alta para o domicílio, sendo realizada uma busca através do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) que objetivou a identificação dos potenciais participantes para o estudo.

Ressalta-se que a lista foi solicitada semanalmente para que a coleta ocorresse em um período de uma até quatro semanas após a alta do usuário.

Pensando-se em buscar uma representatividade numérica que possibilitasse a generalização, foi realizado um cálculo amostral e definida uma amostra de 364 usuários (n=364), considerando-se uma prevalência de 50% e consequente maior valor de n, utilizando margem de erro de 5%, nível de confiança de 95%, com uma estimativa de 250 usuários com doenças crônicas que receberam atendimento e consequente alta semanalmente no serviço.

Utilizou-se o método de estimação da proporção populacional para a determinação do tamanho amostral, considerando uma população finita, dado pela fórmula:

$$n = \frac{N.z^2 p(1-p)}{(N-1).E^2 + p(1-p).z^2}$$

Sendo:

N = tamanho da população apta a entrar no estudo;

Z^2 = Z escore da distribuição normal de probabilidade (considerado Z=1,96);

P = Prevalência da internação;

E^2 = Erro assumido (considerado E=5%).

A amostra foi selecionada a partir de um sorteio dos usuários filtrados na lista obtida semanalmente através da ferramenta de randomização do programa *Microsoft Excel 2016.* Os usuários que não aceitaram participar do estudo ou que não foram contatados após três tentativas em horários e dias distintos foram substituídos após novo sorteio.

6.5 Etapas da Pesquisa

Para atender os objetivos propostos, a pesquisa se compõe em três diferentes etapas investigativas (Figura 11).

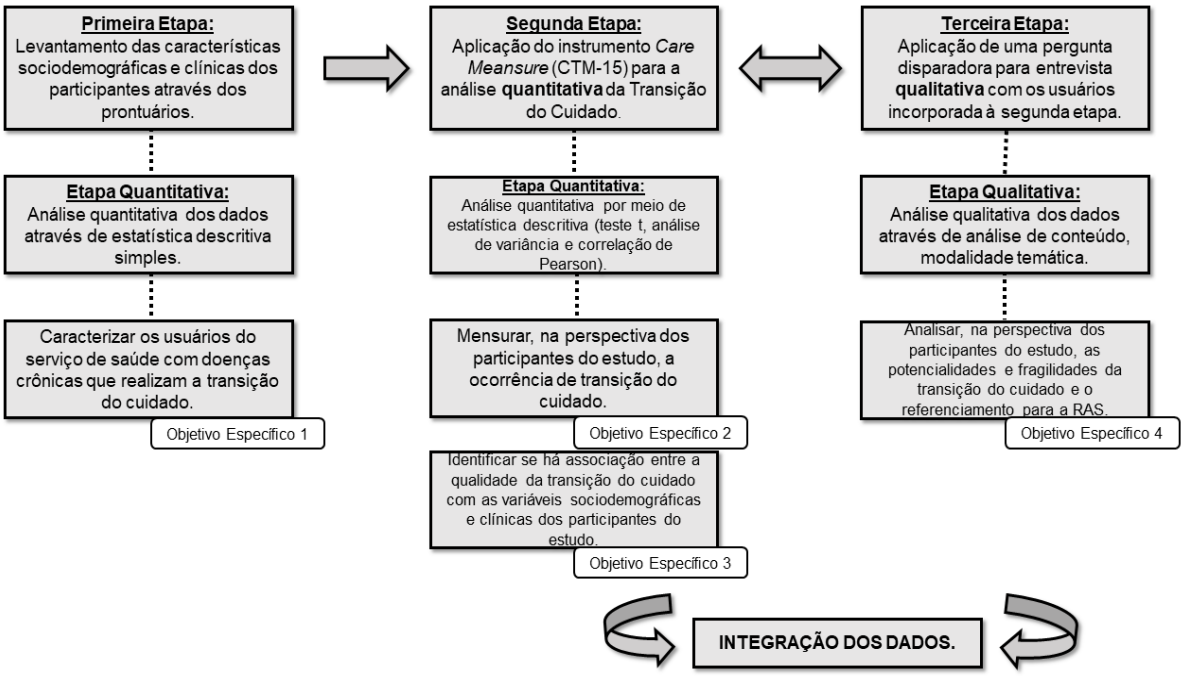


Figura 11 – Síntese esquemática das etapas analíticas da pesquisa, Ribeirão Preto, 2020.

6.5.1 Primeira Etapa – Fase Exploratória dos Dados Secundários

A primeira etapa teve como objetivo caracterizar os usuários com DCNT que realizam a transição do cuidado.

6.5.1.1 Coleta de dados

Para a coleta de dados desta etapa, foi organizada uma Ficha de Identificação e Caracterização do Participante (APÊNDICE A), a qual contemplou dados dos usuários com DCNT, tais como sexo, idade, bairro de procedência em Ribeirão Preto, grau de escolaridade, CID-10 relacionado à atual internação, medicamentos utilizados para o tratamento, complicações relacionadas à patologia, comorbidades relacionadas, tempo de permanência no serviço de emergência e número de atendimentos neste durante o último ano, número de atendimentos na APS no último ano, reinternações no serviço de emergência em até 60 dias após alta e óbito em até 60 dias após alta. Estes dados foram obtidos no período de dezembro de 2018 a junho de 2019, por meio dos prontuários eletrônicos do paciente, dispostos no sistema online do hospital, e posteriormente complementados durante o contato telefônico da segunda e terceira etapas, caso houvesse necessidade.

6.5.1.2 Análise dos dados

Os dados referentes à caracterização dos participantes foram transpostos para planilha no programa *Microsoft Office Excel* 2016, passando por dupla digitação independente. Foi aplicada análise descritiva dos dados com elaboração de tabelas de frequência absoluta (n) e percentual (%) das variáveis categóricas e cálculo de medidas de posição e dispersão (média, mediana, desvio de padrão, valores mínimo e máximo) para as variáveis contínuas.

6.5.2 Segunda Etapa – Análise quantitativa da transição do cuidado

A segunda etapa teve como objetivos: a mensuração, na perspectiva dos participantes do estudo, da ocorrência de transição do cuidado e identificação de associações entre a qualidade da transição do cuidado com as variáveis sociodemográficas e clínicas dos participantes do estudo.

6.5.2.1 Coleta de dados

Para a coleta de dados desta etapa foi utilizada a versão adaptada para uso no Brasil do instrumento *Care Transitions Measure* (CTM-Brasil) (ACOSTA; et al, 2017) (ANEXO A).

O CTM-15 foi desenvolvido por Coleman e colaboradores, em 2002, nos EUA, e tem como propósito mensurar a transição do cuidado de serviços hospitalares para o domicílio, considerando-se a perspectiva dos pacientes. Atualmente, o instrumento contém duas versões, uma completa com 15 itens (CTM-15) e a reduzida, com apenas três itens (CTM-3) (COLEMAN; et al, 2002). Como no Brasil o sistema de atenção está organizado em redes integradas, faz-se necessário referir-se à transição do cuidado do hospital e/ou nível secundário para a casa e, consequentemente, continuidade nas RAS.

O instrumento tem sido utilizado em serviços de saúde de diversos países e se mostrou confiável, preciso e válido (THE CARE TRANSITIONS PROGRAM, 2019). Ressalta-se que o CTM tem sido identificado, na maioria das vezes, como um

importante indicador de qualidade, pois os estudos nos quais ele tem sido aplicado analisam as intervenções no processo de alta e transição do cuidado dos serviços de saúde como, por exemplo, preparação da alta pela equipe de saúde, coordenação e plano de cuidado, bem como acompanhamento domiciliar e, principalmente, por telefone pós alta hospitalar (AREE-UE; ROOPSAWANG; KAWINWONGGOWIT, 2019; SABBATINI; et al, 2019; TOLES; et al, 2017; HWANG; CHUNG; KIM, 2019).

O CTM é composto por 15 afirmações, sendo construído sob quatro domínios considerados essenciais para mensurar a transição do cuidado: transferência de informação; preparação do paciente e do cuidador; apoio para o autogerenciamento e empoderamento para assegurar preferências. O instrumento contém uma escala *Likert* com cinco opções de respostas que variam desde “concordo muito” a “discordo muito”, tendo uma alternativa neutra “Não sei/não me lembro/não se aplica” que mesmo citada, não entra no cálculo do escore final. Dessa forma, quanto maior a pontuação, melhor será a transição (THE CARE TRANSITIONS PROGRAM, 2009).

No Brasil, a adaptação transcultural e avaliação das propriedades psicométricas do CTM foi desenvolvida pelo Grupo de Estudos em Saúde Coletiva (GESC) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Cabe mencionar que foi encaminhada uma solicitação formal às pesquisadoras responsáveis pela validação deste instrumento no Brasil, obtendo resposta favorável à utilização do mesmo neste estudo (ANEXO B).

No que concerne à estrutura fatorial, a versão brasileira do CTM-15, denominada CTM-Brasil, possui quatro fatores intitulados: “Fator 1: Preparação para o autogerenciamento”; “Fator 2: Entendimento sobre medicações”; “Fator 3: Preferências asseguradas” e “Fator 4: Plano de cuidado” (ACOSTA; et al, 2017).

Atualmente, o instrumento conta com versões em 14 idiomas, dentre eles português do Brasil, espanhol, chinês, japonês, francês, sueco, hindi, russo, hebraico, embora nem todas as versões tenham sido adaptadas transculturalmente (THE CARE TRANSITIONS PROGRAM, 2019).

Com o objetivo de conhecer a amplitude com a qual o questionário vem sendo utilizado a nível mundial, foi realizada uma busca simples na base de dados PubMed, utilizando apenas o nome do instrumento (CTM-15 ou CTM-3) encontrando-se 34 artigos e demonstrando a crescente utilização deste na comunidade acadêmica e consequente interesse na avaliação da qualidade do serviço e do cuidado ofertado,

bem como a satisfação do usuário do referido serviço. Os estudos estão dispostos no Quadro 7.

Quadro 7 – Artigos que utilizaram o *Care Transitions Measure* (CTM-15 e CTM-3) em sua metodologia, encontrados em busca simples na base de dados PubMed, Ribeirão Preto, 2020.

(Continua)

Autor (ano)	País	Objetivos do estudo
Acosta; et al, (2020)	Brasil	Avaliar a qualidade da transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis na alta do serviço de emergência para o domicílio.
McAlister; et al, (2019)	Canadá	Explorar se os escores do CTM-3 são um indicador adequado para a qualidade da transição do cuidado.
Van Spell; et al, (2019)	Canadá	Testar a efetividade das transições de assistência centrada no paciente, no modelo de atendimento transitório para pacientes hospitalizados por insuficiência cardíaca.
Rochon; et al, (2019)	Canadá	Desenvolvimento de um protocolo de alta acelerada para apendicite não complicada em um hospital acadêmico canadense para determinar se os pacientes poderiam receber alta com segurança em casa mais cedo, sem afetar negativamente o atendimento e a satisfação do paciente.
Hwang; Chung; Kim (2019)	Coreia do Sul	Avaliar as propriedades psicométricas do *Brief PREPARED* (B-PREPARED) e do CTM em pacientes que receberam alta de hospitais na Coreia e examinar suas relações com a educação em saúde.
Sabbatini; et al, (2019)	EUA	Examinar a eficácia da transição do cuidado relatada pelo paciente, através do CTM-3, no cenário da emergência e sua associação com os resultados da assistência após a alta da emergência.
Rayan-Gharra; et al, (2019)	Israel	Examinar se as práticas de alta hospitalar e a preparação para a transição do cuidado mediam a associação entre fatores culturais e as readmissões dos pacientes.
Roldan-Chicano; et al, (2018)	Espanha	Validar o conteúdo e aparência do CTM-3. Determinar o nível de satisfação do usuário com a continuidade dos cuidados de enfermagem de nível intermediário e associar com a presença de um relatório de cuidados de enfermagem após a hospitalização mais recente.
Tverdal; et al, (2018)	Noruega	Descrever o processo de alta para pacientes com lesão cerebral traumática de um hospital de trauma e a satisfação do paciente com a experiência de transição do cuidado. Além disso, avaliar associações entre o processo de alta e a satisfação do paciente com a qualidade da transição do cuidado.
Flink; et al, (2018)	Suécia	Traduzir e avaliar a validade e a confiabilidade do CTM, nas versões de 15 e de 3 itens, em uma amostra de pessoas em transição do hospital para o domicílio na Suécia.

(Continua)

Autor (ano)	País	Objetivos do estudo
Yoshimura; Sato; Sumi, (2018)	Japão	Avaliar a validade e a confiabilidade da versão japonesa do CTM (J-CTM-15).
Rayan-Gharra; et al, (2018)	Israel	Avaliar a transição de cuidado de pacientes imigrantes com vários níveis de conhecimento e testar se a presença de cuidadores está associada a melhores transições de cuidados.
Toles; et al (2017)	EUA	Determinar a viabilidade e a relevância da intervenção de transição de cuidado por ligação telefônica e comparar a preparação para a alta entre os grupos de intervenção e controle.
Acosta; et al, (2017)	Brasil	Traduzir, adaptar e avaliar as propriedades psicométricas do CTM-15 e do CTM-3 para o português do Brasil.
Mixon; et al (2016)	EUA	Comparar a efetividade das medidas de transição *Brief PREPARED* (B-PREPARED) e do CTM-3, analisando suas diferenças em um estudo de coorte.
Cao; et al, (2015)	China	Avaliar as propriedades psicométricas do CTM-15 e do CTM-3 na China.
Chan; et al, (2015)	EUA	Avaliar o efeito de uma intervenção de transição de cuidado liderada por enfermeiros com pacientes mais velhos e a experiência destes relacionada à alta hospitalar.
Record; et al, (2015)	EUA	Explorar associações entre uma intervenção de cuidado centrado no paciente e as perspectivas dos pacientes sobre a qualidade dos cuidados de transição.
Shalaby; et al, (2015)	Reino Unido	Avaliar a *Adolescent Transition Urology Clinic* (ATUC) e apresentar a perspectiva do paciente para este novo serviço, utilizando um questionário validado (CTM-15).
Soong; et al, (2014)	Canadá	Examinar o efeito da ligação telefônica após 72 horas após a alta durante a experiência de transição do cuidado com o paciente.
Rayan; Admi; Shadmi, (2014)	Israel	Avaliar a alta de pacientes imigrantes do hospital para a casa, e a relação entre a concordância na linguagem paciente-médico e a qualidade da transição do cuidado.
Mosallam & Metwally (2014)	Egito	Mensurar a qualidade da transição do cuidado dos pacientes do hospital de Alexandria, utilizando o CTM e explorar se existe a associação entre as características dos pacientes e a qualidade da transição.
Anatchkova; et al, (2014)	EUA	Realizar análise psicométrica dos itens do CTM e avaliar a dimensionalidade, consistência interna e validade do constructo do CTM-15 e do CTM-3
McLeod; et al, (2014)	Canadá	Analisar se o CTM é adequado para avaliar a qualidade do cuidado entre idosos com doenças do sistema musculoesquelético em tratamento.
Ryvicker; et al, (2013)	EUA	Avaliar se o CTM é útil para aqueles profissionais que trabalham na atenção domiciliar prever os pacientes com maiores riscos de reinternação hospitalar e uso dos serviços de emergência
Bakshi; et al, (2012)	Singapura	Testar as propriedades psicométricas do CTM-15 e CTM-3 em Singapura, no sudeste da Ásia.
Couzner; Ratcliffe; Crotty, (2012)	Austrália	Explorar, por comparação empírica, a relação entre qualidade de vida, medida pelo índice de capacidade ICECAP-O e a qualidade da transição do cuidado (CTM) em idosos que participaram de dois programas de reabilitação pós-alta.
Holland & Hemann (2011)	EUA	Avaliar a efetividade de uma intervenção no planejamento da alta da clínica *Mayo*, na perspectiva dos pacientes.

(Conclusão)

Autor (ano)	País	Objetivos do estudo
Shadmi; Zisberg; Coleman, (2009)	Israel	Avaliar a validade e a confiabilidade do CTM-15 e do CTM-3, nos idiomas hebraico e árabe.
Parrish; et al, (2009)	EUA	Relato da implementação da transição do cuidado em um hospital.
Parry; et al, (2008)	EUA	Examinar o desempenho do CTM em vários tipos de população e introduzir o CTM-3.
Coleman; et al, (2007)	EUA	Demonstrar que o CTM é capaz de identificar fragilidades no cuidado e consequente elaboração e implementação de um modelo para a melhoria dessa transição, avaliando o impacto do modelo na pontuação do CTM. Além disso, testou a validade do CTM-3 na previsão de retorno aos serviços de emergência.
Coleman; Mahoney; Parry, (2005)	EUA	Avaliar as propriedades psicométricas do CTM.
Coleman; et al, (2002)	EUA	Desenvolver um instrumento rigoroso, sendo projetado e testado para avaliação da qualidade da transição do cuidado (CTM).

A versão original do CTM foi desenvolvida para ser aplicada por ligações telefônicas, já que os participantes ou seus familiares/cuidadores estarão em seus domicílios quando contatados (PARRY; et al, 2008; COLEMAN; et al, 2002; ACOSTA; et al, 2017). Portanto, as entrevistas foram realizadas desta forma, no período de dezembro de 2018 a junho de 2019, por duas pesquisadoras treinadas, de uma a quatro semanas após a alta dos 364 participantes deste estudo.

Ressalta-se que, mesmo quando o contato telefônico foi realizado com os cuidadores, caso houvesse a necessidade de complementação das informações sociodemográficas e clínicas (etapa 1 da pesquisa), estas informações eram referentes aos pacientes (familiares) que ficaram internados no serviço de emergência.

Quando não foi possível contato com o usuário após três tentativas em horários e dias distintos, excluiu-se o indivíduo do estudo. No caso de exclusão ou recusa em participar da pesquisa, outro usuário foi selecionado.

6.5.2.2 Análise dos dados

Os dados coletados foram tabulados no programa *Microsoft Office Excel* 2016 e a análise realizada por meio do programa *Statistical Package Social Science* (SPSS) versão 25.

Para obtenção dos escores das respostas do CTM-Brasil, foram respeitadas as instruções dos autores do instrumento (THE CARE TRANSITIONS PROGRAM, 2009; COLEMAN; et al, 2002), de forma que cada item recebeu uma pontuação a partir da resposta do participante, sendo pontuadas da seguinte forma: “Discordo totalmente” = 1 ponto; “Discordo” = 2 pontos; “Concordo” = 3 pontos e “Concordo totalmente” = 4 pontos. A opção de resposta “Não sei/não me lembro/não se aplica” não recebeu pontuação pois não foi incluída no cálculo do escore final, porém foi codificada diferencialmente (da seguinte forma: “9”) para possibilitar a verificação da porcentagem desta resposta nos itens do instrumento.

Na sequência, obteve-se uma média simples de resposta de cada item, bem como a média da escala total e por fator. Para facilitar a divulgação dos resultados, os autores sugerem que se utilize uma fórmula que transforma as médias obtidas em escores de 0 a 100. Considera-se que, para a análise dos dados, quanto maior o escore obtido, melhor é a transição do cuidado. Embora não exista um ponto de corte, os autores consideram que um escore igual ou maior a 70 já torna a transição do cuidado satisfatória (COLEMAN; et al, 2002).

Com o propósito de identificar as características dos participantes associadas à qualidade da transição do cuidado, foi definida como variável dependente a média de pontuação total e por fator do instrumento CTM-Brasil. As variáveis independentes foram definidas como: sexo, idade, estado, bairro de procedência, se frequentam a UBS, grau de escolaridade, diagnóstico, medicamentos, complicações, doenças associadas, tempo de permanência no serviço, número de atendimentos no serviço de emergência no último ano, número de atendimentos na APS no último ano; reinternação hospitalar em até dois meses, paciente ou cuidador.

Para isso, foram realizados os testes: teste t, análise de variância (ANOVA) e correlação de Pearson (VIEIRA, 2018; PAGANO & GAUVREAU, 2004). O nível de significância utilizado como critério para aceitação ou rejeição dos testes estatísticos supracitados foi de 5% ($p \leq 0,05$).

6.5.3 Terceira Etapa – Análise qualitativa da transição do cuidado

A terceira etapa teve como objetivo analisar, na perspectiva dos participantes do estudo, as potencialidades e fragilidades da transição do cuidado e o referenciamento para a RAS.

Como já apresentado neste trabalho, existem inúmeras condições que levam à uma transição do cuidado adequada e, para este estudo, identificaram-se dimensões e variáveis que foram abordadas durante a coleta e a análise dos dados da terceira etapa desta pesquisa. Desta forma, o Quadro 8 apresenta as dimensões, definições e variáveis da transição do cuidado para a RAS.

Quadro 8 – Dimensões, seus conceitos e as variáveis relacionadas à transição do cuidado para a casa e continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde, Ribeirão Preto, 2020.

(Continua)

Dimensão	Definição	Variáveis
Processo de alta hospitalar: autogerenciamento da doença, sinais e sintomas, entendimentos sobre condutas tomadas durante internação, medicamentos, plano de cuidado e mudança de hábitos.	Período de transição de responsabilidades, em que os familiares e pacientes começam a “reassumir” o fornecimento e gerenciamento dos cuidados que lhes foram oferecidos pelos profissionais de saúde durante a internação (KRIPALANI; et al, 2007).	- Comunicação eficaz; - Dúvidas pós alta; - Sentimento de segurança; - Efeitos colaterais; - Sinais de risco e sequelas; - Manejo de dispositivos (Ex.: Traqueostomia).
Condições adequadas para um cuidado eficaz: ambiência hospitalar, processo de trabalho, gestão de recursos humanos, relações interpessoais, fluxo de comunicação paciente-profissional.	O cuidado de forma idealizada, é somatório de um grande número de pequenos cuidados parciais que vão se complementando, de maneira mais ou menos consciente e negociada, entre os vários cuidadores que circulam e produzem a vida do hospital. Assim, uma complexa trama de atos, procedimentos, fluxos, rotinas e saberes compõe o cuidado em saúde (CECÍLIO & MERHY, 2003).	- Estrutura física adequada; - Equipamentos; - Materiais disponíveis; - Recursos humanos capacitados e suficientes; - Humanização; - Conflitos pontuais; -Segurança do paciente.

(Conclusão)

Dimensão	Definição	Variáveis
Qualidade do cuidado prestado: (in)satisfação do usuário, indicadores para avaliação da qualidade do cuidado.	A assistência à saúde de qualidade é um direito do indivíduo e os serviços de saúde devem ofertar um cuidado que seja efetivo, eficiente, seguro, com a satisfação do paciente em todo este processo (BRASIL, 2017).	- Percepção da satisfação do usuário com o cuidado prestado na unidade.
Continuidade do cuidado: facilidade do acesso na rede; referência e contrarreferência aos serviços de saúde.	A atenção aos usuários com DCNT deve ser organizada de maneira integrada e os cuidados necessitam ser coordenados ao longo do percurso assistencial numa lógica de rede para que sejam centrados na pessoa e em seus familiares (VERAS; et al, 2014).	- Atendimento na APS e especialidades; - Acesso à medicação e dispositivos essenciais para o cuidado; - Promoção, prevenção e atenção integral às doenças crônicas; - Regulação do serviço.

6.5.3.1 Coleta de Dados

A coleta de dados da terceira etapa aconteceu simultaneamente à etapa quantitativa. Nesse caso, os participantes foram os mesmos da segunda etapa, ou seja, foram os 364 participantes. As entrevistas aconteceram no período de dezembro de 2018 a junho de 2019, durante ligação telefônica feita por um celular *Android* e gravada através do aplicativo denominado *Call Records,* com a autorização dos entrevistados e, posteriormente, ouvidas e transcritas pela pesquisadora.

Durante a aplicação do instrumento CTM-Brasil, os participantes tinham liberdade para, além das respostas *Likert* dadas, exemplificar as situações vividas que achavam pertinentes e, após o término da aplicação das quinze afirmações referentes ao questionário, os mesmos foram estimulados a complementar sua experiência com as orientações dadas pelo serviço no processo de alta e transição do cuidado para o domicílio, referenciamento para a rede, através da seguinte pergunta disparadora: “Minhas perguntas a respeito do momento em que estava internado e da alta terminaram. Agora deixo-lhe um espaço para que, caso você queira, fale algo que não te perguntei sobre seu período no hospital e após sua saída dele. Algum elogio, crítica, reclamação ou sugestão. Fique à vontade”.

Uma das vantagens de se utilizar uma pergunta disparadora durante a entrevista é que ela coloca o sujeito em contato com suas experiências e favorece que ele as descreva, facilitando que o pesquisador alcance os significados da situação vivenciada pelo sujeito (AMATUZZI, 1993). Além disso, a entrevista aberta viabiliza que o pesquisador caminhe pelo discurso do sujeito, acompanhando com ele os significados que vão emergindo e durante sua reflexão. Algumas vezes, a partir da intervenção interrogativa do pesquisador, o sujeito se dá conta de significados da experiência vivida que ele ainda não tinha se apropriado (BICUDO, 2018).

6.5.3.2 Análise dos Dados

As entrevistas foram transcritas e os dados organizados por meio de um banco de dados com uso do *software* Atlas ti. Versão 8.4, mediante a criação de *Hermeneutic units,* em que foram inseridas as entrevistas realizadas. Após minuciosa leitura das entrevistas, foi realizada a codificação do material empírico, identificando os elementos que se integram ao objeto de estudo, e criando categorias.

Na pesquisa qualitativa a análise de conteúdo, modalidade temática, se encaminha para a presença de determinados temas ligados a uma afirmação a respeito de determinado assunto, podendo ser apresentado através de uma palavra, frase ou resumo (MINAYO, 2014).

As etapas para a análise temática foram divididas em: organização dos dados – considerando-se o objetivo da pesquisa e organizando-se o material, de forma a responder às questões de validade quanto à exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência; exploração do material empírico, com leitura flutuante e exaustiva dos registros, codificação dos dados, separação dos fragmentos de acordo com as convergências, divergências e o inusitado; e a classificação e agregação dos dados em categorias temáticas (MINAYO, 2014).

Para melhor responder o objetivo proposto nesta etapa da pesquisa, fez-se necessário que a análise das falas fosse realizada em dois momentos. No 1º momento, foi feita uma análise geral da transição do cuidado para a casa e continuidade do cuidado na RAS, a partir das dimensões expostas no Quadro 8 (Processo de alta hospitalar; Condições adequadas para um cuidado eficaz; Qualidade do cuidado prestado; Continuidade do cuidado) e, em um 2º momento, buscou-se, a partir destas mesmas dimensões e variáveis, identificar os aspectos

convergentes e divergentes da transição do cuidado para a casa e continuidade do cuidado na RAS. Assim, chegou-se a três categorias temáticas apresentadas no Quadro 9, a saber:

Quadro 9 – Categorias temáticas criadas a partir da análise dos dados, Ribeirão Preto, 2020.

TEMA 1 – Etapas do processo de alta hospitalar. *Subtema I – Preparação para o autogerenciamento;* *Subtema II – Entendimento sobre medicações;* *Subtema III – Preferências asseguradas;* *Subtema IV – Plano de cuidado.*
TEMA 2 – Influência do ambiente hospitalar no cuidado prestado ao usuário.
TEMA 3 – Avaliação do serviço e da assistência prestada pelo serviço de emergência ao usuário.
TEMA 4 – Continuidade do cuidado aos usuários na Rede de Atenção à Saúde municipal.

Ressalta-se que, ao decorrer das análises das falas e apresentação dos resultados, os participantes foram identificados por “p” de participante e pelo número no qual foi realizada sua entrevista (ex.: p.1) e, caso tenha sido o cuidador/familiar que tenha respondido a entrevista, foi identificado com seu grau de parentesco/proximidade com o participante (ex.: filho, p.1).

6.5.4 Integração dos dados qualitativos e quantitativos

O uso de métodos mistos incorporados permitiu, nesta pesquisa, a inserção dos achados qualitativos aos dados quantitativos do objetivo geral estipulado. A implementação do elemento qualitativo aconteceu durante a pesquisa e concomitantemente à etapa quantitativa do estudo, conforme técnica descrita por Creswell e Plano Clark (2013).

Assim, após a coleta e análise dos dados das etapas quantitativa e qualitativa incorporadas, foi realizada de forma minuciosa a interpretação dos resultados encontrados, visando a complementação dos achados quantitativos do estudo (CRESWELL & PLANO CLARK, 2013).

Dessa forma, a integração dos dados quantitativos e qualitativos foi realizada tendo como norteadores os quatro fatores que contemplam a estruturação do CTM-Brasil: “Fator 1: Preparação para o autogerenciamento”; “Fator 2: Entendimento sobre medicações”; “Fator 3: Preferências asseguradas” e “Fator 4: Plano de cuidado”, de forma a possibilitar a visão de como está ocorrendo a transição do cuidado na RAS. Nesta lógica, optou-se por representar a integração dos dados por meio de figura, demonstrando todas as etapas percorridas pelo método misto incorporado e o resultado obtido após finalização desta integração dos dados.

6.6 Considerações éticas da pesquisa

O estudo foi desenvolvido atendendo a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) n°466/2012, com garantia aos participantes de total anonimato, sigilo das informações e o uso dos dados encontrados apenas para fins e divulgação em meios científicos. O projeto foi encaminhado para apreciação e aprovação junto ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da USP em 19/10/2018 (ANEXO C), Protocolo CAAE: 96780518.5.0000.5393, com anuência do Centro de Estudos do respectivo serviço de emergência (ANEXO D).

O consentimento do participante foi verbal, obtido no momento do contato telefônico e, após leitura de uma carta de apresentação (APÊNDICE B) e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C), tornando-se assim o consentimento tácito.

Quando há o consentimento tácito, os pesquisadores envolvidos têm o dever de informar ao participante todos os procedimentos, benefícios e riscos da pesquisa, e, principalmente, os direitos envolvidos na mesma, mas, não há a coleta de assinatura do indivíduo que aceita participar da pesquisa (FERNANDES; et al, 2010). Essa forma de concordância oral já foi utilizada em estudos anteriores e provada ser eficaz (ACOSTA; et al, 2017; LIMA; et al, 2019; PEIXOTO; et al, 2017).

O direito de recusa a participar ou desistir da pesquisa em qualquer momento do estudo foi garantido sem que isso representasse qualquer tipo de prejuízo no atendimento oferecido pelo hospital. Ainda, a pesquisa ofereceu o mínimo risco ao participante, no que diz respeito à invasão de privacidade, o que, para se evitar, contou com comprometimento da utilização das informações restritamente para tal fim e os

resultados obtidos divulgados em eventos na área da saúde nacionais e internacionais e em revistas científicas e, portanto, garantia de total sigilo à identidade do participante; tomada de tempo para responder o questionário, sendo que, quando isso ocorreu, a entrevista foi interrompida e remarcada para nova data de escolha do participante; e desconforto para responder sobre algum dos itens propostos, sendo que o participante teve a liberdade de se recusar a responder quaisquer perguntas com as quais se sentiu desconfortável.

Não houve benefícios previstos de forma pessoal ao participante do estudo, sendo que, os possíveis benefícios desta pesquisa são para a população geral a médio e longo prazo, tendo em vista que os resultados podem contribuir para a melhora da transição do cuidado dos serviços de emergência para RAS.

Resultados

7. RESULTADOS

Os resultados do presente estudo foram expostos conforme etapas analíticas da pesquisa, a seguir.

7.1 Categorização dos participantes

O estudo contou com 364 participantes com DCNT que receberam alta do serviço de emergência, com predominância do sexo masculino (53,3%), casados (56,0%), de baixa escolaridade, com o ensino fundamental incompleto (49,2%), moradores da zona norte do município (44,5%) e com idade média de 62,7 (DP= 15,2) anos, conforme Tabela 1.

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos pacientes com doenças crônicas que receberam atendimento em uma unidade de emergência, Ribeirão Preto, 2019.

Variáveis	**n = 364**
Sexo *	
Masculino	194 (53,3)
Feminino	170 (46,7)
Idade (anos) †	62,7 ± 15,2
Estado Civil *	
Solteiro(a)	60 (16,5)
Casado(a) / União Estável / União Consensual	204 (56,0)
Divorciado(a) / Separado(a)	45 (12,4)
Viúvo(a)	55 (15,1)
Grau de Escolaridade *	
Analfabeto(a)	30 (8,2)
Ensino Fundamental Incompleto	179 (49,2)
Ensino Fundamental Completo	35 (9,6)
Ensino Médio Incompleto	14 (3,8)
Ensino Médio Completo	73 (20,1)
Ensino Superior Incompleto	9 (2,5)
Ensino Superior Completo	19 (5,2)
Pós-graduação (Mestrado, Doutorado, Especialização, etc.)	5 (1,4)
Moradia por Distrito *	
Norte	162 (44,5)
Sul	30 (8,2)
Leste	49 (13,5)
Oeste	114 (31,3)
Centro	7 (1,9)

*Variáveis categóricas expressas por n(%);
†Variável contínua expressa como média ± desvio padrão.

As Tabelas 2 e 3 trazem as características clínicas dos participantes do estudo. Dentre eles, apenas 24,5% possuíam apenas um diagnóstico (principal) registrado durante o atendimento. Houve predominância como diagnóstico principal e/ou diagnóstico secundário, considerando o CID-10 do grupo DCV (77,7%), sendo que 80,4% dos participantes do estudo possuíam complicações relacionadas aos seus diagnósticos. Além disso, 327 participantes possuíam comorbidades associadas e 320 faziam uso de medicamentos para tratamento. Ainda, dentre os participantes, 304 frequentavam a UBS, com uma mediana de duas (0 – 10) consultas realizadas no ano anterior ao da coleta de dados. Os participantes do estudo tiveram mediana de uma (1 – 7) consulta no serviço de emergência, também considerando o ano anterior ao da coleta de dados e tiveram uma mediana de zero (0 – 5) reinternações neste mesmo serviço.

Tabela 2 – Características das variáveis categóricas clínicas dos pacientes com doenças crônicas que receberam atendimento em uma unidade de emergência, Ribeirão Preto, 2019.

Variáveis *	**n = 364**
Doença crônica (por grupo de causa) ◊	
Câncer	91 (25,0)
Diabetes Mellitus	101 (27,7)
Doenças Cardiovasculares	283 (77,7)
Doenças Respiratórias	33 (9,1)
Comorbidade associada ♯	327 (92,4)
Complicações ♯	283 (80,4)
Uso de medicamentos ♯	320 (92,5)
Óbito no período de dois meses após alta	25 (6,9)
Frequentam UBS	304 (83,5)

* Variáveis categóricas expressas por n(%);
◊ Considerando diagnósticos principais e diagnósticos secundários;
♯ Utilizada porcentagem válida devido a omissão de dados no prontuário.

Tabela 3 – Características das variáveis numéricas clínicas dos pacientes com doenças crônicas que receberam atendimento em uma unidade de emergência, Ribeirão Preto, 2019.

Variáveis †	**n = 364**
Tempo de permanência no serviço de emergência (dias)	4 (1 – 60)
Número de atendimentos no serviço de emergência no ano anterior	1 (1 – 7)
Reinternação no serviço de emergência em até 60 dias após alta	0 (0 – 5)
Número de atendimentos na UBS em um ano	2 (0 – 10)

† Variáveis assimétricas expressas como mediana e intervalo interquartil.

É importante ressaltar que o município de Ribeirão Preto possui três grandes hospitais de referência para urgências e emergências, sendo o referenciamento municipal realizado pela CURM, conforme já citado anteriormente, que avalia os pedidos de internação e transferência hospitalar, estabelecendo as prioridades e o fluxo de pacientes. Portanto, há a possibilidade de que o número de internações prévias, bem como o número de reinternações e de óbitos em até 60 dias após alta destes participantes, conforme exposto na Tabela 3, seja subnotificado neste estudo, tendo em vista que não há quaisquer garantias da reinternação (caso seja necessária) ser feita no hospital no qual o paciente esteve internado anteriormente.

Além disso, o hospital onde foi realizado o presente estudo opera, na grande maioria das vezes, em vaga zero e consequente superlotação, o que poderia acarretar em uma grande possibilidade do referenciamento do usuário ser feito para um dos outros dois hospitais destinados ao mesmo atendimento. Além do mais, como o PEP não é integrado na rede, sendo que cada hospital possui seu próprio sistema de informação, não há a possibilidade de saber com precisão se houve ou não internações prévias ou reinternações dos participantes nestes hospitais – houve a tentativa de questionar os participantes durante contato telefônico a respeito de internações prévias nos outros dois hospitais, porém, as informações não eram precisas, optando-se apenas, por considerar para este estudo, o que estava registrado no sistema do hospital selecionado para a coleta de dados.

O diagnóstico (tanto principal como secundário) com maior prevalência dentre os participantes do estudo foi o I10 (Hipertensão Essencial – Primária) com 34,1%, seguido de I64 (Acidente Vascular Cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico) com 16,5%, I67-8 (Outras doenças cerebrovasculares especificadas) com 14,0%, E11-9 (Diabetes mellitus não-insulinodependente - sem complicações) com 11,8% e I48 (Flutter e fibrilação atrial) com 10,4%, conforme Tabela 4.

Durante a coleta de dados desta etapa, notou-se a existência de um preenchimento inadequado por parte da equipe médica em relação aos CID-10 primários e secundários, no PEP, durante atendimento realizado ao paciente, resultando em subnotificação destes diagnósticos.

Tabela 4 – Distribuição dos diagnósticos principais e secundários, por CID-10, recebidos com maior frequência entre os pacientes com doenças crônicas que receberam atendimento em uma unidade de emergência, Ribeirão Preto, 2019

Diagnóstico	n (%)
I10 – Hipertensão Essencial – Primária	124 (34,1)
I64 – Acidente Vascular Cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico	60 (16,5)
I67-8 – Outras doenças cerebrovasculares especificadas	51 (14,0)
E11-9 – Diabetes mellitus não-insulinodependente - sem complicações	43 (11,8)
I48 – Flutter e fibrilação atrial	38 (10,4)
I11-0 – Doença cardíaca hipertensiva com insuficiência cardíaca (congestiva)	32 (8,8)
I25-1 – Doença aterosclerótica do coração	29 (8,0)
E11-2 – Diabetes mellitus não-insulino-dependente - com complicações renais	27 (7,4)
I12-0 – Doença renal hipertensiva com insuficiência renal	22 (6,0)
I13-2 – Doença cardíaca e renal hipertensiva com insuficiência cardíaca (congestiva) e insuficiência renal	20 (5,5)
I20-0 – Angina instável	20 (5,5)
I21-9 – Infarto agudo do miocárdio não especificado	18 (4,9)
E14-9 – Diabetes mellitus não especificado - sem complicações	16 (4,4)

Assim, diante do preenchimento inadequado em relação aos diagnósticos principais e secundários durante a internação, apresenta-se nas comorbidades associadas, da mesma forma que nos diagnósticos (principais e secundário) por CID-10, uma maior prevalência de participantes hipertensos (31,9%), seguido dos tabagistas (22,3%), dislipidêmicos (19,2%) e etilistas (16,5%), conforme Tabela 5.

Tabela 5 – Distribuição das comorbidades associadas com maior frequência entre pacientes com doenças crônicas que receberam atendimento em uma unidade de emergência, Ribeirão Preto, 2019.

Comorbidades Associadas	n (%)
Hipertensão Arterial Sistêmica	116 (31,9)
Tabagista	81 (22,3)
Dislipidemia	70 (19,2)
Etilista	60 (16,5)
Ex-tabagista	51 (14,0)
Obesidade	36 (9,9)
Diabetes *Mellitus*	29 (8,0)
Doença Renal Crônica	29 (8,0)
Ex-etilista	28 (7,7)
Hipotiroidismo	27 (7,4)
Depressão	24 (6,6)
Doença Arterial Obstrutiva Periférica	20 (5,5)
Hiperplasia Prostática Benigna	17 (4,7)
Cirrose Hepática	17 (4,7)
Epilepsia	15 (4,1)
Úlcera Gastrointestinal	12 (3,3)
Doença Arterial Coronariana	10 (2,7)

As principais complicações apresentadas pelos participantes do estudo foram AVC prévio (18,4%), metástase (14,3%), IAM prévio (11,3%), paresia – hemiparesia/paraparesia/tetraparesia (9,1%), cateterismo cardíaco (7,4%), angioplastia (6,3%) e nefropatia diabética (5,5%), conforme Tabela 6.

Ressalta-se que, considerando as complicações, nota-se que também há um preenchimento inadequado de todas as complicações no histórico clínico de alguns participantes. Diante disso, como exposto na Tabela 2, utilizou-se uma porcentagem válida devido à ausência destes dados durante todo o processo de coleta de dados.

Tabela 6 – Distribuição das complicações com maior frequência entre os pacientes com doenças crônicas que receberam atendimento em uma unidade de emergência, Ribeirão Preto, 2019.

Complicações	n (%)
Acidente Vascular Cerebral prévio	67 (18,4)
Metástase	52 (14,3)
Infarto Agudo do Miocárdio prévio	41 (11,3)
Paresia (Hemiparesia/Paraparesia/Tetraparesia)	33 (9,1)
Cataterismo Cardíaco	27 (7,4)
Angioplastia	23 (6,3)
Nefropatia Diabética	20 (5,5)
Disartria	18 (4,9)
Implantação de Stent no coração	15 (4,1)
Recindiva Oncológica	14 (3,8)
Amputação de membro	12 (3,3)
Uso de Sonda Nasoentérica ou Sonda Nasogástrica	11 (3,0)
Neuropatia Diabética	10 (2,7)

Somente 20 participantes deste estudo utilizavam apenas um medicamento para tratamento de suas doenças. A Tabela 7 traz os medicamentos mais utilizados pelos participantes do estudo; a lista de medicamentos é encabeçada com uma frequência maior, principalmente, por anti-hipertensivos e antidiabéticos. O medicamento mais utilizado foi o Ácido Acetilsalicílico (AAS), do qual 133 (36,5%) participantes faziam uso; seguido pelo uso de Sinvastatina em 104 (28,6%) participantes; e Omeprazol em 89 casos (24,5%).

Observa-se que também ocorre a mesma situação em relação ao preenchimento inadequado das informações sobre os medicamentos utilizados para tratamento de alguns participantes, como visto anteriormente em relação as complicações e comorbidades associadas. Algumas vezes, inclusive, o próprio participante não sabia referir o nome dos medicamentos que fazia uso para tratamento, durante a entrevista. Portanto, para esta variável também se utilizou da porcentagem válida dos dados.

Tabela 7 – Distribuição dos medicamentos utilizados para tratamento com maior frequência entre os pacientes com doenças crônicas que receberam atendimento em uma unidade de emergência, Ribeirão Preto, 2019.

Medicamentos em uso	n (%)
Ácido Acetilsalicílico	133 (36,5)
Sinvastatina	104 (28,6)
Omeprazol	89 (24,5)
Enalapril	84 (23,1)
Losartana	83 (22,8)
Furosemida	74 (20,3)
Anlodipino	72 (19,8)
Metformina	72 (19,8)
Carvedilol	58 (15,9)
Atorvastatina	54 (14,8)
Hidroclorotiazida	54 (14,8)
Insulina NPH	51 (14,0)
Levotiroxina	41 (11,3)
Sertralina	36 (9,9)
Clopidogrel	35 (9,6)
Atenolol	29 (8,0)
Glicazida	29 (8,0)
Isossorbida	28 (7,7)
Espironolactona	28 (7,7)
Vitamina D	27 (7,4)
Clonidina	25 (6,9)
Varfarina	24 (6,6)
Hidralazina	23 (6,3)
Insulina Regular	21 (5,8)
Clonazepam	21 (5,8)
Alopurinol	20 (5,5)
Sulfato Ferroso	20 (5,5)

7.2 Análise quantitativa da Transição do Cuidado

Em 54,1% das entrevistas, foram os próprios pacientes que responderam o instrumento CTM-Brasil; em 45,3%, foram os cuidadores que acompanharam estes doentes durante a internação e a alta do serviço de emergência que responderam o instrumento e, em 0,5% destas entrevistas, o instrumento foi respondido até o “item 12” pelos pacientes e os demais itens (13,14 e 15) por seus respectivos cuidadores.

A média de escore total do CTM-Brasil, na escala de 0 a 100, foi de 79,92, conforme mostra a Tabela 8. Também é possível observar que os escores conforme os quatro fatores são semelhantes, embora o Fator 1 tenha a melhor média.

Conforme já citado na metodologia da segunda etapa deste estudo, a versão brasileira do CTM-15 conta com quatro fatores estruturais, sendo que o Fator 1 é a dimensão que considera a preparação do paciente e familiares/cuidadores para gerenciar e realizar o próprio cuidado pós-alta hospital, no domicílio. O Fator 2 é a dimensão do instrumento que trata do entendimento do paciente e familiares/cuidadores quanto ao uso adequado (motivo pelo qual está tomando, horário, dose e efeitos colaterais) dos medicamentos receitados após a alta hospitalar. O Fator 3 traz a importância em considerar as preferências do paciente e familiares/cuidadores na tomada de decisões quanto às suas necessidades de saúde e seu tratamento, durante o mesmo. E o Fator 4 evidencia a existência de um plano de cuidados eficaz e de uma lista de consultas ou exames agendados para realização após a alta, sempre escritos de uma forma clara e legível.

Tabela 8 – Distribuição das médias e desvio padrão do instrumento CTM-Brasil total e por fatores, aplicado entre pacientes com doenças crônicas que receberam atendimento em uma unidade de emergência, Ribeirão Preto, 2019.

Escores	n = 364
Por Fatores *	
Fator 1 – Preparação para o autogerenciamento	81,38 ± 12,61
Fator 2 – Entendimento sobre medicações	79,27 ± 14,35
Fator 3 – Preferências asseguradas	77,93 ± 13,62
Fator 4 – Plano de Cuidado	79,03 ± 15,65
Transição Total *	79,92 ± 11,81

*Variáveis expressas como média ± desvio padrão.

A Tabela 9 traz a média e o desvio padrão, de 1 a 4, obtidos neste estudo para cada item do CTM-Brasil. Os itens 14, 5, 13 e 4 obtiveram as maiores pontuações, sendo que o primeiro e o terceiro item pertencem ao Fator 2 (Entendimento sobre medicações), enquanto que o segundo e o quarto item pertencem ao Fator 1 (Preparação para o autogerenciamento). As piores médias, neste estudo, são dos itens 15, 2, 1 e 3, pertencentes ao Fator 2 (Entendimento sobre medicações) e ao Fator 3 (Preferências asseguradas). Os itens que compõem o Fator 4 (Plano de Cuidado), neste estudo, obtiveram a nona e a décima primeira maior média geral.

Tabela 9 – Distribuição das médias e desvio padrão por item do CTM-Brasil, aplicado entre pacientes com doenças crônicas que receberam atendimento em uma unidade de emergência, Ribeirão Preto, 2019.

Item	Fator	CTM-15	Média ± DP
14	2	Quando eu saí do hospital, eu entendi claramente *como* tomar cada um dos meus medicamentos, inclusive a quantidade e os horários.	3,39 ± 0,56
5	1	Quando eu saí do hospital, eu entendi claramente como cuidar da minha saúde.	3,33 ± 0,62
13	2	Quando eu saí do hospital, eu entendi claramente o *motivo* de tomar cada um dos meus medicamentos.	3,31 ± 0,60
4	1	Quando eu saí do hospital, eu tive todas as informações de que precisava para que pudesse cuidar de mim mesmo.	3,31 ± 0,66
9	1	Quando eu saí do hospital, eu compreendi bem o que era de minha responsabilidade para cuidar de minha saúde.	3,29 ± 0,60
6	1	Quando eu saí do hospital, eu entendi claramente os sinais de alerta e os sintomas que eu deveria observar para monitorar minha condição de saúde.	3,26 ± 0,66
8	1	Quando eu saí do hospital, eu compreendi bem minha condição de saúde e o que poderia melhorá-la ou piorá-la.	3,25 ± 0,61
10	1	Quando eu saí do hospital, eu me senti seguro de que eu sabia o que fazer para cuidar de minha saúde.	3,20 ± 0,68
12	4	Quando eu saí do hospital, eu recebi uma lista por escrito, legível e de fácil compreensão, das consultas ou exames que eu precisava realizar dentro das próximas semanas.	3,18 ± 0,74
11	1	Quando eu saí do hospital, eu me senti seguro de que conseguiria fazer as coisas necessárias para cuidar da minha saúde.	3,17 ± 0,66
7	4	Quando eu saí do hospital, eu recebi um plano escrito, legível e de fácil compreensão, que descrevia como todas as minhas necessidades de saúde seriam atendidas.	3,17 ± 0,71
3	3	A equipe do hospital considerou minhas preferências e as da minha família ou cuidador para decidir *onde* minhas necessidades de saúde seriam atendidas depois que eu saísse do hospital.	3,15 ± 0,67
1	3	Antes de sair do hospital, eu e a equipe de saúde concordamos sobre os objetivos para a minha saúde e como eles seriam alcançados.	3,15 ± 0,63
2	3	A equipe do hospital considerou minhas preferências e as da minha família ou cuidador para decidir *quais* seriam as minhas necessidades de saúde para depois que eu saísse do hospital.	3,06 ± 0,66
15	2	Quando eu saí do hospital, eu entendi claramente os possíveis efeitos colaterais de cada um dos meus medicamentos.	2,87 ± 0,86

A Tabela 10 traz a distribuição das respostas dos participantes com frequência simples e relativa de cada item do instrumento, nos dando a oportunidade de compreender melhor estes itens, individualmente, de forma a ver quais tiveram maior ou menor concordância/discordância e também proporciona a inclusão da opção neutra da escala Likert que, como já citado na metodologia, não é utilizada no cálculo de escore do CTM.

Tabela 10 – Distribuição da frequência de opções de resposta por item do CTM-Brasil, aplicado entre pacientes com doenças crônicas que receberam atendimento em uma unidade de emergência, Ribeirão Preto, 2019.

Item CTM-15*	Discordo Muito	Discordo	Concordo	Concordo Muito	Não sei / Não me lembro / Não se aplica
1	1 (0,3)	45 (12,4)	214 (58,8)	101 (27,7)	3 (0,8)
2	5 (1,4)	53 (14,6)	216 (59,3)	85 (23,4)	5 (1,4)
3	3 (0,8)	49 (13,5)	197 (54,1)	109 (29,9)	6 (1,6)
4	3 (0,8)	30 (8,2)	181 (49,7)	146 (40,1)	4 (1,1)
5	2 (0,5)	24 (6,6)	187 (51,4)	149 (40,9)	2 (0,5)
6	3 (0,8)	35 (9,6)	185 (50,8)	136 (37,4)	5 (1,4)
7	3 (0,8)	55 (15,1)	171 (47,0)	121 (33,2)	14 (3,8)
8	3 (0,8)	24 (6,6)	215 (59,1)	119 (32,7)	3 (0,8)
9	2 (0,5)	21 (5,8)	211 (58,0)	130 (35,7)	0 (0,0)
10	4 (1,1)	43 (11,8)	191 (52,5)	123 (33,8)	3 (0,8)
11	4 (1,1)	42 (11,5)	205 (56,3)	111 (30,5)	2 (0,5)
12	0 (0,0)	68 (18,7)	149 (40,9)	131 (36,0)	16 (4,4)
13	2 (0,5)	19 (5,2)	189 (51,9)	130 (35,7)	24 (6,6)
14	0 (0,0)	12 (3,3)	182 (50,0)	141 (38,7)	29 (8,0)
15	14 (3,8)	116 (31,9)	122 (33,5)	86 (23,6)	26 (7,1)

*Variável categórica expressa como n (%).

Os itens 09 (“Quando eu saí do hospital, eu compreendi bem o que era de minha responsabilidade para cuidar de minha saúde”), 05 (“Quando eu saí do hospital, eu entendi claramente como cuidar da minha saúde”) e 08 (“Quando eu saí do hospital, eu compreendi bem minha condição de saúde e o que poderia melhorá-la ou piorá-la”) obtiveram o maior percentual de concordância, quando somadas as opções “concordo” e “concordo muito” do instrumento, com 93,7%, 92,3% e 91,8%, respectivamente.

Os itens que obtiveram o maior percentual de discordância, também ao somar as opções “discordo” e “discordo muito” do instrumento, foram: 15 (“Quando eu saí do hospital, eu entendi claramente os possíveis efeitos colaterais de cada um dos meus

medicamentos”), 12 (“Quando eu saí do hospital, eu recebi uma lista por escrito, legível e de fácil compreensão, das consultas ou exames que eu precisava realizar dentro das próximas semanas”) e 02 (“A equipe do hospital considerou minhas preferências e as da minha família ou cuidador para decidir *quais* seriam as minhas necessidades de saúde para depois que eu saísse do hospital”, com 35,7%, 18,7% e 16,0%, respectivamente.

As maiores frequências de resposta “concordo muito” foram nos itens 05 (“Quando eu saí do hospital, eu entendi claramente como cuidar da minha saúde”) e 04 (“Quando eu saí do hospital, eu tive todas as informações de que precisava para que pudesse cuidar de mim mesmo”), com 40,9% e 40,1%, respectivamente. E as maiores frequências de resposta “discordo muito” foram nos itens 15 (“Quando eu saí do hospital, eu entendi claramente os possíveis efeitos colaterais de cada um dos meus medicamentos”) e 02 (“A equipe do hospital considerou minhas preferências e as da minha família ou cuidador para decidir *quais* seriam as minhas necessidades de saúde para depois que eu saísse do hospital”), com 3,8% e 1,4%, respectivamente.

Observa-se que os itens 14 (“Quando eu saí do hospital, eu entendi claramente como tomar cada um dos meus medicamentos, inclusive a quantidade e os horários”), 15 (“Quando eu saí do hospital, eu entendi claramente os possíveis efeitos colaterais de cada um dos meus medicamentos”) e 13 (“Quando eu saí do hospital eu entendi claramente o motivo de tomar cada um dos meus medicamentos”, obtiveram o maior percentual de respostas na opção neutra (“Não sei / Não me lembro / Não se aplica”) da escala Likert, com 8,0%, 7,1% e 6,6%, respectivamente.

Tabela 11 – Correlação entre os escores total e por fator do CTM-Brasil e as variáveis contínuas do estudo, aplicado entre pacientes com doenças crônicas que receberam atendimento em uma unidade de emergência, Ribeirão Preto, 2019.

Variáveis*	**Coeficiente de Correlação**				
	Total	**Fator 1**	**Fator 2**	**Fator 3**	**Fator 4**
Idade (anos)	-0,054	-0,028	-0,044	-0,070	-0,071
Tempo de permanência (dias)	-0,003	-0,009	0,026	-0,046	0,011
Nº de atendimentos	-0,069	-0,083	-0,023	-0,061	0,015
Nº consultas APS	-0,023	-0,025	-0,031	0,013	-0,058
Nº de reinternações	-0,009	-0,015	0,037	-0,066	0,041

* Utilizado teste de correlação de Pearson; Significância estatística (p≤0,05).

Conforme exposto na Tabela 11, não houve qualquer correlação significativa entre o escore total e escore dos quatro fatores de transição do cuidado com as variáveis contínuas: idade, tempo de permanência no serviço, número de atendimentos no serviço de emergência no último ano, número de consultas realizadas na APS no último ano e número de reinternações no serviço de emergência em um período de 60 dias após a internação em questão.

A associação entre os escores do CTM-Brasil com as variáveis categóricas sociodemográficas está demonstrada na Tabela 12. Considerando quem respondeu o instrumento, identificou-se que os cuidadores obtiveram uma maior média de respostas nos escores total e por fatores 1 e 3, enquanto os pacientes obtiveram maiores médias para os fatores 2 e 4. Todavia, essa diferença não obteve significância estatística.

Os participantes do sexo masculino obtiveram médias de respostas superiores a participantes do sexo feminino nos escores total e por todos os fatores de transição do instrumento. Contudo, somente para o fator 2 houve significância estatística (p=0,038). Ainda, não houve significância estatística ao se tratar do estado civil dos participantes, mesmo os casados obtendo maiores médias nos escores total e por fatores 1, 3 e 4.

Ao analisar as médias quanto ao grau de escolaridade, verificou-se que aqueles participantes com ensino médio (mesmo incompleto) obtiveram maiores escores de transição total e em todos os fatores do que aqueles que não possuem um alto grau de escolaridade. Todavia, apenas para o fator 3 os dados obtiveram significância estatística (p=0,011).

Considerando a região de moradia dos entrevistados, aqueles que residiam no centro do município obtiveram maiores escores por fatores e total. Além disso, os participantes que residiam na região norte obtiveram menores escores nos fatores 1 e 3, enquanto os participantes que residiam na região sul obtiveram menores escores nos fatores 2 e 4, bem como no escore total. Porém, apenas para o fator 4 houve diferença significativa (p=0,026).

Tabela 12 – Associação dos escores total e por fator do CTM-Brasil com as variáveis categóricas sociodemográficas, aplicado entre pacientes com doenças crônicas que receberam atendimento em uma unidade de emergência, Ribeirão Preto, 2019.

Variáveis	Fator 1		Fator 2		Fator 3		Fator 4		Transição Total	
	Média ± DP	**p**	**Média ± DP**	**P**	**Média ± DP**	**P**	**Média ± DP**	**p**	**Média ± DP**	**p**
Sexo†		0,054		0,038§		0,512		0,295		0,094
Masculino (n=194)	82,6 ± 12,9		80,8 ± 14,2		78,4 ± 14,2		79,8 ± 15,7		80,9 ± 12,1	
Feminino (n=170)	80,0 ± 12,2		77,6 ± 14,3		77,4 ± 12,9		78,1 ± 15,6		78,8 ± 11,4	
Estado civil†		0,630		0,619		0,237		0,606		0,648
Não casado (n=160)	81,0 ± 13,9		79,7 ± 15,1		77,0 ± 14,7		78,5 ± 17,2		79,6 ± 13,0	
Casado (n=204)	81,7 ± 11,6		78,9 ± 13,7		78,7 ± 12,7		79,4 ± 14,3		80,2 ± 10,8	
Grau de escolaridade†		0,184		0,139		0,011§		0,836		0,094
Até Fundamental completo (n=244)	80,8 ± 12,4		78,5 ± 14,4		76,7 ± 13,5		78,9 ± 15,6		79,2 ± 11,8	
Médio incompleto ou mais (n=120)	82,6 ± 13,0		80,9 ± 14,2		80,5 ± 13,7		79,3 ± 15,8		81,4 ± 11,8	
Distrito‡		0,517		0,359		0,189		0,026§		0,224
Norte (n=162)	80,6 ± 12,8		79,0 ± 14,1		77,0 ± 14,0		78,7 ± 15,6		79,2 ± 12,0	
Sul (n=30)	81,1 ± 12,4		76,2 ± 14,3		77,2 ± 12,8		72,5 ± 17,5		78,1 ± 11,5	
Leste (n=49)	81,3 ± 14,5		81,9 ± 14,0		78,1 ± 14,9		78,3 ± 17,1		80,4 ± 12,7	
Oeste (n=114)	82,3 ± 11,6		79,0 ± 15,1		78,7 ± 12,7		80,8 ± 14,4		80,9 ± 11,3	
Centro (n=7)	88,3 ± 10,9		85,7 ± 11,5		89,3 ± 11,5		91,1 ± 11,9		88,3 ± 9,2	
Frequenta UBS†		0,891		0,973		0,871		0,046§		0,720
Não (n=60)	81,2 ± 12,4		79,3 ± 14,5		78,2 ± 13,1		82,7 ± 14,0		80,4 ± 11,2	
Sim (n=304)	81,4 ± 12,7		79,3 ± 14,3		77,9 ± 13,8		78,3 ± 15,9		79,8 ± 11,9	
UBS possui ESF†		0,983		0,591		0,309		0,301		0,509
Não (n=204)	81,6 ± 12,3		79,4 ± 14,0		77,4 ± 14,1		78,0 ± 15,4		79,7 ± 11,5	
Sim (n=77)	81,6 ± 13,6		80,4 ± 13,9		79,3 ±13,2		80,2 ± 16,9		80,8 ± 12,7	
Entrevistado†		0,618		0,879		0,873		0,544		0,896
Paciente (n=197)	81,8 ± 11,7		79,2 ± 13,9		78,0 ± 13,4		78,6 ± 16,0		80,1 ± 11,3	
Cuidador (n=167)	80,9 ± 13,6		79,3 ± 14,9		77,8 ± 13,9		79,6 ± 15,3		79,7 ± 12,4	

† Utilizado teste t para amostras independentes. ‡ Utilizado teste de Análise de Variância (ANOVA). § Significância estatística (p≤0,05).

Ainda em relação aos participantes que não frequentavam a UBS em comparação com aqueles participantes que frequentavam, as médias do CTM-Brasil encontradas foram maiores para os fatores 3 e 4, bem como para o escore total da transição do cuidado. Porém, essa diferença foi significativa apenas para o fator 4 (p=0,046). É importante ressaltar que, para aqueles participantes que frequentavam a UBS, não houve significância estatística se a mesma possuía ESF ou não em sua composição de atendimento.

A Tabela 13 demonstra a associação entre os escores do CTM-Brasil com as características clínicas dos participantes, bem como os grupos de causas das DCNT elencadas neste estudo. Os participantes do estudo que não possuíam em seu diagnóstico CID-10 relacionado ao câncer obtiveram médias de transição do cuidado elevadas em todos os quatro fatores, bem como ao considerar o fator total do CTM-Brasil do que aqueles participantes que possuíam o CID-10 de câncer. Dessa forma, obteve-se significância estatística para os fatores 1 (p=0,016), 3 (p=0,023), 4 (p=0,008) e escore total (p=0,022).

Os participantes que possuíam CID-10 relacionado à DM obtiveram maiores médias em relação à transição do cuidado no fator 2 e no escore total do que aqueles pacientes que não possuíam o diagnóstico. Todavia, não houve qualquer significância estatística para essa variável clínica.

Considerando as doenças respiratórias, aqueles participantes que não possuíam o diagnóstico por CID-10 obtiveram maiores médias do CTM-Brasil nos fatores 1, 3, 4 e no escore total do que aqueles participantes que possuíam doenças respiratórias. Para essa variável clínica, bem como para a variável clínica DM, não houve qualquer significância estatística.

Em relação às doenças cardiovasculares, os participantes que possuíam CID-10 relacionado obtiveram maiores médias do CTM-Brasil nos fatores 1, 3, 4 e no escore total da transição do que aqueles que não possuíam doenças cardiovasculares. Porém, apenas o fator 4 obteve significância estatística (p=0,003) para esta variável.

Tabela 13 – Associação dos escores total e por fator do CTM-Brasil com as variáveis clínicas e de CID-10, aplicado entre pacientes com doenças crônicas que receberam atendimento em uma unidade de emergência, Ribeirão Preto, 2019.

Variáveis	Fator 1		Fator 2		Fator 3		Fator 4		Transição Total	
	Média ± DP	**p***	**Média ± DP**	**p***	**Média ± DP**	**p***	**Média ± DP**	**p***	**Média ± DP**	**p***
Câncer		0,016§		0,890		0,023§		0,008§		0,022§
Não (n=273)	82,3 ± 12,2		79,3 ± 14,7		78,9 ± 13,0		80,3 ± 15,2		80,7 ± 11,5	
Sim (n=91)	78,6 ± 13,6		79,1 ± 13,3		75,1 ± 15,0		75,3 ± 16,5		77,5 ± 12,5	
Diabetes mellitus		0,987		0,348		0,863		0,959		0,864
Não (n=263)	81,4 ± 12,5		78,8 ± 14,5		77,9 ± 14,0		79,1 ± 15,6		79,9 ± 11,8	
Sim (n=101)	81,4 ± 12,9		80,4 ± 14,0		78,1 ± 12,7		79,0 ± 15,8		80,1 ± 12,0	
Doença cardiovascular		0,051		0,771		0,083		0,003§		0,060
Não (n=81)	79,0 ± 14,0		79,7 ± 13,4		75,6 ± 14,9		74,5 ± 16,0		77,7 ± 12,7	
Sim (n=283)	82,1 ± 12,1		79,1 ± 14,6		78,6 ± 13,2		80,3 ± 15,3		80,5 ± 11,5	
Doença respiratória		0,305		0,852		0,463		0,266		0,390
Não (n=331)	81,6 ± 12,5		79,2 ± 14,5		78,1 ± 13,6		79,3 ± 15,7		80,1 ± 11,8	
Sim (n=33)	79,2 ± 13,5		79,7 ± 13,4		76,3 ± 14,3		76,1 ± 15,1		78,2 ± 11,9	
Uso de medicamento		0,487		0,499		0,145		0,706		0,361
Não (n=26)	83,3 ± 13,6		81,3 ± 14,2		82,1 ± 14,5		80,3 ± 15,9		82,2 ± 12,8	
Sim (n=320)	81,6 ± 12,2		79,2 ± 14,4		78,1 ± 13,3		79,1 ± 15,8		80,0 ± 11,6	
Complicações		0,734		0,719		0,800		0,947		0,800
Não (n=69)	80,7 ± 11,9		78,6 ± 14,0		77,4 ± 13,1		78,8 ± 15,1		79,5 ± 11,0	
Sim (n=283)	81,3 ± 12,9		79,3 ± 14,5		77,9 ± 13,9		78,9 ± 15,8		79,9 ± 12,1	
Reinternações		0,311		0,893		0,124		0, 748		0,351
Não (n=263)	81,8 ± 11,6		79,3 ± 14,4		78,6 ± 13,0		78,9 ± 15,7		80,3 ± 11,2	
Sim (n=101)	80,2 ± 14,9		79,1 ± 14,2		76,1 ± 15,1		79,5 ± 15,5		78,9 ± 13,3	

***Utilizado teste t para amostras independentes. §Significância estatística (p≤0,05).

Os participantes do estudo que não faziam uso de quaisquer medicamentos para tratamento de suas doenças obtiveram médias mais elevadas em todos os fatores e no escore total de transição do cuidado do que aqueles participantes que utilizavam para tratamento pelo menos um medicamento. Todavia, essa diferença não foi estatisticamente significante.

Para aqueles participantes que possuíam pelo menos uma complicação decorrente de sua patologia, os mesmos julgaram melhor a transição do cuidado em todos os fatores e por escore total do que aqueles que os participantes que não tinham quaisquer complicações decorrentes da doença base. E assim como na categoria “Uso de medicamento”, não houve significância estatística.

Considerando a variável independente “reinternações”, aqueles participantes que não reinternaram no serviço de emergência durante um período de 60 dias após a alta obtiveram médias maiores de transição do cuidado nos fatores 1, 2, 3 e escore total do que aqueles que precisaram reinternar no serviço devido à nova agudização de suas DCNT, não sendo, no entanto, essa diferença estatisticamente significante.

Ainda, para complementação das análises, foi testada a associação da transição do cuidado com as variáveis categóricas relacionadas aos antecedentes pessoais dos participantes do estudo: tabagismo, etilismo, obesidade e dislipidemia, conforme Tabela 14.

Os participantes fumantes obtiveram maiores médias de transição do cuidado nos fatores 1, 4 e escore total do que os participantes não-fumantes. Aqueles que não faziam uso de bebidas alcoólicas avaliaram a transição do cuidado de forma mais positiva, obtendo maiores médias nos fatores 1, 2, 3 e escore total em relação aos participantes que faziam uso de álcool. Para os participantes obesos, o processo de transição do cuidado foi mais satisfatório em relação aos participantes que não possuíam obesidade, obtendo médias maiores em todos os quatro fatores e no escore total. Considerando a variável “Dislipidemia”, os participantes que não possuíam colesterol alto também avaliaram o processo de transição do cuidado de forma positiva, com médias superiores nos quatro fatores e no escore total do que aqueles participantes que possuíam.

Todavia, não houve qualquer significância estatística para nenhuma destas quatro variáveis independentes ao considerar os quatro fatores e o escore total da transição do cuidado.

Tabela 14 – Associação dos escores total e por fator do CTM-Brasil com as variáveis antecedentes pessoais, aplicado entre pacientes com doenças crônicas que receberam atendimento em uma unidade de emergência, Ribeirão Preto, 2019.

Variáveis	Fator 1		Fator 2		Fator 3		Fator 4		Transição Total	
	Média ± DP	**p***	**Média ± DP**	**p***	**Média ± DP**	**p***	**Média ± DP**	**p***	**Média ± DP**	**p***
Tabagismo		0,825		0,947		0,841		0,065		0,775
Não (n=209)	81,3 ± 12,0		79,4 ±13,7		78,1(12,9)		77,6 ± 15,4		79,8 ± 11,1	
Sim (n=145)	81,6 ± 13,5		79,3 ± 15,7		77,8(14,8)		80,8 ± 16,2		80,2 ± 12,9	
Etilismo		0,862		0,685		0,204		0,950		0,664
Não (n=267)	81,5 ± 12,4		79,5 ± 14,1		78,5(13,1)		78,9 ± 15,8		80,1 ± 11,5	
Sim (n=87)	81,2 ± 13,6		78,8 ± 15,7		76,3(15,3)		79,0 ± 15,9		79,4 ± 13,0	
Obesidade		0,269		0,771		0,231		0,177		0,256
Não (n=318)	81,2 ± 12,8		79,3 ± 14,6		77,7(13,9)		78,5 ± 15,7		79,7 ± 12,0	
Sim (n=36)	83,6 ± 11,3		80,0 ± 13,7		80,5(11,1)		82,3 ± 15,9		82,1 ± 10,2	
Dislipidemia		0,841		0,164		0,943		0,999		0,679
Não (n=284)	81,5 ± 12,7		79,9 ± 14,6		78,0(13,9)		78,9 ± 15,6		80,1 ± 12,0	
Sim (n=70)	81,1 ± 12,6		77,1 ± 13,9		77,9(12,8)		78,9 ± 16,6		79,4 ± 11,2	

7.3 Análise das potencialidades e fragilidades da Transição do Cuidado e o referenciamento para a Rede de Atenção à Saúde

Nesta etapa do estudo, após análise minuciosa dos dados, emergiram quatro categorias temáticas e seus respectivos subtemas, conforme já apresentado anteriormente no Quadro 9. Abaixo, as categorias, bem como as falas mais impactantes dos participantes, as quais dão sentido à criação das categorias temáticas, serão expostas detalhadamente.

7.3.1 TEMA 1: Etapas do processo de alta hospitalar.

7.3.1.1 Subtema I – Preparação para o autogerenciamento

Durante as entrevistas, os participantes (pacientes e cuidadores) do estudo comentaram que a equipe de saúde os preparou de forma adequada para enfrentamento de suas patologias, esclarecendo-os em relação a sua condição de saúde, quais os cuidados necessários e quais atitudes poderiam contribuir para que eles não voltassem a agudizar essa condição crônica e consequentemente retornassem ao serviço de emergência.

Muitos destes participantes, durante a ligação telefônica, inclusive comentaram sobre suas patologias e também repetiram o que lhes foi explicado pela equipe de saúde, de forma a considerar que eles absorveram o conteúdo das explicações e entenderam exatamente o que passaram durante o período da internação hospitalar.

> *"Eu faço acompanhamento porque eu uso CDI (Implante de Cardioversor/Desfibrilador). [...] Depois que eu coloquei o CDI, eu nunca mais tive arritmia, foi muito bom. Eu sofria muito antes de colocar, eu fui várias vezes internada. Eu tinha medo de ficar sozinha, porque, às vezes, me dava aquela arritmia então eu tinha que correr no médico e tudo, mas agora eu tô mais tranquila". – (p. 23)*
>
> *"Então, eu acho que eles [equipe] se preocuparam com tudo, com certeza. [...] Eles [equipe] me passaram tudo que aconteceu e tudo o que poderia acontecer se eu não seguisse as regras". – (p. 80)*
>
> *"Eles conversaram com ela [filha] sobre ela fazer a parte dela. [...] Ela [filha] está cuidando muito melhor da saúde dela". – (mãe, p. 82)*
>
> *"Eles [equipe] explicaram tudo, para mim, para minha esposa... que não tem mais o que fazer. A gente está ciente da coisa. [...] A única*

coisa que eles [equipe] falam é que não adianta mais eu internar. [...] Eu tenho 40% do coração funcionando só... se você me ver andar, conversar, eu estou perfeito... não era para eu estar aqui [vivo] de jeito nenhum". – (p. 83)

"Eu procuro entender o que os médicos dizem e fazer da forma que eles falam. Eu tenho muitos problemas e justamente por isso eu procuro seguir as orientações deles [médicos] corretamente". – (p. 87)

"... eles foram muito prestativos comigo, me falaram tudo que eu deveria e não deveria fazer. [...] Eles [equipe] falaram que se eu "inchasse", qualquer coisa, era para eu procurar a UPA e eu "inchei"... eu estava novamente com água no pulmão. Eles me deram muitas explicações". – (p. 88)

"Tivemos todas as informações, fizeram uma reunião com a família. Estava presente meus filhos, a cuidadora. Explicaram tudo o que estava acontecendo. [...] Eles deram todas as informações para podermos cuidar dela [esposa] aqui em casa". – (esposo, p. 129)

"[...] O médico falou comigo, que ia ter que suspender esse remédio do sangue e que o quadro dele era grave e que ele podia até ter outro AVC...". – (esposa, p. 166)

"Foi a pergunta que eu fiz para a médica 'Como a gente deveria observar os sintomas para socorrer já que ela passa a maior parte do tempo apagada?' E orientaram a gente direitinho, inclusive a primeira vez que ela teve a pneumonia, a gente conseguiu socorrer por conta de eu ter sido orientada, que ela estava com febre e alguns sintomas que ela não sabia explicar e a gente foi detectando nela e conseguimos socorrer...". – (filha, p. 234)

"Não, o pessoal deu todas as informações necessárias, desde os médicos, até os enfermeiros, todos. [...] Eles [equipe] foram bem diretos em relação ao sucesso do pós-operatório cardíaco dela. Eles foram bem claros nas informações em relação às orientações, cuidados, informações quanto a medicamentos, alimentação, em relação à percepção dos sintomas que poderiam acontecer com ela e caso acontecesse como deveríamos agir e onde ir. A equipe que nos atendeu foi 100% eficiente, nos colocou a par de tudo. Desde a autorização do procedimento, nos deixou claro referente à possibilidade de riscos, em relação a tudo de possibilidades que poderiam acontecer". – (filha, p. 257)

"Você tem que sair de lá [hospital] acatando aquilo que foi falado para o seu próprio bem. Para melhorar sua saúde. [...] Eu sai de lá [do hospital] com a responsabilidade de parar de fumar. Fumei por 35 anos, fiquei cinco dias internado sem cigarro e decidi que não vou fumar mais. [...] Eu saí de lá [do hospital] orientado que não podia fazer movimentos bruscos, fazer força... tudo". – (p. 356)

Todavia, mesmo considerando que, durante a internação hospitalar, a equipe de saúde passou todas as informações necessárias para o autogerenciamento de

suas condições, alguns participantes admitiram que, ainda assim, ficaram inseguros em relação aos cuidados que deveriam ter e sobre como agir caso voltassem a sentir os mesmos sintomas que os levaram à internação. Ainda, alguns familiares entrevistados disseram ter sentido muito medo de não corresponder às expectativas do serviço, em prestar uma assistência adequada tendo em vista que seus entes queridos saíram do hospital totalmente dependentes de cuidado, os quais eles não se consideravam aptos a realizar de forma eficaz.

> *"Mas eu estava bem insegura, eu não tinha ninguém para me ajudar... eu tinha meu marido, mas ele tem seus compromissos. Então, eu fui com calma, paciência... agora está bem melhor [a insegurança] porque eu já estou tendo autonomia para fazer as coisas melhor comigo mesma". – (p. 24)*
>
> *"Eu me senti inseguro de ficar dependente de uma pessoa para cuidar de mim, não sabia como ela ia cuidar. Eu sou meio sistemático e gosto das coisas do meu jeito, eu fiquei inseguro nessa parte". – (p. 29)*
>
> *"Olha, eles me falaram que eu precisaria parar de fumar porque eu enfartei. Mas está sendo difícil, então, não é culpa deles, é minha culpa. Eu não saí me sentindo segura porque é difícil para mim. Vou ver no retorno se o médico consegue me ajudar com isso". – (p. 117)*
>
> *"Eu saí de lá meio insegura né? Porque eu também sou de idade, diabética, fiquei com medo de não dar conta... a cabeça não ajuda". – (irmã, p. 127)*
>
> *"Quando eles me deram alta, eu tinha certeza que ia conseguir cuidar da minha saúde. Mas, agora esses dias, eu não estou mais consciente disso não. [...] Eu me senti segura que conseguiria [cuidar da saúde], mas não consegui". – (p. 132)*
>
> *"Eu não me senti segura de sair do hospital porque no hospital eu sabia que estava sendo cuidada, que eu estava dentro do hospital se acontecesse alguma coisa e, agora, voltando para casa, ia cair naquela rotina que se acontecesse alguma coisa eu tinha que ir para UPA e tudo aquela coisa. Eu confesso que voltei para casa bem insegura. Até hoje tenho essa insegurança". – (p. 205)*
>
> *"Quando falaram que ele ia de alta eu comecei a chorar porque ele falou que queria ir no banheiro e eu sabia que ele não andava... eu entrei em desespero. Como eu ia cuidar? Eu tinha plena noção de que quando ele saiu [do hospital], ele estava totalmente dependente da gente, para banho, para cuidados. Eu entendi muito bem o que fazer pra cuidar dele, por isso eu desesperei". – (irmã, p. 206)*
>
> *"Tanto eu como minha sobrinha saímos totalmente inseguras [de como cuidar dela]. A gente estava levando uma pessoa para casa que era "novidade", íamos tratar com carinho, com amor, mas totalmente despreparadas, né? Um medo muito grande de deixá-la engasgar,*

> *dela morrer dormindo, dela sufocar, dela ter algum sintoma e a gente não detectar. Saí completamente amedrontada, insegura e para te falar, até hoje estou insegura". – (filha, p. 234)*
>
> *"A gente tem medo de ele ter outro AVC porque os médicos sempre falam que pode dar outro". – (esposa, p. 316)*

Diante da situação de insegurança de alguns participantes, foi inevitável não aparecerem questões relacionadas à garantia da autonomia e à capacidade de gerenciamento das necessidades básicas dos pacientes após alta hospitalar.

Familiares entrevistados citaram a mudança de rotina na vida dos pacientes devido às sequelas resultantes de suas condições de saúde, tendo, na maioria das vezes, perda completa de sua autonomia, estando totalmente dependentes de cuidados de outras pessoas. Os familiares comentaram também que, com a consequente perda da autonomia destes pacientes, não apenas a vida destes mudou, como também a de seus entes queridos, pois precisaram adaptar a casa para que esses pacientes viessem morar com eles, modificaram suas rotinas, saíram de seus empregos e, em uma das falas, uma participante cita que a família parou totalmente a vida para prestar cuidados visando a melhora do paciente.

> *"Eu que estou cuidando dela. Não estou podendo nem sair porque não pode deixá-la sozinha porque aqui tem uma escada de 16 degraus e o quarto é lá em cima. [...] Sabe aquela pessoa que nasceu correndo na vida? É ela! E agora ela não está conseguindo nem andar direito, nem sentar, está tendo dor logo em seguida. Ela quer falar com você, não consegue falar... aí você dá uma caneta para ela, ela não consegue escrever". – (esposo, p. 14)*
>
> *"Então, a gente fica até hoje com muito pé atrás [de cuidar dele] porque ele tem muito problema. Fígado, pulmão, tem agora essa pedra que apareceu, tem cirurgia da cabeça, tem o AVC... então é um monte de coisa. Você não sabe nem o que pensar, vai levando e pedindo ajuda... cuidando, dando banho, fazendo tudo". – (mãe, p. 95)*
>
> *"Meu pai está muito confuso ainda. Agora que ele está começando a melhorar, a falar, tudo. Ontem eu estava tentando estimular ele a lembrar de alguma coisa e ele me disse que só lembra do dia que ele caiu e depois aqui em casa. Dos 30 dias do hospital, ele não lembra nada. [...] Ele morava com a minha irmã, mas como ele precisa de cuidados exclusivos ele está ficando comigo... [...] Ele ainda faz uso de fralda, ele não tem noção de quando segurar a urina. Ele entrou [no hospital] lúcido, andando e hoje está na cadeira de rodas". – (filha, p. 169)*
>
> *"Eles deixaram bem claro a gravidade da situação, ficamos bem cientes... [...] O complicado é que muita coisa depende dela, né?*

> *Porque a gente quer, mas como depende da paciente, que já é de idade, meio teimosa... fica difícil. Se dependesse da gente e se ela fosse igual uma criança e não tem uma vontade própria, você consegue manipular para o melhor. Agora quando a pessoa é de idade e já tem vontade própria é difícil". – (nora, p. 183)*

> *"Eu não moro com ele não. Ele só ficou aqui porque estava doente. Aí ontem terminou a fisioterapia e já tinha condições de ir para a casa dele. [...] Ele ia no banheiro, a gente o segurava e ele arrastava o pé... hoje ele anda normal. Para você ter uma ideia, em menos de um mês já está dirigindo. Está ótimo!". – (irmã, p. 206)*

> *"Depois que ele teve o infarto, a gente trouxe ele para casa, porque não adianta deixar como um cachorro abandonado, jogado sozinho, né?". – (nora, p. 227)*

> *"Atualmente ele mora comigo. Ele tinha a casa dele, mas, devido à piora do quadro ele teve que vir morar comigo. [...] O pessoal [equipe de saúde] deu treinamento de sonda, ensinou como aspirar... a gente saiu bem seguro para casa com ele. Nossa família parou a vida em prol da recuperação dele, porque ele é uma pessoa que merece muito. Que gosta de viver! Sempre cuidou da saúde dele. A gente está se dando ao máximo para recuperação dele". – (sobrinha, p. 302)*

> *"Ele recuperou bem, mas ficou com algumas sequelas. Aí dessa vez, além das sequelas que ele ficou da outra [internação], ele está esquecido. O que acontece, daí dois dias ele não lembra mais, tem tontura, desequilíbrio. É bem difícil". – (esposa, p. 316)*

Um dos participantes mencionou que se não tivesse tido o auxílio de seus familiares, provavelmente não teria conseguido cuidar de si mesmo, sugerindo que a rede familiar (e de apoio familiar) é fundamental para garantir um cuidado satisfatório e o autogerenciamento das condições de saúde do paciente, visando principalmente a recuperação de suas funções básicas.

> *"Eu tive que ter o apoio da minha família, sozinho não conseguiria, pois não saí confiante que tomaria conta de mim mesmo". – (p. 322)*

Ainda, concernente à autonomia e a capacidade de gerenciamento de vida dos pacientes, outra participante comentou que perdeu totalmente sua independência, pois costumava fazer todas as suas tarefas antes da internação, como ir ao banco pagar suas contas ou fazer compras no supermercado e agora, devido à sequela com a qual ela está na visão, não consegue mais realizar estas simples tarefas, dependendo de seus familiares para tal. Em sua visão, essa dependência de seus

familiares gera um enorme desconforto, pois a mesma sente como se atrapalhasse toda a rotina da família.

> *"Eu moro sozinha, eu tenho 71 anos, estou vendo tudo torto, tudo bagunçado. Aí ontem eu estava muito mal das vistas, ao invés de melhorar está piorando porque agora eu estou com dor nos olhos também... eu não consigo ir em nenhum lugar mais... minha nora mora longe daqui, ela que sai da casa dela para me levar nos lugares que eu preciso, uma amiga também que me acompanha. É difícil porque eu não sou jovenzinha e eu estou com medo de andar na rua por causa da visão... Eu não tenho ninguém aqui, só tenho um filho, uma nora e duas netinhas... sou 24 horas sozinha aqui em casa". – (p. 132)*

Todavia, familiares disseram que tentam fazer a sua parte para que seus companheiros recuperem totalmente suas funções, ajudando-os com a administração correta de medicamentos e alimentação adequada, porém se isentam de qualquer responsabilidade sobre a saúde de seus entes. Afirmaram que auxiliam e aconselham a seguir as condutas médicas de forma correta, mas, na visão delas, não há qualquer possibilidade de mudança de suas rotinas para destinar cuidado aos pacientes a partir do momento em que os mesmos não querem ser ajudados ou não estão dispostos a mudar seus hábitos de vida para evitar novas agudizações de suas condições e, consequentemente, novas internações.

> *"Eu não posso ficar 24h por dia atrás dele [paciente] porque eu trabalho. Já pensou eu ficar sem trabalhar só para ficar à disposição dele? Não tem condições! Eu falei para eles [médicos] que o que tiver ao meu alcance eu vou fazer, dar o remédio na hora certa, fazer isso, fazer aquilo, mas ficar 24h para ele não existe!". – (esposa, p. 290)*

> *"Minha comida é diferente da dele, a minha parte eu faço, mas ele não ajuda com a bebida e o cigarro. Eu vou lavar minhas mãos, se ele quer morrer, paciência. [...] Responsabilidade com a saúde dele eu não tenho nenhuma não, é zero. Ele é maior de idade, vacinado. Eu dou conselhos, se não quiser ouvir... se acontecer qualquer coisa, eu não posso fazer nada". – (esposa, p. 343)*

Durante as entrevistas, no entanto, muitos dos participantes disseram que não houve qualquer preparo por parte da equipe de saúde do serviço de emergência para que os pacientes e seus familiares gerenciem suas condições de forma correta para que evitem uma nova reinternação e consequente piora de suas condições crônicas. Alguns deles comentaram, inclusive, que saíram do hospital após alta sem saber o motivo pelo qual precisaram passar por internação, tendo que obter esclarecimentos

a respeito de sua condição de saúde procurando médicos da UBS, pesquisando na internet e, em um dos casos que mais chamou atenção, o participante questionou os pesquisadores durante a entrevista para este estudo.

Chama a atenção também que alguns destes participantes afirmaram que continuam gerenciando suas condições de saúde da mesma forma que as gerenciavam antes da agudização da patologia, sem mudar quaisquer hábitos de alimentação, exercício físico e uso correto de medicamentos, devido a não terem obtido as informações necessárias para o cuidado adequado.

> *"É aquilo que eu falei, eu não tive uma informação, assim, sabe? Não me esclareceram sobre meu problema. [...] Eu fiquei sabendo [do diagnóstico] através do cardiologista que eu fui essa semana e ele falou qual foi o motivo que eu fui internada. Eu não sabia nem porque fui internada". – (p. 15)*
>
> *"Eles não me falaram nada. Nunca ninguém me falou nada e estou vivendo a vida do jeito que posso. Faço curativo quando não tem enfermeiro, ir no médico, ir buscar um remédio. Eu não tenho outro tipo de vida. Ninguém me explicou nada, ninguém me deu orientação de nada, então..." – (p. 67)*
>
> *"[...] Mas, eu só queria saber o que que causa essa diverticulite... só isso eles não me falaram. [...] A única coisa que o médico me disse é que eu precisava comer bastante aveia, fibra. O que mais você me indicaria para comer além de aveia? [...] Não é doença ruim não, né?". – (p. 94)*
>
> *"[...] Foi isso, ninguém me orientou nada. Ninguém explicou nada. O jeito foi contar comigo e com Deus porque ninguém falou nada". – (mãe, p. 95)*
>
> *"Eu sei que a responsabilidade de cuidar da minha saúde é minha, mas que alguém me orientou o que fazer? Não. Todas essas medidas que eu tomei foi por minha livre e espontânea vontade, pela minha própria necessidade. Mas que falou 'tem que fazer isso, tem que fazer aquilo...'? Não! Tudo que eu fiz foi, na verdade, porque eu sentia necessidade de fazer, entendeu? [...]". – (p. 105)*
>
> *"E eles não dão essa explicação e para eu pensar sozinha já é bastante difícil. Aí se não me explica, piorou... [...] Aí, acaba até acontecendo o pior, né? Que foi o que aconteceu. Quando minha irmã veio aqui e me levou na emergência... eles viram que meu sangue estava com excesso de açúcar, sei lá, uma coisa assim...". – (p. 163)*
>
> *"Eu queria entender o porquê dessas dores, mas ninguém explica nada. Só foi Raio-x, tomei os medicamentos na veia, dipirona na veia. [...] Disseram que cirurgia não resolvia e eu nem sei quem era meu médico... disse que um era vascular... [...] Ninguém me falou o que*

fazer, ninguém me orientou nada. Por isso que eu fiquei com medo e não voltei mais". – (p. 175)

"[...] Não falaram o que podia melhorar, o que podia piorar... Não recebi nenhuma informação. Na verdade, não passaram nenhuma informação sobre a saúde dele, só falaram que o estado dele era grave e que não tinha como reverter. Não falaram mais nada... como a gente deveria cuidar, como proceder... nada. Eu que fui pesquisando na internet e vendo o que podíamos fazer. [...] Quando ele teve alta eles não deram quase nenhuma informação". – (nora, p. 227)

"Eles não me explicam muita coisa, só dão alta e pronto. Não deram informações de forma clara como eu queria. [...] Não saí de lá sabendo muita coisa não. [...] Não falam o que eu preciso fazer, alimentação, essas coisas, o que eu tenho, nada disso". – (p. 229)

"As informações não foram passadas para ninguém, tanto que ele fez traqueostomia e ninguém me explicou nada a respeito de limpar, quem eu devia procurar, onde eu devia levar. Eu tive que fazer as minhas pesquisas pela internet. A alta dele foi assim, ligaram e disseram que ele estava de alta e podia buscá-lo. Eu fui, não consegui falar com nenhum médico e o enfermeiro que estava lá, um tanto grosseiro por sinal, me explicou parcialmente sobre sonda, essas coisas..., mas limpeza... eu nem sabia que tinha que trocar depois de uma semana. Eu nem sabia que tinha que fazer aspiração da traqueostomia! [...]Como eu disse, todo o meu conhecimento foi através de pesquisas na internet, que foi onde eu fiquei sabendo que precisava aspirar e eles queriam que fizesse em casa e não há essa possibilidade. Minha mãe tem 78 anos e eu não tenho a possibilidade de ir todos os dias, duas vezes por dia lá, fazer isso... Esse tipo de coisa deveria ter uma pessoa para explicar para mim e para minha mãe, que muitas vezes não entende bem e eu nem sempre posso estar acompanhando ao hospital, nas limpezas... o que dá para eu fazer eu faço, mas nem tudo. O problema foi a informação mesmo. É assustador. Graças a Deus tem a internet". – (irmã, p. 247)

"Eu entendi o que eu já entendia, o que tinha que fazer pela minha saúde, mas sem orientação nenhuma. Não, eu até questiono que a gente deveria ser orientada quando saísse [de alta]. Pelo menos eu acho...". – (p. 261)

Um dos participantes criticou, além das informações dadas durante o processo de alta, as informações dadas durante sua internação no serviço de emergência. Disse que ninguém lhe explicou quaisquer coisas a respeito de seu tratamento, o que lhe trouxe um sentimento de "ser cobaia de experiência", com os profissionais usando seu corpo para treinamento e estudo, sem fornecer as informações básicas, as quais ele precisaria receber para se sentir seguro com o tratamento oferecido pelo serviço.

"Não gostei desse ponto. Me trataram como um rato de experiência. [...] Eu tive meus pulmões perfurados e ninguém me explicou o porquê

> *isso aconteceu. Se foi casualidade, se foi descuido, entendeu? [...] Ninguém me explicou nada, além de que eu cheguei lá, colocaram um aparelho para ver se o marcapasso estava funcionando...". – (p. 319)*

Ressalta-se também que, neste momento, é necessária a exposição de uma questão extremamente importante levantada durante a análise das falas dos participantes do estudo. Dois participantes mencionaram que a dificuldade para obter informações em relação às condições de saúde dos pacientes durante o processo de internação e alta é exclusivamente devido à falta de vínculo entre a equipe médica e o paciente (e familiares), de forma que, na maioria das vezes, consideraram que os médicos não são abertos à questionamentos e retirada de dúvidas. Citaram ainda que para as pessoas humildes essa dificuldade de se expressar e sanar dúvidas é pior, pois consideram que estão conversando com um "ser superior" devido ao nível de instrução dos profissionais médicos.

> *"Eles [equipe médica] não dão muita atenção para a gente não. Eles falam o que tem que falar, não gostam muito que fazem perguntas, respondem, viram as costas e vão embora". – (p. 235)*

> *"A pessoa humilde vê o médico como uma pessoa... um ser superior. Então a pessoa se sente constrangida em fazer perguntas. E da forma que os médicos passam [as informações] para as pessoas na maioria das vezes não é clara". – (filha, p. 332)*

Concernente às falas anteriores, uma entrevistada complementou que mesmo aquelas pessoas que possuem curso superior em outras áreas, possuindo um nível de conhecimento avançado, não estão aptas e não tem a obrigação de saberem as coisas relacionadas ao seu tratamento de saúde e que é dever dos profissionais de saúde passar estas informações. Considerou também que a base de um bom tratamento é a orientação para o autogerenciamento de sua condição.

> *"E eu sempre falo que um bom tratamento parte de uma boa orientação, que não custa nada, é barato, sabe? Você facilita a vida do paciente. [...] Aí as pessoas falam que é nível cultural. Não. Meu marido é engenheiro e ele não sabe. Não é porque você tem uma pós, um curso universitário, você não tem obrigação de saber das coisas!". – (mãe, p. 277)*

Outra participante do estudo disse ainda que como seu familiar já possui internações prévias no serviço de emergência, a mesma "aprendeu" que, caso queira

informações a respeito da condição de saúde dele é necessário que o familiar vá atrás da equipe médica para sanar estas dúvidas, pois os mesmos sempre estão ocupados com os muitos pacientes que o serviço comporta.

> *"Eu vou te falar a verdade, eu estou vacinada. Dessa vez ele ficou pouco tempo internado, foram sete dias, mas da [internação] anterior foi mais de um mês. Então, dessa vez eu tirei todas as informações que queria da médica residente que estava lá. [...] Com o tempo você vai aprendendo que precisa correr atrás deles [médicos], se não, você não tem informação". – (filha, p. 358)*

7.3.1.2 Subtema II – Entendimento sobre medicações

Concernente ao entendimento adquirido pelos pacientes a respeito das medicações que eles tomariam após alta hospitalar, a maioria dos entrevistados declararam que não lhes foram explicados os motivos pelos quais eles saíram tomando cada um dos medicamentos após a alta do serviço de emergência. Eles comentaram que apenas foi-lhes entregue a receita médica e dito pontualmente que aqueles eram os medicamentos de uso contínuo para tomar a partir daquele momento, bem como se o medicamento era ofertado na UBS ou se haveria a necessidade de comprar em farmácias comuns.

> *[...] Eles não me falaram como tomar os remédios, estava escrito no papelzinho... na receita, ali estava explicando os horários que tinha que tomar. Eles só me deram a medicação e falaram para tomar. Efeito colateral, essas coisas, não". – (p. 07)*
>
> *"Eles não me explicaram como tomar os remédios, mas quando a gente pega a receita, eles mesmos falam o horário que a gente tem que continuar a tomar". – (p. 67)*
>
> *"A gente não sabia nem que remédios ele estava tomando, justamente por essa falta de comunicação com os profissionais. Quando ela deu entrada no outro hospital, ninguém passou nada também". – (filha, p. 121)*
>
> *"Eles disseram que eu tinha que tomar os medicamentos..., mas não entendi o porquê. Acho que por causa do problema né? Não explicaram efeitos colaterais não". – (p. 207)*
>
> *"Ninguém me explicou nada sobre os remédios. Simplesmente me deram um papel que estava escrito a hora que era para dar [o medicamento] e eu sigo esse horário. [...] Eu entendi como tinha que tomar porque estava escrito no papel e não porque veio uma*

> *enfermeira e falou: 'Você tem que dar assim, assim e assado', entendeu?". – (nora, p. 227)*
>
> *"[...] Quando eu tive alta, eu fiquei esperando eles [equipe de saúde] fazerem a papelada, aí a enfermeira veio e disse que eu ia tomar aquela medicação e que eu tinha que pegar no alto custo e pronto". – (p. 351)*

Todavia, alguns participantes retiraram parte da responsabilidade da equipe de saúde por saírem de alta do hospital sem o entendimento adequado dos medicamentos que tomariam a partir da alta e demonstraram um certo sentimento de culpa por não terem questionado a equipe de saúde o suficiente para sanar suas dúvidas a respeito do uso correto dos medicamentos.

> *"O médico me deu a receita, ele não falou porque mudou os remédios que eu tomava... Foi falha minha também, de não perguntar". – (p. 15)*
>
> *"O médico [durante o retorno] me perguntou porque ela tinha parado com o remédio da pressão e eu não soube explicar porque lá no hospital ninguém me falou o motivo de ter tirado o remédio. Eu esqueci de perguntar. Isso eles não me explicaram". – (irmã, p. 96)*

Uma das entrevistadas reforçou em suas críticas que a família necessitou do auxílio dos profissionais da farmácia na qual eles foram comprar os medicamentos da paciente a fim de compreender como seria feita a administração correta dos medicamentos no domicílio. Dúvida esta que poderia ter sido sanada durante a internação e nas orientações pré alta hospitalar.

> *"Nós tivemos até o auxílio do pessoal da farmácia quando fomos comprar os remédios, pois não estava muito claro a forma que foi colocado, não entendemos como ela deveria tomar... a dúvida era pelo período [de dias] que ela deveria tomar". – (filha, p. 332)*

Por outro lado, alguns participantes afirmaram que durante sua alta do serviço de emergência lhes foi explicado – ou aos seus familiares – corretamente e detalhadamente os motivos pelos quais eles saíram tomando seus respectivos medicamentos, bem como os horários de administração e posologia correta, estando muito satisfeitos com as orientações recebidas. Inclusive, alguns deles até deixaram claro durante a entrevista para o estudo os conhecimentos obtidos pelas explicações dos profissionais de saúde durante a sua estada no serviço de saúde.

“Os medicamentos que ela está tomando é para ver se ajuda a desfazer o coágulo para não precisar fazer intervenção [cirúrgica]”. – (filha, p. 16)

“Meu pai tomava metformina e, ou ela danifica o rim ou ela danifica o fígado, né? Uma das duas coisas vai embora com a tal da metformina...” – (filha, p. 43)

“[...] me explicaram do remédio que eu teria que tomar em casa, certinho…” – (p. 49)

“Inclusive a moça [médica] já aumentou, está começando a aumentar a dose… Agora meu remédio aumentou e eu até estou me sentindo melhor”. – (p. 50)

“Eu tomava uma certa quantidade de remédios, aí depois [da internação] foram acrescentados mais remédios nessa lista e eu estou seguindo-a à risca, porque eu sei que se eu não tomar, o negócio vai complicar”. – (p. 80)

“Eles [equipe de saúde] explicaram tudinho para minha família como eu ia tomar os medicamentos. Os médicos e as enfermeiras conversaram com eles [família], deram todas as instruções para eles. [...] Eu não entendi muito bem sobre os remédios porque foi minhas filhas que conversaram sobre os remédios com os médicos, mas elas entenderam e me dão corretamente”. – (p. 88)

“Ela toma remédio de pressão sabe? Mas a anemia a deixou meio baqueada, com pressão baixa... aí eles falaram que era para suspender a hidroclorotiazida até restabelecer a pressão...”. – (filho, p. 112)

“Só teve um remédio novo que eles passaram. Um da pressão, me sumiu o nome... concluíram que parte da questão das hemorragias que ele sofria era pico de pressão e afetava as plaquetas, então por isso introduziu esse remédio”. – (filha, p. 148)

“Eles [equipe de saúde] foram bem claros, especificando para que seriam utilizados cada remédios... Quanto aos efeitos colaterais, mesmo sendo possibilidade porque cada organismo é um, eles colocaram a possibilidade de acontecer, sim”. – (filha, p. 257)

“[...]. Depois ele teve um quadro de hemorragia e a gente já estava ciente [que poderia acontecer] porque o médico explicou que era por causa da varfarina que ele toma”. – (cuidadora, p. 266)

Uma das participantes citou, inclusive, que obteve auxílio da assistente social do serviço para entender como administraria os medicamentos de seu familiar, tendo em vista que a mesma é analfabeta, o que sugere a responsabilidade de todas as categorias profissionais envolvidas no cuidado para que os usuários recebam alta dos serviços de saúde de forma segura e esclarecida.

> *“A assistente social fez um papel para mim porque eu falei para ela que não tenho ‘leitura’ nenhuma [não sabe ler e escrever] e não sei nem como dar os remédios para ele [paciente]. [...] Aí a assistente social foi lá, fez um papel para mim, organizou direitinho como eu devia dar os remédios. Ela foi muito legal”. – (esposa, p. 290)*

A fala de uma participante torna-se interessante na exposição dos resultados, pois a mesma comentou que sempre tenta fazer sua parte para contribuir em seu tratamento, se informando ao máximo com os profissionais de saúde, quais os medicamentos e os motivo pelo qual vai tomar cada um deles.

> *“Normalmente eu procuro saber o que eu estou tomando [medicamento] e por que eu estou tomando. Eu pergunto, eu questiono o médico, a enfermeira”. – (p. 202)*

Concernente aos efeitos colaterais dos medicamentos, a maioria dos entrevistados considera que a equipe de saúde responsável pela transição do cuidado no serviço de emergência não cita os possíveis efeitos colaterais de cada um dos remédios que são prescritos para uso domiciliar do paciente pós alta.

> *“Sobre efeitos colaterais de remédios, eu não tenho nem base, nenhum conhecimento. Ninguém me falou ‘você vai tomar esse remédio aqui que pode te dar tal e tal efeito colateral’, ninguém falou nada disso. Falaram para que que era [o remédio], se tinha no posto ou se eu precisava comprar e o horário para tomar”. – (p. 21)*

> *“[...] Efeito colateral [de medicamentos] ninguém me falou. Nem me falaram se eu tivesse alguma alergia e eu tive uma alergia que minhas costas amanheceram toda ‘embolada’. Aí liguei, aí falaram que não era dos remédios, me mandaram ir para o posto. Lá no posto eles me passaram corticoide para tomar, no outro dia já melhorou. Até hoje eu não sei se o remédio me deu alergia”. – (p. 26)*

> *“Meu pai saiu daí tendo que tomar insulina, certo? E a quantidade de insulina que receitaram para dar nele, um dia eu fui dar e eu quase o matei. A quantidade eu dava certinho, mas chegou uma hora que baixou muito... aí ele desmaiou. Tive até que chamar o SAMU. Eles não me explicaram os efeitos colaterais. Eu não sabia que o “suador” era a insulina que causava. Eu deduzi que poderia ser a insulina porque eles não me falaram. Eu fiquei desesperada”. – (filha, p. 52)*

> *“Tiveram alguns efeitos colaterais [de alguns medicamentos] que eu não sabia que eram... só depois que eu fui entender que eram efeitos colaterais. Eles [equipe de saúde] não tinham discutido comigo sobre efeitos colaterais”. – (p. 86)*

> *“Efeitos colaterais [de medicamentos], ninguém me explicou nada. Porque tem reações que a gente não sabe. [...] Tipo assim, as reações dos remédios, eu estou tendo, minha cabeça está meio tonta, entendeu? Aí eu não sei se é a medicação que está me dando sono... parece que eu estou bêbada, estou dopada, falo até grego”. – (p. 135)*

> *“[...] E em questão aos efeitos colaterais dos remédios, eu acho que poderia ser melhor esclarecido pois eu tive uns contratempos, efeitos colaterais de uma medicação e eu não estava ciente disso...”. – (p. 240)*

Além das falas supracitadas, uma das participantes complementou dizendo que as orientações relacionadas aos efeitos colaterais dos medicamentos seria uma responsabilidade do(a) enfermeiro(a) do plantão, porém a mesma suspeita que a maioria destes profissionais não possui conhecimento adequado para tal orientação.

> *“Porque sobre isso [efeitos colaterais] não é falado. Não sei nem se todas as pessoas sabem desses efeitos para poder passar porque geralmente quem passa as orientações são os enfermeiros e a gente vê que nem todos sabem o efeito colateral de cada medicação”. – (filha, p. 11)*

Ainda, um dos entrevistados comentou que não lhe foi explicado a respeito dos medicamentos e tampouco dos efeitos colaterais possíveis, de modo que, ele pesquisou para que pudesse saber o motivo pelo qual estava tomando os medicamentos. Todavia, alguns participantes afirmaram que não procuraram pesquisar ou ler sobre os efeitos colaterais na bula dos respectivos medicamentos, pois caso vissem a quantidade de possíveis efeitos colaterais que os medicamentos causam, não os tomariam por medo de sofrerem com tais efeitos.

> *“Isso daí [medicamentos] não explicaram não, mas como a gente estava lá tomando e a gente não é burra, acaba descobrindo para que serve, mas eles não explicaram. Explicaram que um era para tirar a dor, que um era para o coração e só. Foi mais vago. Se for uma pessoa mais de idade não consegue acompanhar, né? Mas, no meu caso, até que deu. E eu li a bula”. – (p. 07)*

> *“Ninguém me falou sobre efeito colateral de remédio, não. E eu nem leio a bula [do remédio] porque se eu ler, eu não tomo”. – (p. 117)*

> *“Nessa parte [medicamentos], eles não falaram nada que daria efeito colateral não, mas tranquilo, a gente lê bastante, mas nem é bom ler tanto, ler tudo... se não você fica louco com tanto efeito”. – (irmã, p. 145)*

> *“Até hoje eu não sei nenhum efeito colateral dos remédios que ele toma. E nem procurei saber, sinceramente. Porque depois dos antibióticos que ele tomou e entrou em estado de “lezeira”, eu não sei de mais nada”. – (filha, p. 169)*
>
> *“Agora, efeito colateral, não sei nada, ninguém me explicou nada, não li a bula, não sei nada”. – (irmã, p. 206)*

É importante destacar a fala de uma cuidadora que mencionou sentir falta de uma equipe multidisciplinar exclusiva para a realização da transição do cuidado e consequentes orientações no processo de alta hospitalar para pacientes e familiares de forma a explicar os cuidados e o uso correto dos medicamentos. Além disso, ela comentou sobre o sentimento de decepção e revolta durante a internação da filha, quando um médico residente modificou o uso de seu antibiótico prescrevendo outra classe do medicamento, do qual a paciente era alérgica e a equipe possuía conhecimento desta restrição, levando-a a um choque anafilático severo.

> *“O paciente não tem essa equipe multidisciplinar para tirar dúvidas e deveria ter. E é uma pena, porque o paciente não fica nem sabendo o que fazer. Vou dar o exemplo da insulina, ele coloca toda a insulina dele na porta da geladeira e está errado. Vai buscar insulina na embalagem imprópria, congelam, tomam remédio a qualquer hora... [...] A medicação que foi entregue, eu não tenho obrigação quanto mãe ou paciente, de saber qual a função da medicação. A gente sabe porque lê e tal, mas a gente não sabe se precisa de mais que aquilo, concorda? Por exemplo, a nefrologia me passou um antibiótico, disse que era caro, que tinha no RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais) e que tinha um genérico... e esse tipo de fala eu acho legal porque ele [médico] compreende a situação do paciente... agora, se falta uma medicação e eles não fazem nada... aí é complicado. [...] Olha, as coisas deveriam ser muito mais claras. No caso de efeitos colaterais [de medicamentos] poderiam acontecer sim. Ela [filha] tem alergia a ciprofloxacino e na internação dela, de madrugada um aluno foi lá e fez a troca, imagina a reação alérgica que ela teve? Vai, troca o remédio e acaba com a vida do paciente? Ninguém é cobaia”. – (mãe, p. 277)*

Neste subtema, salienta-se ainda a importância dos familiares no auxílio à administração de medicamentos aos pacientes, o que fica muito claro na fala dos entrevistados. As falas nos mostraram que, caso não houvesse o auxílio desses familiares, provavelmente estes pacientes não estariam administrando os medicamentos de forma correta, afetando assim o tratamento programado pela equipe médica.

> *“Meu filho vem aqui às oito horas da manhã e separa o remédio e à noite a mesma coisa. Mas se eu estivesse sozinho, eu esqueceria. Quando ele não está em Ribeirão é minha nora que me dá. Eu pouco sei ler, na verdade”. – (p. 46)*
>
> *“Eu tenho duas filhas, graças a Deus elas são muito responsáveis, elas cuidam dos meus remédios direitinho, deixam tudo separado. Se elas atrasarem, igual ontem, elas ligam para mim e, graças a Deus, eu também tenho uma cuidadora que é muito responsável, então eu não tenho do que me queixar”. – (p. 88)*
>
> *“Eu sei todos os remédios que ele toma e como ele toma. Eu marquei tudo num papel para não esquecer... e guardo a receita caso eu precise relembrar, mas eu penduro tudo na geladeira, vou vendo os horários de manhã até a noite, o dia todo. Eu termino lá para umas 22:30, por aí”. – (esposa, p. 166)*
>
> *“Coloquei todos os remédios dele [paciente] em uma caixinha, marquei um por um, os horários, tudo. Agora ele está tomando tudo sozinho”. – (irmã, p. 206)*
>
> *“Eu que dou os remédios para ele, porque se for para ele tomar, ele toma tudo errado, toma inteiro quando é metade...”. – (esposa, p. 343)*

7.3.1.3 Subtema III – Preferências asseguradas

Concernente às preferências dos pacientes, alguns participantes consideraram que a equipe de saúde respeitou totalmente suas escolhas, sendo que, em casos específicos, quando foi solicitada alta hospitalar, desistindo do tratamento no meio da internação pois os mesmos não visualizavam a necessidade de continuarem internados. Disseram que houve, inclusive, muita insistência por parte da equipe de saúde para continuidade do tratamento, porém a decisão do paciente predominou na situação.

Além disso, outros participantes comentaram que a equipe de saúde questionou as condições de moradia e alimentação nas quais os pacientes se encontravam, bem como levaram em consideração a opinião destes pacientes (ou familiares) para decidir a melhor forma de tratamento pós alta, sugerindo a necessidade da equipe multidisciplinar em conhecer o seu paciente como um todo, não limitando o tratamento apenas à agudização da condição crônica.

> *“O que aconteceu ali foi o seguinte: eu quis sair. Eu me estressei, sabe? Já tenho meus problemas, aí fala que vai operar, operar... opera nada, só no outro dia. E não foi necessário operar, eu vi que não tinha necessidade! Eu fui no retorno, estou tomando os remédios, por*

enquanto não está sendo necessário operar... eu pedi para sair. O médico insistiu para eu ficar, mas eu vi que não tinha necessidade. Eu já tinha operado uma vez, da cabeça ainda, aí eu falei 'ah não...'". – (p. 10)

"Eu acho assim, o médico foi bem claro, que precisaria fazer um outro procedimento nele. [...] Ele [paciente] falou: 'Não faço o procedimento e vou embora para casa'". – (esposa, p. 35)

"Eles me explicaram tudinho. Tiraram meu cateter, me perguntaram se eu queria tomar mais uma dose do medicamento, se estivesse doendo… [...] Eu até queria que eles me tratassem lá porque eu fiz uma cirurgia de tumor antigamente… e eles me explicaram que não podem fazer o tratamento, que eu tenho que ir lá no postinho pegar o encaminhamento…" – (p. 49)

"Olha, eles [equipe de saúde] orientaram, eles perguntaram como era a situação dela aqui, como seria a melhor forma de fazer o tratamento dela aqui em casa, deram orientações". – (filha, p. 54)

"Eles estão sendo bem objetivos agora. Chegam, me mandam a real e eu decido se quero ou não fazer. [...] Os médicos da vascular me falaram que eu precisava tirar a prótese e colocar outra, mas eu não aguento mais cirurgias, já tenho mais de 15 cirurgias pelo corpo... aí eu optei por vir embora para casa e continuar o tratamento tomando antibiótico..." – (p. 124)

"Eu inclusive pedi para que eles me dessem alta, para terminar o efeito do remédio em casa, porque eu tomo um remédio da pressão e para cirurgia eu não podia tomar ele... demoraria uns 15 dias para sair do sangue, para eu poder operar... aí eles falaram que não, que eu tinha que ficar ali, que meu braço inchou muito, não tinha como eu ir embora. E também, se eu saísse dali eu perdia meu leito porque é muita gente esperando leito para operar, para tudo... aí eu concordei em esperar lá [no hospital]". – (p. 130)

"Já marcaram [o acompanhamento] direto no serviço, inclusive eu não achei ruim não. Inclusive, acredito eu que, pela forma que eu fui tratado no serviço, seria melhor para mim". – (p. 349)

"Eu até pedi para ele [médico] para poder continuar o encaminhamento lá no serviço mesmo e ele [médico] fez para mim. Ele [paciente] vai continuar tratando no serviço. Estamos muito satisfeitos!". – (esposa, p. 359)

Todavia, muitos participantes afirmaram que tiveram a antecipação de alta hospitalar no meio do tratamento, sem concordância de ambas as partes – pacientes e equipe de saúde – devido a superlotação do serviço de emergência.

"Aí quando saiu os resultados do exame, quatro horas da manhã, ela [médica] me mandou embora. Aí eu não concordei, claro... porque eu ainda estava com dor". – (p. 09)

> *Aí, eu saí de lá [hospital] meio contrariado. [...] O médico me disse que não ia melhorar, eu só ia tomar remédio para controlar. Eu saí [do hospital] inseguro". – (p. 64)*
>
> *"Eu só assinei um papel que ele tinha que fazer retorno no serviço e foi só isso que o médico me falou. Que estava de alta e tinha que desocupar leito. [...] Foi num sábado, o médico me ligou aqui em casa e eu falei que estava indo fazer visita, mas eu não sabia que ele [filho] estava de alta, o médico não falou nada, ele só falou que eu tinha que assinar um papel, aí veio um enfermeiro, me deu e eu assinei e vim embora. Quando foi à noite, eles falaram que ele estava de alta... eu passei a tarde toda lá, ninguém falou nada. Pedi para eles aguardarem até o dia seguinte porque eu já tinha compromisso e eles me responderam que eu precisava ir o mais cedo possível... aí às sete da manhã eu já estava lá pegando ele e só isso". – (mãe, p. 95)*
>
> *"Mas eu saí dali [do serviço de emergência] sem eira nem beira, entendeu? [...] Eu acho que eles deveriam ter visto o que eu precisava. Eu estava internado, preciso de uma raspagem para parar o sangramento, está sangrando até hoje e nada foi feito, absolutamente nada! Eu fiquei às margens do destino". – (p. 106)*
>
> *"Não deram nem opção de escolha, eles já passaram o local onde seria [a continuidade do tratamento], inclusive eu e minha sobrinha perguntamos para ela [médica] pois estamos com uma dificuldade muito grande porque a minha mãe não anda mais, né? [...] Não deu opção de a gente procurar o local mais próximo ou não, ela [médica] já marcou e inclusive deixou bem claro que se a gente não levasse a minha mãe, não arrumasse um jeito de levar ela para o retorno, eles viriam atrás da gente. Passou toda a responsabilidade para gente e tchau, né?". (filha, p. 234)*
>
> *"Já deram os papéis para ele continuar o tratamento no serviço, não perguntaram, inclusive, se tivessem perguntado eu preferiria que fosse mais próximo da minha casa [a continuidade do tratamento]. [...] A dificuldade de ir lá no hospital para mim e para ele que trabalha é grande. Então, eu acho que eles [médicos] deveriam ter perguntado onde ele queria continuar tratando que ele falaria do postinho próximo de casa, né?". – (mãe, p. 328)*

Inclusive, de acordo com um dos participantes foi-lhe entregue um termo de responsabilidade de alta para que ele assinasse, o que foi recusado pelo mesmo uma vez que ele não havia pedido dispensa do tratamento e estava sendo obrigado a ir embora do hospital, também por conta da superlotação do serviço de emergência.

> *"Porque eu não sei se é culpa deles, mas eles adiantaram minha saída [alta]... eu não estava muito bem ainda. Eles diziam que iam me dar alta para eu fazer o tratamento em casa 'vai ter o retorno no serviço...', mas eu falei para eles que eu não estava legal ainda, eu inclusive falei na hora 'Doutor, eu não estou bom ainda para sair', mas ele respondeu*

> *que eu poderia pegar uma infecção. [...] Eles me deram um termo que era de minha responsabilidade o que acontecesse em casa e eu respondi que não era não, pois eu não tinha pedido para sair [ter alta], entendeu? O médico que me falou que o hospital estava muito cheio, que os remédios eu ia tomar em casa, via oral, que no retorno eles iam fazer exames mais detalhados... Eu me senti obrigado a ter alta! A responsabilidade deveria ser do hospital que me mandou de alta sem eu estar bem.". – (p. 21)*

Todavia, um participante viu esta situação específica de não terem levado suas preferências em questão um ponto positivo do serviço de emergência, pois assim seu familiar saiu do serviço com todos os retornos agendados, o que, se tivessem pedido opinião da família e do próprio paciente, talvez ele desistisse do tratamento.

> *"Olha, eu discordo que levaram nossas preferências em relação às necessidades dela [mãe], mas achei bom que já deixaram todos os retornos agendados". – (filho, p. 133)*

É importante ressaltar a fala de uma participante, na qual ela afirma que não foi respeitado o direito do paciente nem o dela, como acompanhante, quando não lhe foi explicado, em momento nenhum, o procedimento que seria feito durante a emergência com seu familiar. Além disso, segundo a mesma, o paciente foi forçado a assinar o termo de consentimento do procedimento, mesmo não estando em suas condições normais de consciência devido a intensa dor que estava sentindo no momento.

> *"No primeiro dia [de internação] a gente teve uma falha grave que eu acho importante falar com você, para não acontecer com outros pacientes. Eu fui como acompanhante e meu tio tem 75 anos. No primeiro dia nós fomos com a ambulância para o hospital e ali na UCO eles não me deixaram entrar como acompanhante e eu fiquei sabendo posteriormente que era meu direito ter acompanhado meu tio, tanto é que ele assinou o termo de autorização da trombólise passando mal, totalmente fora de si, porque ele chegou infartado, infarto grave, com muita dor e eu, como acompanhante, eles pediram para esperar na cadeira do lado de fora [da UCO]. Eu só fui tomar conhecimento de que ele foi trombolisado e, devido a isso, ele veio a ter um AVC gravíssimo depois que eles já tinham aplicado [o medicamento]. Então, foi uma falha gravíssima deles! [...] Não foi nos dado nenhum direito de escolha, ele [paciente] já saiu com os retornos agendados no serviço... mas deve ser porque não tem outro lugar para tratar né?". – (sobrinha, p. 302)*

Outra participante, ao ser entrevistada, colocou em questão a independência e capacidade de decisão de sua avó na continuidade do tratamento de saúde. A mesma

explicou que enquanto ela era a responsável pelos cuidados com a avó, mesmo a paciente não querendo ir aos retornos, ela continuava o tratamento, pois a neta obrigava-a a ir, devido ao fato de considerar as consultas médicas de extrema importância para a recuperação da saúde da avó. Todavia, uma vez que a avó se encontrou melhor de saúde e não está mais vivendo com a neta, os demais familiares acatam a decisão da paciente em não comparecer aos retornos médicos, o que, na visão da entrevistada, é extremamente prejudicial e que, exclusivamente neste caso, não se deveria levar em consideração a opinião da paciente de não dar continuidade ao tratamento.

> *"O único problema que até o momento que eu conseguia acompanhar a minha avó ela fazia seguimento certinho, agora ela anda faltando bastante, estão até ligando para o meu pai. É o pessoal [membros da família] que cuida dela agora, que está levando. Aí o pessoal [membros da família] fala pra mim 'Ah, mas ela não quis ir'... é um tratamento, ela não tem que querer! Ou ela luta pela vida ou infelizmente a gente não pode fazer nada e os irmãos do meu pai estão deixando a desejar! E eles moram do lado da casa dela e ela não quer vir morar com ninguém, então estão [familiares] pecando nessa parte". – (neta, p. 286)*

Neste subtema, observou-se também que, para os pacientes e seus familiares que são usuários do SUS, existe uma imensa dificuldade em compreender a disposição da RAS do município. Muitos participantes salientaram que suas preferências não foram asseguradas, pois queriam dar continuidade ao seu tratamento neste serviço e não em outros serviços de saúde disponíveis na rede.

Não compreendiam também o motivo da equipe de saúde pedir a eles que procurassem uma UBS, no sentido de conseguir um encaminhamento para dar continuidade ao tratamento iniciado no serviço de emergência ou para a investigação de outras patologias que os mesmos possuíssem, considerando que os pacientes estavam dentro de um hospital de referência e tinham a expectativa que todos os seus problemas de saúde pudessem ser resolvidos naquele serviço.

> *"A única coisa que eu reclamo é que eu queria fazer tratamento tudo aí no hospital, né? Porque eu trato com a nefrologia fora [em outro serviço] e eu queria tratar aí, para não ter que ir de um lado para o outro... cardiologista também é fora [outro serviço]. Então a única queixa que eu tenho é essa, eu queria ser tratada tudo aí". – (p. 114)*

> *"Eu só não concordo quando o paciente está aí e eles encaminham para uma especialidade fora do hospital por um problema que poderia ser resolvido ali mesmo. Eu acho isso um desgaste enorme para quem está levando o paciente... [...] Eles apenas estabilizam o paciente e mandam para fora [outro serviço], esse tipo de medicina eu não concordo! [...] Meu pai tem 86 anos, ele é cardíaco, ele é renal... não dá para ficar se deslocando assim!". – (filha, p. 136)*

> *"Então eu solicitei a alta dela e quando estávamos saindo estava tendo um mutirão de oftalmologia. Eu voltei e questionei o médico do porquê ele estava deixando minha filha daquele jeito e marcando consulta para dali dois meses sendo que tinha oftalmologista fácil ali... ele me respondeu que era protocolo. No meu momento de estresse eu respondi para ele: 'Você conhece o termo: Dane-se o protocolo? Porque isso é omissão de socorro...' um absurdo!" – (mãe, p. 277)*

> *"No meio da minha internação eles descobriram uma pedra na vesícula e eu não entendi por que eu, estando dentro de um hospital, me mandaram procurar um postinho de saúde para resolver o problema dessa pedra". – (p. 317)*

> *"O clínico geral falou para continuar [o tratamento] no postinho, e eu até questionei ele do porquê não continuar no serviço já que fomos tão bem recebidos e o pessoal trata os pacientes com amor...". – (filha, p. 348)*

7.3.1.4 Subtema IV – Plano de cuidado

Concernente ao plano de cuidado contendo informações sobre alimentação, exercício físico, medicações, retornos médicos que o paciente deveria seguir pós alta do serviço de emergência, a maioria dos entrevistados relataram que não lhes foi dada nenhuma informação por escrito, nenhum relatório contemplando todas essas informações, apenas um laudo médico detalhado dos acontecimentos durante a internação.

Além disso, alguns destes participantes complementaram suas falas dizendo que possuíam muitas dúvidas em relação à qual dieta seguir e possibilidade de exercitar-se. Inclusive, citaram a necessidade de ligar no serviço para sanar algumas dúvidas importantes que apareceram nos dias seguintes após a alta do serviço de emergência.

> *"Eu não recebi nada por escrito. Só me explicaram verbalmente. Inclusive, já tive várias dúvidas e tive que ligar no hospital perguntando..." – (p. 07)*

> *"Eu não saí com nenhuma recomendação escrita. Saí com a medicação só. Eu achei até estranho isso aí, porque eu não saí com*

uma dieta, saí bem vago. Até hoje, eu estou mais ou menos no "escuro" aqui. Caminhando só 20 minutinhos, meia horinha... então, não saiu prescrito: 'Você precisa fazer isso e isso. Tem que fazer isso, isso e isso'. Porque eu só tenho o laudo [médico] *de como eu saí, o que aconteceu comigo. Me falaram que se acontecesse alguma coisa era para carregar o laudo e procurar o hospital. Eu saí com retorno, mas são 45 dias, né? Não me falaram se eu podia caminhar 10 minutinhos, 20 minutinhos, o que eu poderia fazer e o que eu não podia. A parte de remédios eu sabia certinho, mas a parte de alimentação e condicionamento físico eu já não sabia nada... Eu sei do que o pessoal foi me falando, que eu fui vendo na internet, no médico Google". – (p. 26)*

"A única coisa que ele [médico] me disse foi que não podia mexer onde tinha feito o exame, só isso. Agora, falar sobre o que eu podia comer ou não, minha alimentação… a nutricionista devia ter vindo falar comigo, mas não veio. Não tinha presença de nutricionista nenhuma. Graças a Deus que hoje em dia tem internet né? Porque, se você não quer morrer, você procura na internet". – (p. 53)

"Sobre alimentação eles nunca me falaram nada não. Se eu podia comer isso ou aquilo, não. [...] Eu amputei uma perna né? Eles só me falaram que a partir de agora e com o passar dos anos que eu ia poder colocar uma perna mecânica. [...] Comida, continuo comendo as mesmas coisas de sempre, aquilo que a gente pode né?". – (p. 67)

"Eles [equipe] me orientaram tudo o que eu tinha que fazer, mas não me deram nada por escrito, não. [...] Não me deram nada por escrito, deve ser porque sou médico, professor... eles não me deram nada por escrito, mas discutiram todo o caso comigo". – (p. 86)

"Porque colocaram um dreno e deu uns cinco pontos... aí a moça que veio fazer fisioterapia perguntou se a gente não ia tirar os pontos, eu nem estava sabendo. Levei ele [paciente] no postinho perto de casa e a enfermeira do postinho tirou de dó depois de perguntar se não tinham dado papel e nem nada. [...] Eu tenho várias dúvidas e só vou acabar com elas em julho [no retorno], entende?". – (irmã, p. 206)

"Eu não peguei nenhum papel [de orientação] na mão, nada". – (p. 226)

"Só marcaram os retornos, marcaram consulta com a fonoaudióloga e já avisaram que iria demorar, com fisioterapia avisaram que ia demorar e não acrescentaram nada mais além disso. Eu quem perguntei sobre o colchão casca de ovo por ela ficar muito tempo deitada e não tivemos essa informação, não". – (filha, p. 234)

"Olha, esse papel [relatório médico] ainda está comigo. Mas eu não li ele direitinho. Mas tinha informações do que aconteceu comigo e verbalmente eles comentaram o que eu deveria fazer... manter os medicamentos, cuidar da alimentação... não houve alguma coisa [orientações] escrita, apenas verbalmente que eu me lembre [...] Olha, o que eu tenho aqui é um relatório médico que é, na verdade, resultados de exames que foram feitos a respeito de jejum, creatinina... etc e tal. É mais resultado de exame. Agora, orientação

> *do que eu devo comer, o que devo fazer eu não tenho isso aí não. Estou aqui, agora, conferindo [o relatório que foi dado] e não tem esse tipo de informação [a respeito das necessidades de saúde], verbalmente foi falado alguns cuidados que devo ter, mas não tem escrito não. A receita e mais nada. [...] Eles só comentaram que depois de três meses era para voltar* [no retorno]*, mas não tenho nada escrito, né? Foi tudo verbal. Então, se alguém pudesse me falar onde eu tenho que ir, se precisa marcar... eu ia me sentir mais tranquilo. Seria bom que pudesse ter algo por escrito porque eu fiquei lá e a gente perde a noção sobre o tempo, tudo... o susto é muito grande. Então, se não tiver nada por escrito, a gente fica um pouco perdido, essa é a verdade. Foi só isso que faltou". – (p. 265)*

Alguns entrevistados alegaram que eles ou seus familiares receberam alta do serviço de emergência sem qualquer retorno agendado para continuidade do tratamento, o que para eles ficou estranho e, às vezes, até inadmissível, tendo em vista que sofreram graves agudizações cardiológicas ou neurológicas de suas condições crônicas e saíram do hospital sem seguimento nestas especialidades. Eles complementaram suas falas dizendo que precisaram ligar no hospital diversas vezes para conseguir um agendamento de retorno médico, consulta médica ou consultas com a equipe multidisciplinar.

> *"Meu pai saiu do serviço sem nenhum tipo de retorno médico. Então, ele ficou sem esse seguimento. Ele está só com o seguimento do SAD (Serviço de Atenção Domiciliar), no hospital ele não tem nenhum retorno. [...] Nem na nutrição ele tinha retorno, apesar de utilizar sonda [nasoentérica]... posteriormente que eu conversei com a nutricionista aí elas agendaram um retorno". – (filha, p. 11)*

> *"Quando você me perguntou do papel com as datas para voltar no hospital, eu não recebi essa informação. Precisei ligar diversas vezes no hospital para conseguir um retorno, ou seja, precisei correr atrás". – (p. 81)*

> *"Depois que eu saí do hospital, para ser mais preciso, eu precisei procurar no próprio hospital uma forma de continuar meu tratamento. Ninguém me deu nada, eu tive que correr atrás para conseguir uma consulta no urologista, entendeu? Para marcarem para mim. [...] Mas olha, ficou tudo pela metade, não dando sequência nenhuma no tratamento. O único lugar que consegui sequência do tratamento foi na oncologia, que a doutora lá foi muito boa, que ela me deu o encaminhamento, ela pegou tudo, correu atrás... mas do resto, eu saí com uma mão na frente e outra atrás! [...] Pegaram meu telefone daqui de casa, meu celular, para uma 'possível' consulta com o urologista, o que não aconteceu [...] Tanto que eu te falei que fui procurar recursos sozinho para continuar meu tratamento. Porque meu tratamento parou na hora que eu saí do serviço". – (p. 106)*

> *"Eu tive um AVC isquêmico, acho que é isso, e eles não marcaram nenhum retorno com neurologista para mim. [...] Só fiquei meio assim por conta do neurologista, porque eu tive um coágulo e eles me deram uma medicação para dissolver. Eles passam isso para gente e a gente não entende muito... então eu acho que eles deveriam ter me marcado um neurologista, né?". – (p. 135)*

Além disso, uma das entrevistadas apontou em sua fala que não houve quaisquer orientações a respeito do preparo necessário, caso fosse necessário, para realização de exames agendados a serem realizados durante os retornos.

> *"Eu fiquei em dúvida em alguns aspectos das consultas... dos retornos, essas coisas. Inclusive, meu marido foi ontem no hospital para poder pedir informações a respeito disso. Então, eu não sei se a gente, às vezes, na hora da alta não está muito bem equilibrada, então eu fiquei meio em dúvida. Em relação aos retornos, continuidade do tratamento na UBS ou no hospital, só isso. No relatório médico veio anotado uma próxima consulta no hospital, aí teria que ser feito um hoolter e mais dois outros exames. Aí eu não entendi se os exames seriam feitos nesse retorno ou se deveria ir com esses exames prontos, entendeu? [...] A moça do atendimento disse que eu esclareceria com eles [equipe médica]. Eu não sei se tenho que marcar a data do hoolter antes...". – (p. 178)*

Neste momento é importante ressaltar a fala de três familiares participantes do estudo, que fizeram duras críticas ao relatório entregue durante a alta e comentaram que o laudo é falho pois não foi feito para o paciente entender sua condição, utilizando-se de termos extremamente técnicos, destinados apenas à compreensão de outros profissionais da saúde. Além disso, fizeram críticas ao acompanhamento multidisciplinar e à continuidade do cuidado no pós alta, sugerindo que seria necessário um profissional responsável por toda a educação do paciente durante a internação, bem como por essa continuidade no pós alta. Mencionaram ainda que sentiram falta de apoio do serviço, sentindo-se desamparados em relação ao tratamento e cuidado recebidos, com retornos agendados em um espaço de tempo muito distante, que, na fala do entrevistado, é de um ano.

> *"Toda alta com uma situação diferenciada, como foi o caso, deveria ter um acompanhamento da equipe multidisciplinar. Não teve encaminhamento para uma nutricionista especializada, deveria trazer essa profissional que é tão negligenciada na saúde, em foco, porque ela faz toda a diferença [...] A orientação que precisaria ter no relatório médico para o paciente, cuidador, não tem. A orientação não existe. Só tem o relato de como o paciente chegou, o que foi feito e a relação de medicações. Isso serve de médico para médico, não serve para*

> *paciente se a pessoa não tiver conhecimento ou alguém que entenda. Lembra que eu te falei sobre comer algum tipo de alimento, coisas para potencializar ou reduzir os danos? Não teve no relatório médico. Foi só falado para prestar atenção no que vai comer". – (mãe, p. 277)*
>
> *"Deixa muitas questões nas entrelinhas. Por exemplo, eu me senti seguro em dizer que, na parte médica, eu entendi muito bem, mas a continuidade da assistência não ficou claro e eu fiquei totalmente inseguro. [...] O hospital promete muito, promete que ela vai ter acompanhamento no serviço e é mentira. Ela vai ter um retorno que é para daqui um ano, medicações alto custo para tomar e ninguém sabe me informar onde pego essas receitas!". – (genro, p. 307)*
>
> *"A sugestão seria ter um acompanhamento melhor depois que saiu [do hospital]. A gente sentiu falta, sabe? De uma pessoa que se encarregasse do acompanhamento geral do paciente. A gente se sentiu desamparado depois que saiu do hospital". – (filha, p. 333)*

Neste contexto, chama a atenção também a fala de uma cuidadora, enfermeira aposentada que comentou que, para ela, as orientações fornecidas no relatório médico foram de fácil compreensão, sem possuir nenhuma dúvida pelo seu nível de conhecimento, bem como por também possuir uma irmã fisioterapeuta que a auxiliou na leitura do relatório médico. Porém, questionou durante a entrevista que talvez não tivesse a mesma facilidade de compreensão se não fosse profissional da saúde e contasse apenas com o relatório médico que, assim como os três familiares supracitados, considera falho.

> *"Eu não sei se eu não tive muita dificuldade porque eu sou enfermeira. Porque eu já sabia o que eu ia enfrentar, as coisas que eu tinha de fazer... eles colocaram lá 'necessidade de cadeira de banho', essas coisas que eu praticamente já sabia, por isso não vi dificuldade..., mas eu acho que tem muito o que mudar. Como eu recebi a informação por escrito eu tenho que concordar [com a afirmação do CTM-Brasil] mas as informações foram bem falhas. [...] Eu não senti dificuldade porque sou enfermeira, mas, e se fosse outra pessoa? [...] Minha irmã é fisioterapeuta, então a gente não sentiu necessidade nenhuma, mas não sei das outras pessoas. [...] A nutricionista me deu as condutas por escrito, como fazia, água com espessante... mas foi a nutricionista que fez tudo isso, porque a enfermeira, o dia que saímos de lá, eu não sabia nem quem era a enfermeira". – (filha, p. 89)*

Um dos participantes entrevistados relatou que houve uma falha gravíssima da continuidade do cuidado durante a internação de sua esposa. O mesmo explica que ao chegar no serviço, ele entregou os relatórios de tratamentos anteriores para que a equipe pudesse se inteirar do problema de saúde de sua esposa. Porém, no momento

da alta do serviço hospitalar, somente os laudos da internação atual foram devolvidos aos familiares e garante que o hospital perdeu os documentos antigos. Afirmou que é inadmissível essa situação, pois sem estes laudos não poderá provar em nenhum serviço a trajetória clínica da esposa, podendo vir a prejudicar algum futuro tratamento. Complementou a fala, dizendo que a burocracia para conseguir a segunda via desses documentos é gigantesca e que nenhum profissional do hospital quis se responsabilizar pelo ocorrido.

> *"Eu vou ser sincero, eu estou chateado. Eles [equipe] fizeram todos os procedimentos, deu o laudo, receita, tudo. Ela internou duas vezes lá. Aí agora, toda vez que ela tem que ir no médico, tem que levar os papéis, só que sumiram com os papéis no hospital! [...] Os papéis não deveriam sumir, porque é algo de precisão, de continuidade! Todo médico que você vai, pergunta o que ela teve, só que como eu vou provar? Ela ficou mais dois dias internada, deram alta, aí quando veio embora, só veio os papéis da última vez que ela internou, os anteriores sumiram tudo. [...] Eles podiam tirar a segunda via desses documentos, mas é a burocracia né? Um joga para o outro e ninguém resolve o problema! Custa tirar a segunda via? Ninguém quer assumir". – (esposo, p. 14)*

Todavia, mesmo com todas essas duras críticas supracitadas ao serviço de emergência em relação ao plano de cuidado pós alta pelos participantes do estudo, muitos dos entrevistados disseram ter recebido orientações completas dos profissionais de saúde do hospital, de forma clara e coerente, estando muito satisfeitos com o acompanhamento pós-hospitalar. Além disso, alguns deles comentaram que, inclusive, passaram por retornos médicos agendados em curtos espaços de tempo, após a alta do serviço.

> *"Fui muito bem atendida, me explicaram tudo o que eu tinha que fazer. Me explicaram que eu tinha que fazer uma caminhada, me alimentar bem...". – (p. 23)*
>
> *"Hoje eu fui colher sangue, porque meu retorno é na quinta-feira. Então, eu estou sendo bem cuidado. Estou fazendo fisioterapia, acompanhamento...". – (p. 29)*
>
> *"Eu recebi uma orientação, trouxe para casa um relatório me explicando o que fazer". – (p. 46)*
>
> *"Eles me explicaram tudinho, me mandaram no postinho, com o encaminhamento para eu cuidar de mim. Eles foram muito bem prestativos. [...] Eles me explicaram que eu tenho que fazer fisioterapia, que eu não posso sofrer impacto… se eu poderia fazer*

> *outro serviço mais leve, que eu poderia continuar fazendo as coisas normalmente, só que com cuidado". – (p. 49)*
>
> *"Eles me deram uma cartilha explicando tudo sobre minha doença e nessa cartilha tinha até o nome de uma enfermeira e o telefone para procurar ela caso eu precisasse. [...] Eu tenho todas as consultas marcadinhas, já voltei no retorno, não perdi nenhum até agora. Uma maravilha". – (p. 88)*
>
> *"Não, a equipe conversou sim, tanto que o encaminhamento foi antecipado pelos médicos porque ela estava com muita anemia, para ela melhorar, para ela fazer os exames certinho...". (filho, p. 112)*
>
> *"Fisioterapeuta e fonoaudiólogo está marcado para setembro lá no serviço". – (esposo, p. 336)*
>
> *"E parece que, dessa vez, a médica foi mais atenciosa, fez o relatório do que aconteceu aí [hospital] dentro e pelo menos agora eu tenho um papel dos exames que ele fez...". (filha, p. 358)*
>
> *"Foi bem explicado, ele [médico] marcou tudo num relatório, os exames já estavam todos marcados para o serviço, tudo pronto. Ele me entregou [papéis de alta] tudo pronto". – (esposa, p. 359)*

É fundamental também ressaltar que uma das entrevistadas que elogiaram o plano de cuidado pós alta do serviço de emergência acrescentou ainda que recebeu relatórios médicos específicos para serem entregues durante a consulta de acompanhamento de sua familiar com o médico na APS, facilitando-se assim a troca de informações entre os pontos de atenção, garantindo continuidade do cuidado.

> *"Quando ela saiu do hospital, o médico entregou o papel dizendo que a gente tinha que entregar para a médica que faz acompanhamento com ela, para saber tudo que tinha acontecido. Os remédios que ela estava tomando... [...] E ela tem retorno na mesma data que ela teve o AVC, que é para analisar um pequeno coágulo que ficou na cabeça, então já tem o retorno". – (filha, p. 16)*

7.3.2 TEMA 2 – Influência do ambiente hospitalar no cuidado prestado ao usuário.

É unânime entre os participantes do estudo a sobrecarga do sistema e a superlotação do serviço, sempre operando em "vaga zero" o que afeta a assistência prestada aos usuários. Segundo os entrevistados, os pacientes idosos, na maioria das vezes fragilizados e em péssimas condições de saúde, precisam esperar muito tempo, às vezes dias, em macas no corredor do serviço, em situações desagradáveis, sem o mínimo conforto que lhes deveria ser fornecido por direito, para depois conseguir uma

vaga no box, onde todos os pacientes ficam em macas bem próximas, não respeitando a divisão por clínicas e, principalmente, o possível alto nível de infecção existente, o que é considerado por esses entrevistados uma situação perigosa para a saúde já debilitada deles.

> *"Ela [paciente] ficou esperando vaga muito tempo! Ficou no corredor, esperando ir para o quarto. E não deveria acontecer, ainda mais com eles que são de idade! Ela reclamou muito que estava sentindo muito frio, que estava no corredor, ao invés de no quarto [...] A única queixa que a gente tem mesmo é em questão de ter ficado no corredor esperando quarto muito tempo. Por causa da idade dela, eu acho que deveriam ser mais ágeis para essa mudança. [...] A gente [família] chegou até a comentar que essa situação do corredor foi desumana demais". – (neta, p. 28)*
>
> *"É muito desgastante para o paciente aquela maca! Ele ficou sete dias na maca, não providenciaram um quarto. [...] Ele está com 71 anos. É muito difícil, o colchão lá é muito fininho para ficar esse tanto de tempo que ele ficou no hospital! É a estrutura, o lugar que o paciente é colocado. Se fosse uma coisa rápida, beleza. Mas agora, não é. Ele foi ficando, ficando, ficando... [...] A única coisa que eu queria que melhorasse é no sentido, assim, dar um bem-estar melhor para o paciente que vai ficar mais tempo ali. Porque é de urgência, eu sei, a gente entende que não tinha vaga, mas eu acho que devia ser providenciado... ver uma cama melhor para o paciente ficar mais bem acomodado. Porque ele está muito magro, essa doença é terrível, pele e osso e aquele colchãozinho acaba mais com ele. É só isso mesmo, só a estrutura física". – (esposa, p. 35)*
>
> *"O atendimento com a minha mãe foi ótimo, foi perfeito, só que, infelizmente, não foi só a minha mãe, mas toda aquela gente que estava sendo atendida naquele momento, eles não tinham leito. Minha mãe ficou internada no hospital por três dias e os três dias ela ficou deitada em uma maca no corredor. Prestaram todo o atendimento para ela... médicos, toda hora vinha um enfermeiro, mas ela dormiu em um corredor onde não podia apagar a luz, comia sentada em uma maca... Na realidade, era ela e mais quatro* [pessoas]*... as quatro também eram pessoas idosas. Eu acho que deveria ter preferência para quando a pessoa for mais velha, para ter um pouco mais de comodidade. De resto, ela foi muito bem atendida pelos médicos, pelos enfermeiros". – (filha, p. 54)*
>
> *"Você chega lá e está lotado. Minha esposa passou praticamente duas noites no corredor esperando abrir vaga naquele box horroroso. Aquele box ali é uma coisa perigosa. A pessoa que já está debilitada, com o organismo deficiente, ficar misturada com um monte de pessoa... não é culpa deles, eles até tentam ser comunicativos, mas é perigoso. [...] Eles sempre têm problemas com vagas". – (esposo, p. 129)*
>
> *"[...] Então, uma confusão lascada. Faltava cama, gente no chão..." – (p. 175)*

Os participantes criticaram também os gestores de saúde e governantes que disponibilizam os recursos para a manutenção e conservação do prédio, compra e conserto de equipamentos, bem como a contratação de um número suficiente de profissionais de saúde. Foram enfáticos em ausentar da culpa os profissionais que ali trabalham, sendo que alguns destes participantes demonstraram um certo conformismo diante da situação, pelo fato de se tratar de um serviço público e consideraram que se submeter àquelas circunstâncias é aceitável dadas as condições de saúde em que estavam, pois tiveram seus problemas resolvidos mesmo com a superlotação do serviço.

> *"Aquilo ali parece um apocalipse, daqueles de guerra, porque, ficar num corredor, com frio e eu fui despreparado, sem paletó, sem nada, achando que ia ser só uma consulta. Tive que ficar internado no corredor. Depois mudaram a gente para uns boxes, nossa senhora, que são aquilo hein? [...] Eu sei que essa área não é fácil, médico, enfermeiro... exige muita dedicação, é muito bonito. Mas eu não sei o que acontece nesse hospital, se o governo manda verba, não manda verba...". – (p. 04)*
>
> *"É que, às vezes, as pessoas não entendem que o hospital é excelente, mas que não existe toda a verba, o conforto, aquelas coisas, porque é muita gente e não é só de Ribeirão. Então, as pessoas, às vezes, têm dinheiro e não tem um médico tão bom como tem aí e os cuidados... então, a pessoa acaba que reclama do conforto. [...] Eu falo que quem reclama não devia nem ser aceito mais. Você sabe que tem muita reclamação. Mas a culpa não é do hospital. A culpa é do governo que não tem tanto dinheiro, mas ainda assim, está bom para nós, está dando certo. Briga com os políticos, porque para mim, ainda assim, está ótimo". – (esposa, p. 27)*
>
> *"O problema é que tem gente doente demais da conta e eles não dão conta... Eu não vou contra os médicos não, eu vou contra quem tem que tomar conta e não toma. Porque fazem o que pode aí [...] Tem que dar graças a Deus que tem uma maca para ficar! Meu pensamento é assim: desde que esteja recebendo atendimento, tem que louvar ao Senhor! Eu penso desse jeito, mas tem gente que já quer a melhor cama do hospital, tudo na hora e não é assim!". – (esposa, p. 39)*
>
> *"Às vezes tem aquele tumulto lá [no hospital], porque não tem o leito, porque demora o atendimento..., mas a gente entende. É um órgão público e não tem como ser atendido no momento. Atrasou um pouco a alta também, mas isso também é compreensível, porque ela não tinha como sair da UTI porque não tinha leito disponível para ela, por isso atrasou a alta dela da UTI". – (mãe, p. 82)*
>
> *"A única coisa que eu reclamo é que eu achei, assim, que o prédio está abandonado. O quarto nem porta tinha, o vaso sanitário você*

sentava e ele ficava balançando, o que é muito perigoso. Então o governo, como se diz, esqueceu desse hospital, né?". – (p.295)

"Quando nós chegamos na internação, foi difícil? Foi. Dormimos em cadeira, no corredor? Dormimos. Foi complicado. [...] Mas, enquanto não descobriram o que ela tinha, não acharam o porquê de todos os sintomas, ela não foi liberada. Isso é válido, isso é importante... isso supre todas as outras deficiências que aconteceram. Porque a gente sabe que é o sistema. Eu queria estar sentada em uma poltrona, com meus pezinhos esticados e que a mamãe estivesse em um quarto com ar condicionado? Queria! Mas isso é o nosso sistema. Infelizmente é assim que funciona e eu não vou questionar isso.". – (filha, p. 332)

"Eu vi o quanto era sofrido para equipe atender os pacientes naquele corredor do hospital. Está certo que as críticas de quem fica ali são válidas, mas eles [equipe de saúde] estavam fazendo o que podiam... não é bom ficar ali, mas eles [equipe de saúde] estavam acudindo todo mundo e fomos bem atendidos, o alimento para ela e para quem estava acompanhando foi muito bom". – (esposo, p. 336)

"É impossível você ter atenção naquele corredor, naquele box. É funcionário que falta, é funcionário a menos, com uma enfermeira, quatro técnicos e dois auxiliares de enfermagem? Impossível". – (p. 351)

"Eu não tenho o que falar porque eu sei a pauleira que vivem aí [no hospital], porque o governo federal, governo do Estado né? Porque é público... está lamentável. Tem que dar os pulos, né? E ainda conseguem fazer mais do que a condição [do hospital] permite. Vocês [equipe de saúde] estão de parabéns, é fantástico o cuidado apesar da condição desumana que eles [governo] dão para vocês [equipe de saúde] aí [no hospital]". – (genro, p. 355)

"[...] É um hospital que, embora o governo não esteja mantendo condições de medicamento e trabalho, o empenho das pessoas que trabalham, enfermeiros e assistentes, eles [equipe] estão fazendo o melhor que eles podem para o paciente, sabe?". – (esposa, p. 361)

No que diz respeito à estrutura física, os participantes fizeram duras críticas ao espaço pois consideraram a estrutura pequena para comportar a quantidade de pacientes que para ali são encaminhados. Novamente, os participantes citaram a estada do paciente nos corredores do serviço de emergência como um problema estrutural que poderia ser organizado com maior planejamento do espaço físico. Além disso, mais uma vez nota-se o conformismo dos participantes em aceitar as condições estruturais às quais a eles são impostas para que pudessem receber o tratamento necessário para resolução de seus problemas de saúde.

> *"[...]. Acho um local pequeno para comportar aquele tanto de acidente, é muito pequeno... um lugar sujo, parece um porão". – (esposo, p. 129)*
>
> *"Acho que em relação ao tratamento, lá é fantástico. O que peca e eu entendo pela quantidade de pessoas é a estrutura. Meu pai ficou dias no corredor do hospital e é um choque muito grande de ficar no corredor, toda a situação..., mas fora essa parte da estrutura, com relação às pessoas que trabalham ali, a gente não tem o que falar". – (filho, p. 204)*
>
> *"Eu fui muito bem atendido. Mas as instalações são um pouco precárias porque eu fiquei no corredor, fiquei num box..., mas o atendimento foi satisfatório, fui atendido nas minhas necessidades. Então, como eu não tenho recursos para pagar uma instalação particular, só tenho a agradecer". – (p. 212)*
>
> *[...] Banheiro homem e mulher, todo mundo usando o mesmo banheiro, imundo. O que me deu medo... eu faço quimioterapia e foi uma mistura danada de pacientes doentes. Aquele banheiro que todo mundo toma banho, gente fumando dentro do banheiro, uma mistura danada de fumante, gente entrando... eu sei que é um pronto socorro e não tem jeito..." – (p. 229)*
>
> *"A única coisa que eu podia sugerir era esse banheiro que fica aí nessa área de emergência... tem uma luzinha vermelha que informa que está ocupado quando você entra. Mas tem aquele paciente que, ou é analfabeto ou está muito necessitado para fazer as necessidades dele que não respeita. Minha mulher estava tomando banho, um paciente abriu e eu precisei correr fechar... brigar com ele. Eu fiquei com dó, poderia ter um banheiro extra. Um banheiro só é pouco para esse tanto de gente que enfrentam aí, são heróis". – (esposo, p. 336)*
>
> *"A única reclamação que eu tenho é sobre o banheiro. A gente fica no alojamento lá com ele e não pode deixar ele [paciente] passando mal sozinho e precisa descer lá no térreo para ir ao banheiro? Eu senti muita dificuldade". – (esposa, p. 345)*
>
> *"O cuidado não está 100% mas, comparado à 2017 que ele ficou internado aí [no hospital], eu não sei se deram uma pintada, não sei... mas o ambiente melhorou um pouco, apesar que as pessoas ainda ficam no corredor, na parte de baixo. Mas parece que deu uma melhorada. [...] Em 2017, parecia que a gente estava entrando em um buraco de rato. O ambiente já era ruim e ele estava doente..., mas, dessa vez, eu achei que melhorou". – (filha, p. 358)*

Os participantes comentaram também a respeito da limpeza do serviço de emergência. É unânime que eles consideraram que a limpeza da unidade deixa a desejar, principalmente em comparação com outros hospitais da cidade. Uma das participantes chegou a afirmar que, em relação à limpeza, teve a pior experiência de sua vida ao ficar internada no serviço pois, além do ambiente ser sujo, o cheiro era muito forte.

> *"É bem melhor nos outros hospitais do que esse, a limpeza, sabe? Ali no serviço eu te falo, não tem muita qualidade não". – (p. 10)*

> *"A única coisa que eu quero reclamar, que eu não acho legal é que dentro do quarto que os pacientes ficam... aquele lixo contaminado, onde o pessoal joga gaze, fralda… e aquilo lá, às vezes, fica aberto. Eu não acho isso legal. É a queixa que eu quero fazer". – (filha, p. 52)*

> *"O ambiente do hospital, de piso, de banheiro, limpeza, é horrível. Dos três, quatro dias que fiquei internado, eu não vi uma faxineira passando um pano para limpar... sujeira de outros pacientes no chão, um horror. A preocupação com a contaminação, com o banheiro, ali [no hospital], está péssimo. Eu fiz uma cirurgia em outro hospital, é totalmente diferente. Chega lá, de manhã, as faxineiras vem, limpam os quartos, limpam o banheiro, desinfeta tudo, todos os dias de manhã..., mas, neste serviço, eu não vi nenhuma vez! Eu acho que as próprias enfermeiras, os médicos, deviam cobrar isso, porque não é possível...". – (p. 116)*

> *"Eu achei o hospital muito sujo. A parte de limpeza, assim, os doentes muito misturados um com o outro. [...] Eu acho que deveria ter mais limpeza no banheiro, mais fiscalização na parte da limpeza. Tudo muito tumultuado, muita sujeira". – (p. 229)*

> *"Eu achei a pior experiência da minha vida ficar internada nesse hospital e eu espero não voltar nunca mais para lá. Tudo sujo, tudo muito sujo, um cheiro muito forte, eles demoram muito para trocar o lixo. As camas... nossa, terrível, terrível!". – (p. 235)*

> *"A única coisa que eu não achei muito legal é a parte da limpeza, porque acho que é muita coisa para elas fazerem sozinhas, aquele monte de quarto, banheiro... sujo. Poderia ter mais pessoas, mais profissionais [de limpeza]". – (filha, p. 245)*

Quanto aos equipamentos dispostos no serviço de emergência, os participantes relataram que é um hospital completo, com tecnologia de excelência. Porém, não deixaram de tecer críticas em relação à manutenção destes equipamentos. Muitos deles disseram que nos dias em que ficaram internados, os aparelhos estavam quebrados, sendo necessário o deslocamento para realização de exames em outros hospitais, sendo que, muitas vezes, o retorno ao serviço de emergência era demorado, causando transtorno para o paciente e o funcionário que o acompanhava neste transporte.

> *"Outra coisa, meu pai foi fazer uma endoscopia em outro hospital porque no serviço a máquina estava quebrada, pegaram ele e a enfermeira Margarete [nome fictício], coitada, às 13:30 e levaram... depois, esqueceram eles lá... esqueceram. Eles chegaram as 20:30!*

> *Eu fui até a coordenadoria e ela disse 'olha, você faz uma reclamação' porque eu fiquei até com dó da enfermeira, porque ela saia às sete horas da noite, ela ficou o tempo todo com o meu pai para poder ajudá-lo e foi um descaso absurdo". – (filha, p. 31)*
>
> *"É um hospital completo, com toda a aparelhagem... que, na maioria das vezes não tem em nenhum outro hospital. É completo! Eu estou muito satisfeita". – (p. 111)*
>
> *"Agora, a única coisa que eu não gostei muito, não que fez mal para mim, mas aquela parte, o terceiro andar... que eu fiquei, AVC, sabe? Nem sabia porque fui para lá, não tinha outro lugar, eu acho... ali a manutenção do hospital tinha que melhorar, a enfermaria. Tinha aparelhos que não estavam funcionando direito, o banheiro tinha coisas que não estavam funcionando direito... o hospital daquele porte, naquele estado?". – (p. 228)*
>
> *"A gente chegou lá e a máquina de endoscopia estava quebrada e eles falaram que no dia seguinte ia levar ele [paciente] para outro hospital para fazer a cirurgia para extrair o que estava engasgado...". – (filha, p. 244)*
>
> *"Os médicos, enfermeiros, até a portaria que eu cheguei com muita dor e logo me ofereceram uma cadeira de rodas e logo depois uma maca, muito bom". – (p. 252)*

Em relação à alimentação, de acordo com a maioria dos participantes, a comida oferecida pelo serviço de emergência é boa. Porém, dois dos entrevistados explicaram que esse foi o único problema enfrentado durante a internação, sendo um desafio para eles se alimentarem com a comida que era ofertada pelo hospital, pois a consideravam de baixa qualidade.

> *"O que eu não gostei do hospital foi da comida. A comida não tinha jeito. Eu não conseguia comer essa comida. Mas, como eu fiquei bastante tempo internada eu devo ter enjoado da comida. Nos últimos dias meu marido estava levando comida para mim.". – (p. 88)*
>
> *[...] Outra coisa... A única coisa que eu não gostei é da comida. Não fala para ninguém não, mas aquela comida é horrorosa, pelo amor de Deus. Não tem tempero nenhum". – (p. 351)*

E, por fim, uma das participantes considerou que a superlotação do serviço de emergência influenciou diretamente no cuidado prestado a sua familiar, pois a médica que prestou atendimento à sua irmã se preocupou mais em lhe alertar que o caso da paciente não era de emergência e que, conforme já exposto nos resultados desta pesquisa, o hospital estava atendendo acima de sua capacidade.

> *"E, aparentemente, a médica que atendeu [a paciente] achou que não era tão grave. Ela até nos alertou que lá era uma unidade de emergência, que só deviam ir casos de emergência e ficou quase que meia hora falando que se todo mundo que fizesse quimioterapia e passasse mal ficasse indo lá... que eles estavam super lotados, com 200% de lotação... como se o caso dela não fosse emergência. Então, essa parte me chateou um pouco, eu não sou médica para saber a gravidade ou não... e se o hospital está com 200% de lotação eu não tenho culpa. [...] Demorou muito para começar a fazer exame, ficou mais na preocupação de me alertar em não levar ela lá [no hospital] do que tudo". – (irmã, p. 65)*

7.3.3 TEMA 3 – Avaliação do serviço e da assistência prestada pelo serviço de emergência ao usuário.

Concernente à avaliação do serviço e da assistência prestada pelos profissionais do serviço de emergência aos participantes do estudo, a maioria deles disse ter tido um atendimento satisfatório e resolutivo, atendendo às suas expectativas. Além disso, estes entrevistados se mostram extremamente gratos e felizes pelo cuidado recebido e reforçam que, caso precisassem, gostariam de ser referenciados novamente para este serviço.

> *"Eles me atenderam como se deve. Sem críticas, só elogios. Voltaria lá de novo, caso precisasse!". – (p. 05)*
>
> *"Olha, eu fui muito bem recebida. Sempre fui muito bem atendida, desde o primeiro dia, me atenderam muito bem. Eu cheguei muito ruim e fui muito bem atendida, não tenho do que reclamar". – (p. 08)*
>
> *"No hospital eu fui muito bem recebida, graças a Deus, todo mundo com maior carinho e maior atenção". – (p. 12)*
>
> *"Nossa, melhorar o que mais? Está perfeito! Não tem nem o que te falar, o atendimento é mil, é tudo! Não tem mais o que melhorar. A gente quando fica acamado, não tem nada o que fazer, a gente fica em observação. Então observa tudo... e de tudo que eu vi, são 100%, não tem o que melhorar! [...] Eu falo assim: abaixo de Deus é esse hospital. Tanto que eu amo esse hospital, porque graças a Deus todas as vezes que eu precisei, que eu fiquei internada, porque essa não foi uma das primeiras vezes, eu já fiquei internada por umas quatro vezes nesse hospital e de todas as vezes, graças a Deus sempre fui muito bem atendida, a mamãe também, sempre muito bem atendida. Então, eu não tenho queixa do hospital". – (p. 38)*
>
> *"Olha, eu preenchi um questionário lá, até deixei bem claro que fui atendido super bem, rápido. Os profissionais lá são super capacitados,*

> *o corpo médico, os enfermeiros... não tenho nada do que reclamar, pelo contrário, graças a eles que eu estou bem, estou falando hoje, estou tendo minha vida normal de novo... graças a eles e a Deus. Então, só tenho a agradecer". – (p. 68)*
>
> *"Reclamar de quê? Daquela maravilha? Não tem como reclamar do atendimento dessas pessoas maravilhosas. Todos eles [equipe], maravilhosos. Isso aí [hospital] é fantástico, fantástico. Só isso que eu te digo". – (p. 80)*
>
> *"Olha, eu só tenho elogios para fazer porque eu fui muito bem atendido, muito bem cuidado, entendeu?". – (p. 94)*
>
> *"Olha, estão de parabéns! Eu agradeço a Deus em primeiro lugar e à equipe médica que atendeu minha mãe. Ela chegou [no hospital] muito mal e agora ela está aqui, acabou de almoçar, chegamos do retorno e graças a Deus ela está muito bem!". – (filha, p. 98)*
>
> *"Se eu tivesse que voltar para um hospital, eu ia querer voltar para lá... espero que não precise, né? Mas fui muito bem atendida. Equipe muito boa, tudo lá [no hospital] é muito bom". – (p. 305)*

Além disso, alguns participantes citaram que o serviço possui um atendimento extremamente humanizado e acolhedor, considerado por alguns como de primeiro mundo e por outros como de hospitais particulares, tecendo elogios para a equipe de enfermagem, a equipe médica, funcionários da nutrição, da limpeza e da manutenção e concluindo que todos são fundamentais para que um atendimento de qualidade seja prestado.

> *"O atendimento foi ótimo. Foi perfeito, humanizado. Sem nenhuma reclamação para fazer, muito pelo contrário. A gente nunca tinha passado por lá, mas foi perfeito. Não tenho nada de ruim para fazer... de crítica. Somente elogios, tanto dos médicos quanto dos enfermeiros, toda a equipe. [...] A gente nem sabia que o sistema era tão bom. Para mim, para ele, pode ter certeza que foi... para gente foi melhor do que se fosse particular. Nós tivemos tratamento cinco estrelas, pode ter certeza". – (esposa, p. 13)*
>
> *"O dia que eu pude andar um pouquinho, eu fui lá, abracei todos os enfermeiros, médicos, até as faxineiras... todo mundo. Eu achei muita gentileza deles. Gostei muito do atendimento". – (p. 19)*
>
> *"Eu só tenho que agradecer o hospital, como eu disse no formulário que foi me fornecido quando eu saí de alta, me atenderam na hora hábil que eu precisava, a equipe médica foi prestativa, a equipe de enfermagem eu nem posso dizer porque o mais importante são vocês, trabalham 24 horas por dia... desde uma faxineira até o mais alto grau dentro do hospital, se dedicam o máximo aos pacientes e isso eu só tenho um 'muito obrigado', porque, gostar a gente não gosta, mas, no caso, você já está debilitada, já está carente, já está precisando de ajuda, em um*

lugar que você vai enfrentar tudo novo... cada dia é um dia lá dentro. Então, se você não tem esse acolhimento... porque você tem que ter acolhimento de ser humano além de médico, sabe? Em muitos momentos eu encontrei isso, então, muito, muito obrigada a toda equipe. [...] Quando alguém precisar dessa porta, que ela seja aberta com carinho e responsabilidade... porque, o médico tem a responsabilidade? Sim. Mas, ele tem que ter amor no coração também, para atender a cada um aí". – (p. 24)

"Todas as vezes que eu estive aí [no hospital], eles [equipe] me trataram muito bem. [...] O atendimento meu, não tem nem explicação. A educação desse povo é coisa de louco. Desde a faxineira até os médicos, tudo. Esses hospitais particulares tinham que entrar aí pelo menos para tomar umas aulas para aprender o que é um hospital. Para saber o que o paciente passa dentro de um hospital [...] As pessoas reclamam porque não sabem como é lá fora. A gente que está aí dentro, só tem que agradecer". – (p. 62)

"Eu só tenho elogios, mesmo. Eu fui muito bem tratada, tanto pelos médicos, quanto pelas enfermeiras, tudo. Muito bem tratada, foi tudo perfeito. Me senti até como se eu estivesse em um hospital particular, a humanização lá, está dez!". – (p. 117)

"Eu não tenho do que me queixar, de ninguém. Muito atenciosos, muito humanos... muitos elogios a fazer. Até ao rapaz da manutenção, porque o quarto estava sem ventilador e depois de alguns dias com todo mundo "cozinhando" lá dentro, o rapaz da manutenção lembrou que já tinha visto um ventilador em outro lugar fechado, negociou e arrumou um ventilador para o quarto. Então, quer dizer, até quem está distante da questão médica foi muito importante para gente, ali. Ou seja, de fato, foi uma internação muito humanizada". – (filha, p. 148)

"Não tenho queixas do hospital. Nossa mãe faleceu no período que ela [paciente] estava internada com problema na perna e eles deram todo o apoio, ela [paciente] não pôde nem ir ao velório [da mãe]. Eles foram muitos bons. Eu não tenho queixas, quando eu tive que dar a notícia que nossa mãe faleceu para ela [paciente], eu tive medo dela [paciente] ficar pior no hospital. Pedimos ajuda, a psicóloga veio na hora, de prontidão. Eu agradeço, fomos muito acolhidos. O psicólogo conversando com ela a todo momento". – (irmã, p. 189)

"Eu gostei muito. Eu nunca tinha ficado internada neste hospital porque a gente tinha convênio, mas, com a situação que está, a gente largou de pagar o convênio. Então, eu achei todos muito atenciosos... as enfermeiras, os médicos, todos atenciosos, muito humanos. Muito educados. Eu gostei muito do tratamento, principalmente dos enfermeiros, muito educados". – (p. 295)

Os entrevistados disseram que o atendimento é bom, tecendo elogios ao serviço e aos profissionais que ali exercem suas funções, porém acrescentaram que o processo de cuidado no serviço ocorre de forma lenta e demorada, novamente devido ao grande fluxo de usuários para serem atendidos, de forma que, às vezes, os

profissionais não conseguem se comunicar e dar a atenção necessária a cada paciente ali internado.

> *"O atendimento foi muito bom graças a Deus. Foi um pouco lento porque a unidade atende muito socorro de alto risco, então eu fiquei internado uns quatro ou cinco dias para poder resolver o problema, mas, graças a Deus, o atendimento foi muito bom, fizeram os procedimentos tudo na hora certa. Nenhuma crítica a fazer, estou satisfeito!". – (p. 30)*

> *"Eu só tenho elogios, porque fazem além do que eles podem. Meu pai na última [internação], nas outras [internações], nunca a gente teve algum problema de ser maltratado. Demora? Demora! Mas é muita gente. [....] É complicado, eu tenho consciência porque sou usuária frequente, então eu vejo. [...] O pessoal só vê assim: caiu de moto, ralou o joelho e vai lá... aí demorou? Sai falando mal, mas esquece do idoso que vai lá constante, o que faz quimioterapia, quem tem problemas crônicos... não vê o dia a dia. Não é nem um problema do hospital. Não é nem falando mal do hospital. Que nem eu te disse, a gente é usuário constante, a gente não tem do que reclamar porque o atendimento é excelente, porque eles [equipe] tentam fazer o máximo possível. Eu acho que quem reclama, quem faz muita reclamação do hospital é o usuário que não tem doença crônica. [...] O [usuário] que vai lá de vez em quando, que acha que está infartando, que acha que foi picado por uma cobra ou por escorpião, já chega gritando, esperneando... o que eu acho que é uma falta de educação com quem está trabalhando. [...] Mas olha, como usuária, não tenho do que reclamar, pelo contrário, tenho só o que agradecer. Meu pai faz uso de bolsa de sangue e eu agradeço todos os dias". – (filha, p. 43)*

> *"Eu não tenho nada do que reclamar desse hospital. As pessoas reclamam porque demora, porque tem que esperar… só que o atendimento que eu recebi lá, pelo menos eu, toda vez que eu fui aí nesse hospital, eu fui muito bem atendida. [...] A única coisa que eu tenho que reclamar é que deixaram eu sem comer, mas porque eu precisava para fazer um exame. Só isso. [...] Aquelas moças que vão no quarto trocar a cama, tudo… me perguntaram se eu trouxe roupa, me arrumaram toalha, roupa, escova de dentes, sabonete… então, demora para atender, mas é normal, é muita gente. Mas eu vou te falar uma coisa, nós, em Ribeirão Preto, não podemos reclamar de nada. Nem um 'a' desse hospital". – (p. 49)*

> *"O atendimento é muito bom... só que você sente que é muita gente e eles não conseguem dar a devida atenção para o paciente. Às vezes, você chega lá e está lotado. [...] Então, não é culpa deles, eles até tentam ser comunicativos, mas é perigoso". – (esposo, p. 129)*

> *"A minha única reclamação é que os médicos falavam que iam conversar com o professor e já voltavam e eles demoraram muito para voltar a falar comigo. De resto eu fui bem tratada. Mas eu acho que foi a demora da resposta do professor, de resto, tudo ótimo". – (p. 249)*

> *"[...] Eu até brinco quando vou no hospital e vejo aquelas placas de 'Reclame aqui', eu gostaria de reclamar da demora do atendimento, mas, por que demora? Porque tem milhares de pessoas para serem atendidas! Então é melhor não reclamar para melhorar o atendimento porque se não vão vir mais pessoas! Para mim é excelente!". – (p. 262)*

O setor que obteve o maior número de elogios durante a pesquisa foi a Unidade Coronariana (UCO). Os participantes do estudo teceram elogios para o setor e para toda a equipe multidisciplinar responsável pela assistência aos pacientes, classificando-os como altamente capacitados, acolhedores, atenciosos e humanizados.

> *"Eu vou reforçar o que eu já escrevi naquela folha que a gente recebe para falar o que achou da internação e dar sugestões. Eu, em relação ao hospital, só tenho elogios. Eu sou paciente, faço tratamento já faz três anos pois eu tenho cirrose hepática autoimune e não tenho do que me queixar. Agora, tive outro problema, que foi cardíaco e eu fui muito, mas muito bem tratada. Eu falo que a UCO do hospital é de primeira linha porque nunca vi... Acho todo mundo bem preparado". – (p. 57)*

> *"O que eu gostaria de deixar registrado é simples... todos os profissionais envolvidos salvaram a minha vida, então, eu só tenho que agradecer desde o momento da chegada, que já tinha uma equipe bem grande me aguardando e depois quando eu fui para a cirurgia, tive que fazer cateterismo de imediato e, quando eu fui para a UCO e fiquei lá uns oito, dez dias... residentes fantásticos, enfermeiras, auxiliares... um pessoal 100%, atenciosos. Eles foram sensacionais. Inclusive vou fazer uma visita para agradecê-los". – (p. 223)*

> *"A UCO do hospital é fora de série. O pessoal é altamente capacitado, extremamente profissional. Foi um atendimento maravilhoso. O pessoal da enfermagem, auxiliares e técnicos, fisioterapeuta... nossa, não tem o que falar, maravilhoso. Pessoal [equipe de saúde] daí [UCO] é fora de série". – (p. 274)*

Uma das participantes acrescentou que se sentiu extremamente motivada a respeito da melhora do prognóstico de seu familiar durante o período de internação no setor, porém, teve suas expectativas frustradas no momento em que o quadro de saúde se estabilizou e houve a transferência do paciente para a enfermaria, pois os profissionais não demonstravam a mesma perspectiva de melhora do quadro de seu familiar.

> *"Enquanto meu tio estava na UCO a situação estava muito crítica, mas a equipe que estava acompanhando ele dava muitas expectativas para a gente sabe? Que a situação poderia mudar, que ele poderia*

> *melhorar. Mas, quando ele foi para a enfermaria, o pessoal parece que meio que entregou, parecia que o jogo estava perdido, entendeu? Foi isso que eu senti... Foi muito estranho, mudou o cenário completamente. Parece que eu saí de um hospital e fui para outro hospital, muito estranho". – (sobrinha, p. 302)*

Alguns entrevistados, todavia, não tiveram uma boa experiência durante seu período de internação no serviço de emergência, deixando bem clara sua imensa insatisfação com o cuidado recebido na referida unidade. Reclamaram de um certo descaso dos funcionários, maus tratos e até mesmo calorosas discussões com a equipe médica e equipe de enfermagem, chegando ao ponto de ser acionada a ouvidoria do serviço de emergência.

> *"O problema do serviço... eu evito de ir lá porque você chega lá, fica esperando, aí eles atendem... e não voltam! E demora, demora, demora. Da última vez que eu fiquei lá, o médico falou 'ô, fica em jejum, você vai operar amanhã cedo', aí eu fiquei em jejum o dia inteiro, a noite inteira... aí no outro dia, cinco horas da tarde, ele chegou em mim e falou 'ô, não vai ser realizada a cirurgia'. Um absurdo! [...] Fiquei lá dois dias, sem tomar banho, em jejum, sem comer, não, não, não, não...". – (p. 10)*
>
> *"Olha, infelizmente, a parte da enfermagem deixou a desejar. Até amarrar, me amarraram. [...] A única coisa que eu reclamo é da parte da enfermagem. Eles fizeram muita coisa que eu não gostei. Eu não abri um boletim de ocorrência contra eles porque eu não quis. Porque eu não guardo ódio. Eu não entrei na justiça porque eu passo mal com esses estresses. [...] A gente fica com medo de fazer reclamação, com medo". – (p. 93)*
>
> *"O serviço aí no hospital foi péssimo. Muita pessoa despreparada, muita enfermeira despreparada que está aí há muito tempo só para receber dinheiro. Me judiaram muito, para pegar minha veia, alguns tinham capacidade, outros não. O atendimento não foi bom. Você fala uma coisa com o médico aí quando você vai perguntar ele fala outra coisa para você... são um monte de mentira tudo junto. [...] É terrível! Eu achei um absurdo o atendimento aí. É muita incompetência. Eu fui judiado por umas duas enfermeiras... que acho que nem é culpa delas, assim, elas já estão velhas né? Sem preparo nenhum. [...] A enfermeira não liga para você, o médico é um absurdo, te dá alta seis horas da tarde, você tem que procurar as pessoas para ser liberado. Eu andei feito doido dentro do hospital procurando o médico para me liberar. O atendimento é um verdadeiro absurdo! Eu não quero voltar mais, Deus me livre se eu precisar, não quero voltar não". – (p. 106)*
>
> *"Olha, as duas últimas internações do meu pai foram tenebrosas. Até a ouvidoria foi acionada. Mas não fui eu quem chamou, foram pessoas que viram o que eu passei e meu pai passou. Com enfermeiros, tá? Meu pai teve hipoglicemia e foi uma médica de outro setor que socorreu. Então, para mim que tenho quarenta anos de convivência*

> *nesse hospital, olha, está terrível. [...] Duas internações que eu não gostaria de ter passado com ele [paciente]... O médico que estava lá nem era responsável pelo caso do meu pai. O responsável sei lá onde estava. E ele dependia das ordens desse médico, estava perdido. A gente pressionando-o e ele sem saber o que fazer, não tinha culpa. Foi terrível. Meu pai, o dia todo em uma cadeira de rodas, com fome... saí para comprar comida para ele, não deixaram eu dar, um idoso de 88 anos. Tive que ir atrás da assistente social. É uma pessoa de idade, tem seus horários. Então, assim, está muito a desejar". – (filha, p. 192)*
>
> *"Na verdade, a equipe médica passava uma vez por dia, perguntava se ele estava bem e eu tinha vontade de responder que se ele estivesse bem não estaria no hospital. E mesmo se ele falasse que estava ou não, eles viravam as costas e saíam. [...] Eu acho que tinha que colocar mais enfermeira para trabalhar... Porque os pacientes que estão lá, estão realmente precisando de cuidados e elas deixam a desejar. Tanto que teve duas noites que eu não pude ficar com ele no hospital e quando eu cheguei lá, ele estava todo sujo, tinha feito as necessidades tudo na cama porque estava há mais de três horas chamando a enfermeira para levar ele ao banheiro e todo mundo passava e falava 'já vou' e esse já vou nunca chegava. Então, a equipe de enfermagem deixou muito a desejar e alguns médicos também deixaram a desejar, tanto que ele saiu muito ruim do hospital para casa. [...] Como o estado dele é grave, ele está em cuidados paliativos pelo hospital, eu acho que eles [equipe de saúde] deveriam ter mais cuidado. Essa última vez que eu fui com ele para internar, a gente não foi muito bem recepcionado, do tipo 'nossa, vocês aqui de novo? A gente não tem mais o que fazer, é só esperar a hora'. Acho que eles deveriam ser mais cuidadosos com o que eles falam. [...] A gente vai incentivando [o paciente]. Aí chega o médico e joga um balde de água fria? Dá vontade de pegar esse médico e jogar do 12º andar! É muito complicado, zero empatia". – (nora, p. 227)*
>
> *"Me deu a impressão que eles não me tratavam como uma pessoa e só um objeto para ganhar dinheiro, foi a minha impressão". – (p. 319)*
>
> *"Eu até fiz reclamação dele [médico] na auditoria e de uma enfermeira que também, porque ela gritou com ele [paciente] e eu acho que quem lida com doente tem que ter paciência. Falei para ela que ela não servia para tratar de doente e sim varrer rua! Por mim ela seria mandada embora! 'Você parece louca, você é pior que qualquer lugar que trabalha gente louca!' [...] Foi um absurdo!". – (esposa, p. 363)*

Uma das entrevistadas do estudo é ex-funcionária aposentada do referido serviço de emergência. Ela considera que houve uma mudança muito grande com o passar dos anos na condução dos processos da equipe de enfermagem, com uma evolução significativa e positiva nas tecnologias utilizadas pelos profissionais. Porém, com o avanço da tecnologia, ela considera que estes profissionais estão perdendo sua essência do cuidar, deixando a humanização de lado, esquecendo que ali existe um ser humano, com sentimentos, que, muitas vezes, precisa de cuidados que não

exigem tecnologias avançadas e sim, coisas simples, como, por exemplo, um minuto de conversa.

> *"Eu acho que mudou muito da época que eu trabalhava lá [no hospital]. Na época que eu trabalhava lá, era tudo mais rígido, tinha mais observação das coisas. Eu fiquei lá junto com a minha mãe e eu pude observar que eles [enfermagem] entravam estritamente para fazer as coisas. Entrava, faziam as coisas e saíam. Às vezes, ficavam várias horas sem ninguém entrar no quarto e eu sei que é uma unidade difícil onde a minha mãe ficou, inclusive tinham várias pessoas ali em estado mais crítico que ela, mas, por exemplo, teve uma noite que eu e minha irmã estávamos lá, em pé, as cadeiras no corredor, a gente não sabia se podia pegar ou não para descansar, ninguém direcionou nada, falou se era para a gente, se era do acompanhante, do paciente... então eu senti muito a desejar [equipe de enfermagem]. A equipe médica, tudo que eu precisei, eles foram super solícitos, atenciosos. Não tenho nada que falar. [...] Eu vi mais coisas que me desagradaram mais em relação às outras pessoas do que a mim, porque eu conseguia enxergar o que estava errado. [...] Teve um momento que eu não aguentei, que eu pedi para fazer as coisas e me falaram que eu não podia, então eu pedi se podiam fazer na hora, porque a dieta não estava pingando, sabe? Para lavar uma sonda... Eu sei que é corrido para eles [enfermagem], que tem urgência. [...] A enfermagem de lá [hospital] é nota dez na tecnologia, mas, na humanização, ela é nota zero! [...] É tudo no piloto automático. Inclusive, quando eu fiz a avaliação por escrito do hospital eu coloquei que a humanização precisa ser revista, porque, apesar do paciente estar praticamente inconsciente, confuso... nesse setor de AVC, que ele está um pouco desorientado, exige que tenha mais proximidade do paciente, mais proximidade do acompanhante... [...] E a enfermagem está perdendo esse lado [humano]. São cuidados básicos que a enfermagem está perdendo". – (filha, p. 89)*

Além disso, ao analisar as falas, uma em especial chama a atenção. O relato de uma participante do estudo, que classificou como uma falha grave do hospital a ausência de uma comunicação adequada para a passagem de informações e atualizações do estado de saúde dos pacientes, considerando que existe uma falta de respaldo para os pacientes e seus respectivos familiares durante a internação.

> *"Um dia ligaram para nós e falaram que era para gente voltar ao hospital porque o quadro do meu pai tinha piorado. Saí daqui desesperada. Quando nós chegamos, nos deparamos com a situação que eles tinham ligado para pessoa errada! A gente foi, mas a outra família não. Depois que viram que era outro paciente que também se chamava Astolfo (nome fictício), que, no outro dia, faleceu. [...] Uma falha muito grave". – (filha, p. 52)*

Neste tema, também houve o espaço para que os participantes pudessem expressar suas ideias a respeito de pesquisas com os usuários dos serviços de saúde, tais como a deste estudo. Os entrevistados consideraram estas pesquisas muito importantes para que haja uma melhoria constante do serviço e da assistência prestada aos usuários.

> *"Se a gente não participar [da pesquisa] é pior. A gente tem que participar. Eu falo assim, pior para nós todos, assim, se é uma coisa para melhoria, então eu aceito participar". – (p. 21)*
>
> *"Essa pesquisa é de meu interesse porque as pessoas precisam deixar exposto o que elas sentem e desejam". – (p. 87)*
>
> *"[...]. Eu tenho interesse em participar dessas pesquisas, pois só assim as coisas vão melhorar!". – (filha, p. 99)*
>
> *[...] Agradeço o seu contato, da pesquisa, para melhoria constante". – (filho, p. 100)*
>
> *"Obrigado por colaborar comigo e com minha segurança, porque quando vocês fazem essa pesquisa para saber o dia a dia dos pacientes, aumenta a segurança que vocês sempre estão querendo melhorar o cuidado. Obrigado". – (p. 330)*
>
> *"Essa pesquisa vai ajudar a melhorar o cuidado? Se sim, eu participo porque acho que falta muita humanização para os pacientes. Melhorar para o próximo". – (filha, p. 358)*

7.3.4 TEMA 4 – Continuidade do cuidado aos usuários na Rede de Atenção à Saúde municipal.

Este tema tornou-se relevante à medida em que demonstra uma lacuna entre os pontos de atenção na RAS, considerando que a maioria das reinternações em serviços de emergência se dão pela perda da continuidade do cuidado aos usuários com DCNT, de forma a tornarem-se agudas, levando os usuários a novas internações hospitalares prolongadas e com sequelas irreparáveis.

Os participantes do estudo ressaltaram as potencialidades e fragilidades da RAS no município de Ribeirão Preto, sendo que alguns destes usuários analisaram a continuidade do atendimento na APS. Frequentadores assíduos de UBS, se disseram

satisfeitos com o atendimento, enaltecendo e elogiando o serviço prestado pelos funcionários destes estabelecimentos.

> *"A gente faz acompanhamento no postinho do bairro, que a gente tem o médico da família. Inclusive foi o doutor Ariovaldo (nome fictício) que encaminhou a gente para seguir o tratamento, ele que descobriu o que meu marido tinha, através dos exames que pediu. Ele é muito bom, a gente confia muito nele. Mesmo fazendo acompanhamento no ambulatório, a gente sempre passa no posto, com ele". – (esposa, p. 06)*
>
> *"Ela faz acompanhamento aqui na UBS do bairro. Aí a assistência de saúde veio aqui para conversar e se inteirar [do caso]. Aí já passou tudo para a médica. Esse ano ela fez três consultas na UBS. A primeira ela fez todos os exames para ver se estava tudo certinho e deu uma pequena alteração na tireoide, aí a médica trocou os medicamentos e fez o retorno depois de seis meses que ela estava com o medicamento para poder reavaliar e ver se o remédio fez efeito. Agora, ela tem consulta de novo". – (filha, p. 16)*
>
> *"No postinho, eu passo pelo clínico geral e pelo psiquiatra, que me acompanha, porque eu tenho essa idade, mas tenho muitas cirurgias e isso me afeta". – (p. 124)*
>
> *"Olha, eu fiz várias consultas [na UBS], nem sei quantas, porque eu trato da diabetes lá". – (p. 202)*
>
> *"Então, provisoriamente ele está tratando no postinho aqui do bairro, a gente leva ele para fazer curativo, porque ele tem uma úlcera por pressão na parte do membro inferior e como está muito infeccionado tem que fazer no postinho". – (nora, p. 227)*
>
> *"Minha mãe fez muitas consultas no postinho, porque ela ama ir em um médico. Ela sempre se cuida certinho". – (filha, p. 335)*
>
> *"A gente mora na frente do posto. Ele nem marcava consulta, já entrava falando com a médica". – (esposa, p. 343)*

Além disso, alguns participantes disseram existir um acompanhamento domiciliar por parte da ESF em suas residências, com visitas periódicas de médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde, visando avaliar as condições de moradia, alimentação e saúde dos moradores.

> *"Inclusive pelo posto de saúde eu estou sendo atendida em casa! Eu fiz exames já e a enfermeira vem aqui na minha casa. Estou tratando em casa, estão me cuidando muito bem". – (p. 44)*
>
> *"O médico, quando eu não conseguia levar meu pai lá [UBS], ele ia até a minha casa com uma equipe, ia uma assistente social, uma*

> *enfermeira e ele [médico]. Eles fazem um tratamento lá, que eu vou te falar uma coisa, não tem em outros lugares. Idoso, ele [médico] 'bota a pastinha', reserva um horário na agenda dele e vai na casa do idoso, olha geladeira, olha a cama, olha o banheiro. Não adianta nada você tratar a doença e não tratar a causa. As insulinas, como armazena, como deixa de armazenar, seringa, remédios... [...] É que nem ele [médico] fala, ele tem os pacientes e trata, daqui uma semana volta [para a UBS]. Por quê? Não dão alimentação certa para o idoso, não dão banho... [...]". – (filha, p. 43)*
>
> *"Minha mãe não vai no postinho, a equipe de lá que vem em casa. O médico que vem aqui em casa examinar ela, vem o médico, o enfermeiro e as agentes de saúde". – (filha, p. 168)*
>
> *"[...]. As meninas [agentes comunitárias] vão lá na casa dele [paciente] visitar, conversam com ele. O pessoal do SAD também vai uma vez por mês... a enfermeira do postinho é toda semana". – (filha, p. 215)*
>
> *"[...]. Inclusive, a cada 15 dias as meninas [funcionárias] do núcleo vem aqui em casa [...] Agora, no Núcleo [de Saúde da Família] a médica marca consulta todo mês, mas, como agora elas [funcionárias] estão vindo a cada 15 dias em casa, anotam tudo que estou sentindo e passam para a doutora. Se ela [médica] achar que é algo sério, ela manda me chamar [...] Ano passado eu não fui nenhuma vez no Núcleo [de Saúde da Família] porque estava fazendo tratamento do câncer, mas, mesmo eu não indo, com as visitas elas sabiam tudo que estava me acontecendo". – (p. 351)*

Todavia, alguns participantes que faziam tratamento na APS após terem o agravamento de suas condições crônicas, deixaram de fazer tratamento básico na UBS e passaram a ter a continuidade do cuidado apenas em ambulatórios de especialidades disponíveis na RAS.

> *"Meu pai só faz atendimento no ambulatório. Como o caso dele já é grave, então ele só vai mesmo no posto quando ele se agrava, e aí eles mandam para aí [serviço de emergência], entendeu?" – (filha, p. 32)*
>
> *"Aliás, meu tratamento... há uns cinco ou seis anos atrás, começou no postinho, é muito bom. Eu adoro. Mas no ano passado eu não fui em nenhuma consulta no postinho porque foi tudo encaminhado para o ambulatório, regularmente eu não tenho o costume de ir no postinho mais". – (p. 106)*
>
> *"Hoje tive médico no ambulatório, amanhã vou ter médico no ambulatório também. No núcleo de saúde, ano passado, eu fui duas vezes só. Eu vou muito pouco por causa do ambulatório. Às vezes eu só marco consulta ali [no posto] para não perder minha vaga, porque eu gosto muito dali [do posto]". – (p. 162)*

> *“Ele [paciente] até consultava muito no postinho, mas agora, depois que deu os problemas graves eu não levo ele mais lá não, porque ele faz acompanhamento no ambulatório”. – (esposa, p. 166)*
>
> *“Olha, ela fez bem poucas consultas no posto de saúde, porque ali é bem básico, só tem o clínico geral e pela condição de idade dela, ela faz acompanhamento com o geriatra e não é no postinho do bairro, então por conta disso foi poucas vezes consultar lá”. – (filha, p. 257)*
>
> *“Ela [paciente], não passa mais em consulta no postinho de saúde, ela faz acompanhamento com o geriatra e psiquiatra do ambulatório”. – (neta, p. 258)*
>
> *“Antes dele ter problemas graves ele acompanhava só no postinho, depois que o problema agravou, ele ficou acompanhando só no ambulatório. Ele tomava remédio e tratava lá para pressão, diabetes...”. – (filha, p. 338)*

Alguns participantes relataram que nunca fizeram acompanhamento de suas condições de saúde na APS pois não veem finalidade e apenas procuram tratamento médico de urgência quando sentem necessidade devido a algum sinal e sintoma fora do usual. Houve também relatos de alguns participantes que não fazem acompanhamento na APS por terem assistência suplementar à saúde (convênio médico), bem como acompanhamento pelos médicos da instituição em que são empregados.

> *“Olha, até agora eu nunca tinha tido problema com saúde. Então eu ia mesmo uma vez por ano para fazer exame básico mesmo, check-up, sempre fazia...” – (p. 12)*
>
> *“Olha, consulta marcada ela não teve nenhuma no postinho não. Ela só passou de urgência... até mais de quatro ou cinco vezes, viu? Foi um ano bem difícil para ela”. – (irmã, p. 51)*
>
> *“No ano passado ela [paciente] só foi no postinho quando teve dengue, se não fosse a dengue, ela não teria ido não”. – (irmã, p. 65)*
>
> *“Eu não frequento o posto de saúde, eu tenho convênio”. – (p. 68)*
>
> *“Mas ela estava com convênio médico. Aí ela relaxou no tratamento... aí fez 21 anos, perdeu o convênio e deu no que deu...”. – (mãe, p. 82)*
>
> *“Eu não frequento posto de saúde, eu faço tudo no meu trabalho, que tenho direito”. – (p. 86)*
>
> *“Olha, no postinho eu não fiz nenhuma consulta. Sabe por quê? A gente vai no médico do serviço. Eu trato no médico do servidor. Tanto pela endocrinologia... pelo médico da saúde dos funcionários [do*

> *hospital]. Então eu não faço consulta no posto. No postinho eu busco medicação, somente". – (p. 107)*
>
> *"Ela nem faz consulta no posto de saúde. Sempre que precisa é na UPA. Não sei nem se tem postinho no bairro, sinceramente". – (filho, p. 125)*
>
> *"Olha, para te falar a verdade, eu moro nesse bairro há uns 13 anos e fui nesse posto, eu acho que umas duas vezes só. Porque quando eu preciso de algum exame ou preciso ir na consulta, eu vou na UPA. Eu fui nesse postinho uma vez que peguei dengue, faz muito tempo...". – (p. 167)*
>
> *"Consulta no posto eu não sei se ela [paciente] foi não, mas eu sei que quando ela passou mal, ela foi direto para a UPA e da UPA para o serviço de emergência". – (nora, p. 183)*
>
> *"O médico do serviço de emergência disse que a gente [ela e o paciente] precisava se consultar mais, porque desde que a gente está junto, eu e ele [paciente] nunca fomos em um médico e estamos juntos há nove anos já. Tenho até vergonha de falar, mas não pode ficar nove anos sem passar por um médico. Ele quis dizer que é um absurdo uma pessoa ficar tanto tempo sem passar por um médico, sem fazer uma rotina de médico. Mas eu fiquei tranquila que para mim só fazem cinco anos, porque meu filho tem cinco anos, né?". – (esposa, p. 278)*

Alguns entrevistados citam que não frequentam a APS por terem dificuldades para agendamento de consultas, devido à demora para abertura da agenda e, quando conseguem, ela é marcada para muito tempo depois, chegando a até seis meses de espera. Outro problema frequente é a ausência de médicos, de acordo com os mesmos.

> *"Nossa... o mais difícil, vou te contar, arrumar consulta no postinho é muito difícil! Igual aqui, ele [paciente] passa mal, alguma coisa, eu o levo no pronto atendimento porque no postinho aqui [do bairro], é um caos. Minha mãe também é idosa né? Está aguardando consulta... ela é hipertensa, tem diabetes... e está aguardando, aguardando... não consegue. Demora meses. Eu até tenho um irmão mais velho que fez uma cirurgia. Inclusive, ele está precisando passar pela UBS e não consegue! [...] O problema maior é esse, é o pós-retorno para casa, que vocês solicitam um acompanhamento pelo posto de saúde e a gente não consegue! Se ele [paciente] teve duas consultas [no postinho], foi muito! [...] Aí a pessoa acaba ficando pior porque não passa por atendimento no posto e quando vai ver tem que internar de novo e acaba ficando em um estado mais crítico". – (filha, p. 32)*
>
> *"Postinho aqui perto é muito complicado, viu? Difícil de marcar consulta". – (esposa, p. 33)*

“Durante o tempo que eu estou morando aqui [no bairro], não fiz mais que 10 consultas no postinho. E eu moro aqui faz muito tempo”. – (p. 45)

“Aí eles falaram que a gente tinha que procurar um pneumologista e um cardiologista, né? Só que era final de ano, não achava ninguém… aí levamos ele no posto de saúde [próximo a casa dele], que tinham encaminhado. O médico pediu raio-x, exame de sangue, ecocardiograma… foi marcando os exames e, é o SUS né? Marcou o retorno para ele só para meses depois. Aí eu falei ‘como que pode marcar um retorno tão longe assim? A pessoa teve uma enfermidade agora, tem que fazer já’”. – (filha, p. 52)

“Olha moça, o postinho foi um problema. Eu desisti das consultas ali porque ninguém achava meu problema. Eu venho há três anos pagando consulta, porque eu desisti de ir ali [postinho]”. – (p. 64)

“Olha, no último ano eu não sei quantas consultas eu fiz no postinho não, porque lá é de quatro em quatro meses, às vezes de seis em seis, às vezes chega lá e não está marcado, não está agendado..., mas deve ser umas quatro consultas”. – (p. 94)

“Eu fiquei de continuar as consultas no postinho perto da minha casa... só que o postinho falou que ia me chamar e não chamou ainda. Não ligou nem nada. [...] No hospital falaram que eu ia acompanhar no postinho mais próximo de casa. Aí, minha filha foi lá [no postinho] e eles mandaram aguardar... ainda estou esperando”. – (p. 182)

“O problema da saúde aqui nos postos é que é algo muito demorado, exame é uma coisa que eles prolongam muito... sabe? [...]” – (p. 281)

“Meus retornos são todos no ambulatório do hospital e eu agradeço os médicos porque no postinho de saúde aqui perto de casa não tem jeito de se tratar. Não tem jeito! [...] As consultas lá são de seis em seis meses, é muito difícil, você é atendido, mas é sofrido”. – (p. 287)

“Pelo que a gente tem de experiência em ‘marcações’ de consultas nos postinhos, às vezes demora até meio ano para conseguir passar por uma consulta. Está demorando bastante, muitos meses...” – (sobrinha, p. 302)

“[...] Aí me mandou para o postinho e o postinho demora para gente marcar consulta, estava de greve, não consegui marcar até agora...”. – (p. 317)

Em relação à acessibilidade, uma das participantes pontuou que a UBS do bairro onde ela mora fechou e, como a UBS mais próxima se encontra em outro bairro, considerado longe por eles, a família perdeu seu seguimento de saúde pela APS. Além disso, outra participante complementa sobre não possuir condições econômicas de ficar indo com frequência à UBS na qual a família pertence na tentativa de

agendamento de consulta para seu esposo e considera que a RAS complica o seguimento dos usuários ao invés de facilitá-lo.

> *"Então, ele não faz consulta no postinho porque nosso bairro não tem mais postinho. Aí se quisermos, temos que ir para outro bairro que é longe". – (esposa, p. 92)*

> *"Eles [equipe médica] falaram que os retornos seriam no ambulatório do hospital e no posto perto aqui de casa. Só que a gente não está conseguindo consulta para ele [paciente] aqui... para ele passar com um neurologista porque ele está tendo muito problema nessa cabeça dele [...], mas eu estou correndo atrás para ver se eu consigo marcar um neurologista para ele [paciente]... a gente não tem condição de ficar pagando uber para ir e para voltar. Eu até falei para os médicos que levaria ele [paciente] para casa, mas não teria condição de ficar indo e voltando de posto. É longe! [...] As coisas que são de graça, sabe como é né? Não é a hora que você quer! É quando eles querem! [...] Essa semana fui no postinho, estive lá na quarta-feira e não consegui agendar consulta, tem que voltar outro dia. [...] Eles [Rede de Saúde] mandam a gente para o posto mais longe, porque dizem que a gente não pertence ao posto que é mais perto e que o ônibus para na porta... esse que indicaram para gente é longe e o ônibus passa longe!". – (esposa, p. 290)*

Outro participante, na mesma direção da acessibilidade à rede de atenção, relatou haver uma mudança na disposição na área de abrangência da UBS no bairro no qual ele mora, sendo necessária a transferência de seu seguimento para outra UBS, o que também afetou seu tratamento na APS.

> *"Olha, eu fiz poucas consultas no postinho atual, porque eu pertencia para outro [UBS] mas aí veio uma determinação, sei lá o que, da prefeitura, que da minha rua para frente [no bairro] ia trocar para esse posto. Mas eu tratava com o cardiologista no outro posto". – (p. 196)*

Desta forma, ao considerar a dificuldade de acesso pontuada pelos participantes acima, chama a atenção a fala de um participante que relatou por não conseguir agendamento de consultas na UBS à qual pertence, em seu bairro, acabou por desistir de procurar tratamento para sua condição de saúde no município de Ribeirão Preto. Quando ocorreu a agudização de sua condição crônica, precisou procurar a UBS de um município vizinho, no qual um de seus familiares reside para receber atendimento e ser referenciado para o serviço de emergência

> *"O postinho perto de casa é uma bagunça. Não faço acompanhamento lá porque toda vez que eu procurei para fazer uma consulta eu tive*

> *que esperar seis meses. Me cadastrei em um postinho em um município vizinho porque aqui [Ribeirão Preto] ninguém quis me atender. Fiquei quase um ano procurando atendimento e nenhum [postinho] me atendeu. Quando passava mal, me davam diclofenaco e mandavam embora porque tinha que marcar consulta com outro médico e o outro médico só daqui um ano, é complicado. Quando eu passei mal, eu fui para um [UBS] do município próximo, pois eu estava na casa do meu cunhado. Lá viram meu problema rapidamente e me encaminharam para o serviço de emergência". – (p. 319)*

Alguns destes entrevistados relataram também falta de proatividade dos funcionários das UBS para resolução dos problemas apresentados pelos usuários, bem como a descrença na funcionalidade do sistema de saúde, empecilhos na retirada de insumos e falta de medicamentos essenciais disponibilizados pela RENAME, com consequente necessidade de aquisição em farmácias destes medicamentos, muitas vezes sem possuir condições financeiras para tal.

> *"Amanhã vai fazer um mês que ela sofreu o AVC... dez dias depois levei lá no postinho e nada. É muita burocracia. Eu vou te falar... o SUS é difícil. Você depender só dele... é a realidade do pobre, da pessoa de baixa renda, que ganha pouco, se está doente e eles passam o remédio, nunca tem no posto, porque normalmente é caro, a pessoa não tem como comprar, como que vai fazer? Não toma. Vai deixar de comer para comprar remédio? Dependendo do valor do remédio, às vezes é maior que o salário da pessoa". – (esposo, p. 14)*
>
> *"Eu tive que comprar os remédios que saí tendo que tomar porque não achava no postinho. Eles [postinho] não tem. É fornecido [remédios] pelo postinho, mas você não os encontra. Sempre em falta. Aí comprei e alguns consegui no serviço de emergência". – (p. 29)*
>
> *"O remédio que eles me deram, a receita, tinha que pegar no posto, para tomar diariamente. O posto só dá o remédio de segunda a sexta. Mesmo assim, o pessoal lá [do hospital] me arrumaram o remédio para tomar no fim de semana, porque eu saí [de alta] em uma sexta-feira. Me arrumaram para eu tomar no sábado e no domingo, para eu ir na segunda-feira pegar no posto". – (p. 63)*
>
> *"A médica me explicou que eu passaria a tratar no posto de saúde mais próximo da minha residência. Mas o postinho está horrível, não tem médico, eles tinham que agendar uma consulta e não agendaram, não sabem quando vai ser, se vai ser... então ficou assim, eu estou de perna bamba, porque, como eu vou fazer agora? Inclusive, agora eu estou medindo a diabetes três vezes ao dia, então eles [postinho] me dariam a agulha e o aparelhinho para eu poder escrever numa folha, controlar quanto estava dando [a diabetes] e até hoje não me deram essa maquininha e não tem como eu estar pagando e complicou muito. No hospital eles sempre estavam acompanhando, vendo como é que estava [a diabetes], sempre medindo... e agora eu fiquei assim. [...] A única coisa é que simplesmente eles me indicaram um lugar que faz*

> *pouco caso da saúde da gente, que parece que eles querem ver a gente doente, sei lá, não entendi. Eu sou condutora, a minha vista, que já uso óculos, está mais fraca ainda, difícil para enxergar e a médica me disse que isso era da diabetes, mas me deu o encaminhamento para o oftalmologista e a moça [do postinho] me falou que não sabia nem quando teria o médico para me atender. Do serviço de emergência eu não tenho o que reclamar, mas desse postinho aqui, falta alguma coisa e eles simplesmente falam que não, que não sabe e pronto e acabou". – (p. 163)*
>
> *[...] Eles não falaram nada em fisioterapia... aí a moça que a gente conhece falou para a gente não esperar o SUS porque demoraria, aí a gente pagou particular, dez sessões". – (irmã, p. 206)*
>
> *"Eles me deram um tanto de medicação para um fim de semana. Aí para comprar ou pegar no postinho, mais três caixas, eu não estava achando em lugar nenhum. Quase que voltei no hospital e pedi para eles me venderem porque eu não estava achando, estava em falta". – (p. 228)*
>
> *"[...] O paciente vai no posto de saúde pegar o aparelho de glicemia e não tem explicação nenhuma para o paciente de como fazer, de que maneira... não tem como ter um bom tratamento assim! [...]" – (mãe, p. 277)*
>
> *"Me ligaram falando que eu tinha que ir no postinho para marcar [consulta] e chegando lá os atendentes me falaram que essa pessoa era louca, que lá não tinha essas coisas e eu fiquei boiando. Eu perdi essa consulta... tentei ligar em outros lugares e não consegui nada. Me fizeram andar com a mulher em um sol, às 13h e ainda riram da minha cara falando que lá não faziam isso, me senti um mentiroso. Me chateou muito e chateou muito ela. [...] A gente faz tudo certinho, paga impostos e toma essa desilusão". – (esposo, p. 336)*
>
> *"[...] Porque o posto aqui do bairro é simplesmente só para revalidar receita e para mais nada, é como se não existisse. [...] Eu devo ter feito uma ou duas consultas no postinho. Eles marcam uma consulta para cada quatro anos, é difícil. Fui lá [no postinho] e não tem o remédio, não tem nada. E não tem como eu pegar na farmácia popular porque a receita está vencida. Para falar com o médico é só no retorno que não está agendado, então vou ter que soltar uma bomba naquele lugar!". – (p. 356)*

Ainda concernente aos medicamentos, os participantes mencionaram dificuldade na aquisição do grupo de medicamentos considerados de alto custo, citam uma burocracia excessiva para conseguir retirará-los, o que atrasa o início ou interrompe o tratamento iniciado no serviço de emergência, muitas vezes ficando dias sem a administração dos medicamentos. Outros participantes disseram ter saído do serviço de emergência sem um retorno agendado, o que dificulta a renovação das receitas médicas para obtenção dos medicamentos, interrompendo o tratamento.

> *“Eu tenho só uma sugestão de melhoria que é para quem necessita de algum medicamento de alto custo. Sendo que o próprio hospital prescreve e o próprio Estado fornece e quando chega na hora de pegar esse remédio eles pedem muitas coisas, muita documentação. É totalmente desnecessário, sendo que a pessoa já passou pelo médico, já passou por todo o processo e na hora de receber o medicamento trava tudo. [...] Aí a pessoa tem que ir atrás de um monte de outras coisas [burocracia dos medicamentos de alto custo] e o tempo vai passando... aí a pessoa tem que comprar o remédio, às vezes sem condições, para poder esperar esse processo andar. Então, é uma falha que eu não sei onde é que está, se é o Estado, se é o hospital, se é a farmácia, mas enfim, existe uma falha e seria muito bom se fosse corrigido isso”. – (filho, p. 133)*

> *“Outra coisa que eu achei péssimo. Deram um remédio, quetiapina 200 mg e depois 150 mg, aí a filha dele foi lá no centro de custo buscar, estava tudo errado, disseram que a quetiapina não pode partir, que não sei o quê... aí a menina foi lá de novo no hospital, não resolveu a receita... enfim, ele não está tomando o que saiu prescrito do hospital. Por quê? Não tinha como... aí eu comprei numa farmácia, a gente sabe que é proibido, mas dá um jeitinho, comprei o de 25 [mg] e é o que ele está tomando. Então, isso aí eu achei péssimo, péssimo!”. – (irmã, p. 206)*

> *“[...]. Falaram que eu ia conseguir vaga sei lá para quando e que tinha que ficar ligando até conseguir... então eu estou esperando. [...] Me falaram que eu tinha que voltar ao hospital para pedir outra receita. Ele não tem médico agendado. Tenta agendar e não consegue. Você sabe como é esses postos né? [...] A hora que acabar o remédio dele não sei o que fazer, porque é de alto custo!”. – (esposa, p. 290)*

> *“Tanto é que ela [paciente] teve uma consulta só, eu vou ter um retorno só daqui seis meses e eu não sei onde pegar receita para poder pegar os medicamentos de alto custo”. – (genro, p. 307)*

Outro ponto amplamente citado pelos participantes do estudo foi a dificuldade de acesso ao serviço de emergência em caso de reagudização ou nova complicação da patologia e consequente reinternação, devido à disposição da organização da RAS do município. Assim como no item “*5.3.1.3 Subtema III – Preferências asseguradas*”, torna-se visível a dificuldade de compreensão dos usuários do SUS em relação ao acesso à RAS.

Através de vários relatos, foi possível perceber a insatisfação à respeito da lentidão de acesso à rede (há espera de horas, algumas vezes dias em pronto-atendimentos) a fim de obter o referenciamento para o serviço de emergência. Foram relatadas situações caóticas, desanimadoras e desumanas, bem como a ausência de

comunicação entre os serviços, o que coloca os pacientes em situações desagradáveis no momento em que conseguem a vaga no serviço de emergência.

Além disso, alguns participantes não compreendem o fluxo de acesso à RAS e acreditam que o próprio serviço de emergência cria empecilhos a fim de dificultar o retorno e consequente acessibilidade dos usuários à saúde. Comentam que este acesso deveria ser facilitado para aqueles usuários que já estiveram em tratamento recente no serviço, sem ter que passar por todo o fluxo complexo e a burocracia imposta a eles pela RAS.

> *"Na hora que a gente a levou, primeiro foi para UPA... ficou a noite inteira esperando vaga... quando eu consegui chegar com ela no serviço de emergência, era no outro dia. E eles falaram que ela chegou lá sem comunicação da UPA. Aí eu falei: 'Você está de brincadeira né? Ela está desde ontem às seis horas da tarde na UPA e você vem me falar que ela chegou sem comunicação?' Aí ele falou assim para mim: 'A gente vai dar um jeito...' e começou a falar que estava chegando muito paciente grave e não sei o quê...". – (esposo, p. 14)*
>
> *"Ela esperou muito tempo na UBDS até ter a vaga, entendeu?" – (neta, p. 28)*
>
> *"Mas o que eu acho que tem que fazer é: como ele está em processo de pós-cirúrgico, não teria que passar pelo posto de saúde e depois ser encaminhado para cá [serviço de emergência]. Como ele está há 11 dias operado, eu acho que qualquer anormalidade tinha que ir direto para cá [serviço de emergência]. Eu estou trazendo-o de abelhuda aqui [no serviço de emergência], mas o que está escrito no papel é que eu tenho que passar primeiro pelo posto de saúde e depois encaminhar para cá. Mas eu não faço isso porque, imagina? Meu pai tem 78 anos, está cheio de pontos, no posto de saúde, até esperar e depois vir para cá [serviço de emergência]. São dois estresses. Então eu não faço isso. [...] Colhem exame lá, chegando aqui o serviço não aceita o exame que foi feito na rede, aí eles vão fazer o procedimento de novo. É bem estressante. Aí eu venho de abelhuda mesmo, porque eu não concordo! O paciente já está sendo atendido por aqui, qualquer anormalidade deveria vir direto para cá!". – (filha, p. 31)*
>
> *"[...] Dessa vez, ele [paciente] foi internado... aí ele teve alta no sábado, aí no domingo ele passou mal de novo, teve que aguardar [na UBDS] e na segunda-feira voltou para o hospital, de novo, porque não estava bem. Aí eles recomendaram que ele teria que fazer outra cirurgia e se sentisse dores, era para levar na UBDS e lá na UBDS era para pedir para encaminhar para eles. [...] Eu estou muito preocupada em levar ele, porque ele vai ficar lá na UBDS até Deus sabe quando... era bom se a gente já conseguisse com os médicos do serviço de emergência, era bom se a gente já pudesse levar ele direto já, não ter que esperar...". – (filha, p. 32)*

"Aí eu acho uma falha do serviço de emergência, pois nós estamos na UPA direto! Tudo UPA, UPA, UPA... Aí lá na UPA, você sabe como é o tratamento, né? É um transtorno, uma demora! Quando vê o paciente o enfermeiro já vira a cara, sabe? [...] Teve dias que eu cheguei na UPA meia-noite e saí quatro horas da manhã. Não pelo fato de não terem atendido, eles atendem e eu acho que eles fazem demais na UPA, porque é um atendimento multiplicado, né? Hoje mesmo ela [médica da UPA] mandou procurar o ambulatório e antecipar a consulta dele, porque ele teve uma alta [do serviço de emergência] e ela não gostou do raio-x dele [paciente]. [...] Porque a gente sabe... já é avisado que você tem que procurar o primeiro atendimento mais rápido possível, entendeu? [...] Quem descobriu o pneumotórax dele foi na UPA, aí como ele já fazia tratamento no hospital, aí eles o encaminharam para o serviço de emergência". – (esposa, p. 35)

"O que demora muito é aqui no posto [de saúde], sabe? Mas eles também estão ocupados né? Um depende do outro ali, eu acho. [...] A primeira vez eu fiquei lá com ele 14 horas esperando vaga no serviço de emergência e essa última vez foram 16 horas, que minha filha chamou até a reportagem lá, porque ela não tem paciência. Eu fiquei com tanta vergonha que deu vontade de ir para casa". – (esposa, p. 39)

"Hoje já está fazendo 48 horas de espera do meu pai na UPA por uma vaga. Mas, da outra vez, ficou 24 [horas], foi bem menos, tá? Mas, dessa vez tem 48 horas. Sem previsão. Então a gente tem a ideia de que vai mais uns dois dias, só que ele não vai aguentar não. [...] Ele é idoso e é doença crônica. [...] Mas eu acho que no serviço de emergência está faltando, assim, centrar os casos. Dar uma filtrada. Você liga na "regularização" e fala que o paciente está obrando sangue, está com anemia de cinco, quatro [taxas de hemoglobina no sangue], com 71 anos... acho que deveria ter uma prioridade! Nem que for para ficar no corredor, você tá entendendo?". – (filha, p. 43)

"A única coisa que assim, foi que o doutor falou que se precisasse de qualquer coisa, porque ele deu um papel que se tivesse sangramento, pele amarelada, era para ir direto no serviço de emergência e a gente foi, só que não conseguimos ser atendidos. Tivemos que ir para o posto, para o posto encaminhar para UPA, para UPA encaminhar para o serviço. Agora, eu me pergunto, se ele passar mal de novo, será que vou conseguir ir direto para o serviço de emergência?". – (esposa, p. 126)

"A única coisa que eu tenho para falar... igual, ela tá muito ruim e eu não consigo entrar com ela diretamente lá no serviço de emergência. Eu tenho que passar por um processo lá na UPA, isso, muitas vezes, piorou o quadro de saúde dela. [...] Uma hora não vai dar tempo... toda vez ter que passar pela UPA e lá eles não fazem nada... [...] Porque o que acontece? Ela desmaia toda vez que falta oxigenação, aí eu tenho que levar para UPA e lá reanimam ela... espero dois, três dias a vaga, a pneumonia já acentuou, ela é portadora de HIV há muitos anos, é muito desgastante. [...] Eu sei que o serviço de emergência tem muita gente, toda hora..., mas para esses pacientes graves, teria que ter um respaldo... da última vez fiquei três dias na UPA esperando. Na hora

> *que viram que ela ia morrer, eles deram um jeito. Eu não estou reclamando do hospital, estou falando do fluxo de atendimento do sistema. [...] Ela está acamada, de fralda, com todas essas debilitações, no oxigênio 24 horas... faz tratamento no hospital faz quase 20 anos, pneumologista, cardiologista... eu acho que o acesso dela deveria ser mais fácil... [...] É só isso que eu acho que falha... eu queria que ela tivesse essa entrada rápida aí no serviço de emergência, pelo menos para eles darem o primeiro socorro...” – (filha, p. 185)*

Destaca-se a fala de três participantes familiares a respeito da traqueostomia dos pacientes, como sequela resultante de suas condições crônicas, relatando as dificuldades em relação aos cuidados demandados à traqueostomia e o despreparo da RAS para cuidar de usuários com essa limitação. Pontuam sobre a ausência de profissionais capacitados para a aspiração e troca da cânula no nível primário de atenção, sendo necessário aguardar o referenciamento da RAS para o serviço de emergência, onde ocorrerá o cuidado preconizado com a traqueostomia destes pacientes. Outrossim, fazem duras críticas ao SAD, considerando o despreparo dos profissionais e o cuidado prestado em suas residências.

> *“Isso tem sido muito desgastante porque como ela é dependente de aparelho respiratório, é traqueostomizada... aí fica dois, às vezes, três dias lá na UPA, aguardando vaga [para o serviço de emergência]. Porque eles dizem que é a regulação que decide a vaga para ver onde vai, tudo por causa de uma troca de traqueostomia. O que poderia ser feito aqui dentro de casa. Só que as duas vezes que tentaram [trocar o dispositivo], não foi bem sucedido. Então é muito desgastante, ela fica em cadeira, não fica bem acomodada. Às vezes já passei noites no chão, aguardando vaga só para fazer simplesmente uma troca de traqueostomia. É difícil. [...] Aqui em casa o atendimento não foi bem realizado porque a gente vê claramente que o médico enviado para cá, pelo SAD, não tem experiência nenhuma em traqueostomia e é um procedimento que, para quem é experiente faz em cinco minutos. Da última vez, agora, a traqueostomia da minha mãe foi trocada dentro de uma ambulância que a gente ficou aguardando [vaga] três dias para ir no serviço de emergência. É uma coisa [troca da traqueostomia] muito rápida, desde que tenha um lugar específico e uma equipe especializada nesse procedimento. Essa é a minha dica, eles precisavam ter um lugar específico. [...] Nós fomos até nosso posto [UBS] de referência e lá falam que não tem respaldo nenhum para fazer a troca, que teria que ir na UPA para remanejar a troca ou trocar lá. Só que na UPA, os dois médicos de plantão quase mataram a minha mãe para tentar trocar [a traqueostomia] lá. Não tinha nenhuma experiência com isso. Aí agora, todo mês, a gente tem que ir para a UPA, para aguardar vaga e sempre é vaga zero, para ir no serviço de emergência para fazer essa troca, em menos de cinco minutos. [...] Quando a gente chega na UPA, ela fica horas sem ser aspirada, sem ser trocada, sem comer... porque eles não sabem se vai dar remédio,*

o que vai fazer. [...] É muito triste. A saúde está um descaso, não é só falta de capacitação, de reciclagem... é a pessoa não ter amor ao próximo, amor no que ela dispõe a fazer". – (filha, p. 211)

"Quem me ajudou muito foi a ABRAPEC (Associação Brasileira de Assistência à Pessoas com Câncer), até me emprestar o aparelho de aspiração eles me emprestaram. Só que, infelizmente, não tem nenhuma enfermeira que possa fazer no posto perto da casa da minha mãe (paciente mora na casa da mãe). Ela tem que ir na UPA para poder fazer isso... todos os dias". – (irmã, p. 247)

[...] No momento eu estou num fogo cruzado e não sei para que lado eu corro. O que está acontecendo? Eu saí com essa informação que a traqueostomia era o SAD que iria fazer as trocas e acompanhar a evolução dele até o momento que a gente tivesse condição de retirar [a traqueostomia]. Acontece que hoje meu tio se mantém melhor com a traqueostomia fechada do que aberta e quando nós tampamos ele mantém uma saturação de 98%, então ele está com um buraco aberto na garganta sem estar precisando mais. Só que o SAD falou que eles não vão mexer na traqueostomia dele [paciente], que não é responsabilidade do serviço e sim do retorno no ambulatório... só que eu também já fui atrás de saber que no ambulatório eles não vão tirar a traqueostomia dele, que lá é apenas retorno da cardiologia. Porque o serviço de emergência me deu muita orientação em relação a isso, me falou que era o SAD, eu estava me sentindo amparada. Agora, o SAD chegou aqui, em cinco profissionais para todos ficarem olhando para cara dele [paciente]... para me falar que a traqueostomia não é responsabilidade do SAD? De quem é a responsabilidade então? [...] Eu não quero receber a visita de cinco a seis profissionais que a prefeitura está desembolsando uma boa grana, para querer passar dersani no meu tio, porque isso ele não precisa, isso eu mesma faço, entendeu? Será que tem algum lugar que eu consiga o número da lei, um regulamento que me dê respaldo... se eles estão se negando a fazer algo que seja responsabilidade deles... não vou jogar a responsabilidade na UPA... eu vou ficar no pé deles, entendeu? Porque eu acho que a gente tem que tomar atitude se não nunca melhora... eu estou sofrendo porque levei um não na cara e sou esclarecida. E os coitados que não são? Que leva o não e aceita. [...] Eu liguei para a enfermeira responsável pelo SAD, expliquei que meu tio estava melhorando, passei todas as condições e falei que na próxima visita era para ela já passar pro médico sobre a evolução dele [paciente] e o que poderiam fazer para ajudar ele diante disso... foi a mesma coisa que eu não tivesse falado nada. [...] Eu falei para a enfermeira: 'Queria saber o que podemos fazer já que ele depende de vocês para tirar a traqueostomia', a resposta dela foi na lata: 'Não, a responsabilidade não é nossa, isso aí você vai levar ele no retorno no ambulatório e vai ver se deve tirar ou não, a gente não vai assumir a responsabilidade'. Aí eu te pergunto, a prefeitura está pagando todos esses profissionais para vir aqui passar dersani? Porque é o que eles querem fazer... é a única coisa que eles querem fazer, mais nada. Ele [paciente] espera tanto por uma visita pra poder receber cuidado e eles [profissionais do SAD] não fazem nada?".- (sobrinha, p. 302)

7.4 Análise holística da transição do cuidado realizada pelo serviço de emergência

Foi realizada a complementação e a integração dos dados quantitativos e qualitativos, tendo sido este processo norteado pelos quatro fatores que contemplam o processo estrutural do instrumento CTM-Brasil (ACOSTA; et al, 2017), bem como das dimensões e variáveis relacionadas à transição do cuidado para a casa e continuidade do cuidado na RAS dispostos na Figura 13.

Conforme citado no decorrer desta pesquisa, ao optar-se pela utilização de métodos mistos incorporados, abre-se a possibilidade da complementação dos dados quantitativos através dos achados da etapa qualitativa. A Figura 13 demonstra que, apesar da transição do cuidado total ter sido avaliada de forma bastante positiva pelos participantes do estudo, ao considerar os fatores do CTM-Brasil individualmente, estes apresentam potencialidades e fragilidades importantes que interferem diretamente na satisfação do paciente com o atendimento recebido, bem como no processo de transição do cuidado dentro da RAS.

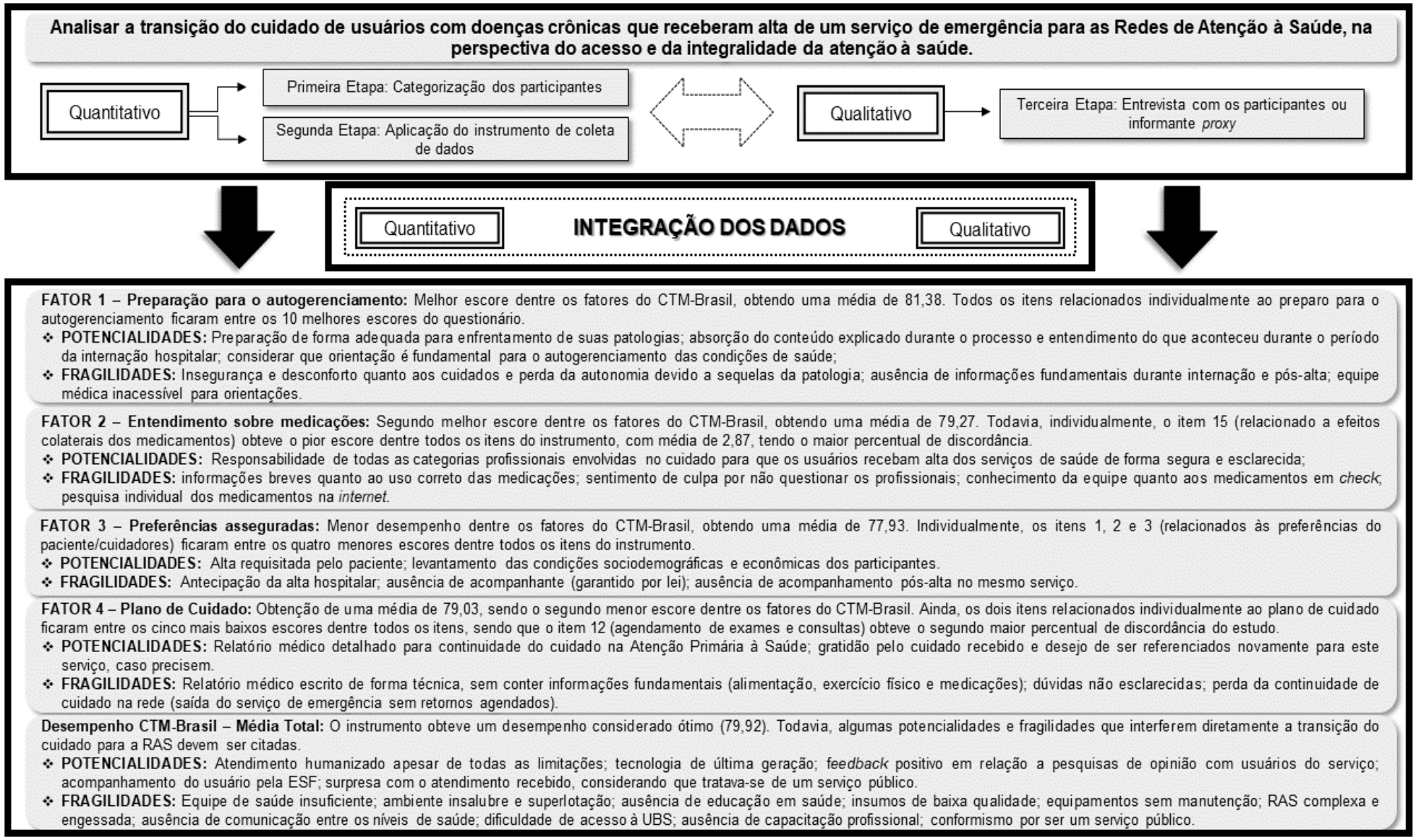


Figura 13 – Resultados da integração dos dados quantitativos e qualitativos da pesquisa, Ribeirão Preto, 2020.

As potencialidades dos componentes da transição do cuidado na RAS, apontadas na Figura 13, demonstram uma importante evolução a caminho de um cuidado integral e humanizado, onde a informação e a educação em saúde são a base para o autogerenciamento das condições de saúde dos usuários da rede. Além disso, mostram que a recuperação total do doente passa por todas as categorias profissionais envolvidas no cuidado, pelo paciente e pelo apoio familiar, afetando toda a sociedade envolta, respeitando individualidades, condições sociodemográficas e clínicas.

Todavia, as fragilidades individuais dos componentes da transição do cuidado na RAS são decorrentes ainda, de uma importante precarização da saúde, conforme apontadas na Figura 14, com a sobrecarga dos profissionais de saúde alocados no serviço de emergência, RH insuficientes e sem capacitação adequada, ambientes improvisados e insalubres, equipamentos essenciais sem manutenção preventiva e consequente quebra, insumos de baixa qualidade ou mesmo insuficientes e superlotação devido à ausência de educação em saúde da população. Além disso, a RAS possui um fluxo complexo de locomoção entre os pontos de atenção, sendo na maioria das vezes engessada e dificultada por protocolos, dificultando o acesso e consequente retorno dos usuários que saem dos serviços de emergência para a APS.

E, por fim, os resultados sugerem que a maioria dos participantes demonstram um certo negativismo e ausência de expectativas, considerando que o atendimento recebido por eles foi decorrente de um serviço público de saúde, sendo, na maioria das vezes, surpreendidos de forma positiva, demonstrando gratidão e desejo de ser referenciados novamente para este serviço, caso precisem. Desta forma, ao considerar o preconceito pré-existente em torno do SUS, a avaliação da transição do cuidado no serviço de emergência se torna positiva diante do conformismo dos usuários com as fragilidades supracitadas.

Discussão

8. DISCUSSÃO

Considerando os objetivos elencados, o presente estudo possibilitou identificar que a maioria dos participantes que utilizaram o serviço de emergência eram homens, casados, de baixa escolaridade (ensino fundamental incompleto), moradores da zona norte do município e com idade média de 62,7 anos, resultados estes que corroboram com outros estudos (ANVERSA; et al, 2020; BERENGUER-GARCÍA; et al, 2018; RICCI; ARAÚJO; SIMONETTI, 2016).

A utilização intensa dos serviços de emergências é determinada pela necessidade percebida pelo usuário e resulta principalmente da situação de saúde e do conhecimento prévio de sua DCNT. No contexto brasileiro, a doença é a responsável diretamente pelo consumo destes serviços de saúde, muitas vezes de forma inadequada (MALTA; et al, 2017).

Estudos demonstram que as mulheres possuem maior percepção quanto aos sintomas e sinais das doenças e, consequentemente, maior procura dos serviços na APS, praticando a promoção e prevenção de doenças (MALTA; et al, 2017; SIMIELI; PADILHA; DE FREITAS TAVARES, 2019). Quando se trata da vulnerabilidade e altas taxas de morbimortalidade, percebe-se que os homens, por questões culturais e outros fatores sociais e profissionais, não buscam atendimento na APS e adentram ao sistema de saúde por meio de serviços de emergência, no geral, em um estado mais avançado das doenças ou de seus agravos. Caso houvesse uma maior procura da APS por estes usuários, diversos agravos e internações em serviços de emergência poderiam ser evitados (MELLO; et al, 2017; ARRUDA; MAIA; ALVES, 2018).

Ainda correlacionado ao sexo dos usuários, estudos demonstram que os homens são mais vulneráveis às doenças, em especial aquelas graves e crônicas, ocupando mais leitos de terapia intensiva e vindo a óbito mais rapidamente do que as mulheres (BIDINOTTO; SIMONETTI; BOCCHI, 2016; SIMÃO; et al, 2019).

Os participantes do estudo foram predominantemente idosos. Para eles, as idas ao serviço de emergência se sucedem, frequentemente, por eventos traumáticos, declínio do estado de saúde, sendo associados com risco elevado de sequelas, como novas reinternações em serviços de emergência, hospitalização, institucionalização e, principalmente, de declínio funcional (SALVI; et al, 2017).

Dessa forma, a saúde do idoso deve ser considerada como especialidade, pelo fato de que possuem especificidades diferentes das demais faixas etárias populacionais, uma vez que possuem múltiplas e crônicas doenças, com polifarmácia e necessidade de acompanhamento contínuo, o que acarreta em uma importante reformulação nas práticas assistenciais a serem realizadas, de forma integrada, mais eficiente e prática, levando a melhores resultados durante tratamento (BIF, 2011).

Em relação à escolaridade dos participantes, um estudo que coletou diversas informações sobre múltiplos aspectos de saúde da população através da PNS demonstra que doentes crônicos com baixa escolaridade possuem maior incidência de internação e de não realização de atividades por motivo de saúde, bem como maior procura por consultas médicas (MALTA; et al, 2017), o que corrobora os resultados obtidos nesta pesquisa, bem como outros estudos realizados que indicam maior prevalência de DCNT em populações menos escolarizadas (ACOSTA; et al, 2020; ARRUDA; MAIA; ALVES, 2018; CANOVA; et al, 2012).

Estudo recente realizado em Pernambuco com 623 participantes demonstrou que há maior prevalência de DCNT entre usuários do serviço de saúde do sexo masculino que residem em bairros de baixa renda, e conclui que se faz necessário considerar toda a realidade complexa envolta das favelas, marcadas pela desigualdade social, condições precárias de saneamento, habitações insalubres, bem como a falta de serviços de saúde suficientes para atendimento a toda população (MELO; et al, 2019).

O atendimento de usuários do SUS em serviços de emergência, na maioria das vezes, relaciona-se com seu estilo de vida, sendo visto como uma forma de solução imediata para queixas, muitas vezes crônicas. Diante disso, para melhorar a saúde, e consequente diminuição da mortalidade nesta população considerada vulnerável, é necessário que os gestores planejem intervenções que abordem estes importantes determinantes sociais em saúde (BARRETO, 2017).

Ao se considerar as características clínicas dos participantes deste estudo, houve predominância, como diagnósticos principal e secundário, de doenças do grupo DCV, em que o diagnóstico com maior prevalência dentre os participantes foi o CID I10 (Hipertensão Essencial – Primária) com 34,1%, sendo que a HAS também foi a principal comorbidade associada entre a maioria. Este resultado corrobora estudos prévios que apontam a crise hipertensiva como um dos principais motivos pela busca

aos serviços de emergência (CUNHA; NASCIMENTO; SÁ, 2014; ACOSTA & LIMA, 2015; LIMA; NICHIATA; BONFIM, 2019).

A principal complicação apresentada pelos participantes foi o AVC, sendo que 18,4% o haviam sofrido previamente. Uma pesquisa voltada para a análise do perfil de pacientes com AVC no município de Criciúma apontou que um dos principais fatores de risco para que um novo AVC ocorra é justamente a HAS (78,4%), bem como um AVC prévio (28,8%) (BARELLA; et al, 2019).

Segundo Gordon e colaboradores, os fatores relacionados com a ocorrência do AVC são diversos, dentre os quais se destacam: a idade elevada; história de doença vascular prévia; doenças do coração, principalmente fibrilação atrial; HAS; DM; sedentarismo; dislipidemias; obesidade e ingestão de bebidas alcoólicas (GORDON; et al, 2004), corroborando as principais comorbidades associadas aos participantes do presente estudo.

Observou-se que a maioria dos participantes utilizava mais de um medicamento para tratamento de suas doenças, sendo os anti-hipertensivos os medicamentos mais utilizados. O baixo nível de controle da HAS, bem como sua agudização é, na maioria das vezes, reflexo de uma adesão inadequada ao tratamento anti-hipertensivo. Este resultado corrobora uma pesquisa realizada em um serviço de emergência onde 75% dos participantes com mais de 60 anos utilizavam anti-hipertensivos, dos quais a maioria utilizava mais de um medicamento para tratamento de suas doenças (LAGE; et al, 2014).

Um estudo realizado na região Nordeste evidenciou que a quantidade de vezes em que o paciente foi admitido no serviço de emergência nos últimos dois anos estava relacionada à terapia medicamentosa. Aqueles pacientes que não procuraram o serviço de emergência, ou o fizeram apenas uma vez, foram os que melhor aderiram ao uso de anti-hipertensivos quando comparados àqueles que tiveram maior frequência de admissões no serviço de emergência (ALBUQUERQUE; et al, 2018).

O tempo de permanência dos participantes no serviço de emergência teve uma mediana de 4 dias. Estudos prévios que tratam do tema, como a investigação realizada em Nova Jersey por *Rossman; et al*, 2016, encontrou uma mediana de permanência de 2,7 dias. Ainda, Acosta; *et al,* 2020, com metodologia semelhante à do presente estudo, realizado em Porto Alegre, encontrou uma mediana de 2 dias no tempo de permanência no serviço de emergência.

Ainda, uma pesquisa realizada por Coelho e colaboradores (2010) no município de Ribeirão Preto apontou que somente 27,4% dos pacientes permaneceram por mais de 24 horas no serviço de emergência, enquanto que na investigação de Cruz e colaboradores (2016), realizada no município de Salvador, 71,3% dos usuários investigados permaneceram por mais de 24 horas em observação no serviço.

Quanto à frequência de procura pelo serviço de emergência, identificou-se que 67% dos usuários possuíam pelo menos uma visita prévia (considerando o ano anterior) no respectivo serviço. Usuários frequentes, ou hiperfrequentadores como são chamados pela literatura, dos serviços de emergência demandam um aumento considerável no número de atendimentos, causando transtorno para os profissionais de saúde e gestores, pois acarretam em lotação e os cuidados demandados acabam se tornando inadequados e fragmentados (OLIVEIRA, 2008; VAN TIEL; et al. 2015).

A procura constante pelos serviços de emergência demanda recursos fundamentais, tais como profissionais de saúde e equipamentos médicos, desviando a prioridade de atendimento aos pacientes mais graves e aumentando a carga de trabalho da equipe. Além disso, a alta prevalência destas visitas afeta negativamente a qualidade do trabalho dos profissionais, diminuindo a satisfação do paciente, pois aumenta o tempo de espera para atendimento e o atraso em diagnósticos e, consequentemente, tratamentos inadequados (DURAND; et al, 2012; ROCOVICH & PATEL, 2012).

No que se refere aos usuários que buscaram o serviço de emergência em até dois meses após a alta, com consequente reinternação hospitalar, foi encontrado um percentual de 27,8%, sendo considerado esse índice alto quando comparado à realidade de outros países, como demonstram estudos realizados na China (CAO; et al, 2015), com percentual de 3,5%, e 17% em estudo realizado nos EUA (ANATCHKOVA; et al, 2014). Todavia, pode-se considerar um percentual baixo ao compará-lo com estudos realizados no Brasil, por Acosta, 2016 e no Canadá por *Bartels* e colaboradores (2018), onde ambos encontraram um percentual de 33% de reinternação hospitalar.

Com relação ao acompanhamento na APS, observou-se que 304 (83,5%) participantes fazem acompanhamento de suas DCNT em UBS, com uma mediana de 2 consultas no último ano. Um estudo que visou analisar os atributos da APS, através da comparação entre os ciclos do Programa Nacional para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) – 2011/2012 e 2013/2014, mostrou que 20

a 25% de usuários considerados grupos prioritários de cuidado continuado não passaram por atendimento na UBS nos seis meses anteriores à coleta de dados do PMAQ-AB, sendo necessário um olhar mais atento a estes usuários, com o intuito de aumentar a procura por consultas na APS de forma preventiva, realizando o acompanhamento da DCNT de forma que as necessidades de saúde sejam melhor compreendidas (LIMA; et al, 2018; BARRETO; et al, 2018).

Um estudo com enfoque em internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) no Brasil, constatou que em 11 lugares onde a ESF foi presente os índices de hospitalização em serviços de emergência por DCNT eram 13% abaixo daquelas onde a ESF tinha baixa participação (MELLO; et al, 2017). Outro estudo aponta a presença de um perfil de pacientes em um serviço de emergência que poderiam ser atendidos por UBS, ressaltando as fragilidades do acesso e do cuidado continuado na APS, de forma a demonstrar a importância do trabalho da atenção básica, proporcionando um melhor desempenho do SUS e a diminuição de internações consideravelmente evitáveis (LIMA; NICHIATA; BONFIM, 2019).

Excessos de hospitalizações representam um sinal de alerta importante para as RAS, pois demonstram que altas taxas de internações por CSAP estão associadas a déficits na cobertura dos serviços e/ou à baixa resolutividade da APS para determinados problemas de saúde, tornando-se um indicador valioso para monitoramento e a avaliação da APS (ALFRADIQUE; et al, 2009).

Os resultados deste estudo possibilitaram avaliar a qualidade da transição do cuidado na alta do serviço de emergência para o domicílio de pacientes com DCNT. A média de escore do CTM-Brasil neste estudo foi (79,92 ± 11,81) considerada alta, o que indica uma qualidade positiva na percepção dos pacientes quanto à transição do cuidado, o que corrobora outros estudos que utilizaram o CTM-15 ou CTM-3 (versão simplificada do instrumento) (TOLES; et al, 2017; HWANG; CHUNG; KIM, 2019; WEBER; LIMA; ACOSTA, 2019; YUSOF & TAN, 2020).

Como já citado no decorrer desta pesquisa, e também evidenciado na literatura, uma transição do cuidado ineficaz acarreta em uso desnecessário de serviços de saúde, aumento de custos, superlotação de serviços de emergências e consequentes readmissões hospitalares (TOLES; et al, 2020; KRIPALANI; et al, 2019). Além disso, estudos apontam que escores mais elevados do CTM-15 estão associados com baixas taxas de readmissão em serviços de emergência (YUSOF & TAN, 2020; SABBATINI; et al, 2019).

Neste estudo foram identificadas apenas associações entre os escores do CTM-Brasil com os fatores sociodemográficos e clínicos dos participantes, não apresentando resultados significativos com o número de readmissões e se houve qualquer readmissão no serviço de emergência em 60 dias pós-alta, corroborando resultados de Mixon, *et al*, 2016, que realizou uma investigação sobre o impacto das condições sociodemográficas e clínicas no pós-alta de pacientes com doenças cardiovasculares, em Nashville.

Dessa forma, pressupõe-se que não houve significância estatística entre os escores do CTM-Brasil com as readmissões no serviço de emergência, devido ao fato de que a maioria dos participantes do estudo podem estar em estágio avançado de sua patologia, de forma que sua saúde se encontra extremamente debilitada, bem como ser portador de múltiplas comorbidades, o que acarreta em necessidade de cuidado complexas. Nestes casos, as readmissões no serviço de emergência acabam sendo inevitáveis (ARBAJE; et al, 2014).

Não houve diferença significativa nos escores totais e por fator do CTM-Brasil quando considerado quem respondeu o instrumento (paciente ou cuidador), mesmo sendo descrito na literatura que pacientes e seus cuidadores podem vir a experimentar o processo de transição do cuidado de forma diferente e possuírem opiniões divergentes sobre a qualidade do cuidado prestado no serviço de saúde. Todavia, é necessário e importante considerar a perspectiva dos cuidadores que irão auxiliar o paciente no cuidado pós-alta, tanto como atores essenciais na recuperação do paciente quanto como indivíduos com suas próprias necessidades físicas e psicológicas, pois o ato de cuidar trata-se de um esforço caro, demorado e particularmente desgastante para quem o faz (TOMLINSON; et al, 2020).

Ao considerar as características sociodemográficas e clínicas dos participantes, associadas à qualidade da transição do cuidado, os resultados demostraram que os participantes do sexo masculino obtiveram maiores médias de escores da transição do cuidado que as mulheres, bem como associação estatística positiva com entendimento sobre medicações (fator 2), resultado que diverge de estudo com metodologia semelhante realizado na Malásia, onde as participantes do sexo feminino obtiveram as maiores médias de transição do cuidado (YUSOF & TAN, 2020).

Os participantes com maior escolaridade também obtiveram médias maiores de transição, obtendo associação positiva com preferências asseguradas (fator 3), o

que diverge de estudo realizado por *Deutsch* e colaboradores (2019) com pacientes internados em uma clínica de reabilitação neurológica em Chicago, dois meses após alta do serviço de emergência, o qual apontou que participantes com ensino superior foram associados às respostas menos favoráveis para a qualidade da transição do cuidado (DEUTSCH; et al, 2019).

A alfabetização em saúde desempenha um papel importante no cuidado transicional, pois pacientes com menor nível de escolaridade necessitaram de mais assistência durante a transição do cuidado em comparação com aqueles com um maior nível de escolaridade, interferindo diretamente na qualidade da assistência vivida pelo paciente (BOYLE; et al, 2017; RAYAN-GHARRA; et al, 2018).

Considerando a região de moradia dos entrevistados, aqueles que residiam nos bairros nobres (região sul) obtiveram os menores escores de transição para os fatores 2 (entendimento sobre medicações) e 4 (plano de cuidado), obtendo associação negativa apenas com o fator 4. Este resultado é consistente com relatos de que pacientes de grupos de renda mais alta percebem menor qualidade na transição de cuidados, ao comparar com grupos de renda baixa. Considera-se que aqueles participantes com maior nível socioeconômico esperam melhor qualidade dos serviços de saúde e, principalmente, da continuidade do cuidado na RAS (PICKARD & INGERSOLL, 2016; YUSOF & TAN, 2020).

Ainda, os participantes que não frequentavam a UBS obtiveram médias do CTM-Brasil maiores para os fatores 3 (preferências asseguradas) e 4 (plano de cuidado), bem como para o escore total da transição do cuidado, estando mais satisfeitos com o processo sendo, porém, essa diferença significativamente positiva apenas para o fator 4. Este resultado converge com um estudo que constatou que o uso de serviços de APS antes do início dos sintomas de AVC foi associado à baixa qualidade percebida em relação ao plano de cuidado durante o processo de transição do cuidado, (LINDBLOM; et al, 2020a). Desta forma, verifica-se que aqueles usuários que frequentam assiduamente a APS tendem a ser mais críticos em relação ao planejamento de alta e a continuidade do cuidado.

No que tange à associação entre os escores do CTM-Brasil com as características clínicas dos participantes, aqueles que possuíam o CID-10 de câncer obtiveram significância estatística negativa para preparação para o autogerenciamento, preferências asseguradas e plano de cuidado (fatores 1, 3 e 4), bem como para escore total, o que corrobora com estudos que demonstraram uma

pior qualidade da transição do cuidado para pessoas que possuem um quadro de doença avançada. Além disso, associam-se a um pior impacto pessoal do cuidado e a escores de sobrecarga mais altos aos cuidadores (CAO; et al, 2015; TVERDAL; et al, 2018; YOSHIMURA; SATO; SUMI, 2018; TOMLINSON; et al, 2020).

Em relação às doenças cardiovasculares, os participantes que possuíam CID-10 relacionado obtiveram associação positiva com plano de cuidado (fator 4). Este resultado corrobora estudo de *Cao* e colaboradores (2017), realizado com pacientes que possuíam doença coronariana e que visavam avaliar a qualidade da transição do cuidado após uma intervenção, na qual o plano de cuidado estabelecido em conjunto por um médico cardiologista, uma enfermeira, o paciente e seu cuidador poderia atender às necessidades individualizadas do paciente e aumentar a adesão ao tratamento. Além disso, a entrega deste plano aos serviços de atenção primária dentro de 48 horas após a alta garantiu a comunicação de forma eficiente, assim como a continuidade do atendimento (CAO; et al, 2017).

Alguns estudos recomendam que é importante a utilização do CTM associando-o a outros indicadores de qualidade da assistência à saúde (BERENGUER-GARCÍA; et al, 2018; ACOSTA; et al, 2017), tendo em vista que há uma certa tendência dos participantes em responder as perguntas do instrumento de forma sempre afirmativa (“concordo” e “concordo muito”) – pela presença de cinco possíveis respostas muito semelhantes entre si, ou então por provável receio de apresentar críticas ao serviço e ser prejudicado em possíveis atendimentos futuros, como também pelo sentimento de gratidão por solucionarem seu problema. Dessa forma, há uma consequente produção de resultados positivos que provavelmente não representem de forma real a qualidade da transição do cuidado realizada pelos serviços de saúde (BERENGUER-GARCÍA; et al, 2018; ANATCHKOVA; et al, 2014; HOLLANDA; et al, 2012).

Portanto, neste estudo, a abordagem qualitativa dos dados complementou a abordagem quantitativa, demonstrando que, mesmo que a média do escore do CTM-Brasil (total e por fatores) tenha sido alta neste estudo, os participantes, em suas falas, fazem duras e importantes críticas relacionadas ao processo de transição do cuidado realizado no serviço de emergência para a RAS, bem como ao atendimento recebido e as condições às quais eles foram expostos durante a internação, o que reforça a necessidade do uso do instrumento ser associado a outros indicadores de qualidade da assistência recebida nos serviços de saúde.

Os pacientes têm uma visão importante sobre possíveis falhas ocorridas durante atendimento nos serviços de saúde e são capazes de identificar diversos eventos adversos que não são registrados por relatórios institucionais ou por revisão de prontuários eletrônicos. Desta forma, a percepção do usuário acerca da atenção em saúde é um importante instrumento para avaliação dos sistemas de saúde (PELTZER, 2009; SABBATINI; et al, 2019).

Avaliando-se os escores individuais do CTM-Brasil deste estudo, bem como os percentuais de concordância e discordância dos itens, conforme resposta dos participantes, constata-se que as principais potencialidades identificadas na transição do cuidado de pacientes com DCNT na alta do serviço de emergência foram: entendimento de como (quantidade e horário) e os motivos pelos quais saiu do serviço tomando medicamentos e como seguir cuidando da saúde após receber alta do serviço de emergência (fatores 2 e 1, respectivamente). As principais fragilidades foram: entendimento sobre uso e efeitos colaterais de medicamentos (fator 2); incorporação das preferências dos pacientes e cuidadores no plano de cuidados para depois da alta (fator 3) e, por fim, encaminhamentos e agendamento para acompanhamento no pós-alta (fator 4). Estes resultados assemelham-se a estudos anteriores utilizando metodologia similar (ACOSTA; et al, 2020; WEBER; LIMA; ACOSTA, 2019; FORD; INGERSOLL-DAYTON; BURGIO, 2016).

Considerando os resultados por fatores do CTM-Brasil, o Fator 1 obteve o maior escore neste estudo. Com relação ao preparo para retornar ao domicílio, bem como para o autogerenciamento, os itens 5 (Quando eu saí do hospital, eu entendi claramente como cuidar da minha saúde) e 4 (Quando eu saí do hospital, eu tive todas as informações de que precisava para que pudesse cuidar de mim mesmo) obtiveram as maiores médias, e o item 11 (Quando eu saí do hospital, eu me senti seguro de que conseguiria fazer as coisas necessárias para cuidar da minha saúde) obteve a média mais baixa. Dessa forma, compreende-se que os pacientes podem até possuir entendimento e compreender as orientações para um autogerenciamento adequado em saúde, todavia não se sentem seguros para realizá-lo após retornarem a suas casas, corroborando estudos prévios que utilizaram metodologia semelhante (ACOSTA; et al, 2020; WEBER; LIMA; ACOSTA, 2019; FORD; INGERSOLL-DAYTON; BURGIO, 2016).

Os participantes enfatizaram claramente em suas falas as inseguranças geradas no período de alta do serviço de emergência para a casa, indicadas pelos

dados quantitativos. Além disso, estas inseguranças ficam visíveis nos participantes cuidadores, pois estes possuíam receio de não corresponderem às expectativas do serviço, em prestarem uma assistência adequada, tendo em vista que os pacientes saíram do hospital totalmente dependentes de cuidado. De forma semelhante, um estudo nos EUA identificou que quase metade dos familiares realizam tarefas médicas ou de enfermagem (por exemplo, tratamento de feridas, injeções, gerenciamento de medicamentos complexos, operação de equipamentos médicos especializados), muitas vezes com assistência insuficiente dos serviços de saúde ou treinamento adequado de profissionais de saúde (COLEMAN, 2016).

Em um serviço de emergência a compreensão das orientações fornecidas pelos profissionais de saúde, e consequente esclarecimento de dúvidas, podem vir a ser prejudicados devido ao pouco tempo disponibilizado para que ocorra um preparo de alta adequado, o que acarreta em acúmulo de informações e consequente sentimento de incertezas e falta de segurança por parte dos pacientes e cuidadores para realizar os cuidados pós-alta (ACOSTA; et al, 2020).

Considera-se que o ambiente dos serviços de emergência acaba por não favorecer a interação entre os profissionais de saúde e o paciente, dificultando o desenvolvimento efetivo da educação em saúde, ação primordial para favorecer o processo saúde-doença e, assim, evitar complicações futuras em relação às suas patologias (CARVALHO; et al, 2018; LUPATINI; et al, 2016).

Nesta direção, torna-se fundamental a discussão sobre a realidade quanto à ambiência dos serviços de emergência. Como já mencionado neste estudo e observado nas duras críticas a esse ponto negativo na fala dos participantes, o serviço de emergência opera em superlotação, como já visto em estudos prévios que evidenciaram que, diariamente ocorrem demandas de atendimentos diferentes, de forma que pacientes com queixas urgentes e não urgentes ocupam o ambiente, dificultando o estabelecimento de prioridades (GEHLEN, 2012; GOMIDE, 2015; CAMPOS; et al, 2020).

A permanência de idosos em serviços de emergência por períodos prolongados os expõem a grandes riscos, exacerbando suas DCNT devido à mobilidade restrita, más acomodações, polifarmácia, infecções hospitalares, além do desconforto provocado por um ambiente agitado, com muitos ruídos e pouco privativo, acarretando em queda de sua qualidade de vida. Diante disso, considera-se que a presença do acompanhante junto ao idoso durante as internações em serviços de emergência é

fundamental e garantida por lei. No entanto, devido à superlotação destes serviços, existe dificuldade em garantir condições adequadas de acomodação, tanto ao idoso quanto aos seus acompanhantes (SANTOS; et al, 2016).

Para os idosos, as quedas são um grande problema, principalmente quando estes estão sem acompanhantes durante a internação. Portanto, é necessário ressaltar, assegurar e incentivar a presença dos familiares ou cuidadores acompanhando a internação, sobretudo para os idosos com maior risco de queda e fragilidade. Considerando que após alta do serviço de emergência os idosos irão retornar às suas casas, torna-se o período de internação fundamental tanto para se fornecer o apoio necessário quanto para a educação em saúde aos familiares, de forma que estes cuidem de seus entes adequadamente e com segurança (SANTOS; et al, 2016).

Um estudo que visava avaliar a percepção dos profissionais alocados em serviços de emergência quanto à influência da ambiência destes serviços no cuidado aos idosos, mostrou que além do risco em relação a quedas, os problemas estruturais vão além e interferem também em cuidados básicos de enfermagem, tais como higiene e integridade da pele. Relata-se que existe uma dificuldade muito grande por parte dos profissionais para desenvolver cuidados básicos, como banho e mudança de decúbito, uma vez que a acomodação destes idosos em macas inviabiliza uma prestação adequada da assistência, além de dificultar a formação de vínculo e a educação em saúde (NASCIMENTO; et al, 2015).

Ressalta-se também que para muitos dos participantes não houve qualquer preparo para gerenciamento de suas condições de saúde pós-alta, de forma que os mesmos continuam gerindo suas condições crônicas da mesma forma que as geriam antes da internação, indo em direção a uma grave falha de comunicação entre equipe de saúde e paciente, com ausência de quaisquer esclarecimentos em relação ao motivo de internação, tratamento, educação em saúde e consequente prognóstico de saúde. Diante disso, uma revisão de literatura mostra que 94,11% dos estudos selecionados descrevem carências na comunicação da equipe com os pacientes e seus acompanhantes (SANTOS; et al, 2020).

É fundamental que os profissionais de saúde forneçam aos pacientes e seus acompanhantes orientações quanto à doença, ao tratamento e recuperação e, principalmente, quanto ao prognóstico da doença (LOPES, et al, 2014). Todavia, na maioria das vezes, o diálogo entre a equipe de saúde, especialmente a equipe médica,

e os pacientes/acompanhantes é dificultada devido ao uso de termos técnicos e linguagem científica, desconhecidos pela maioria da população, de forma que o receptor não decodifica a mensagem transmitida e, portanto, a comunicação se torna ineficaz (BEUTER; et al, 2009; SOUZA; et al, 2014), o que corrobora os resultados encontrados neste estudo.

Uma comunicação eficaz e objetiva entre o profissional de saúde e o paciente e seus familiares, com expressões e terminologias que o usuário tenha condições de compreender de forma clara, sem gerar dúvidas, melhora de forma considerável o sentimento de acolhimento dentro de um serviço de saúde, elevando a uma sensação de humanização do cuidado (LUIZ; CAREGNATO; COSTA, 2017).

Além da comunicação eficaz, a ambiência adequada possibilita um cuidado continuado, acompanhando-se a adaptação do paciente, bem como a sua interação com a família, fatores fundamentais para a retomada das atividades diárias após alta do serviço. Para isso, a equipe de saúde precisa avaliar condições físicas e psicossociais dos pacientes, promovendo uma assistência adequada e dentro da sua realidade de vida, para que seja possível adaptar-se uma rotina de forma a conviver com a doença, promovendo, da melhor forma possível, o autogerenciamento de saúde. Todavia, caso não seja possível o autogerenciamento de saúde, essa avaliação fornece subsídios para promover a reabilitação, buscando integrar a família dentro do contexto do plano de cuidado (COLEMAN & ROMAN, 2015; OTTENBACHER; et al, 2014).

Estudos prévios demonstram que a alta planejada e os cuidados para que esta ocorra, iniciados já no momento da admissão no serviço, estabelecem objetivos claros para um tratamento, seja ele a curto ou longo prazo; fortalece a adesão ao tratamento proposto; reduz a ocorrência de complicações, bem como estreita a comunicação entre a instituição, fornecendo um cuidado aos pacientes de forma resolutiva e humanizada. Além disso, este planejamento da alta, iniciado no momento da admissão, estimula o vínculo e participação de pacientes e familiares nas escolhas de cuidado (WEBER; et al, 2017; COLEMAN & ROMAN, 2015; HESSELINK; et al, 2012)

Neste contexto, o Fator 3, que trata da garantia que os usuários possuem em tomar decisões relacionadas sobre seu tratamento, obteve o menor escore neste estudo. Os itens 3, 1 e 2, relacionados à opinião dos participantes quanto ao fato da equipe de saúde do serviço de emergência considerar suas preferências e de seus familiares na tomada de a respeito das futuras necessidades de saúde e onde estas

seriam atendidas, ficaram entre as quatro mais baixas médias do estudo (3,15, 3,15 e 3,06 respectivamente), resultado semelhante ao encontrado no estudo de Acosta e colaboradores (2020).

Diversos autores apontam que o processo de alta deve ser individualizado, incluindo participação ativa do indivíduo e sua família, focando em sua realidade, de forma que as informações fornecidas pelos pacientes e acompanhantes deve constituir-se como parte central na concepção de metas, objetivos e prestação de cuidados, além de ser iniciado na admissão do paciente e desenvolvido durante toda a internação (SILVA; RIBEIRO; AZEVEDO, 2018; FAGUNDES & SCANDOL, 2018).

Ao considerar as falas dos participantes, apesar de alguns considerarem que lhes foi dado total direito de participação na tomada de decisões, até mesmo na interrupção do tratamento, para a maioria suas preferências em relação ao tratamento não foram consideradas, nem sequer questionadas. Para alguns inclusive, a alta hospitalar foi antecipada, ocorrendo no meio do tratamento, sem concordância dos mesmos devido à superlotação do serviço de emergência. Este resultado converge com estudo realizado na Suécia por *Lindblom* e colaboradores (2020), onde os pacientes com AVC e seus cuidadores não se sentiram envolvidos durante o processo de transição. A falta de diálogo e envolvimento abrangeu desde informações sobre a saúde do paciente, e o que havia sido feito no hospital, até informações e preparação para o autocuidado após a alta, sendo as perspectivas dos pacientes cruciais, porém, frequentemente negligenciadas (LIDBLOM; et al, 2020b).

Metas de cuidado demonstram-se importantes durante o processo de alta com a participação ativa do paciente, uma vez que fornecem uma visão holística dos pontos fortes e desafios do paciente e cuidadores, bem como da percepção da qualidade de vida.

Usualmente, estas metas são predefinidas pelos profissionais de saúde envolvidos no cuidado hospitalar. No entanto, essa predefinição desencoraja o paciente e/ou cuidador a traçar independentemente seus próprios objetivos de saúde (COLEMAN; SUNG-JOON, 2016). Diversos estudos apontam que programas de transição que orientam os pacientes e cuidadores no estabelecimento de metas podem motivá-los a participar mais ativamente do autocuidado de suas DCNT (TAKAHASHI; et al, 2016; MCCOY; et al, 2018; TAKAHASHI; et al, 2019; JUNGE-MAUGHAN; MOORE; LIPSITZ, 2020).

Além disso, os resultados mostraram que, por provável desconhecimento do fluxograma da RAS, os participantes consideram que não foi respeitado o desejo de continuar o tratamento no complexo de saúde no qual o serviço de emergência está inserido.

Há uma dificuldade muito grande em implementar um cuidado centrado nas necessidades do paciente, bem como em suas metas de cuidado, ao considerar a realidade brasileira de saúde, pois o usuário do SUS não tem autonomia para escolher o melhor local, em sua concepção, para receber atendimento (BRONDANI; et al, 2016). Sendo assim, para que os fluxos assistenciais sejam efetivos e resolutivos na RAS, é essencial que seja respeitada a territorialização, regionalização, permitindo o acesso do usuário às suas reais necessidades, de forma a definir as ações que devem ser realizadas nos diferentes pontos de atenção, com vários níveis de densidade tecnológica (MENDES, 2011).

Desta forma, o item 12 (Quando eu saí do hospital, eu recebi uma lista por escrito, legível e de fácil compreensão, das consultas ou exames que eu precisava realizar dentro das próximas semanas) obteve o segundo maior percentual de respostas “Discordo” (18,7%) do estudo. Como este item refere-se à continuidade da transição do cuidado, com a garantia de agendamento de consultas e exames, fundamentais para um controle adequado das DCNT, supõe-se que os pacientes saem do serviço de emergência sem serem encaminhados para acompanhamento pós-alta.

De acordo com a fala dos participantes, a maioria, após receber alta do serviço de emergência, foi referenciada para o ambulatório de especialidades do complexo de saúde no qual o serviço de emergência em questão está inserido e não para a unidade de referência na APS, mesmo resultado encontrado em estudo utilizando metodologia semelhante em Porto Alegre (ACOSTA, 2015). A maioria dos modelos que visam tornar a transição do cuidado efetiva entre os diversos serviços de saúde, bem como pontos de atenção, incluem agendamento prévio de consultas de acompanhamento, exames, e articulação com a RAS (COLEMAN & SUNG-JOON, 2016). Os serviços de emergência têm um papel fundamental na ligação e articulação da RAS, sendo a alta hospitalar um momento privilegiado para se produzir a continuidade do cuidado no domicílio, bem como nas RAS (MALTA & MERHY, 2010).

Existe uma importante dificuldade enfrentada pelos profissionais de saúde durante a transição do cuidado nos serviços de emergência, no que diz respeito à

transferência pós-alta, envolvendo um conjunto de ações destinadas a promover uma passagem segura e oportuna destes usuários entre os diferentes setores e serviços de saúde da RAS. Neste estudo, os participantes possuem múltiplas doenças crônicas com diferentes tratamentos e, portanto, acabam frequentando inúmeros serviços de saúde. Porém, a transferência de informações entre os serviços raramente ocorre, contribuindo para o retorno dos usuários aos serviços de emergência, com consequentes rehospitalizações (ANDRADE; et al, 2018; SANTOS; et al, 2016).

Os usuários referiram dificuldade de acesso à RAS e seu referenciamento para a APS. Muitos dos entrevistados comentam a respeito das dificuldades para seguimento de suas condições crônicas na rede, tais como dificuldade de agendamento de consultas, falta de profissionais especializados, déficit de insumos e medicamentos que são garantidos por lei, bem como o apoio da rede de saúde municipal no tratamento adequado, de forma que acabam por abandonar a continuidade do tratamento ou fazê-lo de forma inadequada, resultado que se assemelha com o estudo de *Tverdal* e colaboradores (2018), o qual apenas 41% dos participantes estudados receberam alta diretamente para uma unidade de reabilitação. Fato é que o acesso aos cuidados na APS afeta diretamente a utilização do serviço de emergência hospitalar (VERAS; et al., 2014).

A literatura demonstra que há uma dificuldade de acesso, sendo que, na maioria das vezes, os doentes procuram os serviços de emergência porque não têm acesso às UBS ou aos médicos de família, decorrente de uma inadequada organização da gestão de serviços de saúde, o que afeta o tempo de atendimento aos pacientes, gerando dificuldades para obter leitos de internação, prolongamento do tempo de internação e, por fim, dificultando os profissionais de saúde a exercer suas funções de forma eficiente. (OLIVEIRA, 2008; SILVA; et al, 2020)

Inúmeros motivos pela busca constante dos serviços de emergência podem ser citados, tais como: a baixa resolutividade das UBS; limitada disponibilidade de especialistas, exames e medicamentos; dificuldade de acesso devido à marcação de consultas e agenda limitada; filas longas de espera para consultas e horários restritos de atendimento, bem como a percepção dos usuários de atendimento de forma rápida e fácil no serviço de emergência, o que acaba estremecendo a relação da população para com a UBS. Observa-se ainda que, após conseguir atendimento, nem sempre o usuário retorna à UBS para realizar continuidade dos cuidados, exceto quando o mesmo está inserido em algum programa de continuidade específico, o que acarreta

em falha da rede e descontinuidade do cuidado (GARCIA & REIS, 2014; SANTOS; et al, 2016; GOMIDE; et al, 2018; VIDAL; et al, 2019).

A capacidade da APS é medida de forma a intervir, precocemente, na prevenção dos problemas de saúde, atuando no diagnóstico e tratamento de episódios agudos de doenças, no controle e seguimento das doenças de evolução crônica, na gestão da doença, na redução das readmissões e no tempo de permanência hospitalar, resolvendo 85% dos problemas de saúde da população e evitando a superlotação dos serviços de emergência, sendo a base para o cuidado, visar a resolutividade, coordenar o cuidado e ordenar a rede (ALFREDIQUE; et al, 2009; DOURADO; et al, 2011).

Os resultados deste estudo demonstram a ausência de serviços essenciais nas UBS, equipe de saúde indisponível, assim como equipamentos necessários para o controle das comorbidades (ex.: glicosimetro). Para Rocha e colaboradores (2019), há uma grande necessidade de investimentos na APS, considerando a estrutura física, equipamentos indispensáveis para a realização das atividades, formação e capacitação da equipe multidisciplinar, aumento da oferta de serviços e o fortalecimento do processo de trabalho, para que se haja um possível aumento da eficiência no cuidado ofertado às DCNT, evitando-se assim sua agudização (ROCHA; SILVA; VISSOCI, et al, 2019).

Para Veras e colaboradores (2012), os modelos ideais de atenção à saúde de idosos com DCNT precisam incluir os recursos de assistência domiciliar, ambulatórios especializados, centros-dia e hospitais de procedimentos, tudo de acordo com as necessidades estabelecidas e identificadas para este grupo específico de usuários com vulnerabilidades.

Todavia, as falas dos participantes ouvidos divergem do considerado ideal por Veras e colaboradores. Duras queixas foram feitas em relação ao SAD e à maneira com a qual seus profissionais conduzem a evolução de assistência de seus pacientes, não potencializando resolutividade e/ou prognóstico dos mesmos, além da forma como se dá a assistência direta e apoio aos familiares envolvidos no cuidado ao doente. As críticas são em relação à ausência de serviços especializados em procedimentos simples, porém necessários para a garantia da qualidade de vida dos pacientes, como a troca de uma traqueostomia. Estes resultados são condizentes com o estudo de Silva e colaboradores (2019), sobre o fato de que a atenção domiciliar é

uma poderosa ferramenta de gestão de qualidade em saúde. Entretanto, há a necessidade de maiores investimentos para fortalecimento das ações deste serviço.

O enfoque da atenção domiciliar é propor um cuidado individualizado, integral, focado na realidade do paciente, sendo capaz de favorecer a recuperação de sua condição de saúde, visando uma perspectiva de melhora, prolongamento da vida com qualidade, entendimento do seu estado clínico, compreensão das perspectivas futuras e a autonomia do cuidado (BRASIL, 2013b; SILVA, et al, 2017). Porém, um estudo realizado em Macapá, o qual buscou avaliar os desafios diante das demandas de saúde dos pacientes atendidos pelo SAD, encontrou um fluxo de referência e contrarreferência desorganizado, com fragilidades na comunicação entre o SAD e os demais pontos da RAS, falta de insumos, materiais e equipamentos básicos para o cuidado, levando a improvisos, com alto fluxo de pacientes internados no domicílio, de forma que as equipes multidisciplinares alocadas no serviço sentem dificuldades para exercer seu trabalho de forma adequada (CASTRO; TEIXEIRA, 2019), corroborando os resultados obtidos no presente estudo.

A fragmentação do cuidado causada por diversas falhas na continuidade é apontada por diversos trabalhos, nacionais e internacionais, como a maior responsável pela resposta insuficiente das demandas do usuário, o que acarreta na perda de capacidade funcional dos pacientes com DCNT, em sua maioria idosos, levando a uma consequente exacerbação dos gastos com o sistema de saúde (RIBEIRO, CAVALCANTI; 2020; SNOW; GALAVIZ; TURBOW, 2020; VERAS, et al; 2014).

Neste estudo, o item 14 (Quando eu saí do hospital, eu entendi claramente como tomar cada um dos meus medicamentos, inclusive a quantidade e os horários) obteve a maior média (3,39) e o item 15 (Quando eu saí do hospital, eu entendi claramente os possíveis efeitos colaterais de cada um dos meus medicamentos) a média mais baixa (2,87) dentre todos os itens do instrumento. Ambos os itens pertencem ao Fator 2 (entendimento sobre medicações). Desta forma, presume-se que há o diálogo da equipe de saúde do serviço de emergência a respeito das orientações gerais sobre os medicamentos que serão utilizados, porém estes profissionais não estendem as orientações aos efeitos colaterais destes medicamentos, ou, ainda, os pacientes não absorvem demasiada informação. Entretanto, ao analisar as falas dos participantes em relação aos medicamentos em uso, confirma-se que há uma importante falha de comunicação da equipe de saúde

quanto à ausência de explicações de possíveis efeitos colaterais durante orientações fornecidas no período pré-alta hospitalar.

Define-se como “conhecimento sobre medicação” as informações obtidas pelos pacientes ou seus acompanhantes quanto ao uso correto, o que inclui: nome, a dosagem, o horário, o tempo de uso, o modo de conservação, o objetivo terapêutico, além de possíveis interações medicamentosas e reações adversas (DRESCH; AMADOR; HEINECK, 2016). Assim, um conhecimento insuficiente e a ausência de informação do paciente sobre a medicação prescrita podem resultar em grandes dificuldades para a condução correta da terapêutica medicamentosa, acarretando em ineficácia do tratamento ou até mesmo complicações severas em relação à patologia de base deste paciente (PEREIRA, et al, 2016).

Ainda, os resultados corroboram com estudo de Carvalho; et al, 2018, que sugere que orientações condizentes à possibilidade de o medicamento causar algum efeito colateral são dadas de forma menos frequente no momento da alta. Além disso, neste mesmo estudo, verificou-se que mais de 48% dos participantes julgavam necessário receber mais informações sobre a prescrição medicamentosa no momento da alta do serviço de emergência (CARVALHO; et al, 2018).

Evidenciou-se pelo presente estudo que é necessário um planejamento da terapêutica medicamentosa de forma eficaz para que haja compreensão dos usuários quanto ao uso correto dos medicamentos pós-alta. Nesta perspectiva, diversos estudos apontam que problemas na adesão à terapia medicamentosa, causados pelos diversos motivos aqui já supracitados, são uma das principais causas para que ocorra o descontrole e agravamento das DCNT, o que aponta a necessidade do enfoque aos problemas com o uso de medicamentos na prevenção do uso de serviços de emergência quanto às rehospitalizações (FREITAS; et al, 2018; SANTOS; et al, 2014; SANTOS; et al, 2012).

As informações relatadas pelos participantes durante as entrevistas complementaram o instrumento CTM-Brasil, possibilitando, por meio da percepção destes usuários, analisar a qualidade da assistência prestada no serviço de emergência. A maioria dos participantes elogiaram o atendimento, considerando-o humanizado, resolutivo e além das expectativas criadas por se tratar de um serviço público, porém com limitações relacionadas à organização das RAS, fluxo de atendimento, superlotação, bem como problemas estruturais na unidade e ao trabalho multiprofissional, considerado importante o déficit de funcionários e a alta quantidade

de pacientes a serem atendidos. Estes resultados corroboram com estudo de Sousa e colaboradores (2019) que consideram a qualidade da experiência vivenciada, bem como a satisfação com o atendimento prestado pelo serviço de emergência, como bons indicadores de humanização e sua a necessidade de serem aplicados, a fim de possibilitar melhores ofertas de cuidados aos usuários (SOUSA; et al, 2019).

Tendo em vista que o SUS recomenda fortemente a inserção de práticas de humanização dentro de serviços de emergência e orienta que a PNH deve estar inserida em todas as práticas, políticas e programas do sistema, para que, de fato, a humanização seja posta em prática nestes serviços, é necessário que os profissionais atuantes na unidade possuam conhecimento teórico-prático para prestar atendimento rápido e seguro, além de um efetivo apoio emocional ao paciente e acompanhante, aliado ao aproveitamento racional dos recursos tecnológicos existentes no serviço de emergência (SILVA; et al, 2016; SILVA, et al, 2017).

Os resultados também convergem com estudos realizados no Brasil e na África do Sul, com profissionais de enfermagem alocados em serviços de emergência, os quais evidenciam que a estrutura física, materiais e equipamentos influenciam diretamente na qualidade da assistência prestada ao usuário, promovendo a satisfação do paciente e de seu cuidador (MUDALY; NKOSI, 2015; FERRO; et al, 2018).

Além disso, alguns dos participantes deste estudo, ao considerar a estrutura física e a disponibilidade de recursos aos profissionais, comentam sobre a falta de investimentos dos gestores no setor público de saúde, considerando que os mesmos abandonaram a instituição acarretando em precarização do cuidado. Os gestores, em suas esferas institucional, municipal, estadual e federal, possuem o papel fundamental de criar condições que assegurem aos profissionais de saúde alocados em serviços de emergência sua satisfação com o trabalho e fortaleça seu compromisso com o cuidado de qualidade à população assistida pelo SUS (FERRO; et al, 2018; LEITE; et al, 2018).

Neste contexto, a literatura sugere que três fatores interferem diretamente no processo de alta hospitalar, bem como na transição do cuidado e as possíveis falhas que possam vir a ocorrer, ocasionando reinternações não planejadas: (1) as características do paciente; (2) as características dos profissionais responsáveis pelo processo; (3) as características do sistema de saúde (CAO; et al, 2015). Os resultados do presente estudo assemelham-se aos de Cao e colaboradores (2015) nos três

fatores e sugerem que a qualidade da transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas do serviço de emergência para a APS é diretamente afetada pelas características do paciente, sendo culturais, educacionais e sociais, pelo processo de trabalho, práticas profissionais e humanização do cuidado, bem como, pelas políticas públicas de saúde em nível municipal, regional e nacional.

Dessa forma, o presente estudo considera que realizar uma transição do cuidado bem-sucedida de pacientes do serviço de emergência para a APS se torna um processo extremamente dinâmico e multifacetado que engloba a RAS como um todo, incluindo a gestão dos serviços de saúde, sendo hospital, APS, ambulatório de especialidades, assim como a equipe multidisciplinar em todos os pontos de atenção. Este processo é conduzido com cooperação e co-responsabilização para os pacientes e suas famílias, de forma a compartilhar as importantes responsabilidades, estando todos diretamente responsabilizados pelo sucesso ou fracasso desta transição do cuidado (EARL; KATAPODIS; SCHNEIDERMAN, 2020).

Uma das limitações do estudo é o fato de que para a coleta de dados, foram incluídos apenas pacientes de um hospital do interior do sudeste do país, região considerada extremamente desenvolvida no aspecto saúde, o que não pode representar todo o contexto cultural e social do Brasil, e, consequentemente, não permite a generalização dos dados, necessitando a realização de amplos estudos de transição do cuidado nas demais regiões.

Ao considerar a caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes, a obtenção dos dados foi realizada em fonte secundária, no PEP, o qual é preenchido pela equipe de saúde e, por vezes, sendo identificada a incompletude dos dados, como as informações relativas às comorbidades, medicamentos, tempo de diagnóstico das doenças e CID-10. Frente ao exposto, os dados apresentados podem não representar de forma fiel as características dos usuários com DCNT que frequentam o serviço de emergência.

O município de realização do estudo não possui um sistema de informação de forma a permitir a criação de uma rede integrada entre os serviços de emergência, o que acarreta no desconhecimento da real situação em relação a visitas prévias no serviço de emergência, assim como os números de reinternações e óbitos, gerando dados subnotificados do impacto causado pelas DCNT na RUE do município.

Outra limitação diz respeito ao fato de que quando o paciente não possuía condições de responder o instrumento, permitiu-se a participação de seu

familiar/cuidador, o qual o acompanhou durante todo o processo de internação e alta. A experiência de transição do cuidado pode não ter sido a mesma para paciente e cuidador, influenciando diretamente nos resultados obtidos no estudo.

Conclusão

9. CONCLUSÃO

O objetivo geral proposto pelo estudo de analisar a transição do cuidado, na perspectiva de usuários com doenças crônicas não transmissíveis que receberam alta de um serviço de emergência para a RAS, foi alcançado e os resultados obtidos se aprofundaram em direção às potencialidades e fragilidades que cercam nosso sistema de saúde. Dessa forma, faz-se necessário trazer os objetivos específicos, explorando as importantes conclusões que a temática nos traz.

Assim, tratando-se dos objetivos específicos, sendo o primeiro de caracterizar os usuários do serviço de saúde com doenças crônicas que realizaram a transição do cuidado, concluiu-se que a maioria dos participantes era do sexo masculino, idosos, casados, de baixa escolaridade, moradores da zona norte do município, apresentavam mais de uma morbidade, sendo que a maior parte deles possuíam complicações relacionadas às DCNT, sendo o diagnóstico mais prevalente o de doenças cardiovasculares. Além disso, a maioria fazia uso de medicamentos para tratamento, frequentava a UBS e passou por pelo menos um atendimento prévio no serviço de emergência. Um quarto da amostra reinternou pelo menos uma vez no serviço em um período de até 60 dias após alta.

Ao mensurar, na perspectiva destes usuários, a ocorrência da transição do cuidado, conclui-se que os participantes do estudo consideraram a transição do cuidado do serviço de emergência para a RAS com um escore elevado de qualidade. Todavia, constataram-se fragilidades no que tece às orientações para gerenciamento de saúde, pois os resultados demonstraram insegurança para realização de cuidados em ambiente domiciliar, no período pós-alta. Além disso, constataram-se falhas quanto às orientações para o uso de medicamentos, essencialmente ao se tratar dos seus efeitos colaterais.

Além disso, foram observadas debilidades em relação ao planejamento de alta e como a equipe inclui os pacientes e seus familiares, respeitando suas preferências ao elaborar o plano de cuidado terapêutico, de forma que estes possuem pouca ou quase nenhuma voz ao decidir quanto às suas necessidades de saúde.

Os resultados mostram um importante déficit de comunicação entre a equipe de saúde e os usuários. Dessa forma, conclui-se que é fundamental melhorar esta comunicação com relação ao planejamento para alta tornando-se assim um diferencial na mensuração da qualidade do cuidado.

O estudo traz lacunas importantes na realização de encaminhamentos para consultas e/ou exames após o recebimento da alta do serviço de emergência. Nesta direção, o quarto objetivo específico, que foi o de avaliar, na perspectiva destes usuários, as potencialidades e fragilidades da transição do cuidado e o referenciamento para as RAS, apontou para uma sobrecarga dos serviços de emergência devido a uma falência iminente nos atendimentos realizados pela APS resultante de uma demanda elevada de usuários, acarretando em extensas filas de espera para agendamento de consultas, com prazos que chegam a seis meses para atendimento, baixa de insumos essenciais para controle das DCNT, ausência de medicamentos garantidos por lei, falta de profissionais especializados, além da dificuldade do usuário em entender o fluxo complexo para acesso aos diferentes pontos de atenção.

Dessa forma, conclui-se que há a necessidade de maiores investimentos na APS, principalmente ao considerar estrutura física, equipamentos indispensáveis para a realização das atividades, formação e capacitação da equipe multidisciplinar, aumento da oferta de serviços, bem como fortalecimento do processo de trabalho, para que se haja um possível aumento da eficiência no cuidado ofertado às DCNT evitando a sobrecarga dos serviços de emergências e garantindo menores gastos para o sistema público, considerando reinternações não planejadas.

No objetivo específico de identificar se há associação entre a qualidade da transição do cuidado com as variáveis sociodemográficas e clínicas dos participantes do estudo, as características sociodemográficas e clínicas foram associadas com os escores totais e por fatores, a saber: o sexo masculino obteve associação estatística positiva com entendimento sobre medicações (fator 2), o que resultou em maiores médias em relação à qualidade de transição do cuidado; maior grau de escolaridade também alcançou médias superiores de transição, obtendo associação positiva com preferências asseguradas (fator 3); menores escores de transição para os fatores 2 e 4 (plano de cuidado) foram obtidos para participantes que residiam nos bairros mais ricos (região sul), com associação negativa apenas com o fator 4. Participantes que não frequentavam a UBS obtiveram médias do CTM-Brasil maiores para os fatores 3 e 4, bem como para o escore total da transição do cuidado, com diferença significativa apenas para o plano de cuidado (fator 4).

Os participantes que tinham CID-10 relacionado ao câncer obtiveram significância estatística negativa na preparação para o autogerenciamento,

preferências asseguradas e plano de cuidado (fatores 1, 3 e 4) e aqueles com CID-10 relacionado às doenças cardiovasculares obtiveram associação positiva com plano de cuidado (fator 4). Neste estudo, não houve significância estatística entre os escores do CTM-Brasil com readmissões no serviço de emergência em 60 dias pós-alta, bem como na frequência de readmissões não planejadas entre os participantes.

Assim, conclui-se que as características sociodemográficas e clínicas do paciente, considerando o acesso, recursos sociais, renda, educação em saúde, evolução da doença influenciam diretamente na qualidade da transição do cuidado. Todavia, ao considerar apenas as características clínicas, a maioria dos participantes do estudo podem estar em estágio avançado de sua patologia, de forma que sua saúde se encontra extremamente debilitada, possuindo múltiplas comorbidades e acarretando em necessidades de cuidado complexas, demandando uma transição do cuidado efetiva e sem falhas em seu processo, nos diversos pontos de atenção da RAS. Com isso, as readmissões no serviço de emergência acabam por ser inevitáveis.

Diante do exposto, os resultados deste estudo apontam para a necessidade de abordar adequadamente as questões de humanização do cuidado, planejamento de alta, educação do paciente e da família, comunicação eficaz, de forma a desenvolver melhores estratégias para suprir as fragilidades supracitadas, qualificando a transição do cuidado para prover o autogerenciamento em saúde, com consequente diminuição de inseguranças, fornecimento de informações quanto ao uso adequado de medicamentos, incorporação das metas e expectativas dos pacientes e cuidadores na tomada de decisão e encaminhamento ágil e eficaz para continuidade do cuidado na RAS.

Trata-se de um estudo inovador, com abordagem de métodos mistos, realizado em território brasileiro que contempla a avaliação da transição do cuidado de pacientes com DCNT que receberam alta do serviço de emergência para a RAS, de forma ampla, a qual possibilitou aprofundar na perspectiva dos pacientes e seus cuidadores a respeito de suas experiências e complexidades do cuidado durante o processo de internação e alta. Identificou-se na integração da abordagem qualitativa à quantitativa aspectos importantes que não poderiam ser compreendidos apenas pela mensuração quantitativa do CTM-Brasil.

A transição do cuidado implementada de forma adequada, por meio do uso de protocolos clínicos individualizados, multidisciplinares e baseados em evidências, acarreta em inúmeros benefícios para o paciente com DCNT e seu cuidador, pois

ajuda a prevenir declínios na saúde, afetando diretamente em sua qualidade de vida. Para os profissionais de saúde alocados nos serviços de emergência, a transição do cuidado poderia evitar uma sobrecarga de trabalho e consequente superlotação dos serviços. Além disso, trata-se de um tema de interesse dos gestores públicos visando, principalmente, a redução crescente de gastos no setor saúde com reinternações não planejadas.

Os resultados encontrados neste estudo apontam para a existência de fragilidades na transição do cuidado de pacientes com DCNT do serviço de emergência para a RAS. Sugere-se a implementação de estratégias utilizadas em outros países para sanar estas fragilidades, tais como: a implementação de equipes especializadas na transição do cuidado, as quais vão acompanhar o paciente do momento da admissão até a alta, realizando um planejamento conjunto, estipulando metas e incluindo *checklists* para direcionamento de informações, acompanhamento telefônico pós-alta para gerenciamento de sinais e sintomas e adequação de medicamentos.

O processo para implementação de ferramentas eficazes para a transição do cuidado vai além do comprometimento institucional do serviço de emergência. É necessário engajamento por parte dos profissionais, de forma a objetivar a promoção, prevenção e recuperação dos pacientes com DCNT, após estabilização da agudização destas doenças. Com base nos resultados encontrados, é necessário o fortalecimento das políticas públicas de saúde que busquem a melhoria organizacional do fluxo de encaminhamento dos pacientes entre os diferentes pontos de atenção da RAS, principalmente entre os serviços de emergência e a APS, visando a eficácia da referência e contrarreferência, bem como a comunicação entre os profissionais dos diferentes serviços de saúde.

Este estudo estabelece as bases para o desenvolvimento de melhores práticas e intervenções direcionadas para apoiar os indivíduos com DCNT e seus cuidadores durante o curso da doença, tratamento e recuperação. Assim, sugere-se o desenvolvimento de estudos de intervenção na temática, verificando todas as ações relevantes realizadas, com mecanismos de feedback adequadamente projetados para conduzir mudanças almejadas na assistência à saúde, assim como a perspectiva dos profissionais envolvidos neste processo de transição do cuidado, pois considera-se importante conhecer as dificuldades enfrentadas.

Estes futuros estudos possibilitarão a exploração ampla da temática da transição do cuidado, além de maior divulgação do conhecimento científico, respaldado por práticas baseadas em evidências, introduzindo o país no intercâmbio científico internacional.

Referencias

REFERÊNCIAS[2]

ACOSTA, A. M. **Transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas**: do serviço de emergência para o domicílio. 2016. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

ACOSTA, A. M.; LIMA, M. A. D. S. Frequent users of emergency services: associated factors and reasons for seeking care. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 2, p. 337-344, 2015.

ACOSTA, A. M.; LIMA, M. A. D. S.; MARQUES, G. Q.; LEVANDOVSKI, P. F.; WEBER, L. A. F. Brazilian version of the care transitions measure: translation and validation. **Int. Nurs. Rev.**, Oxford, v. 64, n. 3, p. 379-387, Sep. 2017.

ACOSTA, A. M.; LIMA, M. A. D. S.; PINTO, I. C.; WEBER, L. A. F. Transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas na alta da emergência para o domicílio. **Rev. Gaúcha Enferm**., Porto Alegre, v. 41, p. e20190155, 2020. Número especial.

ÅHSBERG, E. Discharge from hospital - a national survey of transition to out-patient care. **Scand. J. Caring Sci.**, Stockolm, v. 33, n. 2, p. 329-335, 2019.

ALBERT, N. M. A systematic review of transitional-care strategies to reduce rehospitalization in patients with heart failure. **Heart Lung**, St. Louis, v. 45, n. 2, p. 100-113, 2016.

ALBUQUERQUE, N. L. S.; OLIVEIRA, A. S. S.; SILVA, J. M.; ARAÚJO, T. L. Associação entre acompanhamento em serviços de saúde e adesão terapêutica anti-hipertensiva. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 71, n. 6, p. 3182-3188, 2018.

ALFRADIQUE, M. E.; BONOLO, P. F.; DOURADO, I.; LIMA-COSTA, M. F.; MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S.; OLIVEIRA, V. B.; SAMPAIO, L. F. R.; SIMONI, C.; TURCI, M. A. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1337-1349, 2009.

AMATUZZI, M. M. Etapas do processo terapêutico: um estudo exploratório. **Psicol. Teor. Pesqui.**, Brasília, DF, v. 9, n. 1, p. 1-21, 1993.

ANDRADE, L. A. S.; SANTOS, S. P.; CORPOLATO, R. C.; WILLIG, M. H.; MANTOVANI, M. F.; AGUILERA, A. L. Elderly care in the emergency department: an integrative review. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 249-260, 2018.

ANATCHKOVA, M. D.; BARYSAUSKAS, C. M.; KINNEY, R. L.; KIEFE, C. I.; ASH, A. S.; LOMBARDINI, L.; ALLISON, J. J. Psychometric evaluation of the care transition

[2] De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023.

measure in TRACE-CORE: do we need a better measure? **J. Am. Heart Assoc.**, Oxford, v. 3, n. 3, p. e001053, 2014.

ANTUNES, B. C. S.; CROZETA, K.; ASSIS, F.; PAGANINI, M. C. Rede de atenção às urgências e emergências: perfil, demanda e itinerário de atendimento de idosos. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 23, n. 2, p. e53766, 2018.

ANVERSA, A. C.; PONTE, A. S.; MACHADO, M. A.; FEDOSSE, E. Evaluation of care for chronic health conditions: the perspective of the user. **Res. Soc. Dev.**, Vargem Grande Paulista, v. 9, n. 4, p. 01942777, 2020.

AQUINO, E. M.; BARRETO, S. M.; BENSENOR, I. M.; CARVALHO, M. S.; CHOR, D.; DUNCAN, B. B.; LOTUFO, P. A.; MILL, J. G.; MOLINA, M.; MOTA, E. L.; PASSOS, V. M.; SCHMIDT, M. I.; SZKLO, M. Brazilian longitudinal study of adult health (ELSA-Brasil): objectives and design. **Am. J. Epidemiol.**, Cary, v. 175, n. 4, p. 315-324, 2012.

ARBAJE, A. I.; KANSAGARA, D. L.; SALANITRO, A. H.; ENGLANDER, H. L.; KRIPALANI, S.; JENCKS, S. F.; LINDQUIST, L. A. Regardless of age: incorporating principles from geriatric medicine to improve care transitions for patients with complex needs. **J. Gen. Intern. Med.**, Secaucus, v. 29, n. 6, p. 932-939, 2014.

AREE-UE, S.; ROOPSAWANG, I.; KAWINWONGGOWIT, V. Factors predicting functional ability among older adults undergoing hip and knee arthroplasty. **Pac. Rim Int. J. Nurs. Res.**, Nonthaburi, v. 23, n. 2, p. 156-169, 2019.

ARRUDA, N. M.; MAIA, A. G.; ALVES, L. C. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. e00213816, 2018.

BAKSHI, A. B.; WEE, S. L.; TAY, C.; WONG, L. M.; LEONG, I. Y.; MERCHANT, R. A.; LUO, N. Validation of the care transition measure in multi-ethnic South-East Asia in Singapore. **BMC Health Serv. Res.**, London, v. 12, p. 256, 2012.

BARELLA, R. P.; DURAN, V. A. A.; PIRES, A. J.; DUARTE, R. O. Perfil do atendimento de pacientes com acidente vascular cerebral em um hospital filantrópico do sul de Santa Catarina e estudo de viabilidade para implantação da Unidade de AVC. **ACM Arq. Catarin. Med.**, Florianópolis, v. 48, n. 1, p. 131-143, 2019.

BARRETO, M. L. Desigualdades em saúde: uma perspectiva global. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 2097-2108, 2017.

BARRETO, M. S.; MENDONÇA, R. D.; PIMENTA, A. M.; GARCIA-VIVAR, C.; MARCON, S. S. Não utilização de consultas de rotina na atenção básica por pessoas com hipertensão arterial. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 795-804, 2018.

BARTELS, W.; ADAMSON, S.; LEUNG, L.; SIN, D. D.; VAN EEDEN, S. F. Emergency department management of acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: factors predicting readmission. **Int. J. Chron. Obstruct. Pulmon. Dis.**, Auckland, v. 13, p. 1647-1654, 2018.

BERAN, D.; ZAR, H. J.; PERRIN, C.; MENEZES, A. M.; BURNEY, P. Burden of asthma and chronic obstructive pulmonary disease and access to essential medicines in low-income and middle-income countries. **Lancet Respir. Med.**, Kidlington, v. 3, n. 2, p. 159-170, 2015.

BERENGUER-GARCÍA, N.; ROLDÁN-CHICANO, M. T.; RODRÍGUEZ-TELLO, J.; GARCÍA-LÓPEZ, M. M.; DÁVILA-MARTÍNEZ, R.; BUENO-GARCÍA, M. J. Validación del cuestionario CTM-3-modificado sobre satisfacción con la continuidad de cuidados: un estudio de cohortes. **Aquichan**, Chía, v. 18, n. 1, p. 9-19, 2018.

BEUTER, M.; BRONDANI, C. M.; SZARESKI, C.; LANA, L. D.; ALVIM, N. A. T. Perfil de familiares acompanhantes: contribuições para a ação educativa da enfermagem. **Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 13, n. 1, p. 28-33, 2009.

BICUDO, M. A. V. Pesquisa qualitativa e a abordagem fenomenológica: o percurso da professora pesquisadora Maria Aparecida Viggiani Bicudo. **ACTIO,** Curitiba, v. 3, n. 3, p. 236-252, 2018. Seção Entrevistas.

BIDINOTTO, D. N. P. B.; SIMONETTI, J. P.; BOCCHI, S. C. M. A saúde do homem: doenças crônicas não transmissíveis e vulnerabilidade social. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, p. e2756, 2016.

BIF, M. W. **Os desafios no cuidado de enfermagem ao atendimento do idoso em urgência e emergência**. 2011. Monografia (Especialização em Enfermagem em Assistência à Urgência e Emergência) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2011.

BORSATO, F. G.; CARVALHO, B. G. Hospitais de média complexidade na Rede de Atenção às Urgências: o que sua produção revela? **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 124, p. 86-98, 2020.

BOYLE, J.; SPEROFF, T.; WORLEY, K.; CAO, A.; GOGGINS, K.; DITTUS, R. S.; KRIPALANI, S. Low health literacy is associated with increased transitional care needs in hospitalized patients. **J. Hosp. Med.**, Hoboken, v. 12, n. 11, p. 918-924, 2017.

BRAND, C. A.; JONES, C. T.; LOWE, A. J.; NIELSEN, D. A.; ROBERTS, C. A.; KING, B. L.; CAMPBELL, D. A. A transitional care service for elderly chronic disease patients at risk of readmission. **Aust. Health Rev.**, Collingwood, v. 28, n. 3, p. 275-284, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 16 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Doenças respiratórias crônicas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010a. (Cadernos de Atenção Básica, n. 25). Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_respiratorias_cronicas.pdf. Acesso em: 14 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. HumanizaSUS. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 20 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise e Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf. Acesso em: 6 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf. Acesso em: 29 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b. v. 2. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf. Acesso em: 17 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cerca de 17,5 milhões de pessoas morrem de doenças cardiovasculares todos os anos**. 2016. Disponível em: http://www.brasil.gov.br/saude/2016/09/cerca-de-17-5-milhoes-pessoasmorrem-de-doencas-cardiovasculares-todos-os-anos. Acesso em: 11 maio 2020.
LINK NÃO DISPONÍVEL

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência segura**: uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília, DF: Anvisa, 2017. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/07/Caderno-1-Assist%C3%AAncia-Segura-Uma-Reflex%C3%A3o-Te%C3%B3rica-Aplicada-%C3%A0-Pr%C3%A1tica.pdf. Acesso em: 28 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). **Estimativa 2020**: Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Estatísticas de Câncer**. 8 maio 2020. Disponível em: https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer. Acesso em: 13 maio 2020.

BRAY, F.; FERLAY, J.; SOERJOMATARAM, I.; SIEGEL, R. L.; TORRE, L. A.; JEMAL, A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. **CA Cancer J. Clin.**, Hoboken, v. 68, n. 6, p. 394-424, nov. 2018.

BRONDANI, J. E.; LEAL, F. Z.; POTTER, C.; DA SILVA, R. M.; NOAL, H. C.; DA SILVEIRA PERRANDO, M. Desafios da referência e contrarreferência na atenção em saúde na perspectiva dos trabalhadores. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 21, n. 1, p. 1-8, 2016.

BURKE, R. E.; KRIPALANI, S.; VASILEVSKIS, E. E.; SCHNIPPER, J. L. Moving beyond readmission penalties: crating an ideal process to improve transitional care. **J. Hosp. Med.**, Hoboken, v. 8, n. 2, p. 102-109, 2013.

BURKE, R. E.; CANAMUCIO, A.; GLORIOSO, T. J.; BARÓN, A. E.; RYSKINA, K. L. Transitional care outcomes in veterans receiving post-acute care in a skilled nursing facility. **J. Am. Geriatr. Soc.**, Malden, v. 67, n. 9, p. 1820-1826, 2019.

BUURMAN, B. M.; PARLEVLIET, J. L.; ALLORE, H. G.; BLOK, W.; VAN DEELEN, B. A.; MOLL VAN CHARANTE, E. P.; DE HAAN, R. J.; DE ROOIJ, S. E. Comprehensive geriatric assessment and transitional care in acutely hospitalized patients: the transitional care bridge randomized clinical trial. **JAMA Intern. Med.**, Chicago, v. 176, n. 3, p. 302-309, 2016.

CADOGAN, M. P.; PHILLIPS, L. R.; ZIMINSKI, C. E. A perfect storm: care transitions for vulnerable older adults discharged home from the emergency department without a hospital admission. **Gerontologist**, Cary, v. 56, n. 2, p. 326-334, 2016.

CAMPOS, R. L. O.; LIRA E SILVA, N. C. D.; SILVA, A. T. C. S. G.; SANTANA, M. R.; CAFÉ, L. A.; SOUZA, L. N.; SILVA, A. E. G.; SILVA, E. C.; SILVA, A. D. Humanização da assistência de enfermagem na classificação de risco nos serviços de urgência e emergência. **Rev. Eletrônica Acervo Enferm.**, São Paulo, v. 5, p. e5036, 2020.

CANOVA, J. C. M.; RIBEIRO, R. C. H. M.; SILVA, A. P. P.; SOLER, Z. A. S. G. Percepção de pacientes idosos quanto à humanização da assistência de enfermagem em uma emergência hospitalar. **Enferm. Bras.**, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 210-215, 2012.

CAO, X.; CHEN, L.; DIAO, Y.; TIAN, L.; LIU, W.; JIANG, X. Validity and reliability of the Chinese version of the care transition measure. **PLoS One**, San Francisco, v. 10, n. 5, p. e0127403, 2015.

CAO, X. Y.; TIAN, L.; CHEN, L.; JIANG, X. L. Effects of a hospital–community partnership transitional program in patients with coronary heart disease in Chengdu, China: a randomized controlled trial. **Jpn. J. Nurs. Sci.**, Tokyo, v. 14, n. 4, p. 320-331, 2017.

CARVALHO, T. P.; OKUNO, M. F. P.; CAMPANHARO, C. R. V.; LOPES, M. C. B. T.; BATISTA, R. E. A. Patients' knowledge about medication prescription in the emergency service. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 71, n. 2, p. 329-335, 2018.

CASTRO, M. C. S.; TEIXEIRA, L. A. S. Pacientes com traqueostomia: conhecimentos, atitudes e práticas das equipes do serviço de atenção domiciliar. **Sustinere**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 324-361, 2019.

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; CAMARGO JUNIOR, R. M. K. R. (Orgs.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ-IMS-Abrasco, 2003. p. 197-210.

CHAN, B.; GOLDMAN, L. E.; SARKAR, U.; SCHNEIDERMANN, M.; KESSELL, E.; GUZMAN, D.; CRITCHFIELD, J.; KUSHEL, M. 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.**, Secaucus, v. 30, n. 12, p. 1788-1794, 2015.

CHRISTOFOLETTI, M.; DEL DUCA, G. F.; GERAGE, A. M.; MALTA, D. C. Simultaneidade de doenças crônicas não transmissíveis em 2013 nas capitais brasileiras: prevalência e perfil sociodemográfico. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, DF, v. 29, n. 1, p. e2018487, 2020.

CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde. 2019. Disponível em: https://www.cid10.com.br/. Acesso em: 19 jan. 2020.

COELHO, M. F.; CHAVES, L. D. P.; ANSELMI, M. L.; HAYASHIDA, M.; SANTOS, C. B. Análise dos aspectos organizacionais de um serviço de urgências clínicas: estudo em um hospital geral do município de Ribeirão Preto, SP, Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 4, p. 9, 2010.

COLEMAN, E. A. Family caregivers as partners in care transitions: the caregiver advise record and enable act. **J. Hosp. Med.**, Hoboken, v. 11, n. 12, p. 883-885, 2016.

COLEMAN, E. A.; ROMAN, S. P. Family caregivers' experiences during transitions out of hospital. **J. Healthc. Qual.**, Skokie, v. 37, n. 1, p. 12-21, 2015.

COLEMAN, E. A.; SUNG-JOON, M. Patients' and family caregivers' goals for care during transitions out of the hospital. **Home Health Care Serv. Q.**, London, v. 34, n. 3-4, p. 173-184, 2016.

COLEMAN, E. A.; BOULT, C.; AMERICAN GERIATRICS SOCIETY HEALTH CARE SYSTEMS. Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. **J. Am. Geriatr. Soc.**, Malden, v. 51, n. 4, p. 556-557, 2007.

COLEMAN, E. A.; MAHONEY, E.; PARRY, C. Assessing the quality of preparation for posthospital care from the patient's perspective: the care transitions measure. **Med. Care.**, Hagerstown, v. 43, n. 3, p. 246-255, 2005

COLEMAN, E. A.; PARRY, C.; CHALMERS, S. A.; CHUGH, A.; MAHONEY, E. The central role of performance measurement in improving the quality of transitional care. **Home Health Care Serv. Q.**, London, v. 26, n. 4, p. 93-104, 2007.

COLEMAN, E. A.; SMITH, J. D.; FRANK, J. C.; EILERTSEN, T. B.; THIARE, J. N.; KRAMER, A. M. Development and testing of a measure designed to assess the quality of care transitions. **Int. J. Integr. Care**, London, v. 2, p. e02, 2002.

CONFORTIN, S. C.; ANDRADE, S. R.; DRAEGER, V. M.; MENEGHINI, V.; SCHNEIDER, I. J. C.; BARBOSA, A. R. Mortalidade prematura pelas principais doenças crônicas não transmissíveis nos estados do Brasil. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 72, n. 6, p. 1588-1594, 2019.

COSTA, M. F. B. N. A.; ANDRADE, S. R.; SOARES, C. F.; BALLESTEROS PÉREZ, E. I.; CAPILLA TOMÁS, S.; BERNARDINO, E. The continuity of hospital nursing care for Primary Health Care in Spain. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v. 53, p. e03477, 2019.

COUZNER, L.; RATCLIFFE, J.; CROTTY, M. The relationship between quality of life, health and care transition: an empirical comparison in an older post-acute population. **Health Qual Life Outcomes**, London, v. 10, n. 1, p. 69, 2012.

CRESWELL, J. W.; PLANO CLARK, V. L. **Pesquisa de métodos mistos**. 2. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

CRESWELL, J. W.; PLANO CLARK, V. L. **Designing and conducting mixed methods research**. 3rd ed. Porto Alegre: Sage, 2017.

CRUZ, D. N.; CANGUSSU, M. C. T.; CRISTINO, P. S.; BRITO, S. S.; OLIVEIRA, C. B. Acesso, utilização e percepção dos usuários sobre um serviço hospitalar de emergência em Salvador, BA. **Rev. Ciênc. Méd. Biol.**, Salvador, v. 15, n. 2, p. 186-198, 2016.

CUNHA, B. S. S.; NASCIMENTO, A. S.; SÁ, S. P. C. Perfil clínico e sociodemográfico de internação de idosos na unidade de emergência de um hospital geral. **Estud. Interdiscipl. Envelhec.**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 189-200, 2014.

DEUTSCH, A.; HEINEMANN, A. W.; COOK, K. F.; FOSTER, L.; MISKOVIC, A.; GOLDSMITH, A.; CELLA, D. Inpatient rehabilitation quality of care from the patient's perspective: effect of data collection timing and patient characteristics. **Arch. Phys. Med. Rehab.**, Philadelphia, v. 100, n. 6, p. 1032-1041, 2019.

DOURADO, I.; OLIVEIRA, V. B.; AQUINO, R.; BONOLO, P.; LIMA-COSTA, M. F.; MEDINA, M. G.; MOTA, E.; TURCI, M. A.; MACINKO, J. Trends in primary health care-sensitive conditions in Brazil the role of the Family Health Program (Project ICSAP - Brazil). **Med. Care**, Philadelphia, v. 49, n. 6, p. 577-584, 2011.

DRESCH, A. P.; AMADOR, T. A.; HEINECK, I. Conhecimento dos pacientes sobre medicamentos prescritos por odontólogos no sul do Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 475-483, 2016.

DRESDEN, S. M.; HWANG, U.; GARRIDO, M. M.; SZE, J.; KANG, R.; VARGAS-TORRES, C.; COURTNEY, D. M.; LOO, G.; ROSENBERG, M.; RICHARDSON, L. Geriatric emergency department innovations: the impact of transitional care nurses on 30-day readmissions for older adults. **Acad. Emerg. Med.**, Hoboken, v. 27, n. 1, p. 43-53, 2020.

DUNCAN, B. B.; STEVENS, A.; SCHMIDT, M. I. Mortalidade por doenças crônicas no Brasil: situação em 2010. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2011**: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília, DF: Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde, 2012. p. 93-104.

DURAND, A. C.; PALAZZOLO, S.; TANTI-HARDOUIN, N.; GERBEAUX, P.; SAMBUC, R.; GENTILE, S. Non-urgent patients in emergency departments: rational or irresponsible consumers? Perceptions of professionals and patients. **BMC Res. Notes**, London, v. 5, n. 1, p. 525, 2012.

EARL, T.; KATAPODIS, N.; SCHNEIDERMAN, S. Care transitions. In: HALL, K. K.; SHOEMAKER-HUNT, S.; HOFFMAN, L. et al. **Making healthcare safer III**: a critical analysis of existing and emerging patient safety practices. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2020. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555516/. Acesso em: 05 mai 2020.

ELLIOTT, K.; KLEIN, J. W.; BASU, A.; SABBATINI, A. K. Transitional care clinics for follow-up and primary care linkage for patients discharged from the ED. **Am. J. Emerg. Med.**, Philadelphia, v. 34, n. 7, p. 1230-1235, 2016.

FAGUNDES, P. F.; SCANDOL, E. M. R. Alta hospitalar responsável sob a ótica do cuidado em rede. **Serv. Soc. Saúde**, Campinas, v. 17, n. 1, p. 181-204, 2018.

FERNANDES, M. S.; PROTAS, J. S.; FERNANDES, C. F.; GOLDIM, J. R. Aspectos éticos, jurídicos e metodológicos na pesquisa envolvendo o uso de álcool e outras drogas. In: PECHANSKY, F.; DUARTE, P. C. A. V.; DE BONI, R. B. (Orgs.). **Uso de bebidas alcoólicas e outras drogas nas rodovias brasileiras**: e outros estudos. Porto Alegre: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010. p. 24-31.

FERRO, D.; ZACHARIAS, F. C.; FABRIZ, L. A.; SCHONHOLZER, T. E.; VALENTE, S. H.; BARBOSA, S. M.; VIOLA, C. G.; PINTO, I. C. Absenteísmo na equipe de enfermagem em serviços de emergência: implicações na assistência. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 399-408, 2018.

FETTERS, M. D.; CURRY, L. A; CRESWELL, J. W. Achieving integration in mixed methods designs – principles and practices. **Health Serv. Res.**, Malden, v. 48, n. 6, p. 2134-2156, 2013.

FINLAYSON, K.; CHANG, A. M.; COURTNEY, M. D.; EDWARDS, H. E.; PARKER, A. W.; HAMILTON, K.; PHAM, T. D. X.; O'BRIEN, J. Transitional care interventions reduce unplanned hospital readmissions in high-risk older adults. **BMC Health Serv. Res.**, London, v. 18, n. 1, p. 956, 2018.

FLINK, M.; BERGENBRANT, G. S.; AIROSA, F.; ÖHLÉN, G.; BARACH, P.; HANSAGI, H.; BROMMELS, M.; OLSSON, M. Patient-centered handovers between hospital and primary health care: an assessment of medical records. **Int. J. Med. Inform.**, Shannon, v. 84, n. 5, p. 355-362, May 2015.

FLINK, M.; TESSMA, M.; CVANCAROVA SMÅSTUEN, M.; LINDBLAD, M.; COLEMAN, E. A.; EKSTEDT, M. Measuring care transitions in Sweden: validation of the care transitions measure. **Int. J. Qual. Health Care**, Oxford, v. 30, n. 4, p. 291-297, 2018.

FLOR, L. S.; CAMPOS, M. R. Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados na população adulta brasileira: evidências de um inquérito de base populacional. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 16-29, 2017.

FONTANA, G.; CHESANI, F. H.; MENEZES, M. As significações dos profissionais da saúde sobre o processo de alta hospitalar. **Saúde Transform. Soc.,** Florianópolis, v. 8, n. 2, p. 86-95, 2017.

FORD, B. K.; INGERSOLL-DAYTON, B.; BURGIO, K. Care transition experiences of older veterans and their caregivers. **Health Soc. Work**, Washington, DC, v. 41, n. 2, p. 129-138, 2016.

FREITAS, P. S.; MATTA, S. R.; MENDES, L. V. P.; LUIZA, V. L., CAMPOS, M. R. Uso de serviços de saúde e de medicamentos por portadores de Hipertensão e Diabetes no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2383-2392, 2018.

GARCIA, V. M.; REIS, R. K. Adequação da demanda e perfil de morbidade atendida em uma unidade não hospitalar de urgência e emergência. **Ciênc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 13, n. 4, p. 665-673, 2014.

GARDNER, R.; LI, Q.; BAIER, R. R.; BUTTERFIELD, K.; COLEMAN, E. A.; GRAVENSTEIN, S. Is implementation of the care transitions intervention associated with cost avoidance after hospital discharge? **J. Gen. Intern. Med.**, Secaucus, v. 29, n. 6, p. 878-884, 2014.

GEHLEN, G. C. **A organização tecnológica do trabalho dos enfermeiros na produção de cuidado em unidades de pronto atendimento de Porto Alegre/RS**. 2012. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

GOMES, H. O. **Trabalho e saúde das profissionais de enfermagem em urgência e emergência**: estudo de caso em uma Unidade de Pronto Atendimento no Município do Rio de Janeiro. 2014. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

GOMIDE, M. F. S. **A satisfação do usuário com a atenção básica à saúde**: um olhar sobre o acesso e o acolhimento na perspectiva de quem é cuidado. 2015. Tese

(Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

GOMIDE, M. F. S.; PINTO, I. C.; BULGARELLI, A. F.; SANTOS, A. L. P.; SERRANO GALLARDO, M. P. A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e acolhimento. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 22, n. 65, p. 387-398, 2018.

GORDON, N. F.; GULANICK, M.; COSTA, F.; FLETCHER, G.; FRANKLIN, B. A.; ROTH, E. J.; SHEPHARD, T. Physical activity and exercise recommendations for stroke survivors an American heart association scientific statement from the council on clinical cardiology, subcommittee on exercise, cardiac rehabilitation, and prevention; the council on cardiovascular nursing; the council on nutrition, physical activity, and metabolism; and the stroke council. **Stroke**, Baltimore, v. 35, n. 5, p. 1230-1240, 2004.

GRANT, M. J.; BOOTH, A. A typology of reviews: An analysis of 14 review types and associated methodologies. **Health Info. Libr. J.**, Oxford, v. 26, n. 2, p. 91-108, 2009.

GRIZZO, D. C. **Caracterização da Rede de Atenção às Urgências (RAU) a partir da Central de Regulação Médica e Indicadores de Regulação Médica de Urgência**: estudo sobre a realidade e as necessidades de um município brasileiro. 2018. Dissertação (Mestrado em Gestão das Organizações de Saúde) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

HADAD, A. C. A. C.; JORGE, A. O. Continuidade do cuidado em rede e os movimentos de redes vivas nas trajetórias do usuário-guia. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 4, p. 198-210, 2018. Número especial.

HANSEN, L. O.; YOUNG, R. S.; HINAMI, K.; LEUNG, A.; WILLIAMS, M. V. Interventions to reduce 30-day rehospitalization: a systematic review. **Ann. Intern. Med.**, Philadelphia, v. 155, n. 8, p. 520-528, 2011.

HENDRIX, C.; TEPFER, S.; FOREST, S.; ZIEGLER, K.; FOX, V.; STEIN, J.; MCCONNELL, E. S.; HASTINGS, S. N.; SCHMADER, K.; COLON-EMERIC, C. Transitional care partners: a hospital-to-home support for older adults and their caregivers. **J. Am. Assoc. Nurse Pract.**, Malden, v. 25, n. 8, p. 407-414, Aug. 2013.

HESSELINK, G.; FLINK, M.; OLSSON, M.; BARACH, P.; DUDZIK-URBANIAK, E.; ORREGO, C.; TOCCAFONDI, G.; KALKMAN, C.; JOHNSON, J. K.; SCHOONHOVEN, L.; VERNOOIJ-DASSEN, M.; WOLLERSHEIM, H.; EUROPEAN HANDOVER RESEARCH COLLABORATIVE. Are patients discharged with care? A qualitative study of perceptions and experiences of patients, family members and care providers. **BMJ Qual. Saf.**, London, v. 21, p. i39-49, 2012. Supplement 1.

HOLLAND, D. E.; HEMANN, M. A. Standardizing hospital discharge planning at the Mayo Clinic. **Jt. Comm. J. Qual. Patient Saf.**, Amsterdam, v. 37, n. 1, p. 29-36, 2011.

HOLLANDA, E.; DE SIQUEIRA, S. A. V.; DE ANDRADE, G. R. B.; MOLINARO, A.; VAITSMAN, J. Satisfação e responsividade em serviços de atenção à saúde da

Fundação Oswaldo Cruz. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 12, p. 3343-3352, 2012.

HOSMER, D. W.; LEMESHOW, S. Assessing the fit of the model. In: HOSMER, D. W.; LEMESHOW, S. **Applied logistic regression**. New York: John Wiley and Sons, 1989. p. 135-173.

HUGUENIN, F. M.; PINHEIRO, J. S.; ALMEIDA, R. M. V. R.; INFANTOSI, A. F. C. Caracterização dos padrões de variação dos cuidados de saúde a partir dos gastos com internações por infarto agudo do miocárdio no Sistema Único de Saúde. **Rev. bras. epidemiol.,** São Paulo, v. 19, n. 2, p. 229-242, 2016.

HWANG, J.-I.; CHUNG, J.-H.; KIM, H. K. Psychometric properties of transitional care instruments and their relationships with health literacy: Brief PREPARED and Care Transitions Measure. **Int. J. Qual. Health Care**, Oxford, v. 31, n. 10, p. 774-780, 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo populacional de 2010**: Ribeirão Preto. 2010. Disponível em: http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=354340&search=sao-paulo|ribeirao-preto. Acesso em: 15 jan. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Indicador de Mortalidade**: Ribeirão Preto. 1º jun. 2017. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/ribeirao-preto/pesquisa/17/0?indicador=15765. Acesso em: 16 jan. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estimativa da população de Ribeirão Preto**. 1º jun 2019. 2019. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/ribeirao-preto/panorama. Acesso em: 15 jan. 2020.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION (IDF). **IDF Diabetes Atlas**. 8th ed. Brussels: IDF, 2017.

JUNGE-MAUGHAN, L.; MOORE, A.; LIPSITZ, L. Key strategies for improving transitions of care collaboration: lessons from the ECHO-care transitions program. **J. Interprof. Care**, London, 2020. In press.

KANAK, M. F.; TITLER, M.; SHEVER, L.; FEI, Q.; DOCHTERMAN, J.; PICONE, D. M. The effects of hospitalization on multiple units. **Appl. Nurs. Res.**, Philadelphia, v. 21, n. 1, p. 15-22, 2008.

KRIPALANI, S.; JACKSON, A. T.; SCHNIPPER, J. L.; COLEMAN, E. A. Promoting effective transitions of care at hospital discharge: a review of key issues for hospitalists. **J. Hosp. Med.**, Hoboken, v. 2, n. 5, p. 314-323, Sep. 2007.

KRIPALANI, S.; CHEN, G.; CIAMPA, P.; THEOBALD, C.; CAO, A.; MCBRIDE, M.; DITTUS, R. S.; SPEROFF, T. A transition care coordinator model reduces hospital readmissions and costs. **Contemp. Clin. Trials.**, New York, v. 81, n. 1, p. 55-61, 2019.

LAGE, J. S. S.; OKUNO, M. F. P.; CAMPANHARO, C. R. V.; LOPES, M. C. B. T.; BATISTA, R. E. A. Capacidade funcional e perfil do idoso internado no serviço de emergência. **REME Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 18, n. 4, p. 855-860, 2014.

LEAL, L. F.; BERTOLDI, A. D.; MENEZES, A. M. B.; BORGES, R. B.; MENGUE, S. S.; GAZZANA, M. B.; DAL PIZZOL, T. S. Indicação, acesso e utilização de medicamentos para doenças respiratórias crônicas no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM), 2014. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, p. e00208217, 2018.

LEITE, C. I.; VALENTE, G. J.; SCHRAMM, J. M. A.; DAUMAS, R. P.; RODRIGUES, R. N.; SANTOS, M. F.; OLIVEIRA, A. F.; SILVA, R. S.; CAMPOS, M. R.; MOTA, J. C. Carga de doença no Brasil e suas regiões, 2008. **Cad. Saúde Pública**, v. 31, n. 7, p. 1551-1564, 2015.

LEITE, T. E. H. P.; SOUSA, F. I. N.; PONTE, V. A.; MARIANO, M. R.; BARBOSA, P. M. E.; ARAÚJO, T. M. The challenges of humanization within units of ready attendance: the vision of managers. **Ciênc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 17, n. 2, p. 1-8, 2018.

LENAGHAN, N. A. Transitional care and empowerment of the older adult. **Geriatr. Nurs.**, St. Louis, v. 40, n. 2, p. 148-153, 2019.

LIMA, A. C. M. G.; NICHIATA, L. Y. I.; BONFIM, D. Emergency department visits for ambulatory care sensitive conditions. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 53, p. e03414, 2019.

LIMA, D. F.; SILVA, M. P., MAZZARDO, O.; LIMA, L. A.; SAMPAIO, A. A.; ANGUERA, M. G.; LUIZ, O. C. Tendência temporal da participação em atividade física no lazer na cidade de Curitiba, Brasil (2006-2015). **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 22, p. e190059, 2019.

LIMA, J. G.; GIOVANELLA, L.; FAUSTO, M. C. R.; BOUSQUAT, A.; SILVA, E. V. Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 52-66, 2018. Número especial.

LIMA, M. A. D. S.; MAGALHÃES, A. M. M.; OELKE, N. D.; MARQUES, G. Q.; LORENZINI, E.; WEBER, L. A. F.; FAN, I. Estratégias de transição de cuidados nos países latino-americanos: uma revisão integrativa. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 39, p. e20180119, 2018.

LINDBLOM, S.; FLINK, M.; SJÖSTRAND, C.; LASKA, A. C.; VON KOCH, L.; YTTERBERG, C. Perceived quality of care transitions between hospital and the home in people with stroke. **J. Am. Med. Dir. Assoc.**, New York, v. 21, n. 12, p. 1885-1892, 2020a.

LINDBLOM, S.; YTTERBERG, C.; ELF, M.; FLINK, M. Perceptive dialogue for linking stakeholders and units during care transitions - a qualitative study of people with

stroke, significant others and healthcare professionals in Sweden. **Int. J. Integr. Care**, v. 20, n. 1, p. 11, 2020b.

LINDEN, A.; BUTTERWORTH, S. W. A comprehensive hospital-based intervention to reduce readmissions for chronically ill patients: a randomized controlled trial. **Am. J. Manag. Care.**, Plainsboro, v. 20, n. 10, p. 783-792, 2014.

LOPES, A. C. S.; TOLEDO, M. T. T.; CÂMARA, A. M. C. S.; MENZEL, H. J. K.; SANTOS, L. C. Condições de saúde e aconselhamento sobre alimentação e atividade física na Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte-MG. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 23, n. 3, p. 475-486, sep, 2014.

LOW, L. L.; VASANWALA, F. F.; NG, L. B.; CHEN, .C; LEE, K. H.; TAN, S. Y. Effectiveness of a transitional home care program in reducing acute hospital utilization: a quasi-experimental study. **BMC Health Serv. Res.**, London, v. 15, p. 100, 2015.

LUIZ, F. F.; CAREGNATO, R. C. A.; COSTA, M. R. Humanization in the Intensive Care: perception of family and healthcare professionals. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 70, n. 5, p. 1040-1047, 2017.

LUPATINI, E. O.; MUNCK, A. K. R.; BASTOS, R. R.; VIEIRA, R. C. P. A. Conhecimento dos pacientes de um hospital de ensino a respeito dos medicamentos prescritos na alta. **HU Rev.**, Juiz de Fora, v. 42, n. 4, p. 315-322, 2016.

MACHADO, W. D.; GOMES, D. F.; FREITAS, C. A. S. L.; BRITO, M. C. C.; MOREIRA, A. C. A. Idosos com doenças crônicas não transmissíveis: um estudo em grupos de convivencia. **ReonFacema.**, Caxias, v. 3, n. 2, p. 444-451, 2017.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha de cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 593-606, 2010.

MALTA, D. C.; STOPA, S. S.; SZWARCWALD, C. L.; GOMES N. L.; SILVA JÚNIOR, J. B.; REIS, A. A. C. A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil - Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 18, p. 3-16, 2015. Suplemento 2.

MALTA, D. C.; BERNAL, R. T. I.; LIMA, M. G.; ARAÚJO, S. S. C.; SILVA, M. M. A.; FREITAS, M. I. F.; BARROS, M. B. A. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, p. 4s, 2017. Suplemento 1.

MANSUR, A. P.; FAVARATO, D. Mortality due to cardiovascular diseases in Brazil and in the metropolitan region of São Paulo: a 2011 update. **Arq. Bras. Cardiol**., São Paulo, v. 99, n. 2, p. 755-761, 2012.

MANSUR, A. P.; FAVARATO, D. Tendências da taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil, 1980-2012. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 107, n. 1, p. 20-25, 2016a.

MANSUR, A. P.; FAVARATO, D. Mortalidade por doenças cardiovasculares em mulheres e homens nas cinco regiões do Brasil, 1980-2012. **Arq. Bras. Cardiol**., São Paulo, v. 107, n. 2, p. 137-146, 2016b.

MCALISTER, F. A.; LIN, M.; BAKAL, J.; KEMP, K. A.; QUAN, H. The care transitions measure-3 is only weakly associated with post-discharge outcomes: a retrospective cohort study in 48,384 Albertans. **J. Gen. Intern. Med.**, Secaucus, v. 34, n. 11, p. 2497-2504, 2019.

MCCOY, R. G.; PETERSON, S. M.; BORKENHAGEN, L. S.; TAKAHASHI, P. Y.; THORSTEINSDOTTIR, B.; CHANDRA, A.; NAESSENS, J. M. Which readmissions may be preventable? Lessons learned from a post-hospitalization care transitions program for high risk elders. **Med. Care**, Hagerstown, v. 56, n. 8, p. 693-700, 2018.

MCLEOD, J.; STOLEE, P.; WALKER, J.; HECKMAN G. Measuring care transition quality for older patients with musculoskeletal disorders. **Musculoskeletal Care.**, London, v. 12, n. 1, p. 13-21, 2014.

MELLO, J. M.; BORGES, P. K. O; MULLER, E. V.; GRDEN, C. R. B.; PINHEIRO, F. K.; BORGES, W. S. Hospitalizations for ambulatory care sensitive noncommunicable diseases of the circulatory system. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 26, n. 1, p. e3390015, 2017.

MELO, S. P. S. C.; CESSE, E. A. P.; LIRA, P. I. C.; RISSIN, A.; CRUZ, R. S. B. L. C.; BATISTA FILHO, M. Doenças crônicas não transmissíveis e fatores associados em adultos numa área urbana de pobreza do nordeste brasileiro. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 3159-3168, 2019.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **REME Rev. Med. Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 18, p. S3-S11, 2008. Suplemento 4.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf. Acesso em: 5 maio 2020.

MENEZES, T. M. O.; OLIVEIRA, A. L. B.; SANTOS, L. B.; FREITAS, R. A.; PEDREIRA, L. C.; VERAS, S. M. C. B. Hospital transition care for the elderly: an integrative review. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 72, p. 294-301, 2019. Supplement 2.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 507-519, 2016.

MIXON, A. S.; GOGGINS, K.; BELL, S. P.; VASILEVSKIS, E. E.; NWOSU, S.; SCHILDCROUT, J. S.; KRIPALANI, S. Preparedness for hospital discharge and prediction of readmission. **J. Hosp. Med.**, Hoboken, v. 11, n. 9, v. 603-609, 2016.

MOHER, D.; SHAMSEER, L.; CLARKE, M.; GHERSI, D.; LIBERATI, A.; PETTICREW, M.; SHEKELLE, P.; STEWART, L. A.; PRISMA-P GROUP. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. **Syst. Rev.**, London, v. 4, n. 1, p. 1, 2015.

MORRISON, J.; PALUMBO, M. V.; RAMBUR, B. Reducing preventable hospitalizations with two models of transitional care. **J. Nurs. Scholarsh.**, Hoboken, v. 48, n. 3., p. 322-329, 2016.

MOSALLAM, R. A.; METWALLY, S. Patients' views on the quality of transitional care at a health insurance hospital in Alexandria, Egypt. **J. Egypt Public Health Assoc.**, Cairo, v. 89, n. 2, p. 74-80, 2014.

MUDALY, P.; NKOSI, Z. Z. Factors influencing nurse absenteeism in a general hospital in Durban, South Africa. **J. Nurs. Manag**., Oxford, v. 23, n. 5, p. 623-631, 2015.

NASCIMENTO, E. R. P.; SILVA, S. G.; SOUZA, B. C.; SOUZA, D. D.; GERMER NETTO, A. Ambiência de uma emergência hospitalar para o cuidado ao idoso: percepção dos profissionais de enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 338-342, 2015.

NAYLOR, M. D.; FELDMAN, P. H.; KEATING, S.; KOREN, M. J.; KURTZMAN, E. T.; MACCOY, M. C.; KRAKAUER, R. Translating research into practice: transitional care for older adults. **J. Eval. Clin. Pract.**, Oxford, v. 15, n. 6, p. 1164-1170, 2009.

NAYLOR, M. D.; AIKEN, L. H.; KURTZMAN, E. T.; OLDS, D. M.; HIRSCHMAN, K. B. The care span: the importance of transitional care in achieving health reform. **Health Aff. (Millwood).**, Bethesda, v. 30, n. 4, p. 746-754, Apr. 2011.

NAYLOR, M. D.; SHAID, E. C.; CARPENTER, D.; GASS, B.; LEVINE, C.; LI, J.; MALLEY, A.; MCCAULEY, K.; NGUYEN, H. Q.; WATSON, H. *et al.* Components of comprehensive and effective transitional care. **J. Am. Geriatr. Soc.**, Malden, v. 65, n. 6, p. 1119-1125, 2017.

NAYLOR, M. D.; HIRSCHMAN, K. B.; TOLES, M. P.; JARRÍN, O. F.; SHAID, E.; PAULY, M. V. Adaptations of the evidence-based transitional care model in the U.S. **Soc. Sci. Med.**, Oxford, v. 213, p. 28-36, 2018.

O'DWYER, G.; MATTA, I. E. A.; PEPE, V. L. E. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do estado do Rio de Janeiro. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1637-1648, 2008.

OLIVEIRA, A. Hiper utilizadores e urgência. **Acta Med. Port.**, Lisboa, v. 21, n. 6, p. 553-558, 2008.

OLIVEIRA, L. S.; SANTOS, J. L. G.; LANZONI, G. M. M.; CECHINEL-PEITER, C. Planejamento da alta hospitalar como estratégia de continuidade do cuidado para atenção primária. **Res. Soc. Dev.**, Vargem Grande Paulista, v. 9, n. 10, p. e3709108518, 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Doenças Cardiovasculares**. 2017a. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5253:doencas-cardiovasculares&Itemid=1096. Acesso em: 7 maio 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Doenças Respiratórias Crônicas**. 2017b. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=581:doencas-respiratorias-cronicas&Itemid=463. Acesso em: 14 maio 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?** Brasília, DF: OPAS, 2018. Disponível em: https://iris.paho.org/handle/10665.2/49663. Acesso em: 26 maio 2020.

OTTENBACHER, K. J.; KARMARKAR, A.; GRAHAM, J. E.; KUO, Y.-F.; DEUTSCH, A.; REISTETTER, T. A.; AL SNIH, S.; GRANGER, C. V. Thirty-day hospital readmission following discharge from postacute rehabilitation in fee-for-service medicare patients. **JAMA**, Chicago, v. 311, n. 6, p. 604-614, 2014.

PAGANO, M.; GAUVREAU, K. **Princípios de bioestatística**. São Paulo: Thomson Pioneira, 2004.

PARK, H. K.; BRANCH, L. G.; BULAT, T.; VYAS, B. B.; ROEVER, C. P. Influence of a transitional care clinic on subsequent 30-day hospitalizations and emergency department visits in individuals discharged from a skilled nursing facility. **J. Am. Geriatr. Soc.**, Malden, v. 61, n. 1, p. 137-142, Jan. 2013.

PARRISH, M. M.; O'MALLEY, K.; ADAMS, R. I.; ADAMS, S. R.; COLEMAN, E. A. Implementation of the care transitions intervention: sustainability and lessons learned. **Prof. Case Manag.**, Philadelphia, v. 14, n. 6, p. 282-293, 2009.

PARRY, C.; MAHONEY, E.; CHALMERS, S. A.; COLEMAN, E. A. Assessing the quality of transitional care further applications of the care transitions measure. **Med. Care**, Hagerstown, v. 46, n. 3, p. 317-322, 2008.

PAULY, M. V.; HIRSCHMAN, K. B.; HANLON, A. L.; HUANG, L.; BOWLES, K. H.; BRADWAY, C.; MCCAULEY, K.; NAYLOR, M. D. Cost impact of the transitional care model for hospitalized cognitively impaired older adults. **J. Comp. Eff. Res.**, London, v. 7, n. 9, p. 913-922, 2018.

PEARCE, N.; EBRAHIM, S.; MCKEE, M.; LAMPTEY, P.; BARRETO, M. L.; MATHESON, D.; WALLS, H.; FOLIAKI, S.; MIRANDA, J. J.; CHIMEDDAMBA, O.;

GARCIA-MARCOS, L.; HAINES, A.; VINEIS, P. Global prevention and control of NCDs: limitations of the standard approach. **J. Public Health Policy**, Basingstoke, v. 36, n. 4, p. 408-425, 2015.

PEIXOTO, M. R. G.; CORDEIRO, M. M.; FERREIRA, V. R.; CARDOSO, C. K. S.; CRISPIM, P. A. A. Ganho de peso na vida adulta: preditor da hipertensão arterial? **Cad. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 58-64, 2017.

PELTZER, K. Patient experiences and health system responsiveness in South Africa. **BMC Health Serv. Res.**, London, v. 9, p. 117, 2009.

PENA, K. S.; ROLLO, R. M.; REUTER, C. L. O.; SANTOS, V. C. F.; RIQUINHO, D. L.; RAMOS, A. R. A transição do cuidado às condições crônicas face ao planejamento municipal regionalizado. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 41, p. e20190168, 2020. Número especial.

PEREIRA, M. V.; ALENCAR, J. S.; SOUTO, R. P.; PINTO, N. B.; SARAIVA, S. E. M. Grau de conhecimento dos pacientes sobre o tratamento: estratégia para uso racional de medicamentos. **J. Health NPEPS.**, Tangará da Serra, v. 1, n. 1, p. 31-39, 2016.

PICKARD, K. E.; INGERSOLL, B. R. Quality versus quantity: the role of socioeconomic status on parent-reported service knowledge, service use, unmet service needs, and barriers to service use. **Autism**, London, v. 20, n. 1, p. 106-115, 2016.

RAYAN, N.; ADMI, H.; SHADMI, E. Transitions from hospital to community care: the role of patient-provider language concordance. **Isr. J. Health Policy Res.**, London, v. 3, p. 24, 2014.

RAYAN-GHARRA, N.; TADMOR, B.; BALICER, R. D.; SHADMI, E. Multicultural transitions: caregiver presence and language-concordance at discharge. **Int. J. Integr. Care**, London, v. 18, n. 3, p. 9, 2018.

RAYAN-GHARRA, N.; BALICER, R. D.; TADMOR, B.; SHADMI, E. Association between cultural factors and readmissions: the mediating effect of hospital discharge practices and care-transition preparedness. **BMJ Qual. Saf.**, London, v. 28, n. 11, p. 866-874, 2019.

RECORD, J. D.; NIRANJAN-AZADI, A.; CHRISTMAS, C.; HANYOK, L. A.; RAND, C. S.; HELLMANN, D.; ZIEGELSTEIN, R. C. Telephone calls to patients after discharge from the hospital: an important part of transitions of care. **Med. Educ. Online**., Philadelphia, v. 20, p. 26701, 2015.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura de Ribeirão Preto. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**. 2017. Disponível em: https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/files/ssaude/pdf/pms-rp-2018-2021.pdf. Acesso em: 15 jan. 2020.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura de Ribeirão Preto. Secretaria Municipal de Saúde. **Complexo Regulador**. 2020. Disponível em:

https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/cregulador/i16cr-complexo_regulador.php. Acesso em: 16 jan. 2020.

RIBEIRO, S. P.; CAVALCANTI, M. D. L. T. Atenção primária e coordenação do cuidado: dispositivo para ampliação do acesso e a melhoria da qualidade. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1799-1808, 2020.

RICCI, H.; ARAÚJO, M. N.; SIMONETTI, S. H. Readmissão precoce em hospital público de alta complexidade em cardiologia. **Rev. Rene.**, Fortaleza, v. 17, n. 6, p. 828-34, 2016.

ROCHA, T. A. H.; SILVA, N. C.; VISSOCI, J. R. N. Oferta de cuidado primário para doenças crônicas: uma análise da eficiência técnicas das equipes de saúde brasileiras. **APS Rev.**, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 18-28, 2019.

ROCHON, R. M.; GIMON, T.; BUIE, W. D.; BRAR, M. S.; DIXON, E.; MACLEAN, A. R. Expedited discharge in uncomplicated acute appendicitis: decreasing the length of stay while maintaining quality. **Am. J. Surg.**, Belle Mead, v. 217, n. 5, p. 830-833, 2019.

ROCOVICH, C.; PATEL, T. Emergency department visits: Why adults choose the emergency room over a primary care physician visit during regular office hours? **World J. Emerg. Med.**, Hangzhou, v. 3, n. 2, p. 91-97, 2012.

ROLDAN-CHICANO, M. T.; BERENGUER-GARCÍA, N.; RODRÍGUEZ-TELLO, J.; GARCÍA-LÓPEZ, M. M.; DÁVILA-MARTÍNEZ, R.; BUENO-GARCÍA, M. J. Validación del cuestionario CTM-3-modificado sobre satisfacción con la continuidad de cuidados: un estudio de cohortes. **Aquichan**, Chía, v. 18, n. 1, p. 9-19, 2018.

ROSSMAN, S. R.; REB, C. W.; DANOWSKI, R. M.; MALTENFORT, M. G.; MARIANI, J. K.; LONNER, J. H. Selective early hospital discharge does not increase readmission but unnecessary return to the emergency department is excessive across groups after primary total knee arthroplasty. **J. Arthroplasty**, New Brunswick, v. 31, n. 6, p. 1175-1178, 2016.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. v-vi, 2007.

RYVICKER, M.; MCDONALD, M. V.; TRACHTENBERG, M.; PENG, T. R.; SRIDHARAN, S.; FELDMAN, P. H. Can the care transitions measure predict rehospitalization risk or home health nursing use of home healthcare patients? **J. Healthc. Qual.**, Skokie, v. 35, n. 5, p. 32-40, 2013.

SABBATINI, A. K.; GALLAHUE, F.; NEWSON, J.; WHITE, S.; GALLAGHER, T. H. Capturing emergency department discharge quality with the care transitions measure: a pilot study. **Acad. Emerg. Med.**, Hoboken, v. 26, n. 6, p. 605-609, 2019.

SALVI, F.; ROSSI, L.; LATTANZIO, F.; CHERUBINI, A. Is polypharmacy an independent risk factor for adverse outcomes after an emergency department visit? **Intern. Emerg. Med.**, Milan, v. 12, n. 2, p. 213-220, 2017.

SANTOS, S.; VASCONCELOS, D. Hospitalização por hipertensão arterial essencial em caráter de urgência no Brasil, 2008-1012. **Rev. Ciênc. Méd. Biol.**, Salvador, v. 12, p. 465-471, 2013. Número especial.

SANTOS, F.; LIMA, W.; SANTOS, A. Hospitalização por diabetes em adultos e idosos no Ceará, 2001-2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, DF, v. 23, n. 4, p. 655-663, 2014.

SANTOS, C. T. B.; ANDRADE, L. O. M.; SILVA, M. J.; SOUSA, M. F. Percurso do idoso em redes de atenção à saúde: um elo a ser construído. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 45-62, 2016.

SANTOS, M. T.; LIMA, M. A. D. S.; ZUCATTI, P. B. Serviços de emergência amigos do idoso no Brasil: condições necessárias para o cuidado. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 50, n. 4, p. 594-601, 2016.

SANTOS, J. L. G.; MENEGON, F. H. A.; DE PIN, S. B.; ERDMANN, A. L.; DE OLIVEIRA, R. J. T.; COSTA, I. A. P. Ambiente de trabalho do enfermeiro em um serviço hospitalar de emergência. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 18, n. 2, p. 195-203, 2017.

SANTOS, L. J. M.; MARTINEZ, B. P.; CORREIA, H. F. Perfil de internações hospitalares e mortalidade por doenças respiratórias obstrutivas crônicas nas regiões brasileiras, entre os anos de 2016 e 2018. **Rev. Ciênc. Méd. Biol.**, Salvador, v. 18, n. 3, p. 344-346, 2019.

SANTOS, S. M. S.; AMARANTE, M. J. R.; PINHEIRO, S. L. F.; PINHEIRO, E. L. T.; DE SOUSA NETO, I. F.; SILVA, C. L.; MENEZES, R. S. M.; PINHEIRO, R. B.; FERNANDES, L. S.; SANTOS, M. M. S. *et al.* Percepções dos acompanhantes acerca da comunicação verbal da equipe de enfermagem na emergência. **Res. Soc. Dev.**, Vargem Grande Paulista, v. 9, n. 8, p. e195985586, 2020.

SHADMI, E.; ZISBERG, A.; COLEMAN, E. A. Translation and validation of the care transition measure into hebrew and arabic. **Int. J. Qual. Health Care**, Oxford, v. 21, n. 2, p. 97-102, 2009.

SHALABY, M. S.; GIBSON, A.; GRANITSIOTIS, P.; CONN, G.; CASCIO, S. Assessment of the introduction of an adolescent transition urology clinic using a validated questionnaire. **J. Pediatr. Urol**., Kidlington, v. 11, n. 2, p. 89.e1-5, 2015.

SILVA, I. B.; ESTEVES, Y. A.; CASTRO, M. C. S. Humanização no atendimento de emergência através da classificação de risco: uma revisão de literatura. **Rev. Eletrônica Estácio Saúde**, São José, v. 5, n. 1, p. 157-172, 2016.

SILVA, K. L.; SILVA, Y. C.; LAGE, E. G.; PAIVA, P. A.; DIAS, O. V. Por que é melhor em casa? A percepção de usuários e cuidadores da atenção domiciliar. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 22, n. 4, p. e49660, 2017.

SILVA, J. M.; HORBACH, J. M.; SCHUH, L. X. Assistência humanizada nos setores de urgência e emergência. **Rev. Semanas Acad.**, Cachoeira do Sul, v. 4, n. 6, p. 2-3, 2017.

SILVA, R. L.; RIBEIRO, M. A. T.; AZEVEDO, C. C. Concepções sobre o processo de alta hospitalar: uma revisão crítica. **Tempus Actas Saúde Coletiva**, Brasília, DF, v. 12, n. 1, p. 135-146, 2018.

SILVA, M. S.; BEUTER, M.; BENETTI, E. R. R.; BRUINSMA, J. L.; DONATI, L.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O. Situations experienced by family caregivers of elderly persons in domiciliary attention. **Rev. Enferm. UFSM**, Santa Maria, v. 9, n. 10, p. 1-21, 2019.

SILVA, D. P.; DIAS, E. S.; TELES, H. C. C.; GALDINO, L. P.; JESUS, C. V. F. D.; LIMA, S. O. Impactos da superlotação dos serviços hospitalares de urgência e emergência: revisão integrativa. **Rev. Saúde Desenv.**, São José do Rio Preto, v. 14, n. 17, p. 1-13, 2020.

SIMÃO, L. T. S. S.; LAGES, L. P.; DE PAIVA, M. H. P.; RIBEIRO, N. L. S.; ARAÚJO, E. R. M.; LEÃO, G. M. Perfil dos idosos com doenças crônicas não transmissíveis internadas em unidade de terapia intensiva. **Enferm. Foco**, Brasília, DF, v. 10, n. 1, p. 76-80, 2019.

SIMIELI, I.; PADILHA, L. A. R.; DE FREITAS TAVARES, C. F. Realidade do envelhecimento populacional frente às doenças crônicas não transmissíveis. **Rev. Eletrônica Acervo Saúde**, São Paulo, n. 37, p. e1511, 2019.

SINGH, S.; MCGLENNAN, A., ENGLAND, A.; SIMONS, R. A validation study of the CEMACH recommended modified early obstetric warning system (MEOWS). **Anaesthesia**, Oxford, v. 67, n. 1, p. 12-18, 2012.

SIQUEIRA, A. S. E.; SIQUEIRA-FILHO, A. G.; LAND, M. G. P. Análise do impacto econômico das doenças cardiovasculares nos últimos cinco anos no Brasil. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 109, n. 1, p. 39-46, 2017.

SISTEMA FIRJAN. **Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal (IFDM**): Ribeirão Preto. 2018. Disponível em: https://www.firjan.com.br/ifdm/consulta-ao-indice/ifdm-indice-firjan-de-desenvolvimento-municipal-resultado.htm?UF=SP&IdCidade=354340&Indicador=1&Ano=2016. Acesso em: 15 jan. 2020.

SMOLEN, J. R.; ROLAND, J.; THORPE, J. R.; BOWIE, J. V.; GASKIN, D. J., LAVEIST, T. A. Health insurance and chronic conditions in low-income urban whites. **J. Urban Health**, New York, v. 91, n. 4, p. 637-647, 2014.

SNOW, K.; GALAVIZ, K.; TURBOW, S. Patient outcomes following interhospital care fragmentation: a systematic review. **J. Gen. Intern. Med.**, Secaucus, v. 35, n. 5, p. 1550-1558, 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020**. São Paulo: Clannad, 2019.

SOONG, C.; KURABI, B.; WELLS, D.; CAINES, L.; MORGAN, M. W.; RAMSDEN, R.; BELL, C. M. Do post discharge phone calls improve care transitions? A cluster-randomized trial. **PLoS One**, San Francisco, v. 9, n. 11, p. e112230, 2014.

SORIANO, J. B.; ABAJOBIR, A. A.; ABATE, K. H.; ABERA, S. F.; AGRAWAL, A.; AHMED, M. B.; AICHOUR, A. N.; AICHOUR, I.; AICHOUR, M. T. E.; ALAM, K. *et al.* Global, regional, and national deaths, prevalence, disability-adjusted life years, and years lived with disability for chronic obstructive pulmonary disease and asthma, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. **Lancet Respir. Med.**, Kidlington, v. 5, n. 9, p. 691-706, 2017.

SOUSA, F. S.; MARTINS, I. M.; OLIVEIRA, A. D. S.; CARDOSO, S. B.; ROCHA, F. C. V.; CORDEIRO, E. C. O. Avaliação do grau de superlotação de serviço hospitalar de urgência. **Rev. Enferm. UFPI**, Teresina, v. 7, n. 2, p. 41-45, 2018.

SOUSA, K. H. J. F.; DAMASCENO, C. K. C. S.; ALMEIDA, C. A. P. L.; MAGALHÃES, J. M.; FERREIRA, M. A. Humanização nos serviços de urgência e emergência: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 40, p. e20180263, 2019.

SOUZA, I. C. P.; SILVA, A. G.; QUIRINO, A. C. S.; NEVES, M. S.; MOREIRA, L. R. Perfil de pacientes dependentes hospitalizados e cuidadores familiares: conhecimento e preparo para as práticas do cuidado domiciliar. **Rev. Min. Enferm.**, v. 18, n. 1, p. 164-180, 2014.

TAKAHASHI, P. Y.; NAESSENS, J. M.; PETERSON, S. M.; RAHMAN, P. A.; SHAH, N. D.; FINNIE, D. M.; WEYMILLER, A. J.; THORSTEINSDOTTIR, B.; HANSON, G. J. Short-term and long-term effectiveness of a post-hospital care transitions program in an older, medically complex population. **Healthc (Amst),** Amsterdam, v. 4, n. 1, p. 30-35, 2016.

TAKAHASHI, P. Y.; FINNIE, D. M.; QUIGG, S. M.; BORKENHAGEN, L. S.; KUMBAMU, A.; KIMEU, A. K.; GRIFFIN, J. M. Understanding experiences of patients and family caregivers in the Mayo Clinic Care Transitions program: a qualitative study. **Clin. Interv. Aging,** Auckland, v. 14, p. 17, 2019.

TANG, N.; FUJIMOTO, J.; KARLINER, L. Evaluation of a primary care-based post-discharge phone call program: keeping the primary care practice at the center of post-hospitalization care transition. **J. Gen. Intern. Med.**, Secaucus, v. 29, n. 11, p. 1513-1518, 2014.

TAYLOR, B. J.; RUSH, K. L.; ROBINSON, C. A. Nurses' experiences of caring for the older adult in the emergency department: a focused ethnography. **Int. Emerg. Nurs.**, Oxford, v. 23, n. 2, p. 185-189, 2015.

THE CARE TRANSITIONS PROGRAM. **User's Manual**: the care transitions intervention – improving transitions across sites of care. Denver, Colorado. 2009.

Disponível em: http://frontierrural.org/docs/Care_Transitions_Manual.pdf. Acesso em: 3 maio 2020.

THE CARE TRANSITIONS PROGRAM. **The Care Transition Intervention**: heath care services for improving quality and safety during care hands-off. Denver, Colorado. 2019. Disponível em: www.caretransitions.org. Acesso em: 19 jan. 2020.

THEME FILHA, M. M.; SOUZA JÚNIOR, P. R. B.; DAMACENA, G. N.; SZWARCWALD, C. L. Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e associação com autoavaliação de saúde: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 18, p. 83-96, 2015. Suplemento 2.

TOLES, M.; COLÓN-EMERIC, C.; NAYLOR, M. D.; ASAFU-ADJEI, J.; HANSON, L. C. Connect-home: transitional care of skilled nursing facility patients and their caregivers. **J. Am. Geriatr. Soc.**, Malden, v. 65, n. 10, p. 2322-2328, 2017.

TOLES, M.; LEEMAN, J.; COLÓN-EMERIC, C.; HANSON, L. C. Implementing a standardized transition care plan in skilled nursing facilities. **J. Appl. Gerontol.**, Thousand Oaks, v. 39, n. 8, p. 855-862, 2020.

TOMLINSON, A. R.; BLUM, R. A.; JETTÉ, N.; KWON, C. S.; EASTON, A.; YESHOKUMAR, A. K. Assessment of care transitions and caregiver burden in anti-NMDA receptor encephalitis. **Epilepsy Behav.**, San Diego, v. 108, p. 107066, 2020.

TVERDAL, C. B.; HOWE, E. I.; RØE, C.; HELSETH, E.; LU, J.; TENOVUO, O.; ANDELIC, N. Traumatic brain injury: patient experience and satisfaction with discharge from trauma hospital. **J. Rehabil. Med.**, Uppsala, v. 50, n. 6, p. 505-513, 2018.

UCHIMURA, L. Y. T.; VIANA, A. L. A.; SILVA, H. P.; IBAÑEZ, N. Unidades de Pronto Atendimento (UPAs): características da gestão às redes de atenção no Paraná. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p. 972-983, 2015.

UNITED NATIONS (UN). General Assembly. **Political declaration of the high-level meeting of the General Assembly on the prevention and control of non-communicable diseases**. New York: United Nations. 2011. Disponível em: https://digitallibrary.un.org/record/710899/files/A_66_L-1-EN.pdf. Acesso em: 6 maio 2020.

UNITED NATIONS (UN). **General Assembly High-Level Meeting on Non-Communicable Diseases Urges. National Targets, Global Commitments to Prevent Needless Loss of Life**. New York: United Nations, 2014. Disponível em: http://www.un.org/News/Press/docs/2014/ga11530.doc.htm. Acesso em: 6 maio 2020.

VAN SPALL, H. G. C.; LEE, S. F.; XIE, F.; OZ, U. E.; PEREZ, R.; MITOFF, P. R.; MAINGI, M.; TJANDRAWIDJAJA, M. C.; HEFFERNAN, M.; ZIA, M. I. *et al.* Effect of patient-centered transitional care services on clinical outcomes in patients hospitalized for heart failure: the PACT-HF randomized clinical trial. **JAMA**, Chicago, v. 321, n. 8, p. 753-761, 2019.

VAN TIEL, S.; ROOD, P. P. M.; BERTOLI-AVELLA, A. M.; ERASMUS, V.; HAAGSMA, J.; VAN BEECK, E.; PATKA, P.; POLINDER, S. Systematic review of frequent users of emergency departments in non-US hospitals: state of the art. **Eur. J. Emerg. Med.**, London, v. 22, n. 5, p. 306-315, 2015.

VERAS, R. P. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 231-238, 2012.

VERAS, R. P.; CALDAS, C. P.; DA MOTTA, L. B.; DE LIMA, K. C., SIQUEIRA, R. C.; RODRIGUES, R. T. S. V.; SANTOS, L. M. A. M.; GUERRA, A. C. L. C. Integração e continuidade do cuidado em modelos de rede de atenção à saúde para idosos frágeis. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 357-365, 2014.

VERHAEGH, K. J.; MACNEIL-VROOMEN, J. L.; ESLAMI, S.; GEERLINGS, S. E.; ROOIJ, S. E.; BUURMAN, B. M. Transitional care interventions prevent hospital readmissions for adults with chronic illnesses. **Health Aff. (Millwood).**, Bethesda, v. 33, n. 9, p. 1531-1539, 2014.

VIDAL, T. B.; ROCHA, S. A.; HARZHEIM, E.; HAUSER, L.; TESSER, C. D. Modelos de agendamento e qualidade da atenção primária: estudo transversal multinível. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 53, p. 38, 2019.

VIERA, S. **Bioestatística**: tópicos avançados. 4. ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2018.

WEBER, L. A. F.; LIMA, M. A. D. S.; ACOSTA, A. M.; MARQUES, G. Q. M. Transição do cuidado do hospital para o domicílio: revisão integrativa. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 22, n. 3, p. e47615, 2017.

WEBER, L. A. F.; LIMA, M. A. D. S.; ACOSTA, A. M. Quality of care transition and its association with hospital readmission. **Aquichan**, Chía, v. 19, n. 4, p. e1945, 2019.

WITT, R. R. Sistema de referência e contra- referência num serviço de saúde comunitária. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 13, n. 1, p. 19-23, 1992.

WONG, F. K.; CHOW, S.; CHANG, K.; LEE, A.; LIU, J. Effects of nurse follow-up on emergency room revisits: a randomized controlled trial. **Soc. Sci. Med.**, Oxford, v. 59, n. 11, p. 2207-2218, Dec. 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The world health report 2000**: health systems, improving performance. Geneva: World Health Organization, 2000. Disponível em: https://www.who.int/whr/2000/en/. Acesso em: 26 mai. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Doenças crônicas e os fatores de risco comuns**. 2005. Disponível em: https://actbr.org.br/uploads/arquivo/956_WHOFactsheet1_port_REV.pdf. Acesso em: 6 abr. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Cardiovacular Diseases (CVDs) 2016.** Disponível em: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html. Acesso em: 11 mai. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Time to deliver**: report of the WHO independent high-level commission on noncommunicable diseases. Geneva: WHO, 2018. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272710/9789241514163-eng.pdf?ua=1. Acesso em: 6 mai. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Noncommunicable diseases progress monitor 2020**. Geneva: WHO; 2020. Disponível em: https://www.who.int/publications-detail/ncd-progress-monitor-2020. Acesso em: 30 dez. 2020.

YOSHIMURA, M.; SATO, M.; SUMI, N. Validity and reliability of the Japanese version of the care transitions measure. **Int. J. Health Plann. Manage**., Chichester, v. 33, n. 2, p. 380-390, 2018.

YUSOF, F. M.; TAN, C. E. Perceived quality of transitional care between public hospital and public health care clinic in Negeri Sembilan, Malaysia: a pilot study. **Malays. J. Public Health Med.**, Kuala Lumpur, v. 20, n. 1, p. 90-101, 2020.

Apêndices

APÊNDICE A

APÊNDICE A – Ficha de Identificação e Caracterização do Participante

Sexo: ( ) M ( ) F
Data de Nascimento: Idade:
Estado Civil:
Bairro de procedência: UBS pertencente:
Grau de Escolaridade:
( ) Analfabeto ( ) Ensino Fundamental Incompleto ( ) Ensino Fundamental Completo ( ) Ensino Médio Incompleto ( ) Ensino Médio Completo ( ) Ensino Superior Incompleto ( ) Ensino Superior Completo ( ) Pós-graduação
Diagnósticos por CID-10:
Tempo de diagnóstico da doença:
Medicamentes utilizados para o tratamento:
Possui alguma complicação relacionada à patologia?
( ) Sim ( ) Não. Quais? _____
Possui mais alguma outra doença associada:
Tempo de permanência no serviço:
Número de atendimentos no serviço de emergência durante o último ano:
Número de consultas realizadas na Atenção Primária à Saúde durante o último ano:
Número de reinternações no serviço de emergência nos próximos dois meses pós coleta:
Óbito nos próximos dois meses pós coleta: ( ) Sim ( ) Não

Preenchimento pelo pesquisador:
REGISTRO HC:
Participante nº: _____ Data: ___/___/____ Turno: ( ) M ( ) T ( ) N
Dia da semana: ( ) SEG ( ) TER ( ) QUA ( ) QUI ( ) SEX ( ) SAB ( ) DOM

APÊNDICE B

APÊNDICE B – Carta de apresentação para a coleta de dados da etapa quantitativa

Bom dia/tarde/noite, Sr (a) _____.

Meu nome é Denise Ferro, sou pesquisadora da Escola de Enfermagem da USP.

Estou ligando para convidá-lo (a) a participar voluntariamente de uma pesquisa intitulada “Transição do cuidado de usuários com doenças crônicas do serviço de emergência para a casa: continuidade do cuidado na rede de atenção à saúde”. Trata-se do meu projeto de doutorado e tem como objetivo avaliar o processo de transição da sua última internação na Unidade Emergência do Hospital das Clínicas para casa e, com isso, acompanhamento da Atenção Básica.

Caso o sr (a) aceite participar do estudo, estarei lendo um documento formal, o qual constará os benefícios da pesquisa, bem como possíveis riscos, além dos seus direitos e informações éticas e de contato. Após leitura do documento formal, ocorrerá a aplicação de um questionário que contém 15 perguntas sobre o processo de alta durante sua última internação.

Todo o processo de leitura do documento e aplicação do questionário pode tomar em torno de 20 minutos do seu tempo, portanto, podemos agendar o melhor dia ou horário para realização da coleta.

Lembrando que o sr (a) tem o direito de se recusar a participar desta pesquisa sem que isso acarrete em quaisquer prejuízos em futuros atendimentos na unidade.

O sr (a) aceita participar deste estudo?

( ) Sim ( ) Não

APÊNDICE C

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a coleta de dados do estudo

Bom dia/tarde/noite, Sr (a) _____.

Meu nome é Denise Ferro, sou pesquisadora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP). Esta ligação tem o propósito de convidá-lo (a) a participar voluntariamente da primeira etapa de uma pesquisa intitulada “Transição do cuidado de usuários com doenças crônicas do serviço de emergência para a casa: continuidade do cuidado na rede de atenção à saúde”, com o objetivo de avaliar o processo de transição do cuidado de sua última internação na Unidade Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (UE-HCFMRP/USP) para casa.

Serão lidas perguntas sobre sua experiência com o processo de alta hospitalar e será utilizada uma ficha de identificação, com as seguintes informações: idade, sexo, grau de escolaridade, número de internações que o sr. (a) teve no último ano e número de consultas que o sr. (a) realizou na atenção básica no último ano. Ao aceitar participar deste estudo, você estará concordando em fornecer essas informações ao pesquisador, e, portanto, a ligação será gravada e as informações obtidas serão mantidas sob a responsabilidade e a guarda do pesquisador. O seu nome será mantido em sigilo e as pessoas não serão identificadas.

O tempo de duração aproximada desta pesquisa é de 15 minutos.

Os possíveis benefícios para a população serão a médio e longo prazo, pois os resultados da pesquisa poderão auxiliar na melhoria do atendimento e da transição do cuidado do paciente para casa, bem como aumento da satisfação do usuário do serviço. Um dos riscos deste estudo diz respeito à invasão de privacidade. Para evita-lo, nos comprometemos a utilizar as informações restritamente na pesquisa e os resultados obtidos serão divulgados em eventos na área da saúde nacionais e internacionais e em revistas científicas e, portanto, não daremos outro destino às informações que você nos fornecerá. Outro risco se refere à tomada de tempo para responder o questionário. Se necessário, a entrevista será interrompida e remarcada para nova data de escolha do participante. Além disso, poderá haver desconforto para

responder sobre algum item. Caso isso ocorra, o sr (a) tem a liberdade de se recusar a responder quaisquer perguntas.

Sua participação é voluntária, sem custo financeiro e você tem a liberdade de se recusar a responder quaisquer perguntas e de não aceitar fazer parte do estudo, sem que isto acarrete em quaisquer prejuízos em futuros atendimentos na unidade.

Caso haja surgimento de dano de efeito moral, como a quebra do sigilo, apesar de todos os cuidados tomados para que isso jamais ocorra, você tem direito à indenização, conforme as leis vigentes no País.

Aos participantes desta pesquisa fica garantido o direito de receber quaisquer esclarecimentos quanto a dúvidas sobre assuntos relacionados ao estudo. O contato da pesquisadora responsável pelo estudo, Denise Ferro, e da orientadora Profa. Dra. Ione Carvalho Pinto, é pelo telefone (16) 3315-3395, pelo e-mail denise.ferro@usp.br ou pelo endereço da EERP-USP, na Avenida dos Bandeirantes, 3900. Campus Universitário, sala 109.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, que tem a função de proteger eticamente o participante de pesquisa. Caso você possua alguma dúvida quanto às considerações éticas do presente estudo, poderá entrar em contato com o CEP pelo telefone: (16) 3315 9197, em dias úteis das 10h às 12h e das 14h às 16h ou pelo e-mail: cep@eerp.usp.br

Ao final do estudo você terá contribuído para a avaliação da transição do cuidado, sendo de grande utilidade para os serviços de saúde.

A partir destas considerações, você aceita participar deste estudo?

( ) Sim ( ) Não

PREENCHIMENTO PELO PESQUISADOR:

Participante nº _____.

Data da coleta: ___/___/_____.

Anexos

ANEXO A

ANEXO A – Versão validada e adaptada do instrumento Care Transitions Measure (CTM-15) no Brasil

Medida de Transições do Cuidado

Nome do paciente:_____ Data: _____

Quem participou da entrevista? ( ) Paciente ( ) Cuidador

As primeiras afirmações são sobre o período que você estava no hospital...

1. Antes de sair do hospital, eu e a equipe de saúde concordamos sobre objetivos para minha saúde e como eles seriam alcançados.

Discordo Muito	Discordo	Concordo	Concordo Muito	Não sei/não me lembro/não se aplica

2. A equipe do hospital considerou as minhas preferências e as da minha família ou cuidador para decidir *quais* seriam as minhas necessidades de saúde para depois que eu saísse do hospital.

Discordo Muito	Discordo	Concordo	Concordo Muito	Não sei/não me lembro/não se aplica

3. A equipe do hospital considerou as minhas preferências e as da minha família ou cuidador para decidir *onde* as minhas necessidades de saúde seriam atendidas depois que eu saísse do hospital.

Discordo Muito	Discordo	Concordo	Concordo Muito	Não sei/não me lembro/não se aplica

As próximas afirmações são sobre quando você estava se preparando para sair do hospital...

4. Quando eu saí do hospital, eu tive todas as informações que precisava para que eu pudesse cuidar de mim mesmo.

Discordo Muito	Discordo	Concordo	Concordo Muito	Não sei/não me lembro/não se aplica

5. Quando eu saí do hospital, eu entendi claramente como cuidar da minha saúde.

Discordo Muito	Discordo	Concordo	Concordo Muito	Não sei/não me lembro/não se aplica

6. Quando eu saí do hospital, eu entendi claramente os sinais de alerta e os sintomas que eu deveria observar para monitorar a minha condição de saúde.

Discordo Muito	Discordo	Concordo	Concordo Muito	Não sei/não me lembro/não se aplica

7. Quando eu saí do hospital, eu recebi um plano escrito, legível e de fácil compreensão, que descrevia como todas as minhas necessidades de saúde seriam atendidas.

Discordo Muito	Discordo	Concordo	Concordo Muito	Não sei/não me lembro/não se aplica

8. Quando eu saí do hospital, eu compreendi bem minha condição de saúde e o que poderia melhorá-la ou piorá-la.

Discordo Muito	Discordo	Concordo	Concordo Muito	Não sei/não me lembro/não se aplica

9. Quando eu saí do hospital, eu compreendi bem o que era de minha responsabilidade para cuidar da minha saúde.

Discordo Muito	Discordo	Concordo	Concordo Muito	Não sei/não me lembro/não se aplica

10. Quando eu saí do hospital, eu me senti seguro de que eu sabia o que fazer para cuidar da minha saúde.

Discordo Muito	Discordo	Concordo	Concordo Muito	Não sei/não me lembro/não se aplica

11. Quando eu saí do hospital, eu me senti seguro de que conseguiria fazer as coisas necessárias para cuidar da minha saúde.

Discordo Muito	Discordo	Concordo	Concordo Muito	Não sei/não me lembro/não se aplica

A próxima afirmação é sobre suas consultas de acompanhamento médico...

12. Quando eu saí do hospital, eu recebi uma lista por escrito, legível e de fácil compreensão, das consultas ou exames que eu precisava realizar dentro das próximas semanas.

Discordo Muito	Discordo	Concordo	Concordo Muito	Não sei/não me lembro/não se aplica

As próximas afirmações são sobre seus medicamentos...

13. Quando eu saí do hospital, eu entendi claramente o *motivo* de tomar cada um dos meus medicamentos.

Discordo Muito	Discordo	Concordo	Concordo Muito	Não sei/não me lembro/não se aplica

14. Quando eu saí do hospital, eu entendi claramente *como* tomar cada um dos meus medicamentos, inclusive a quantidade e os horários.

Discordo Muito	Discordo	Concordo	Concordo Muito	Não sei/não me lembro/não se aplica

15. Quando saí do hospital, eu entendi claramente os possíveis *efeitos colaterais* de cada um dos meus medicamentos.

Discordo Muito	Discordo	Concordo	Concordo Muito	Não sei/não me lembro/não se aplica

ANEXO B

ANEXO B – Autorização do uso do instrumento pelas pesquisadoras responsáveis pela validação do CTM-15 no Brasil

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315-3382 - 55 16 3315-3381 - Fax: 55 16 3315-0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

ACORDO DE UTILIZAÇÃO DE PRODUTO

Ribeirão Preto, 16 de agosto de 2018.

Venho por meio desta carta, solicitar autorização para utilização do instrumento elaborado por (COLEMAN, et al, 2002), e adaptado a cultura brasileira por Aline Marques Acosta em sua tese de doutorado, orientada pela Professora Doutora Maria Alice Dias da Silva Lima (ACOSTA; LIMA; et al, 2017).

O instrumento em questão será utilizado em um projeto de doutorado de Denise Ferro, supervisionado pela Professora Doutora Ione Carvalho Pinto da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo EERP/USP.

A sua utilização será no âmbito nacional, sem fins comerciais, com a garantia que será explicitado claramente o crédito e os resultados obtidos pela pesquisa aos autores do instrumento.

Estando cientes e de acordo com os critérios explicitados neste documento, todas as partes envolvidas assinam este acordo:

Profa. Dra. Ione Carvalho Pinto
Pesquisadora responsável pela utilização do Produto
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP

Denise Ferro
Doutoranda do Programa de Pós-graduação Enfermagem em Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública – DEMISP
Fone: 55 16 3315.3391 – 16 3315.3466
misp@eerp.usp.br

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315-3382 - 55 16 3315-3381 - Fax: 55 16 3315-0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

Profa. Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima
Autora do instrumento adaptado para o Brasil
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Profa. Dra. Aline Marques Acosta
Autora do instrumento adaptado para o Brasil
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

REFERÊNCIAS

ACOSTA, A. M.; LIMA, M. A. D. S.; MARQUES, G. Q.; LEVANDOVSKI, P. F.; WEBER, L. A. F. Brazilian version of the Care Transitions Measure: translation and validation. Int Nurs Rev., v. 64, n. 3, p. 379-387, set, 2017.

COLEMAN, E. A. Development and testing of a measure designed to assess the quality of care transitions. International Journal of Integrated Care, v. 2, n. 1, 2002.

ANEXO C

ANEXO C – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315.3382 / 55 16 3315.3381 - Fax: 55 16 3315.0518
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

Ofício CEP-EERP/USP nº 256/2018, de 19/10/2018

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa abaixo especificado foi analisado e considerado **aprovado "ad referendum"** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP) em 19 de outubro de 2018.

Protocolo CAAE: 96780518.5.0000.5393

Projeto: Transição do cuidado de usuários com doenças crônicas da unidade de emergência para a atenção primária à saúde

Pesquisadores: Denise Ferro
Ione Carvalho Pinto (orientadora)

Em atendimento às normativas éticas vigentes, em especial as Resoluções CNS nº 466/2012 e nº 510/2016, deverão ser encaminhados ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª Dra. Angelita Maria Stabile
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Prof.ª Dra. Ione Carvalho Pinto
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO D

ANEXO D – Autorização do Centro de Estudos de Emergência em Saúde da UE-HCFMRP

19- 98260-6038

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
UNIDADE DE EMERGÊNCIA
CENTRO DE ESTUDOS DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE

USP - RIBEIRÃO
assistência - ensino - pesquisa

Fone: (16) 36021225 / Fax: (16) 36021248
cees@hcrp.fmrp.usp.br www.hcrp.fmrp.usp.br

Rua Bernardino de Campos, 1000
14015-130 Ribeirão Preto SP

CENTRO DE ESTUDOS DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE DA U.E.- HCFMRP-USP

PARECER

O trabalho intitulado **"Transição do cuidado de usuários com doenças crônicas da unidade de emergência para a atenção primária à saúde",** apresentado sob a responsabilidade da Profª Drª. Ione Carvalho Pinto como Projeto de Pesquisa a ser realizado na Unidade de Emergência, pela graduada em Enfermagem Denise Ferro, foi aprovado pelo Conselho Científico do CIES.

Ribeirão Preto, 01 de agosto de 2018.

Prof. Dr. MARCOS DE CARVALHO BORGES
Coordenador Administrativo
da Unidade de Emergência -HCFMRP-USP