

Artigo original

Mendes VA, Gonçalves PCA, Borges JS, Oliveira PR, Silva CG, Costa MFBNA, et al.
Experiência do paciente na transição de cuidados hospitalares: análise à luz da gestão da clínica.

Rev Gaúcha Enferm. 2026;47:e20250264.

<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2026.20250264.pt>

Experiência do paciente na transição de cuidados hospitalares: análise à luz da gestão da clínica

Patient experience in hospital care transition: analysis in light of clinical management

Experiencia del paciente en la transición de la atención hospitalaria: análisis desde la perspectiva de la gestión clínica

Vanessa Alves Mendes^{a,b} <https://orcid.org/0000-0003-2284-5082>

Pâmela Caroline de Arruda Gonçalves^a <https://orcid.org/0009-0008-6531-3573>

Jonathan Silva Borges^c <https://orcid.org/0000-0002-2813-6060>

Patrícia Rosa de Oliveira^a <https://orcid.org/0009-0001-3890-0077>

Carolina Giordani da Silva^a <https://orcid.org/0000-0001-6035-7704>

Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa^d <https://orcid.org/0000-0002-2763-8050>

Mara Regina Rosa Ribeiro^a <https://orcid.org/0000-0002-7132-3005>

Gímerson Erick Ferreira^{a, e} <https://orcid.org/0000-0002-4039-0205>

^a Universidade Federal de Mato Grosso. Faculdade de Enfermagem. Grupo de pesquisa de Gestão, Educação e Formação em Saúde e Enfermagem. Cuiabá. Mato Grosso. Brasil.

^b Universidade Federal de Rondonópolis. Faculdade de Ciências da Saúde. Rondonópolis. Mato Grosso. Brasil.

^c Centro Universitário Estácio do Pantanal. Cáceres. Mato Grosso. Brasil.

^d Universidade Federal de São Paulo. Departamento de Medicina. São Paulo. São Paulo. Brasil.

^e Universidade Estadual de Maringá. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Enfermagem. Maringá. Paraná. Brasil.

Como citar este artigo:

Mendes VA, Gonçalves PCA, Borges JS, Oliveira PR, Silva CG, Costa MFBNA, et al.
Experiência do paciente na transição de cuidados hospitalares: análise à luz da gestão da clínica. Rev Gaúcha Enferm. 2026;47:e20250264. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2026.20250264.pt>

RESUMO

Objetivo: Analisar a experiência do paciente na transição do cuidado, na alta hospitalar, à luz da gestão da clínica.

Método: Pesquisa qualitativa realizada com 31 pacientes de um hospital público universitário da região Centro-Oeste do Brasil. Os dados foram coletados por meio de entrevistas, mediadas pela técnica do incidente crítico. As informações foram processadas no *software* IRaMuTeQ® e submetidas à análise de conteúdo.

Resultados: As categorias principais foram: desafios na transição e na logística do atendimento na Rede de Atenção à Saúde; relações interpessoais e acompanhamento clínico no cuidado; e percepção de atendimento e satisfação no processo de recuperação. Experiências relacionadas à presença de vínculos terapêuticos consistentes, comunicação clara, ambiente acolhedor e atuação coordenada das equipes multiprofissionais foram relacionadas à maior satisfação e à confiança no cuidado, enquanto falhas comunicacionais e ausência de acompanhamento foram frustrantes.

Conclusão: Os achados apontam a necessidade de aprimorar a coordenação entre os serviços de saúde, especialmente em aspectos logísticos e comunicacionais. Nesse contexto, a gestão da clínica se apresenta como uma estratégia oportuna para promover a integração das práticas assistenciais, contribuindo para uma atenção mais resolutiva, contínua e centrada no paciente ao longo de sua jornada nos diferentes níveis de atenção.

Descritores: Assistência centrada no paciente; Transição do hospital para o domicílio; Gestão clínica; Qualidade da assistência ao paciente; Satisfação do paciente.

ABSTRACT

Objective: To analyze the patient experience during the transition of care, at hospital discharge, in light of clinical management.

Method: This is a qualitative study conducted with 31 patients at a public university hospital in the Central-West region of Brazil. Data were collected through interviews, mediated by the critical incident technique. The information was processed using IRaMuTeQ® software and subjected to content analysis.

Results: The main categories were: challenges in transition and in the logistics of care within the Health Care Network; interpersonal relationships and clinical follow-up in care; and perception of care and satisfaction in the recovery process. Experiences related to the presence of consistent therapeutic bonds, clear communication, a welcoming environment, and coordinated action by multidisciplinary teams were associated with greater satisfaction and trust in care, while communication failures and lack of follow-up were frustrating.

Conclusion: The findings highlight the need to improve coordination between healthcare services, especially in logistical and communication aspects. In this context, clinic management emerges as an opportune strategy to promote the integration of care practices, contributing to more effective, continuous, and patient-centered care throughout their journey at different levels of care.

Descriptors: Patient-centered care; Hospital-to-home transition; Clinical management; Quality of patient care; Patient satisfaction.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la experiencia del paciente durante la transición de atención, al alta hospitalaria, a la luz del manejo clínico.

Método: Estudio cualitativo realizado con 31 pacientes en un hospital universitario público de la región Centro-Oeste de Brasil. Los datos se recopilaron mediante entrevistas, mediadas

por la técnica de incidentes críticos. La información se procesó mediante el software IRaMuTeQ® y se sometió a análisis de contenido.

Resultados: Las categorías principales fueron: desafíos en la transición y la logística de la atención dentro de la Red de Atención Médica; relaciones interpersonales y seguimiento clínico durante la atención; y percepción de la atención y satisfacción en el proceso de recuperación. Las experiencias relacionadas con la presencia de vínculos terapéuticos consistentes, una comunicación clara, un ambiente acogedor y la acción coordinada de equipos multidisciplinarios se asociaron con una mayor satisfacción y confianza en la atención, mientras que las fallas en la comunicación y la falta de seguimiento resultaron frustrantes.

Conclusión: Los hallazgos resaltan la necesidad de mejorar la coordinación entre los servicios de atención, especialmente en los aspectos logísticos y de comunicación. En este contexto, la gestión clínica se presenta como una estrategia oportuna para promover la integración de las prácticas de atención, contribuyendo a una atención más efectiva, continua y centrada en el paciente a lo largo de su trayectoria en los diferentes niveles de atención.

Descriptor: Atención centrada en el paciente; Transición del hospital al domicilio; Gestión clínica; Calidad de la atención al paciente; Satisfacción del paciente.

INTRODUÇÃO

Durante a internação hospitalar, os pacientes vivenciam sucessivas transferências de responsabilidades entre profissionais e ambientes de cuidado⁽¹⁾. Esses momentos configuram pontos críticos de vulnerabilidade para pacientes e familiares, permeados por incertezas, risco de descontinuidade assistencial e fragilização da rede de apoio e da insuficiente integração entre os níveis assistenciais. Evidências internacionais, incluindo estudos com idosos chineses⁽²⁾, por exemplo, demonstram que comunicação deficiente, fragmentação do atendimento e ausência de planejamento da alta constituem barreiras significativas, que comprometem a continuidade do cuidado, contribuindo para eventos adversos, reinternações, mortalidade e sobrecarga dos serviços de saúde^(3,4).

Esses achados indicam que a transição do cuidado configura um desafio transversal aos sistemas de saúde, observado em diferentes contextos internacionais⁽²⁻⁴⁾, especialmente nos momentos de articulação entre pontos e níveis de atenção, como na atenção hospitalar, na Atenção Primária à Saúde (APS), serviços especializados da atenção secundária, na atenção domiciliar, bem como nas transferências internas entre unidades hospitalares⁽¹⁻⁴⁾.

A transição do cuidado compreende intervenções destinadas a assegurar a coordenação e a continuidade do cuidado ao longo do percurso terapêutico do paciente. Cada deslocamento entre equipes, setores ou instituições configura uma transição, que pode ocorrer dentro do próprio hospital, entre hospitais ou entre o hospital e qualquer outro ponto da atenção à saúde, incluindo o domicílio. Não se restringe ao deslocamento entre instituições distintas, mas

abrange também mudanças internas de equipe, setor ou unidade dentro do próprio hospital, bem como transferências entre hospitais e encaminhamentos para serviços da atenção primária, para serviços especializados da atenção secundária e para a atenção domiciliar. Evidências nacionais e internacionais ressaltam que transições bem estruturadas se associam à maior segurança, à qualidade assistencial, à redução de reinternações, à melhoria da qualidade de vida e ao aumento da satisfação de pacientes e familiares, além da redução de custos para os serviços⁽⁴⁻⁶⁾.

Para ser bem-sucedida, a transição deve envolver um conjunto de ações integradas, tais como: planejamento de alta detalhado, educação e orientação adequadas para o paciente e seus familiares, com ênfase no autocuidado apoiado⁽²⁻³⁾, e o acompanhamento pós-alta. Essas ações influenciam diretamente a experiência do paciente e sustentam melhores resultados clínicos^(7,8). Nesse cenário, destaca-se o papel essencial da enfermagem, que assume a coordenação do processo de alta desde a internação, articulando ações de cuidado integral e seguro^(5,9).

A transição de cuidados é, portanto, componente fundamental da Rede de Atenção à Saúde (RAS), especialmente no processo de desospitalização, ao desempenhar papel estratégico na articulação entre os diferentes pontos de cuidado. Quando adequadamente coordenada, contribui para a redução da fragmentação do cuidado, o fortalecimento da segurança do paciente e a qualificação da experiência assistencial⁽¹⁰⁾, ao mesmo tempo em que organiza atividades essenciais que se iniciam na admissão hospitalar e se estendem às transições entre equipes, serviços e níveis de atenção⁽¹¹⁾.

Considerando que a transição do cuidado envolve múltiplos atores, processos assistenciais interdependentes e decisões clínicas distribuídas ao longo do percurso do paciente, sua efetividade depende de modelos de organização capazes de integrar práticas assistenciais, gerenciais e educativas. Nesse sentido, o modelo de gestão da clínica, proposto por Eugênio Vilaça Mendes⁽¹²⁾, apresenta-se como um referencial analítico pertinente para compreender e qualificar a experiência do paciente no processo de transição do cuidado. Trata-se de um modelo que busca coordenar as práticas de assistência, gestão e educação, orientando-as pelos princípios da continuidade, integralidade e segurança do cuidado.

A gestão da clínica incorpora princípios da atenção gerenciada (*managed care*) e da governança clínica (*clinical governance*), desenvolvidos nos sistemas de atenção à saúde norte-americano e europeu, valorizando a educação permanente, a gestão de riscos, a cultura de qualidade, o uso de evidências científicas e a organização dos processos assistenciais, com vistas a garantir a atenção centrada na pessoa^(12,13). Trata-se de um conjunto de tecnologias de

microgestão – gestão de caso, auditoria clínica, gestão da condição de saúde e lista de espera – que busca assegurar que o cuidado seja efetivo, seguro, oportuno, equitativo, eficiente e humanizado⁽¹²⁾.

O modelo propõe a articulação dos elementos críticos da transição de cuidados, como: comunicação eficaz entre as equipes de saúde, integração entre os pontos da RAS, corresponsabilização das equipes, definição de fluxos e diretrizes clínicas e participação ativa do paciente e da família, visando à maior qualidade e segurança do cuidado ao paciente durante as transições entre os diferentes níveis de atenção^(12,13). Essa abordagem justifica a pertinência desse referencial para a análise da experiência do paciente. Assim, ao examinar a vivência do paciente com base nesses componentes, torna-se possível identificar fragilidades operacionais, barreiras organizacionais e oportunidades para fortalecer a coordenação e a continuidade assistencial.

A literatura sobre transição do cuidado é extensa e tem priorizado análises voltadas à efetividade das intervenções, aos desfechos clínicos e aos indicadores organizacionais^(5-6,9,11). Embora existam estudos que incluam usuários como participantes^(2-4,8), até o momento da elaboração deste estudo, os autores não identificaram pesquisas que adotassem a experiência do usuário como eixo central de análise, particularmente no que se refere às expectativas relacionadas ao momento da alta hospitalar. A ausência de alinhamento entre as perspectivas dos usuários e os serviços ofertados pode repercutir negativamente na organização da assistência, deixando as equipes sem um propósito comum e favorecendo a implementação de soluções pouco aderentes às necessidades reais, frequentemente centradas em tecnologias e resultados imediatos, em detrimento da valorização da experiência do paciente e da adoção de estratégias sustentáveis de longo prazo⁽¹⁴⁾. Nesse sentido, a presente investigação busca contribuir para o aprofundamento dessa dimensão ainda pouco explorada.

A transição do cuidado investigada no presente estudo refere-se à alta hospitalar, reconhecida como um momento crítico de passagem do cuidado hospitalar, que se inicia logo após a admissão do paciente, e se encerra quando ele é recebido no próximo serviço⁽⁸⁾. Parte-se do pressuposto de que a experiência do paciente nesse momento é influenciada por vivências acumuladas ao longo do percurso assistencial, como o acesso à internação, as transferências internas e as expectativas quanto ao seguimento pós-alta.

Assim, postula-se que a análise da experiência do paciente na transição de cuidados, à luz da gestão da clínica, fornece uma visão detalhada e sistêmica de como os encontros assistenciais são vividos, permitindo identificar oportunidades para melhorar a coordenação dos cuidados e qualificar os processos gerenciais. Diante do exposto, o presente estudo teve

como objetivo analisar a experiência do paciente na transição do cuidado, no momento da alta hospitalar, à luz da gestão da clínica.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva, de natureza qualitativa, orientada pelas diretrizes do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ)*⁽¹⁵⁾, com vistas a assegurar o rigor metodológico na elaboração do relatório científico. A adoção do COREQ foi operacionalizada a partir da consideração sistemática dos seus itens, distribuídos em três dimensões: domínio da pesquisa (perfil e papel dos pesquisadores), desenho do estudo (teoria, amostragem, contexto e coleta), análise e achados.

A equipe de pesquisa foi composta por docentes e/ou pesquisadores com formação na área da saúde e experiência prévia em investigações qualitativas, vinculados a instituições públicas de ensino e pesquisa. Nenhum dos pesquisadores possuía vínculo empregatício com o hospital cenário da investigação, tampouco relações prévias com os participantes, condição que não implicou neutralidade, mas contribuiu para a explicitação da posição dos pesquisadores no campo. À luz dos pressupostos da pesquisa qualitativa, adotou-se uma postura reflexiva e crítica ao longo de todo o processo investigativo, reconhecendo que as interpretações são construídas a partir da interação entre pesquisadores, participantes e contexto. As possíveis influências e pressupostos envolvidos na coleta e na análise dos dados foram sistematicamente debatidos em reuniões de validação e análise conjunta dos achados.

O estudo foi conduzido em um hospital universitário federal da região Centro-Oeste do Brasil, vinculado à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). O hospital é classificado como de médio porte, com 124 leitos distribuídos entre as clínicas médica, cirúrgica, pediátrica, obstétrica e ginecológica, além de contar com unidades de terapia intensiva (adulto e neonatal) e centro cirúrgico. Sua organização assistencial adota a gestão da clínica como modelo gerencial⁽¹⁶⁾.

A coleta de dados foi realizada em unidades de internação de pacientes adultos, especificamente nos setores de clínica médica, cirúrgica, obstétrica e ginecológica. A escolha desses diferentes cenários assistenciais teve como propósito captar experiências distintas durante a transição do cuidado, eixo norteador desta investigação, com ênfase no processo de alta hospitalar. As especificidades de cada setor foram consideradas no delineamento da coleta e no processo de análise dos dados, reconhecendo que cada contexto clínico apresenta desafios próprios relacionados à comunicação, à coordenação e à continuidade assistencial. A diversidade dos cenários investigados ampliou o alcance analítico da pesquisa, possibilitando

a identificação de padrões recorrentes e diferenças relevantes na experiência dos pacientes durante a alta hospitalar. Acredita-se que tal estratégia enriquece a compreensão das transições de cuidado e oferece subsídios para o desenvolvimento de modelos assistenciais mais sensíveis às necessidades específicas de diferentes perfis clínicos no âmbito da RAS.

Considerou-se, nesse contexto, que a experiência dos pacientes internados compreende distintas fases do processo de cuidado: as vivências prévias de transição, como o ingresso na atenção hospitalar; o momento da internação propriamente dito; e as percepções, expectativas e projeções relativas aos cuidados subsequentes à alta hospitalar. Essas dimensões foram fundamentais para a compreensão dos significados atribuídos pelos participantes às experiências de transição do cuidado no contexto da RAS, especialmente em sua interface com a APS e os serviços ambulatoriais especializados.

A amostragem foi não probabilística, do tipo por conveniência, incluindo pacientes e/ou cuidadores/familiares que atenderam aos critérios de elegibilidade. Foram considerados eventos de transição aqueles que implicaram deslocamentos de cuidados hospitalares, partindo-se da compreensão de que a alta não constitui um evento episódico e estático, mas um processo que tem início com a preparação do indivíduo logo após a admissão e se prolonga até ser recebido no próximo serviço⁽⁸⁾. Foram critérios de inclusão possuir ≥ 18 anos e, de exclusão, ter permanecido internado por período inferior a 48 horas, de modo a permitir a vivência de eventos de transição, bem como apresentar condições clínicas que inviabilizaram sua participação na entrevista, conforme avaliação da equipe de saúde, tais como: sonolência, delirium, confusão mental, traqueostomia ou incapacidade de comunicação verbal adequada. Para os cuidadores e/ou familiares, o critério de inclusão foi ter acompanhado o paciente durante a internação ou no momento da alta hospitalar.

O processo de coleta foi precedido por diálogo com as equipes multiprofissionais dos setores hospitalares, no qual foram apresentados objetivos, justificativas e critérios de inclusão da pesquisa, com o intuito de obter o aceite institucional e garantir que as entrevistas não interferissem na dinâmica assistencial. A abordagem dos participantes foi realizada presencialmente, durante visitas *in loco* das pesquisadoras aos setores de internação.

As explicações relativas à pesquisa, aos pacientes ou aos cuidadores/familiares, foram realizadas de forma individualizada, com detalhamento de objetivos, riscos, benefícios e garantias de sigilo e voluntariedade, conforme expresso no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Dentre os 30 pacientes convidados, seis recusaram a participação na pesquisa. Quanto aos cuidadores e/ou familiares, foram convidados 10 indivíduos, dos quais três recusaram-se a participar.

A coleta de dados ocorreu entre janeiro e fevereiro de 2024, conduzida por duas pesquisadoras previamente capacitadas. As entrevistas foram realizadas presencialmente, de preferência à beira-leito, com média de duração de 15 minutos, e fundamentadas na Técnica do Incidente Crítico (TIC). Essa técnica, de caráter retrospectivo e fenomenológico, busca identificar eventos vivenciados pelos participantes em situações reais, permitindo a elucidação de comportamentos, sentimentos e julgamentos atribuídos a experiências concretas no contexto investigado. Os incidentes relatados são considerados “críticos” na medida em que revelam aspectos centrais e decisivos da experiência vivenciada⁽¹⁷⁾.

O roteiro semiestruturado incluiu perguntas evocativas, que estimularam os participantes a rememorar situações marcantes durante sua trajetória assistencial, especialmente no que se refere às transições do cuidado, conforme a pergunta inicial: “*Pense no seu processo de internação no hospital. Quais momentos marcaram sua experiência?*”. A partir dessa evocação, foram formuladas outras perguntas relacionadas às percepções dos envolvidos, aos sentimentos despertados, às formas de resolução (ou não) dos episódios narrados e às sugestões de melhoria.

O encerramento da coleta foi determinado com base no critério de saturação teórica, atingido quando os relatos passaram a apresentar padrão de repetição, sem emergência de novos dados relevantes⁽¹⁸⁾. As entrevistas foram gravadas em áudio e integralmente transcritas. Devido à rotatividade dos pacientes nos setores, não foi realizada devolutiva formal das transcrições para os participantes.

As entrevistas foram transcritas e organizadas em um corpus textual único, estruturado conforme as recomendações do *software* IRaMuTeQ® (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*). O *corpus* foi preparado a partir da padronização textual, revisão ortográfica e segmentação automática em Unidades de Contexto Elementar (UCE), sendo posteriormente submetido ao *software*, com aproveitamento de 92,32% do material textual⁽¹⁹⁾.

Inicialmente, realizou-se a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), baseada no método de Reinert, que possibilita o agrupamento de segmentos de texto com base na ocorrência e frequência dos vocábulos. Esse processamento gerou classes lexicais temáticas, representativas de núcleos de sentido, apresentadas em forma de dendrograma, permitindo a compreensão preliminar do material empírico. As classes geradas não foram utilizadas como categorias analíticas finais, mas como recurso exploratório e complementar ao processo interpretativo subsequente.

Na sequência, procedeu-se à análise de conteúdo temática⁽²⁰⁾, conduzida de forma sistemática por pesquisadores com experiência prévia em análise qualitativa, envolvendo três movimentos analíticos articulados. A pré-análise consistiu na leitura flutuante, visando à imersão no *corpus* e à identificação de sentidos iniciais relacionados às experiências de transição do cuidado. Na fase de exploração do material, foram identificadas as unidades de registro (fragmentos textuais com significado) que foram codificadas de maneira temática, com apoio dos resultados exploratórios da CHD. Por fim, o tratamento dos resultados envolveu a organização das categorias, a análise de suas relações internas e a consolidação dos núcleos temáticos, garantindo coerência interna e consistência interpretativa.

A interpretação dos achados foi realizada em momento analítico subsequente, mediante articulação sistemática entre as categorias construídas e o referencial teórico da gestão da clínica, que fundamenta a investigação, a saber: orientação às necessidades de saúde e à integralidade do cuidado; busca pela qualidade e segurança do cuidado; articulação entre diferentes saberes e práticas, promovendo o trabalho interdisciplinar; compartilhamento de poder e corresponsabilização entre gestores, profissionais de saúde e cidadãos, estabelecendo processos decisórios participativos e colaborativos na RAS; educação de pessoas e das organizações, concebida como um processo contínuo e transformador; orientação aos resultados que agreguem valor à saúde e à vida, o que reforça o compromisso da gestão da clínica com a produção de desfechos positivos e com a utilização eficiente dos recursos disponíveis; e, por fim, transparência e responsabilização com os interesses coletivos, que sustentam o princípio democrático da gestão pública em saúde – utilizados como eixos interpretativos para compreender os significados atribuídos pelos participantes às suas experiências de transição do cuidado^(12,13).

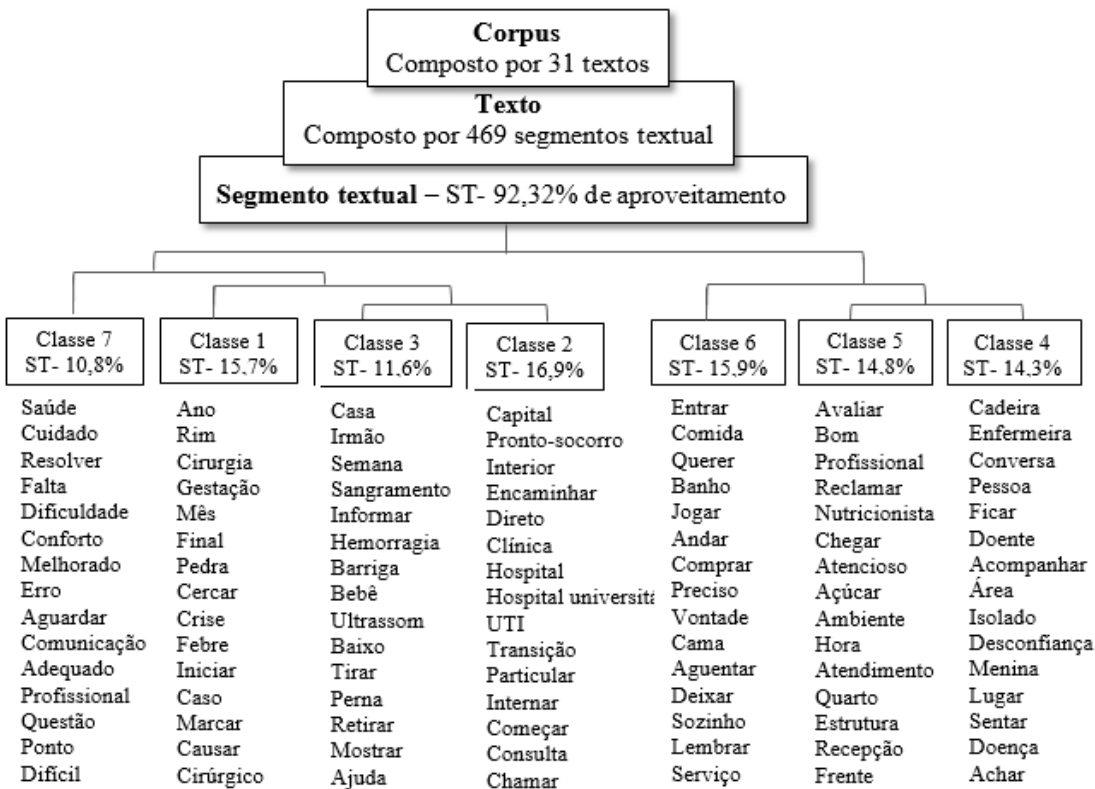
Este estudo integra o projeto matricial intitulado “Experimentações em *design* na produção de artefatos para a gestão da clínica na atenção hospitalar”, apreciado no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) local sob CAAE: 68867823.4.0000.5541, aprovado pelo parecer nº. 6.080.123, conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes foram informados sobre os riscos e benefícios de sua participação e assegurados quanto ao direito de desistir a qualquer momento, sem prejuízo no atendimento terapêutico. A participação foi voluntária e formalizada pela assinatura do TCLE. Para garantir o anonimato, as falas dos participantes foram codificadas (E – entrevistado, seguido do número da entrevista).

RESULTADOS

A amostra deste estudo foi composta por 31 participantes, dos quais 77,4% (n = 24) eram pacientes internados e 22,6% (n = 7) eram cuidadores/familiares. A maioria dos participantes identificou-se com o sexo feminino (80,6%, n = 25), enquanto 19,3% (n = 6) identificaram-se como do sexo masculino. A faixa etária dos participantes variou entre 18 e 73 anos, com tempo de internação oscilando entre 2 e 23 dias, o que proporcionou uma diversidade de experiências relacionadas à vivência da transição do cuidado no contexto hospitalar.

O *corpus* textual processado no *software* IRaMuTeQ® resultou na geração de um dendrograma com duas grandes subdivisões temáticas, que apresentam relações hierárquicas entre si (Figura 1).

Figura 1 – Dendrograma do *corpus* textual das entrevistas.



Fonte: IRaMuTeQ®, 2024.

Na primeira subdivisão, observa-se a predominância da Classe 7 (ST = 10,8%), que se sobrepõe à Classe 1 (ST = 15,7%). Esta, por sua vez, se desdobra nas Classes 3 (ST = 11,6%) e 2 (ST = 16,9%), estabelecendo conexões temáticas diretas entre si. Na segunda subdivisão, a

Classe 6 (ST = 15,9%) figura como categoria de maior peso hierárquico, ramificando-se nas Classes 5 (ST = 14,8%) e 4 (ST = 14,3%), igualmente inter-relacionadas.

As classes geradas pelo IRaMuTeQ® foram correlacionadas às subcategorias da análise de conteúdo temática, resultando na organização dos achados empíricos em três categorias centrais, formuladas pelos pesquisadores a partir da articulação entre os núcleos de sentido emergentes e os objetivos da investigação.

A primeira categoria, “Desafios na transição e na logística do atendimento na RAS”, contempla as barreiras identificadas no processo de regulação e de acesso aos serviços de saúde (Classe 7), bem como entraves logísticos e burocráticos que prejudicam o fluxo de atendimento, a transição do cuidado e o bem-estar durante a hospitalização (Classe 2). Os relatos que compõem esse agrupamento evidenciam longos períodos de espera para a obtenção de serviços especializados, dificuldade de navegação nos fluxos assistenciais e percepção de desigualdades na distribuição de recursos e na organização da RAS. Além disso, classificam a burocracia e as transferências entre hospitais como processos “muito difíceis”, algo que “decepciona” e “atrapalha muito”.

A segunda categoria, “Relações interpessoais e acompanhamento clínico no cuidado”, abrange aspectos vinculados à clareza e à qualidade das informações clínicas, diagnósticas e terapêuticas fornecidas aos pacientes (Classe 1), assim como à comunicação estabelecida com a equipe de saúde (Classe 3). Os depoimentos realçam a importância da detecção precoce de condições graves, da escuta qualificada e da comunicação eficaz como elementos essenciais para o fortalecimento do vínculo e para a segurança do cuidado.

Por fim, a terceira categoria, “Percepção do atendimento e satisfação no processo de recuperação”, destaca elementos subjetivos da experiência de cuidado, como a presença de um ambiente acolhedor (Classe 6), a atuação humanizada e proativa das equipes de saúde (Classe 4) e a percepção de uma coordenação eficiente e integrada entre os profissionais da equipe multiprofissional (Classe 5). Tais aspectos foram associados à sensação de cuidado contínuo e resolutivo e à valorização da escuta e do suporte técnico durante o processo de recuperação.

A síntese estruturada desses achados é apresentada no Quadro 1, a seguir.

Quadro 1 – Categorias e subcategorias – Região Centro-Oeste, Brasil, 2024.

TEMA: Experiências do paciente durante a transição de cuidados na atenção hospitalar			
CATEGORIA	SUBCATEGORIA	EXCERTOS ILUSTRATIVOS	ARTICULAÇÃO COM A GESTÃO DA CLÍNICA
Desafios na transição e na logística do atendimento na Rede de Atenção à Saúde (RAS)	Barreiras na regulação e no acesso ao atendimento (Classe 7)	<i>Ela ficou na UPA dias até ser regulada para este hospital. Essa demora piorou o quadro dela, agora está com uma lesão na córnea porque não estava sendo medicada. Dada a urgência, porque as sequelas poderiam ser grandes. (E5)</i>	- Deficiências na articulação entre níveis de atenção e pontos da rede; - Fragilidade nos processos de regulação e pactuação interinstitucional; - Ausência de responsabilização compartilhada sobre o acesso oportuno ao cuidado.
	Desafios logísticos e burocráticos no atendimento hospitalar (Classe 2)	<i>Uma experiência que me marcou foi o fato de ser muito difícil a transferência para [hospital], é muita burocracia, é muita coisa para quem está passando mal. (E6)</i> <i>Por causa da burocracia, tivemos que sair do [hospital municipal], ir na UPA para fazer a transferência para [hospital de estudo], ambulância que trouxe, [fomos até a UPA só por causa da transferência. (E9)]</i>	- Falta de continuidade clínica e ausência de plano de cuidado longitudinal; - Desigualdade na distribuição de recursos e no suporte institucional; - Processos assistenciais e administrativos desconectados das reais necessidades de saúde.
Relações interpessoais e acompanhamento clínico no cuidado	Lacunas nas informações clínicas, diagnósticas e de tratamento (Classe 1)	<i>Os profissionais de saúde todo dia falam que vai liberar, mas ninguém nunca vem aqui. Desde quarta-feira, eles falam que vamos ter alta hospitalar, mas ele teve que ir para a fototerapia. (E6)</i> <i>Ela [a enfermeira] disse que só poderia dar diagnóstico para a senhora quando os exames estiverem prontos, com 10 dias. O sentimento que tive nesse momento foi o descontrole, ansiedade já tinha, piorou mais. Essa demora toda para saber o porquê que estava com aquele sintoma. (E20)</i>	- Comunicação clínica inadequada, comprometendo a segurança do cuidado; - Lacunas na continuidade terapêutica, revelando falhas na gestão integrada do tratamento; - Ausência de abordagem clínica centrada na condição crônica do paciente.
	Clareza nas orientações recebidas e na	<i>Ela pediu ultrassom com urgência, voltei ao hemocentro para confirmar a gravidez e me encaminharam ao pré-natal de alto risco. (E24)</i> <i>Fizeram o ultrassom, a médica disse que era necessário</i>	- Comunicação efetiva como estratégia para a adesão terapêutica e para a segurança do cuidado; - Participação do usuário como sujeito ativo nas decisões de cuidado;

	comunicação com a equipe de saúde (Classe 3)	<i>retirar o bebê com urgência, pois estava entrando em sofrimento e podia morrer. (E12)</i> <i>Estava anêmica e me deram medicamento para possíveis perdas de sangue. Disseram que faria transfusão e explicaram cada procedimento. (E23)</i>	- Informação clara e tempestiva, qualificando o vínculo clínico e fortalecendo a autonomia do paciente.
Percepção do atendimento e satisfação no processo de recuperação	Ambiente acolhedor e prontidão da equipe (Classe 6)	<i>[...] foi muito tranquilo, tudo estava arrumado e organizado. Eles são bem cuidadosos. (E13)</i> <i>Nos tratam muito bem. Sempre que pedimos, eles atendem, estão prontos a qualquer momento. (E15)</i> <i>Toda hora, a enfermeira vem e explica o que está fazendo. (E30)</i>	- Ambiência acolhedora e valorização do bem-estar como dimensão do cuidado integral; - Prontidão no atendimento, refletindo comprometimento com o valor à vida; - Postura empática e comunicação constante, reforçando o reconhecimento do outro como sujeito do cuidado.
	Atenção constante, cuidado humanizado e atuação proativa da equipe (Classe 4)	<i>Os profissionais se preocupam com a necessidade do paciente; em um caso de dor, o médico já [prescreveu medicamento] para não sentir mais. (E14)</i> <i>Os profissionais fazem exames, procura [fazer tudo] certo, não fecham um diagnóstico sem ter a certeza. (E17)</i> <i>O [residente] me ajudou a andar para fazer o exame, ficou segurando a minha mão, foi muito importante para mim, carinho, a atenção que ele teve para comigo. (E10)</i>	- Ação clínica sensível às necessidades singulares dos pacientes; - Reconhecimento social da instituição como reflexo da qualidade do cuidado; - Humanização como prática que integra gestão, clínica e ética relacional.
	Coordenação eficiente e comunicação integrada da equipe multiprofissional (Classe 5)	<i>A nutrição perguntou e explicou como iam fazer. A equipe é boa, com médico, psicólogo e nutricionista envolvidos no processo. (E8)</i> <i>O atendimento é excelente. Desde os médicos e enfermeiras até o pessoal da limpeza. No centro cirúrgico, tudo foi ótimo. (E17).</i>	- Integração entre profissionais, promovendo cuidado interdisciplinar e resolutivo; - Planejamento conjunto das ações, ampliando a efetividade clínica; - Valorização dos diversos saberes e práticas na composição do cuidado integral.

Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

DISCUSSÃO

A experiência dos pacientes internados com a transição de cuidados revelou vulnerabilidades estruturais que comprometem a efetividade do cuidado. Os achados deste estudo evidenciam que obstáculos como dificuldades logísticas, entraves burocráticos e fragmentação assistencial operam de forma articulada, afetando a vivência subjetiva dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e impondo encargos desproporcionais a grupos em maior vulnerabilidade.

As narrativas destacam a ausência de coordenação entre os diferentes pontos da RAS, refletida na dificuldade de acesso a serviços especializados e na desarticulação entre os níveis de atenção. Contudo, vale destacar que essa realidade não se restringe somente ao contexto brasileiro. Estudos internacionais apontam que a fragmentação do cuidado continua sendo uma barreira significativa para a eficácia da assistência à saúde em países de alta renda⁽²¹⁾. Na Dinamarca⁽²²⁾, a maior fragmentação do cuidado foi associada a taxas mais elevadas de uso de medicação potencialmente inadequada e maior mortalidade, especialmente entre pacientes com multimorbidade. Transições frequentes e a falta de continuidade com um profissional de saúde de referência foram associadas a piores desfechos.

Tais lacunas indicam a inexistência de pactuações interinstitucionais eficazes e a baixa ocorrência da responsabilização compartilhada no processo assistencial, forçando os próprios usuários a mediar os fluxos assistenciais, frequentemente sem apoio adequado. Esses achados dialogam com estudos que identificam falhas nos processos regulatórios e logísticos como fatores críticos na transição do cuidado, contribuindo para atrasos, informações desencontradas e sobrecarga emocional dos pacientes^(5,10-11,23). Ao transferir aos usuários a responsabilidade pela articulação do cuidado, essas falhas revelam desigualdades silenciosas na saúde e fragilidades na governança da rede.

A literatura especializada tem enfatizado a necessidade de fortalecer os mecanismos de integração da RAS, ressaltando que a ausência de articulação entre os serviços compromete tanto a eficiência sistêmica quanto a experiência dos pacientes^(2,10,24). Esse panorama foi confirmado neste estudo por meio de relatos marcados por sentimentos de desamparo, insegurança e confusão quanto ao plano terapêutico. Uma investigação canadense⁽²⁵⁾, realizada entre pacientes com fratura de quadril, constatou que as transições frequentemente resultam em confusão, necessidades não atendidas e baixa satisfação, especialmente quando o cuidado não era personalizado ou quando os cuidadores eram excluídos do planejamento. Em consonância, uma pesquisa brasileira recente sobre a jornada do paciente na alta hospitalar destaca a ausência de escuta qualificada, falhas na comunicação

e dificuldade de acesso à informação como elementos que dificultam a continuidade do cuidado⁽²⁴⁾.

Sob a ótica da gestão da clínica, esses resultados revelam mais do que meras falhas operacionais, apontando para a fragmentação dos processos de gestão compartilhada, a ausência de planos de cuidado longitudinal e a fragilidade nas práticas colaborativas. O modelo de gestão da clínica propõe, justamente, a articulação entre racionalidades técnica, institucional e subjetiva, com foco em uma atenção coordenada, responsiva e humanizada, especialmente em momentos críticos, como a transição do cuidado⁽¹²⁾. No entanto, a realidade observada aponta para um distanciamento dessa proposta, evidenciado pela morosidade regulatória, escassez de recursos e baixa capacidade de resposta do sistema.

A fragmentação dos serviços, ao comprometer a continuidade terapêutica, resulta não apenas em ineficiência na utilização de recursos, mas também em experiências de frustração e insegurança por parte dos pacientes⁽¹²⁾. Mudanças abruptas de instituição, sem orientações claras ou plano de seguimento, evidenciam o impacto da desarticulação na vivência do cuidado, influenciando negativamente os resultados clínicos. Nesse contexto, a gestão da clínica, ao propor corresponsabilização entre os pontos de atenção e construção compartilhada do cuidado, configura-se como uma alternativa estratégica para enfrentar esses desafios e avançar na direção da integralidade^(2,12).

Outro aspecto relevante evidenciado nos achados foi a desigualdade territorial. Pacientes oriundos de regiões periféricas relataram a necessidade de deslocamentos longos para obter atendimento, revelando uma distribuição desigual de recursos e de suporte institucional. Essa dinâmica agrava os riscos de descontinuidade terapêutica, sobrecarrega os centros urbanos e contradiz os princípios de equidade e universalidade do SUS⁽²⁶⁾. A superação desse quadro exige, além da expansão da oferta de serviços, o fortalecimento de estratégias de gestão da clínica capazes de promover respostas mais sensíveis às necessidades singulares dos usuários.

A desorganização na comunicação interinstitucional também foi recorrente nas falas dos pacientes. A precariedade dos processos comunicacionais entre os serviços, associada à ausência de canais efetivos de comunicação institucional, à duplicação de exames, às reinternações evitáveis e à demora no agendamento de procedimentos, expõe um sistema no qual a troca de informações entre os profissionais é insuficiente para garantir êxito na transição do cuidado. A literatura corrobora tais achados, apontando que falhas nos processos de referência e contrarreferência geram desconfiança por parte dos pacientes e dificultam a adesão ao tratamento⁽²⁷⁾. Em contrapartida, a gestão da clínica propõe dispositivos que

qualifiquem o diálogo interprofissional, fortaleçam a corresponsabilização e promovam práticas mais integradas e sensíveis às necessidades dos usuários⁽¹²⁾.

Assim, a busca por alternativas no setor privado, especialmente para a realização de exames e procedimentos urgentes, reflete as limitações estruturais da RAS, notadamente a morosidade das consultas especializadas e a baixa resolutividade dos serviços de atenção básica⁽²⁷⁾. Esses elementos evidenciam a necessidade de uma gestão orientada por valores como integralidade, responsabilização, equidade e protagonismo do usuário no processo terapêutico, princípios fundantes da gestão da clínica.

A qualidade da comunicação com a equipe de saúde também emergiu como fator determinante na experiência dos pacientes durante a transição de cuidados. A falta de explicações compreensíveis sobre a condição clínica e o seguimento terapêutico, especialmente quanto ao fornecimento de medicamentos, gerou sentimentos de insegurança, desamparo e descrédito nos serviços, comprometendo tanto a continuidade do cuidado quanto o vínculo terapêutico. Esses achados corroboram a literatura, que enfatiza a comunicação clara, empática e acessível como fator determinante para o engajamento do paciente no processo terapêutico⁽²⁴⁾ e para a construção de confiança com os profissionais de saúde^(2,21). A ausência de informações adequadas transcende limitações técnicas, revelando falhas nos processos de coordenação e afastando o cuidado dos princípios de um modelo centrado no indivíduo.

Sob a perspectiva da gestão da clínica, os déficits comunicacionais refletem a fragilidade dos processos de cogestão do cuidado. A ausência de escuta qualificada e de compartilhamento de informações impede que o paciente se torne sujeito ativo das decisões terapêuticas^(12,13), o que é ainda mais crítico em contextos de vulnerabilidade social e clínica^(28,29). Apesar disso, algumas experiências positivas ilustraram o potencial transformador da comunicação efetiva. Casos em que os pacientes receberam orientações detalhadas, como no encaminhamento ao pré-natal de alto risco ou em explicações sobre procedimentos, como transfusões, favoreceram a compreensão do tratamento e proporcionaram maior segurança emocional. Essas vivências reforçam evidências de que práticas comunicacionais respeitosas e estruturadas fortalecem a adesão terapêutica, melhoram os desfechos clínicos e qualificam a experiência do cuidado^(27,30).

A coexistência dessas experiências revela a oscilação entre práticas centradas na escuta e outras marcadas pela desinformação. Situações em que pacientes desconheciam informações relacionadas ao seu diagnóstico ou não sabiam como dar seguimento ao tratamento após a alta ilustram lacunas críticas na gestão das informações clínicas, com

impacto direto na segurança e continuidade do cuidado. A ausência de planos compartilhados e fluxos assistenciais estruturados fragiliza a continuidade terapêutica, principalmente em pacientes com condições crônicas, cujos itinerários assistenciais demandam seguimento longitudinal e articulação entre os diferentes níveis de atenção. A indisponibilidade de insumos e a descontinuidade medicamentosa revelam falhas na coordenação entre os pontos da rede e na gestão do cuidado farmacológico, forçando os pacientes a buscar soluções paliativas, como recorrer a outras unidades ou judicializar o acesso^(27,30). Esses descompassos acentuam o sofrimento dos usuários e sobrecarregam a rede assistencial.

Nesse contexto, a gestão da clínica propõe a comunicação como tecnologia leve e essencial para a integralidade do cuidado. Isso implica garantir o repasse de informações, de forma clara e adequada ao momento vivido pelo paciente, em um ambiente de acolhimento e respeito^(12,13). A comunicação qualificada torna-se, portanto, uma estratégia de cogestão clínica, potencializando a autonomia dos pacientes e favorecendo sua capacidade de tomar decisões informadas sobre a própria saúde^(8,30).

Assim, orientar adequadamente os pacientes, especialmente no momento da alta, ultrapassa o domínio da informação técnica e adentra a dimensão relacional e ética do cuidado, reafirmando a centralidade da comunicação como elemento estruturante de uma transição de cuidados bem-sucedida. Conforme sugerido pela literatura, orientações claras e adequadas reduzem a ansiedade, promovem maior compreensão da condição clínica e favorecem um retorno mais seguro ao domicílio ou à unidade de seguimento^(27,30). Trata-se de um processo que demanda sensibilidade e corresponsabilidade, aspectos fundamentais para assegurar uma transição segura e centrada nas necessidades reais dos usuários.

Ao iluminar essas dimensões, a gestão da clínica aponta caminhos para reconfigurar práticas institucionais e fortalecer a escuta, o vínculo e a corresponsabilização entre profissionais e pacientes^(12,13). Nesse sentido, a clareza das informações clínicas e a qualidade da interação comunicacional, além de qualificar a experiência do cuidado, devem ser compreendidas como eixos estruturantes de uma RAS mais responsiva, articulada e comprometida com a produção de cuidado integral.

A experiência dos participantes durante a internação hospitalar esteve associada à qualidade das relações estabelecidas com a equipe multiprofissional. Cuidado acolhedor, ambiente físico organizado, comunicação clara e prontidão no atendimento às necessidades foram elementos destacados como condicionantes para a geração de confiança e segurança durante o processo de recuperação. Esses achados convergem com a literatura, que aponta a

ambiência acolhedora, a atuação proativa da equipe⁽²⁹⁾ e a comunicação eficaz⁽²⁸⁾ como fatores determinantes para a satisfação do paciente e para o sucesso terapêutico⁽³⁰⁾.

A construção de um ambiente que valorize o bem-estar e a escuta ativa do paciente, além de fortalecer a confiança nos profissionais, atua como dispositivo terapêutico, promovendo conforto emocional e contribuindo para a adesão ao tratamento⁽³⁰⁾. Sob a ótica da gestão da clínica, tais aspectos traduzem mais que ações de gentileza, pois expressam uma ética relacional e a valorização dos vínculos como componentes estruturantes do cuidado integral^(12,13). Nesse modelo, o paciente é reconhecido como sujeito ativo e coautor do plano terapêutico, cuja participação qualificada amplia a efetividade clínica e a humanização da experiência hospitalar.

A presença constante da equipe, associada à sensibilidade para lidar com as demandas imediatas dos pacientes, foi apontada como diferencial positivo. Interações com médicos, enfermeiros, nutricionistas e psicólogos foram descritas como momentos geradores de segurança e vínculo, reforçando achados de estudos que associam o envolvimento ativo da equipe à percepção de qualidade assistencial^(10,30). Além disso, estudos internacionais revelam a importância de práticas interdisciplinares e comunicação integrada entre os profissionais, elementos que ampliam a capacidade de resposta clínica e reduzem falhas assistenciais^(3,4). Do ponto de vista da gestão da clínica, essa articulação interdisciplinar traduz um compromisso ético e técnico com a integralidade, demonstrando que o cuidado de qualidade depende da capacidade coletiva de planejar e executar ações conjuntas.

Nesse sentido, a integração entre os diferentes saberes profissionais e o reconhecimento da experiência vivida pelo paciente são centrais para um cuidado responsivo. A gestão da clínica propõe que a escuta qualificada seja articulada ao planejamento das ações, promovendo a cooperação entre os membros da equipe e o protagonismo do paciente^(12,13). Essa perspectiva amplia o processo decisório, reforça a autonomia e qualifica a experiência do cuidado, especialmente em contextos de maior vulnerabilidade.

Os relatos também evidenciam que a percepção de qualidade não se limita à competência técnica, mas está profundamente conectada à forma como o cuidado é vivenciado. A atuação sensível da equipe e a clareza das orientações foram reconhecidas como elementos-chave para a segurança e a confiança nos serviços, em consonância com outros estudos que destacam a educação em saúde e a comunicação como pilares para o engajamento dos pacientes e a continuidade do cuidado após a alta^(4-6,9,30). Nesse sentido, a organização do ambiente hospitalar e a capacidade da equipe em fornecer informações compreensíveis tornam-se estratégicas para garantir transições mais seguras e centradas na

experiência do paciente. A gestão da clínica, ao valorizar processos educativos e o diálogo qualificado, oferece ferramentas para que o cuidado transicional vá além da eficiência técnica e se constitua como um processo ético, sensível e corresponsável. Portanto, a atuação coordenada dos profissionais, aliada à comunicação eficaz, emerge como eixo estruturante da qualidade assistencial. Essa abordagem fortalece o vínculo terapêutico e contribui para a implementação de práticas de cuidado mais resolutivas e humanizadas, alinhadas aos princípios da integralidade e da equidade.

Todavia, este estudo apresenta algumas limitações. A principal refere-se à dependência da memória dos participantes, o que pode ter gerado vieses de lembrança. Além disso, a coleta dos dados durante a internação, momento de fragilidade emocional, pode ter influenciado na clareza e na profundidade dos relatos. Entretanto, a escuta qualificada e o respeito ao tempo de cada entrevistado contribuíram para mitigar esses efeitos. A heterogeneidade da amostra, embora tenha enriquecido os achados, pode ter dificultado a identificação de padrões específicos. Ainda assim, esse aspecto reflete a complexidade da RAS e a diversidade das experiências de transição de cuidados no SUS.

Essas limitações apontam para a necessidade de novos estudos que acompanhem a jornada do paciente em diferentes etapas do cuidado e que incorporem as perspectivas de profissionais e gestores, contribuindo para o aprimoramento da prática clínica e da gestão das redes de atenção.

A principal contribuição deste estudo reside em ampliar a compreensão sobre as experiências dos pacientes nesse processo, oferecendo subsídios concretos para a qualificação da prática clínica e da gestão do cuidado. Ao evidenciar lacunas e potencialidades na transição entre os serviços, a pesquisa convida profissionais, gestores e formuladores de políticas a repensar estratégias que assegurem um cuidado integral, equitativo e resolutivo, alinhado às necessidades reais da população usuária do SUS. Reafirma-se, portanto, a importância de fortalecer políticas e práticas orientadas pela gestão da clínica no âmbito das RAS, para que a transição de cuidados deixe de ser apenas um deslocamento físico entre serviços e se configure como uma estratégia em potencial para a continuidade destes, centrada na integralidade, no vínculo, na autonomia e na corresponsabilização dos atores envolvidos no processo assistencial de cuidado.

CONCLUSÃO

A experiência dos pacientes durante a transição de cuidados hospitalares revelou-se permeada por discontinuidades assistenciais, falhas na articulação entre os serviços e entraves

logísticos e comunicacionais, que comprometem a continuidade do cuidado e impactam negativamente a experiência dos usuários. Os relatos evidenciaram não só dificuldades no acesso ao atendimento e nas transferências entre unidades assistenciais, mas também dimensões subjetivas, como insegurança, angústia e sentimento de abandono, expressas em um sistema ainda marcado por práticas fragmentadas e pouco responsivas às singularidades do cuidado.

Por outro lado, os dados também indicaram que a qualidade da transição está fortemente associada à presença de vínculos terapêuticos consistentes, comunicação clara, ambiente acolhedor e atuação coordenada das equipes multiprofissionais. Tais elementos reafirmam que o cuidado ultrapassa a dimensão técnica, exigindo relações interpessoais qualificadas e a construção de espaços de escuta, confiança e corresponsabilidade entre profissionais, pacientes e famílias.

Nesse contexto, a incorporação dos princípios postulados pela gestão da clínica mostra-se promissora para reconfigurar práticas assistenciais. Ao promover a integração das RAS, orientar o cuidado com base em evidências e nas necessidades reais dos usuários e estimular a corresponsabilização entre os atores envolvidos, esse modelo favorece uma transição mais segura, contínua e humanizada. A centralidade no usuário e a busca por resultados clínicos efetivos tornam-se, assim, pilares estratégicos para a qualificação do cuidado em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Acosta AM, Lima MADS, Pinto IC, Weber LAF. Transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas na alta da emergência para o domicílio. *Rev Gaúcha Enferm.* 2020;41(esp):e20190155. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190155>
2. Sun M, Qian YM, Liu L, Wang JN, Zhuansun M, Xu TY, et al. Transition of care from hospital to home for older adults with chronic diseases: a qualitative study of the perspectives of elderly patients and healthcare professionals. *Front Public Health.* 2023;11. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1128885>
3. Hurducas F, Csesznek C, Moşoiu DV. The experience of transition from hospital to community care of patients with advanced cancer: a qualitative narrative review of patients', families' and healthcare professionals' perspectives. *Soc Sci.* 2025;14(5):287. <https://doi.org/10.3390/socsci14050287>
4. Mitchell S, Laurens V, Weigel G, Hirschman K, Scott AM, Nguyen HQ, et al. Care transitions from patient and caregiver perspectives. *Ann Fam Med.* 2018;16:225-31. <https://doi.org/10.1370/afm.2222>

5. Gheno J, Ulbrich AHDP dos S, Andreatta APF, Fish P, Petry RC, Nunes T da S, et al. Impact of transition of care on clinical outcomes: historical cohort. *Texto Contexto Enferm.* 2024;33:e20230231. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0231en>
6. Bordin-Wosk T, Klubnick J, O'Toole J, Jenkins I, Donato J. Handoffs, care transitions, and readmissions. *Med Clin North Am.* 2025;109(5):1047-60. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2025.02.016>
7. Mendes VA, Costa MFBNA, Martins AFSA, Mocheuti KN, Ferreira GE, Ribeiro MRR. Continuity of care for patients recovering from Covid-19 under the angle of clinical management principles. *Rev Esc Enferm USP.* 2023;57:e202320123. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0123en>
8. Tomazela M, Valente SH, Lima MADS, Bulgarelli AF, Fabríz LA, Zacharias FCM, Pinto IC. Care transition of older adults from hospital to home. *Acta Paul Enferm* 2023;36:eAPE00291. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023AO00291>
9. Posadas-Collado GMJ, Membrive-Jiménez JL, Romero-Béjar J, Gómez-Urquiza LAG, Suleiman-Martos GA. Continuity of nursing care in patients with coronary artery disease: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health* 2022;19(5):3000. <https://doi.org/10.3390/ijerph19053000>
10. Lanzoni, GMM, Costa MFBNA, Peiter CC, Lima LMN, Bernardino E. Continuidade do cuidado na rede de atenção à saúde [Internet]. Ponta Grossa-PR: Editora Atena; 2023[cited 2025 Dec 1]. Available from: <https://atenaeditora.com.br/catalogo/post/continuidade-do-cuidado-na-rede-de-atencao-a-saude>
11. Uchimura LYT, Figueiró MF, Silva DB, Paiva LK, Chrispim PPM, Yonekura T. Evidências de efetividade dos cuidados de transição em idosos após internação hospitalar: uma revisão sistemática rápida. *Rev Panam Salud Publica.* 2023;47:e143. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.143>
12. Mendes EV. Desafios do SUS [Internet]. Brasília: Conass; 2019[cited 2025 Dec 1]. p.869. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1104190>
13. Padilha RQ, Gomes R, Lima VV, Soeiro E, Oliveira JM, Schiesari LMC, et al. Princípios para a gestão da clínica: conectando gestão, atenção à saúde e educação na saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2018;23(12):4249–57. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182312.32262016>
14. Kalbach J. Mapeamento de Experiências: um guia completo para alinhamento de clientes por meio de jornadas, blueprints e diagramas. Rio de Janeiro: Alta Books; 2022.
15. Souza VRDS, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. *Acta Paul Enferm.* 2021;34:eAPE02631. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631>
16. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh). Hospital Universitário Júlio Müller: nossa história [Internet]. Cuiabá (MT): Ebserh; 2020[cited 2025 Dec 1]. Available

from: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-centro-oeste/hujm-ufmt/aceso-a-informacao/institucional/sobre>

17. Flanagan JC, A técnica do incidente crítico. Arq Bras Psicol [Internet]. 1973[cited 2025 Dec 1];25(2):141-99. Available from: <https://periodicos.fgv.br/abpa/article/view/16975/15786>
18. Saunders B, Sim J, Kingstone T, Baker S, Waterfield J, Bartlam B, Burroughs H, Jinks C. Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. Qual Quant. 2018;52(4):1893-1907. <https://doi.org/10.1007/s11135-017-0574-8>
19. Souza MAR, Wall ML, Thuler ACMC, Lowen IMV, Peres AM. The use of IRAMUTEQ software for data analysis in qualitative research. Rev Esc Enferm USP. 2018;52:e03353. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017015003353>
20. Bardin L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016.
21. Geese F, Schmitt KU. Interprofessional collaboration in complex patient care transition: a qualitative multi-perspective analysis. Healthcare. 2023;11. <https://doi.org/10.3390/healthcare11030359>
22. Prior A, Vestergaard C, Vedsted P, Smith SM, Virgilsen LF, Rasmussen L, et al. Healthcare fragmentation, multimorbidity, potentially inappropriate medication, and mortality: a Danish nationwide cohort study. BMC Med. 2023;21. <https://doi.org/10.1186/s12916-023-03021-3>
23. Powell C, Ismail H, Davis M, Taylor A, Breen L, Fylan B, et al. Experiências de pacientes com insuficiência cardíaca com medicamentos na intervenção de transição: Resultados da avaliação do processo do programa Melhorando a Segurança e a Continuidade da Gestão de Medicamentos em Transições de Cuidados (ISCOMAT). Health Expect. 2022;25:2503-2514. <https://doi.org/10.1111/hex.13570>
24. Saragosa M, Nizzer S, McKay S, Kuluski K. The hospital-to-home care transition experience of home care clients: an exploratory study using patient journey mapping. BMC Health Serv Res. 2023;23:934. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09899-2>
25. Brooks L, Stolee P, Elliott J, Heckman G. Transitional care experiences of patients with hip fracture across different health care settings. Int J Integr Care. 2021;21. <https://doi.org/10.5334/ijic.4720>
26. Medeiros TM, Valerio FR, Silva MFB, Santos PL, Tenório BA, Branco SMC, et al. Desafios da universalidade no SUS: avaliação do acesso e qualidade dos serviços de saúde no Brasil. Cad Ped. 2024;21(6):e5102. <https://doi.org/10.54033/cadpedv21n6-212>
27. Maciel AMM, Lettiere-Viana A, Mishima SM, Fermino TZ, Matumoto S. The longitudinality of care from the perspective of Family Health users. Rev Esc Enferm USP. 2024;58:e20240051. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2024-0051en>

28. Defante MLR, Monteiro SON, Silva CDOD, Santos LRD, Leonardo RS. Os impactos da comunicação inadequada na relação médico-paciente. Rev Bras Educ Med. 2024; 48(1). <https://doi.org/10.1590/1981-5271v48.1-2023-0146>
29. Almeida HOC, Góis RMO. Avaliação da satisfação do paciente: indicadores assistenciais de qualidade. Rev Adm Saúde. 2020;20(81). <https://doi.org/10.23973/ras.81>
30. Costa DGD, Moura GMSSD, Moraes MG, Santos JLGD, Magalhães AMMD. Satisfaction attributes related to safety and quality perceived in the experience of hospitalized patients. Rev Gaúcha Enferm. 2019;41(spe): e20190152. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190152>

Disponibilidade de dados e material

O acesso ao conjunto de dados poderá ser realizado mediante solicitação ao autor correspondente.

Agradecimentos

O presente trabalho foi realizado com apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Mato Grosso (FAPEMAT)- Código de Financiamento 001.

Contribuição de autoria

Conceituação: Vanessa Alves Mendes, Gímerson Erick Ferreira.

Análise formal: Vanessa Alves Mendes, Pâmmela Caroline de Arruda Gonçalves, Gímerson Erick Ferreira.

Aquisição de financiamento: Vanessa Alves Mendes, Gímerson Erick Ferreira.

Investigação: Vanessa Alves Mendes, Pâmmela Caroline de Arruda Gonçalves, Jonathan Silva Borges, Patrícia Rosa de Oliveira.

Metodologia: Vanessa Alves Mendes, Pâmmela Caroline de Arruda Gonçalves, Jonathan Silva Borges, Patrícia Rosa de Oliveira.

Administração de projeto: Vanessa Alves Mendes, Gímerson Erick Ferreira.

Supervisão: Gímerson Erick Ferreira, Mara Regina Rosa Ribeiro, Carolina Giordani da Silva.

Escrita - rascunho original: Vanessa Alves Mendes, Pâmmela Caroline de Arruda Gonçalves, Patrícia Rosa de Oliveira.

Escrita - revisão e edição: Vanessa Alves Mendes, Carolina Giordani da Silva, Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa, Mara Regina Rosa Ribeiro, Gímerson Erick Ferreira.

Conflito de interesses

Os autores declaram que não existe nenhum conflito de interesses.

Autor correspondente

Vanessa Alves Mendes
vanessaa.mendes03@gmail.com

Recebido: 25.08.2025

Aprovado: 24.02.2026

Editor associado:

Aline Marques Acosta

Editor-chefe:

João Lucas Campos de Oliveira