

Artigo Original

Castro L, Rodrigues FO, Morelos-García EN, Camera FM, Sangoi KCM, Kolankiewicz ACB. Desafios da transição do cuidado hospitalar de pessoas com doenças crônicas: estudo de métodos mistos.

Rev Gaúcha Enferm. 2026;47:e20250299.

<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2026.20250299.pt>

Desafios da transição do cuidado hospitalar de pessoas com doenças crônicas: estudo de métodos mistos

Challenges in the transition of hospital care for individuals with chronic diseases: a mixed-methods study

Desafíos en la transición del cuidado hospitalario de personas con enfermedades crónicas: estudio de métodos mixtos

Letícia Y Castro ^{a,b} <https://orcid.org/0009-0004-9649-788X>
Francini De Oliveira Rodrigues ^{a,b} <https://orcid.org/0000-0001-7618-4203>
Edgar Noé Morelos-García ^{a,c} <https://orcid.org/0000-0002-3344-8413>
Fernanda Dal Maso Camera ^d <https://orcid.org/0000-0001-5325-0298>
Kelly Cristina Meller Sangoi ^{a,e} <https://orcid.org/0000-0001-5550-0086>
Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz ^a <https://orcid.org/0000-0003-1793-7783>

^a Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ), Ijuí, RS, Brasil.

^b Hospital de Clínicas de Ijuí – HCI. Ijuí, RS, Brasil.

^c Universidad Autónoma de Tamaulipas, Facultad de Enfermería de Tampico, Tamaulipas, México.

^d Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI), Erechim, RS, Brasil.

^e Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI), Santo Ângelo, RS, Brasil.

Como citar este artigo:

Castro L, Rodrigues FO, Morelos-García EN, Camera FM, Sangoi KCM, Kolankiewicz ACB. Desafios da transição do cuidado hospitalar de pessoas com doenças crônicas: estudo de métodos mistos. Rev Gaúcha Enferm. 2026;47:e20250299.

<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2026.20250299.pt>

RESUMO

Objetivo: Analisar a transição do cuidado hospitalar para o domicílio sob a perspectiva de pessoas com doenças crônicas e profissionais de saúde de hospital privado.

Método: Estudo de métodos mistos, sequencial explanatório, realizado no Sul do Brasil. A etapa quantitativa incluiu 166 pessoas com doenças crônicas avaliadas após a alta hospitalar por meio do *Care Transitions Measure*. A etapa qualitativa compreendeu dois grupos focais com profissionais de saúde (n=9; n=7).

Resultados: A avaliação geral da transição do cuidado foi insatisfatória ($62,62 \pm 9,03$). O maior escore foi observado no fator Preparo para Autogerenciamento ($73,24 \pm 10,24$) e o menor, no Plano de Cuidados ($56,12 \pm 17,56$). Homens apresentaram escores mais elevados no Preparo para Autogerenciamento ($p=0,008$), no Plano de Cuidados ($p=0,005$) e na avaliação geral ($p<0,001$). União estável associou-se a melhor avaliação do Plano de Cuidados ($p=0,002$), e maior escolaridade a melhores escores no Entendimento das Medicações ($p=0,016$) e na avaliação geral ($p=0,011$). A etapa qualitativa evidenciou fragilidades no planejamento da alta, na comunicação interprofissional e participação de pacientes e familiares.

Conclusões: A transição do cuidado mostrou-se insatisfatória, indicando necessidade de qualificação do planejamento da alta, fortalecimento da comunicação interprofissional e ampliação do protagonismo do paciente.

Descritores: Doenças Não Transmissíveis; Cuidado Transicional; Gestão da Saúde da População; Equipe de Assistência ao Paciente; Alta do Paciente.

ABSTRACT

Objective: To analyze the transition of care from hospital to home from the perspective of people with chronic diseases and healthcare professionals in a private hospital.

Method: A sequential explanatory mixed-methods study conducted in Southern Brazil. The quantitative phase included 166 individuals with chronic diseases assessed after hospital discharge using the *Care Transitions Measure*. The qualitative phase comprised two focus groups with healthcare professionals (n=9; n=7).

Results: The overall evaluation of care transition found them to be unsatisfactory (62.62 ± 9.03). The highest score was observed in Health Management (73.24 ± 10.24) and the lowest in Care Plan (56.12 ± 17.56). Men presented higher scores in Health Management ($p=0.008$), Care Plan ($p=0.005$), and overall evaluation ($p<0.001$). Being in a stable relationship was associated with better Care Plan ($p=0.002$), and higher educational level with better Medication Understanding ($p=0.016$) and overall evaluation ($p=0.011$). The qualitative stage revealed shortcomings in discharge planning, interprofessional communication, and patient and family participation.

Conclusions: Care transition was unsatisfactory, indicating the need to improve discharge planning, strengthen interprofessional communication, and enhance patient engagement.

Descriptors: Non-Communicable Diseases. Transitional Care. Population Health Management. Patient Care Team. Patient Discharge

RESUMEN

Objetivo: Analizar la transición del cuidado hospitalario al domicilio desde la perspectiva de personas con enfermedades crónicas y profesionales de salud de un hospital privado.

Método: Estudio de métodos mixtos, secuencial explicativo, realizado en el Sur de Brasil. La fase cuantitativa incluyó 166 personas con enfermedades crónicas evaluadas tras el alta hospitalaria mediante el *Care Transitions Measure*. La fase cualitativa comprendió dos grupos focales con profesionales de salud (n=9; n=7).

Resultados: La evaluación global de la transición del cuidado fue insatisfactoria ($62,62 \pm 9,03$). El mayor puntaje se observó en Preparación para el Autocuidado ($73,24 \pm 10,24$) y el menor en Plan de Cuidados ($56,12 \pm 17,56$). Los hombres presentaron puntajes más altos en Preparación para el Autocuidado ($p=0,008$), Plan de Cuidados ($p=0,005$) y evaluación global ($p<0,001$). La unión estable se asoció con mejor evaluación del Plan de Cuidados ($p=0,002$), y mayor escolaridad con mejores puntajes en Comprensión de Medicamentos ($p=0,016$) y evaluación global ($p=0,011$). La fase cualitativa evidenció fragilidades en la planificación del alta, la comunicación interprofesional y la participación de pacientes y familiares.

Conclusiones: La transición del cuidado fue insatisfactoria, indicando la necesidad de fortalecer la planificación del alta, la comunicación interprofesional y el protagonismo del paciente.

Descriptores: Enfermedades No Transmisibles. Atención Transicional. Gestión de La Salud poblacional. Grupo de Atención al Paciente. Alta del Paciente

INTRODUÇÃO

A transição do cuidado constitui um processo complexo, dinâmico e relacional, que ultrapassa a simples transferência entre serviços de saúde. Trata-se de um processo de continuidade assistencial centrado no paciente, que envolve coordenação interprofissional, reconciliação medicamentosa, planejamento estruturado da alta e fortalecimento da capacidade de autogerenciamento no período pós-hospitalar⁽¹⁾. A qualidade da alta não depende apenas do fluxo entre hospital e a Rede de Atenção à Saúde (RAS), mas da articulação organizacional, comunicacional e educacional que sustenta a experiência do paciente e de sua família ao longo do percurso assistencial.

A alta hospitalar constitui um momento crítico, marcado por elevado risco de fragmentação do cuidado, em razão da complexidade clínica e social dos pacientes e da necessidade de coordenação entre diferentes serviços e profissionais de saúde⁽²⁾. Essa complexidade torna-se ainda mais desafiadora entre pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), caracterizadas por etiologia multifatorial, curso prolongado, períodos de latência, necessidade de acompanhamento contínuo e frequente associação com deficiências e incapacidades funcionais permanentes⁽³⁾.

É fundamental que a transição do cuidado seja eficaz para a redução do uso inadequado dos recursos de saúde, a procura por serviços de urgência, as readmissões hospitalares evitáveis, os índices de mortalidade e custos assistenciais⁽¹⁾. Evidências atuais indicam que a educação em saúde direcionada ao paciente e cuidador desempenha papel central na prevenção e no controle das DCNTs, ao reduzir fatores de risco comportamentais, promover escolhas de vida

saudáveis, apoiar a detecção precoce e fortalecer habilidades de autocuidado, contribuindo de forma integrada para os três níveis de prevenção dessas condições crônicas⁽⁴⁾.

Apesar de sua relevância, o processo de transição do cuidado ainda apresenta fragilidades importantes, relacionadas às práticas dos profissionais de saúde e às políticas institucionais e nacionais de saúde⁽⁵⁾. Entre os principais desafios destacam-se as falhas na interdisciplinaridade efetiva e na coordenação integrada do cuidado, comprometendo a continuidade assistencial após a alta hospitalar⁽⁶⁾. Essas limitações evidenciam a necessidade de aprimoramento dos processos de transição entre os diferentes pontos da RAS, inclusive em contextos pouco explorados na literatura⁽⁵⁻⁷⁾.

Pelo conhecimento dos autores do presente estudo, a produção científica sobre transição do cuidado com pessoas com DCNTs concentra-se em estudos desenvolvidos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), utilizando delineamentos quantitativos⁽⁸⁻⁹⁾, qualitativos com pacientes ou profissionais⁽¹⁰⁻¹¹⁾, estudo de caso⁽¹²⁾ e estudo de Métodos Mistos com pacientes oncológicos⁽¹³⁾. No entanto, observa-se uma lacuna de conhecimento relacionada à compreensão da transição do cuidado no setor privado de saúde, que atende uma clientela com características sociodemográficas, trajetórias assistenciais e formas de acesso aos serviços distintas daquelas observadas no sistema público, fatores que podem influenciar tanto a experiência do paciente quanto a organização do cuidado no período pós-alta.

Diante da complexidade do fenômeno, abordagens integrativas tornam-se necessárias. Estudos de Métodos Mistos permitem ampliar e aprofundar a compreensão de fenômenos complexos como a transição do cuidado, ao integrarem dados quantitativos e qualitativos, possibilitando uma análise mais abrangente do processo, sensível ao contexto da prática assistencial, às preferências dos usuários e à experiência dos profissionais de saúde⁽¹⁴⁾.

Assim, este estudo tem o objetivo de analisar a transição do cuidado hospitalar para o domicílio sob a perspectiva de pessoas com doenças crônicas e profissionais de saúde de hospital privado.

MÉTODO

Estudo de Métodos Mistos⁽¹⁴⁾, sequencial explanatório, com notação (QUAN→qual), desenvolvido em hospital privado da Região Sul do Brasil.

Etapa quantitativa

Estudo transversal realizado na unidade de internação clínica de um hospital privado da Região Sul do Brasil, que conta com 88 leitos privativos e semiprivativos de internação para

diversas especialidades, e atende a 52 municípios da região noroeste do estado. Além disso, a instituição conta com o programa de “Medicina Preventiva em Atenção Integral à Saúde”, que acompanha os pacientes, com atividades de promoção, prevenção e recuperação em saúde.

A população foi composta por pacientes internados por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), com idade ≥ 18 anos, internação mínima de 24 horas, no período de abril a agosto de 2023. Incluíram-se diagnósticos registrados em prontuário eletrônico (hipertensão, diabetes, doença pulmonar obstrutiva crônica, insuficiência cardíaca, doença arterial coronariana, doença renal crônica, neoplasias e doenças cerebrovasculares). Excluíram-se pacientes sem contato telefônico pós-alta, com comprometimento cognitivo, puérperas, cirúrgicos e institucionalizados após a alta.

Considerando população finita estimada em 370 pacientes elegíveis no período do estudo, o tamanho amostral foi calculado adotando-se nível de confiança de 95% ($\alpha=0,05$), erro amostral máximo de 7,5 pontos percentuais e proporção esperada de 50% para transição do cuidado satisfatória, definida pelo escore global do CTM-15 $\geq 70^{(7)}$. Na ausência de estimativas prévias para o contexto investigado, adotou-se a proporção de 50% por representar máxima variabilidade populacional e produzir o maior tamanho amostral. Após correção para população finita, estimou-se amostra mínima de 118 participantes.

A captação foi feita por conveniência e alcançou 166 pacientes na abordagem inicial à beira do leito. No decorrer do seguimento, ocorreram 13 perdas (9 óbitos e 4 pacientes que não atenderam o telefone para responder ao CTM-15), resultando em 153 participantes na análise do *Care Transitions Measure* (CTM-15).

A coleta foi conduzida por duas mestrandas (uma médica e uma enfermeira) e por quatro auxiliares de pesquisa, estudantes de graduação, previamente capacitados pela pesquisadora responsável, mediante treinamento teórico e supervisão inicial para padronização dos procedimentos.

O convite e a coleta de dados sociodemográficos ocorreram presencialmente, à beira do leito, mediante entrevista estruturada. Dados clínicos foram extraídos do prontuário eletrônico. Entre 7 e 30 dias após a alta, aplicou-se por telefone a escala CTM-15⁽¹⁾, validada no Brasil⁽¹⁵⁾, composta por 15 itens distribuídos em quatro domínios. Os escores foram transformados em escala de 0 a 100, sendo valores ≥ 70 considerados satisfatórios⁽⁵⁾.

Para fins de análise estatística, a variável dependente (desfecho) consistiu no escore da transição do cuidado, mensurado pelo CTM-15 em escala contínua de 0 a 100. O ponto de corte ≥ 70 foi utilizado como parâmetro interpretativo para classificar a qualidade da transição do

cuidado como satisfatória ou insatisfatória, conforme recomendação da escala. As variáveis independentes incluíram características sociodemográficas e clínicas dos participantes.

Os dados quantitativos foram analisados no Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®), versão 25.0, para Windows® por meio de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, médias e desvios padrão). A normalidade foi verificada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. A consistência interna dos domínios do CTM-15 foi avaliada por meio do coeficiente alfa de Cronbach. Para análise inferencial, compararam-se as médias dos escores dos domínios do CTM-15 e escore geral segundo variáveis sociodemográficas (estado civil, escolaridade e sexo), por meio da análise de variância (ANOVA). Quando identificadas diferenças estatisticamente significativas, aplicaram-se testes *post hoc* de Tukey ou Scheffé, conforme homogeneidade das variâncias, para identificar diferenças entre grupos. Adotou-se nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

Etapas qualitativas

A etapa qualitativa foi conduzida por meio de grupos focais orientados pelo referencial do Diálogo Deliberativo, compreendido como uma estratégia metodológica que favorece interações estruturadas entre *stakeholders*, fundamentadas na articulação entre evidências científicas, resultados empíricos do estudo, conhecimento contextual e experiência prática dos participantes⁽¹⁶⁾. Esse processo possibilitou a análise coletiva de problemas complexos, considerando diferentes perspectivas e condicionantes organizacionais relacionados à transição do cuidado, favorecendo a construção coletiva de soluções aplicáveis.

A condução dos encontros foi realizada pela pesquisadora principal, responsável pela etapa qualitativa, previamente capacitada para a condução de grupos focais, sob supervisão da última autora, com experiência na condução de estudos qualitativos, acompanhada por bolsista treinada para apoio operacional e registro em áudio. Destaca-se que o estudo não teve como finalidade produzir consenso institucional formal ou deliberar sobre a implementação imediata de estratégias, mas compreender, à luz do diálogo deliberativo, os condicionantes organizacionais e comunicacionais que influenciam a transição do cuidado no contexto investigado.

Foram convidados 12 profissionais atuantes no hospital, selecionados intencionalmente em razão de sua inserção direta no processo de alta hospitalar e na continuidade do cuidado, buscando contemplar diferentes categorias profissionais envolvidas na transição do cuidado. A proposta metodológica previa a participação dos mesmos profissionais nos dois encontros deliberativos, concebidos como etapas sequenciais de um único processo de diálogo

deliberativo. Contudo, em função da dinâmica assistencial do serviço e da disponibilidade dos participantes nas datas agendadas, participaram nove profissionais no primeiro encontro e sete no segundo. A redução no número de participantes entre os encontros decorreu de ausências ocasionais relacionadas às atividades laborais, não sendo registradas desistências formais do estudo. Apesar da variação no quantitativo de participantes, manteve-se a representatividade multiprofissional prevista, possibilitando a diversidade de perspectivas e a interação necessárias à compreensão dos fatores que influenciam a transição do cuidado no contexto investigado.

Foram realizados dois encontros em dezembro de 2023, com duração de uma hora e uma hora e trinta minutos, respectivamente, em sala reservada do hospital, garantindo privacidade e favorecendo a livre expressão dos participantes. Os convites foram realizados com antecedência de 30 dias, por meio escrito e digital. Previamente aos encontros, disponibilizou-se material contendo síntese de evidências sobre transição do cuidado e os resultados da etapa quantitativa, de modo a subsidiar teoricamente as discussões. Os encontros foram planejados com intervalo de uma semana entre si.

O primeiro encontro teve como objetivo apresentar os resultados da etapa quantitativa e promover uma reflexão e compreensão dos resultados. A discussão foi conduzida de forma direcionada, com estímulo à integração de experiências e reflexão coletiva, mediada pela pesquisadora. Optou-se por abordar todos os domínios do CTM-15 durante as discussões. Para a condução dos grupos, utilizou-se roteiro semiestruturado elaborado pelas pesquisadoras, organizado a partir dos domínios do CTM-15 e dos objetivos do estudo, contemplando questões norteadoras relacionadas ao planejamento da alta hospitalar, orientações ao paciente e à família, comunicação interprofissional, uso de medicações e participação do paciente no cuidado.

As sessões foram gravadas integralmente em dispositivo eletrônico e posteriormente transcritas na íntegra para análise. Para assegurar o anonimato, os participantes foram identificados por códigos correspondentes à sua categoria profissional (ENF 1, 2, 3, FAR, FIS, ADM, MED, NUT, PRE, TEC).

A análise qualitativa se deu de forma manual por duas pesquisadoras, seguindo as etapas da análise de conteúdo propostas por Maria Cecília de Souza Minayo⁽¹⁷⁾. Inicialmente, procedeu-se à pré-análise, com leitura flutuante e exaustiva do material, visando à imersão no *corpus*. Na sequência, realizou-se a exploração do material, com identificação e codificação das unidades de registro e de contexto, organizadas com base nos domínios do CTM-15 e nos objetivos do estudo. A codificação foi conduzida por duas pesquisadoras de forma independente, sendo posteriormente discutida até consenso quanto à organização temática. Na

etapa de tratamento e interpretação, os achados foram analisados à luz do diálogo deliberativo, permitindo a construção de inferências e sua integração com os resultados quantitativos.

A seleção dos excertos apresentados considerou sua representatividade em relação aos núcleos de sentido identificados e sua capacidade de expressar convergências e expansões interpretativas do fenômeno investigado. A integração entre os dados qualitativos e quantitativos foi realizada por meio de *joint display*, favorecendo a construção de metainferências e ampliando a compreensão do fenômeno em sua complexidade⁽¹⁸⁾.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (Parecer 5.915.197), conforme Resolução n. 466/2012.

RESULTADOS

Etapa quantitativa

Foram incluídas 166 pessoas internadas por DCNTs, das quais 153 compuseram a análise final do CTM-15. As DCNTs mais prevalentes foram: cardiovasculares (153; 92,2%), metabólicas (40; 24,1%), neurológicas (41; 24,7%) e neoplasias (38; 22,9%), considerando a presença de multimorbidade em parte expressiva da amostra. A idade média foi de $69,3 \pm 9,03$ anos (variou de 25 a 97 anos), com predominância do sexo feminino (87; 52,4%) e cor branca (159; 95,8%). A maioria respondeu saber ler (95,2%) e escrever (95,8%). Quanto à escolaridade, 92 (55,4%) não estudaram ou tinham apenas ensino fundamental completo e 70 (42,2%) tinham DCNTs havia mais de 14 anos.

A avaliação da transição do cuidado, mensurada pelo CTM-15, indicou média geral de $62,62 \pm 9,03$, caracterizando uma transição insatisfatória por situar-se abaixo do ponto de corte estabelecido. O domínio Preparo para o Autogerenciamento apresentou a única média considerada satisfatória ($73,24 \pm 10,24$). Em contrapartida, os domínios Entendimento Crítico das Medicções ($65,46 \pm 14,54$), Plano de Cuidados ($56,12 \pm 17,56$) e Preferências Asseguradas ($55,66 \pm 17,97$) apresentaram escores insatisfatórios, indicando as principais fragilidades no processo de transição do cuidado (Tabela 1).

Tabela 1 – Estatística descritiva e consistência interna dos fatores do CTM-15 em pessoas com doenças crônicas não transmissíveis. Ijuí/RS, Brasil, 2023

Fatores do CTM-15	Média	DP	Alfa de Cronbach
Preferências asseguradas	55,66	17,97	0,701

Preparo para autogerenciamento	73,24	10,24	0,73
Plano de cuidados	56,12	17,56	0,867
Entendimento crítico das medicações	65,46	14,54	0,653
CTM-15 geral	62,62	9,03	

Fonte: autoras, 2024.

Legenda: CTM-15 – *Care Transition Measure*; DCNTs – Doenças Crônicas Não Transmissíveis; DP – Desvio Padrão.

Na análise das associações entre os escores do CTM-15 e as características sociodemográficas (Tabela 2), observaram-se diferenças estatisticamente significativas. Pessoas do sexo masculino atribuíram escores mais elevados aos fatores: Preparo para o Autogerenciamento ($p=0,008$); Plano de Cuidados ($p=0,005$); e no CTM geral ($p<0,001$).

O estado civil mostrou associação com o domínio plano de cuidados ($p=0,002$), com melhores avaliações entre aqueles que viviam em união estável. A escolaridade esteve associada ao entendimento crítico das medicações e ao escore geral ($p=0,011$), indicando melhor avaliação da transição do cuidado entre participantes com maior nível educacional ($p=0,016$).

Tabela 2 - Comparação das médias dos fatores do CTM-15 segundo características sociodemográficas. Ijuí/RS, Brasil, 2023

			IC 95%				p
			Média	DP	Li	Ls	
Preferências asseguradas	Estado civil	União estável	56,31	18,25	52,67	59,95	0,547
		Vive sozinho	54,47	17,56	49,68	59,26	
	Escolaridade	Não estudou/EF	53,41	18,03	49,47	57,35	0,208
		Ens. Médio	57,41	17,77	51,39	63,07	
		Ens. Superior	59,63	17,72	53,24	66,02	
	Sexo	Feminino	53,04	18,35	49,01	57,08	0,053
		Masculino	58,68	17,16	54,62	62,74	
Preparo para o autogerenciamento	Estado civil	União estável	73,34	10,13	71,32	75,36	0,882
		Vive sozinho	73,08	10,53	70,2	75,95	
	Escolaridade	Não estudou/EF	72,8	10,99	70,4	75,2	0,745
		Ens. Médio	74,34	9,49	71,22	77,46	
		Ens. Superior	73,1	9,2	69,78	76,42	
	Sexo	Feminino	71,21	10,41	68,92	73,49	0,008
		Masculino	75,6	9,58	73,33	77,87	
Plano de cuidados	Estado civil	União estável	59,34	15,8	56,19	62,49	0,002

Entendimento crítico de medicações	Escolaridade	Vive sozinho	50,23	19,19	44,99	55,47	0,095
		Não estudou/EF	54,51	17,73	50,64	58,39	
		Ens. Médio	54,6	19,36	48,23	60,97	
		Ens. Superior	62,10	13,65	57,18	67,97	
	Sexo	Feminino	52,43	17,61	48,56	56,3	0,005
		Masculino	60,38	16,63	56,44	64,32	
	Estado civil	União estável	64,39	16,22	61,15	67,63	0,217
		Vive sozinho	67,43	10,64	64,53	70,34	
	Escolaridade	Não estudou/EF	62,45	15,95	58,96	65,93	0,016
		Ens. Médio	68,20	10,4	64,78	71,62	
		Ens. Superior	70,05	13,36	65,23	74,87	
	Sexo	Feminino	63,41	14,74	60,17	66,65	0,06
		Masculino	67,84	14,03	64,51	71,16	
CTM-15 geral	Estado civil	União estável	63,34	9,1	61,53	65,16	0,183
		Vive sozinho	61,30	8,82	58,89	63,71	
	Escolaridade	Não estudou/EF	60,79	9,62	58,69	62,89	0,011
		Ens. Médio	63,59	7,49	61,13	66,06	
		Ens. Superior	66,22	8,04	63,32	69,12	
	Sexo	Feminino	60,02	8,11	58,24	61,81	p<0,001
		Masculino	65,62	9,15	63,46	67,79	

Fonte: autoras, 2024.

Legenda: CTM-15 – *Care Transition Measure -15*; DP – Desvio padrão; IC95% – Intervalo de confiança de 95%; Li – Limite Inferior; Ls – Limite superior; *p* – Valor de significância.

Etapa qualitativa

A composição dos grupos focais e a distribuição das categorias profissionais participantes em cada encontro estão detalhadas a seguir (Quadro 1).

Quadro 1 – Composição dos grupos focais segundo categoria profissional. Ijuí/RS, Brasil, 2023.

Grupo Focal 1	Grupo Focal 2
1 administrador hospitalar 1 enfermeira da medicina preventiva 2 enfermeiras da unidade de internação 1 farmacêutica 1 fisioterapeuta 1 médico 1 nutricionista	1 administrador hospitalar 1 enfermeira da medicina preventiva 2 farmacêuticas 1 fisioterapeuta 1 nutricionista 1 técnica de enfermagem

Nas discussões do grupo focal, os profissionais explicaram que o Preparo para o Autogerenciamento foi positivo, tendo em vista que, especialmente em pacientes cirúrgicos e com dispositivos como sondas e ostomias, a equipe orientava e treinava o paciente e seu familiar para a continuidade deste cuidado em casa. Essa situação de saúde envolve, em geral, metas mais concretas e objetivas do que o cuidado das pessoas com DCNTs, pois possui maior previsibilidade de alta.

As orientações da equipe multiprofissional para a alta são realizadas por meio de cartilhas para manejo de dispositivos, orientações específicas e simulações do manejo desses à beira do leito, para educação em saúde/treinamento do paciente. Já as internações clínicas estão sujeitas a maior possibilidade de intercorrências, o que torna a alta menos previsível.

Se pôde observar, nas falas, que não havia preparo antecipado para a alta hospitalar. Isso decorre da falta de previsibilidade da alta, em especial, em condições clínicas, o que contribui para que a equipe multiprofissional dê orientações muito próximas do momento da saída do paciente do hospital, prejudicando a entrega ideal do Plano de Cuidados.

Ainda, quando a previsão da alta hospitalar é comunicada com antecedência, a equipe consegue organizar para que ocorra o adequado Entendimento Crítico das Medicações e reforçar orientações quanto ao uso de medicamentos, com base em orientações orais e entrega de cartilhas. Essa comunicação, porém, depende de conduta médica, pois nem sempre estes profissionais fazem os registros esperados no prontuário eletrônico.

Em relação às Preferências Asseguradas, percebeu-se dificuldade na compreensão desse conceito inicialmente, necessitando maior estímulo da mestrandia na condução da discussão. Os participantes apontaram, então, fragilidades relacionadas à dificuldade da pessoa com DCNTs e seus cuidadores na aceitação e adaptação provinda das vulnerabilidades relacionadas à doença. Esse ponto colocado pelos profissionais prejudica a inserção do cuidador e paciente como protagonistas no cuidado, dificultando o Preparo para o Autogerenciamento.

Resultados Integrados

A análise integrada evidenciou convergências e expansões interpretativas significativas entre os conjuntos de dados quantitativos e qualitativos. O escore satisfatório obtido no domínio

Preparo para o Autogerenciamento ($73,24 \pm 10,24$) convergiu com os relatos profissionais sobre as orientações estruturadas em situações cirúrgicas e o uso de dispositivos, embora os grupos focais tenham revelado que a efetividade desse preparo depende diretamente da previsibilidade da alta hospitalar. Por sua vez, o fator Entendimento Crítico das Medicações ($65,46 \pm 14,54$) foi associado, nos debates, aos desafios da polifarmácia e à inconsistência na formalização das prescrições no momento da saída do paciente.

Os baixos escores registrados em Preferências Asseguradas ($55,66 \pm 17,97$) foram tensionados por falas que evidenciaram conflitos crônicos entre as expectativas familiares e as reais possibilidades institucionais do serviço. Verificou-se também uma forte convergência no domínio Plano de Cuidados ($56,12 \pm 17,56$), cujos resultados numéricos desfavoráveis foram aprofundados por relatos sobre a ausência ou inconsistência da nota de alta, somada à comunicação tardia da decisão médica. Esse cenário, segundo os participantes, fragiliza diretamente a coordenação multiprofissional ao longo de todo o processo de desospitalização.

Quadro 2 - Citações reais dos profissionais de saúde e gestor relacionadas aos fatores do CTM-15. Ijuí/RS, Brasil, 2023

Fatores CTM-15 Resultados quantitativos Média (mín-máx observado)	Resultados qualitativos	Metainferências
Preparo para o Autogerenciamento 73,24 (39,29–100,00)	Pacientes cirúrgicos que vão para casa com dispositivo, como sonda, a gente orienta e entrega cartilha [...] levamos a maletinha, fizemos um <i>check-list</i>, mandamos vídeo por WhatsApp. (NUT, TEC) Pacientes cirúrgicos a alta é rápida, a gente monitora [...] já os pacientes clínicos são mais complexo. (FIS) Tentamos preparar o paciente para ir para casa não só no dia da alta (ENF1) [...], mas muitas vezes levamos o material	A qualidade do preparo para o autogerenciamento mostrou-se associada à previsibilidade organizacional da alta hospitalar, indicando que a estruturação da transição do cuidado varia conforme o tipo de internação e o grau de estabilidade clínica.

	educativo apenas um pouco antes da alta. (ENF2) Importante que o paciente e o cuidador fossem protagonistas do seu cuidado. Visita de médico é sempre rápida [...], mesmo tentando explicar em termos mais simples, o familiar não entende [...] a equipe que convive mais com o paciente acaba explicando. (MED)	
Entendimento Crítico sobre as Medicações 65,46 (0,00–100,00)	Nós entregamos cartilha de orientações das medicações, resgatamos a receita que o médico fez à mão e que não está no sistema, para comparar à prescrição que o paciente já usava e agrupar. Nem sempre o médico dá receita dos medicamentos que vai usar em casa [...] orientamos com aquilo que acreditamos que ele vai seguir usando em casa. (FAR) Uma coisa que melhorou hoje é que os médicos fazem mais impressos e antigamente era tudo manuscrito. (MED) Muitas vezes você está orientando para alta e o paciente está fazendo as malas [...] essa semana dei alta na portaria [...] Falta de interesse do cuidador. (FAR2) Muitos pacientes, com insuficiência cardíaca, por exemplo, retornam porque não têm aderência ao tratamento. (ENF 3)	A compreensão das medicações foi influenciada pela complexidade clínica das DCNTs, especialmente pela presença de polifarmácia, evidenciando desafios na adaptação das orientações às necessidades individuais dos pacientes no período pós-alta.
Preferências Asseguradas 55,66 (0,00–91,67)	Vou fazer o exame na hora que a máquina tiver disponível e isso não tem muita escolha. Isso	O protagonismo do paciente e da família mostrou-se condicionado a fatores socioculturais relacionados à aceitação da condição crônica e à reorganização do cuidado no

	deixa o cliente/paciente insatisfeito. (ADM) Eles pagam o plano de saúde e querem que a gente faça o que é cômodo pra eles. (ENF2) O médico dá alta e o filho vem no posto de enfermagem e diz: “Olha, eu não vou levar meu pai para casa assim.”. Daí vai toda a equipe explicar tudo de novo. (ENF1) O paciente que fica com alguma limitação, a família tem que contratar cuidador, então, ficar no hospital é mais barato. (MED) Dificuldade da família em assumir a nova condição de saúde. A família fica fragilizada, querem levar para casa do mesmo jeito que era antes de adoecer, o que não é possível. (PREV) Do ponto de vista social, para muitas famílias o hospital é um porto seguro, lugar de alívio. O hospital ainda é o modelo de centro de saúde. (ADM)	domicílio, limitando sua incorporação como elemento estruturante da transição do cuidado.
Plano de Cuidados 56,12 (0,00–100,00)	Alguns médicos não dão nota de alta. (ENF1, ENF2, FAR, FIS, PREV, ADM, MED) Se não tem nota de alta, o profissional que recebe o paciente após a alta depende somente das informações e dos interesses do cuidador. (PREV) As profissões paramédicas estão mais maduras, abertas a aderir a protocolos. O médico gosta de individualismo, não é muito de usar protocolos. [...] A assistência intra-hospitalar é	As fragilidades no plano de cuidados refletem lacunas na formalização da alta e na articulação entre os profissionais de saúde, evidenciando limitações na governança clínica. Nesse contexto, a disponibilidade de recursos tecnológicos não se traduziu automaticamente em coordenação integrada do cuidado, indicando desafios na articulação entre decisão médica e planejamento multiprofissional.

	uma orquestra e o regente é o médico, se ele não bate a vareta com o ritmo certo, ninguém sabe tocar certo. (ADM) Entre a equipe multi está tudo certo, mas o médico não tem tempo para ler todas as evoluções e conversar com todos. (NUT) Alta surpresa, no final de semana ou no final do dia, sem avisar ninguém, sem registrar no prontuário. (FAR) Nota de alta é importante, pois aquele paciente não é somente daquele médico. (MED) Muitas vezes o familiar que recebe as orientações não é o mesmo que vai cuidar em casa.(FIS)	
--	--	--

Os resultados indicaram que a transição do cuidado foi mais fragilizada nos domínios Plano de Cuidados e Preferências Asseguradas, especialmente pela ausência ou inconsistência da nota de alta, comunicação tardia da decisão médica, baixa previsibilidade da alta e participação limitada do paciente e da família no planejamento terapêutico. Esses elementos revelam que as dificuldades observadas não se restringem ao nível individual, mas expressam condicionantes organizacionais e comunicacionais do processo de desospitalização.

DISCUSSÃO

Este estudo permitiu analisar a transição do cuidado hospital-domicílio em pessoas com DCNTs em um hospital privado do Sul do Brasil, a partir da integração entre evidências quantitativas e qualitativas. As metainferências evidenciam que a qualidade da transição do cuidado não é determinada por um único fator, mas por dimensões interdependentes que envolvem previsibilidade organizacional, complexidade clínica, aspectos socioculturais e governança assistencial. Esses achados indicam que, mesmo em contextos com maior disponibilidade de recursos, como o setor privado, persistem desafios relacionados à integração do cuidado, os quais não se resolvem exclusivamente por meio de tecnologias ou protocolos,

mas exigem reorganização dos processos assistenciais e o fortalecimento da atuação multiprofissional.

A avaliação geral da transição do cuidado mostrou-se insatisfatória, com fragilidades nos fatores Plano de Cuidados e Preferências Asseguradas. Embora o fator Preparo para o Autogerenciamento tenha alcançado escore satisfatório, a análise integrada revelou que esse desempenho está associado à previsibilidade da alta hospitalar característica comum em internações cirúrgicas e situações com protocolos estabelecidos. Estudos apontam que o planejamento precoce da alta é determinante para que ocorra uma transição segura e bem-sucedida⁽⁶⁻¹⁹⁾, bem como outros aspectos, como características sociodemográficas e culturais dos pacientes e familiares; a falta de comunicação com a RAS; percepção de não estar preparado para alta; e a dificuldade de compreender orientações prestadas pela equipe⁽²⁰⁾.

No entanto, nas internações clínicas por DCNTs, marcadas por maior instabilidade e multimorbidade⁽³⁾, o preparo mostrou-se dependente da comunicação médica e da organização circunstancial da equipe. Assim, o bom desempenho observado não decorre necessariamente de um modelo estruturado de gestão da cronicidade, mas da lógica organizacional orientada a eventos previsíveis.

Os baixos escores no domínio Plano de Cuidados convergiram com relatos de ausência ou inconsistência da nota de alta, comunicação interprofissional fragmentada e alta hospitalar comunicada de forma tardia. A centralidade decisória médica, associada à autonomia individual dos profissionais, característica presente em arranjos assistenciais privados, impactou na construção multiprofissional do plano terapêutico. Evidências reforçam que documentação estruturada, linguagem clara e comunicação padronizada são elementos essenciais para a segurança na transição⁽²¹⁻²²⁾, sendo a padronização de documentos estratégia associada à redução de reinternações⁽²³⁾. Nesse sentido, a fragilidade identificada ultrapassa a dimensão educativa e revela lacunas de governança clínica e coordenação assistencial.

No domínio Preferências Asseguradas, emergiu tensão entre expectativas familiares e possibilidades institucionais. Em contexto privado, no qual há pagamento por plano de saúde, profissionais relataram demandas por decisões que nem sempre se alinham aos protocolos clínicos. Estudo qualitativo indica que pacientes frequentemente se percebem como protagonistas, porém com participação limitada no processo decisório⁽¹¹⁾. A integração dos dados evidenciou que, no hospital investigado, o protagonismo do paciente permanecia condicionado à cultura institucional e à dinâmica relacional, não estando plenamente

institucionalizado como eixo estruturante do plano de cuidado. Ressalta-se que essa constatação emergiu da perspectiva profissional, não tendo sido incluída etapa deliberativa com pacientes, o que constitui limitação a ser considerada na interpretação dos achados.

O estudo identificou fragilidade no protagonismo do paciente na transição do cuidado a partir da perspectiva dos profissionais participantes dos grupos focais. Embora o referencial adotado valorize a centralidade do paciente na construção do plano terapêutico, a etapa qualitativa contemplou apenas *stakeholders* institucionais, o que limita a apreensão direta da experiência do usuário no processo deliberativo. Essa escolha metodológica permitiu aprofundar aspectos organizacionais da transição, porém sinaliza a necessidade de investigações futuras que incorporem a voz dos pacientes na análise e na construção de melhorias para o cuidado transicional.

O domínio Entendimento Crítico das Medicações apresentou associação entre menor escolaridade e piores escores, corroborando literatura que relaciona letramento em saúde e segurança medicamentosa⁽²⁴⁾. A etapa qualitativa ampliou essa compreensão ao evidenciar polifarmácia, multimorbidade e inconsistências na prescrição eletrônica. Estudos demonstram que falhas na reconciliação medicamentosa figuram entre as principais causas de eventos adversos e readmissões hospitalares⁽²⁵⁾. Assim, a transição do cuidado em DCNTs configura-se como processo de alta complexidade clínica e organizacional, exigindo sistematização multiprofissional e planejamento antecipado.

A integração dos resultados permitiu problematizar o contexto do setor privado. Apesar da disponibilidade de prontuário eletrônico e acesso facilitado, observou-se fragmentação na comunicação entre hospital e seguimento ambulatorial, comprometendo a longitudinalidade do cuidado. Análises sobre o setor privado brasileiro indicam que sua expansão não implica, necessariamente, coordenação integrada da atenção⁽²⁶⁾. Evidências demonstram que incentivos estruturados para o cuidado transicional reduzem reinternações e custos assistenciais⁽²⁷⁾, estratégia ainda incipiente no cenário nacional.

A imprevisibilidade da alta hospitalar também foi uma fragilidade identificada. A dependência da decisão médica individual para definição do momento da alta impactou a organização do cuidado multiprofissional e a efetividade do planejamento. Estudos nacionais já apontam que a ausência de planejamento precoce e a sobrecarga de trabalho comprometem a qualidade da transição⁽⁶⁻¹¹⁻²⁸⁾, indicando que o fenômeno observado no hospital privado

investigado compartilha desafios estruturais com outros contextos, embora apresente especificidades relacionadas à governança institucional.

A utilização de Métodos Mistos⁽¹⁴⁾, associada ao Diálogo Deliberativo⁽¹⁶⁾, possibilitou transcender a mensuração dos escores e permitiu identificar aspectos organizacionais que influenciam a qualidade da transição do cuidado no contexto investigado. Essa abordagem favoreceu a produção de conhecimento contextualizado ao cenário estudado, articulando evidência científica e experiência dos participantes. No âmbito da gestão em enfermagem e da organização dos serviços, os achados reforçam a necessidade de institucionalização da nota de alta multiprofissional padronizada, definição antecipada da previsão de alta, fortalecimento da comunicação interprofissional e incorporação efetiva das preferências do paciente e cuidador no planejamento terapêutico.

Este estudo apresenta limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. A investigação foi realizada em um único hospital privado, com configuração organizacional própria, o que pode limitar a transferibilidade dos achados para outros contextos assistenciais, especialmente aqueles com diferentes arranjos de governança, perfil populacional ou modelo de atenção. E ainda a etapa qualitativa contemplou apenas profissionais de saúde, não incluindo pacientes na discussão deliberativa, o que limita a compreensão direta da experiência do protagonismo sob a ótica do usuário.

CONCLUSÃO

A transição do cuidado hospitalar para o domicílio mostrou-se insatisfatória entre pessoas com doenças crônicas atendidas em hospital privado, com fragilidades especialmente nos domínios Plano de Cuidados e Preferências Asseguradas. Embora o domínio Preparo para o Autogerenciamento tenha apresentado escore satisfatório, a integração dos achados quantitativos e qualitativos evidenciou que esse resultado esteve associado à previsibilidade organizacional da alta e não necessariamente à existência de um modelo estruturado de cuidado transicional.

A análise integrada revelou que a qualidade da transição é influenciada por fatores organizacionais, comunicacionais e relacionais que ultrapassam a mera transferência de informações entre serviços. As metainferências indicam que aspectos como governança clínica, comunicação interprofissional, registro estruturado da alta e a participação do paciente se configuraram como elementos centrais na compreensão do fenômeno investigado.

A integração dos dados por meio de Métodos Mistos ampliou a compreensão dos condicionantes da transição do cuidado no setor privado, contribuindo para evidenciar dimensões organizacionais que demandam qualificação no processo assistencial.

REFERÊNCIAS

1. Coleman EA, Mahoney E, Parry C. Assessing the quality of preparation for posthospital care from the patient's perspective: the Care Transitions Measure. *Med Care*. 2005;43(3):246-55. <https://doi.org/10.1097/00005650-200503000-00007>
2. Sousa LS, Pontes MLF, Pereira RR, Leite MAP, Nova FALV, Monteiro EA. Transição do idoso do hospital para o domicílio na perspectiva do cuidador/idoso: revisão de escopo. *Acta Paul Enferm*. 2023;36:eAPE03631. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023AR03631>
3. World Health Organization (WHO). Noncommunicable diseases progress monitor 2022 [Internet]. Geneva: World Health Organization. 2022 [cited 2026 Jan 10]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240047761>
4. Rudwan A, Saeed L, Mahir LM, Ibrahim M, Hasabelgawi LH, Rudwan H. Health education and its role in the prevention and management of non-communicable diseases: a review. *Cureus*. 2025;17(9):e92207. <https://doi.org/10.7759/cureus.92207>
5. Acosta AM, Lima MADS, Pinto IC, Weber LA. Care transition of patients with chronic diseases from the discharge of the emergency service to their homes. *Rev Gaucha Enferm*. 2020;41(spe):e20190155. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190155>
6. Petersen AGP, Tronco CS, Casagrande D, Pluta P, Winter VDB, Carvalho FF, et al. Psychometric validation of the Care Transitions Measure (CTM-15) for Brazilian use in high-risk puerperal women. *Texto Contexto Enferm*. 2023;32:e20220341. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2022-0341en>
7. Tomazela M, Valente SH, Lima MADS, Bulgarelli AF, Fabriz LA, Zacharias FM, et al. Care transition of older adults from hospital to home. *Acta Paul Enferm*. 2023;36:eAPE00291. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023AO00291>
8. Rodrigues CD, Lorenzini E, Romero MP, Oelke ND, Winter VDB, Kolankiewicz ACB, et al. Care transitions among oncological patients: from hospital to community. *Rev Esc Enferm USP*. 2022;56:e20220308. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0308en>
9. Berghetti L, Danielle MBA, Winter VDB, Petersen AGP, Lorenzini E, Kolankiewicz ACB. Transition of care of patients with chronic diseases and its relation with clinical and sociodemographic characteristics. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2023;31:e4015. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6594.4015>
10. Lanzoni GMM, Gouarlarte AF, Miotelo M, Peiter CC, Koerich C, Wachholtz LF. Transição do cuidado da pessoa com doença crônica na alta hospitalar: perspectiva de

enfermeiros. Rev Baiana Enferm. 2023;37:e47254.
<https://doi.org/10.18471/rbe.v37.47254>

11. Ingvarsson E, Shildmeijer K, Hagerman H, Lindberg C. Being the main character but not always involved in one's own care transition- a qualitative descriptive study of older adults experiences of being discharged from in-patients care to home. BMC Health Serv Res. 2024;24:571. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11039-3>
12. Sousa SM, Bernardino E, Utzumi FC, Aued GK. Integration strategies for caring for chronic noncommunicable diseases: a case study. Rev Bras Enferm. 2021;74(1):e20190563. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0563>
13. Rodrigues CD, Lorenzini E, Onwuegbuzie AJ, Oelke ND, Garcia CF, Malkiewie MM, et al. Care transition from the perspectives of oncological patients and the multiprofessional care team: a mixed methods study. Cancer Nurs. 2024;47(1):E47-E56
<https://doi.org/10.1097/ncc.0000000000001160>
14. Creswell JW, Plano Clark VL. Designing and conducting mixed methods research. 2nd ed. Porto Alegre: Penso; 2013. 457p
15. Acosta AM, Lima MADS, Marques GQ, Levandovski PF, Webeer LAF. Brazilian version of the Care Transitions Measure: translation and validation. Int Nurs Rev. 2017;64(3):379-87. <https://doi.org/10.1111/inr.12326>
16. Acosta AM, Oelke ND, Lima MADS. Theoretical considerations of deliberative dialogue: contributions for nursing practice, policy and research. Texto Contexto Enferm. 2017;26(4):e0520017. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017000520017>
17. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14th ed. São Paulo: Hucitec; 2014. 407p
18. McCrudden MT, Marchand G, Schutz PA. Joint displays for mixed methods research in psychology. Methods Psychol. 2021;5:100067.
<https://doi.org/10.1016/j.metip.2021.100067>
19. Gupta S, Perry JA, Kazar R. Transitions of care in geriatric medicine. Clin Geriatr Med. 2019;35(1):45-52. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2018.08.005>
20. Gama LMP, Ribeiro KRC, Oliveira JLC, Costa MAR, Acosta AM, Souza VS. Transition from hospital to home care: a mixed methods study in light of Meleis's Theory. Rev Bras Enferm. 2025;78(1):e20230357. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0357pt>
21. Yahalom S, Manias E. Nurses engaging with referral letters and discharge summaries: a qualitative study. J Clin Nurs. 2024;33(6):2309-23. <https://doi.org/10.1111/jocn.17054>
22. Huyen NTT, Tsakitzidis G, Tam NM, Valcke M, Chuong HV, Wens J. Perceptions and experiences of primary healthcare providers toward interprofessional collaboration in chronic disease management in Hue, Vietnam. J Interprof Care. 2023;38(1):52-61.
<https://doi.org/10.1080/13561820.2023.2227650>

23. Tate K, Cummings G, Jacobsen F, Halas D, Van den Bergh G, Devkota R, et al. Strategies to improve emergency transitions from long-term care facilities: a scoping review. *Gerontologist*. 2024;64(7):gnae036. <https://doi.org/10.1093/geront/gnae036>.
24. Beiter ER, Shanbhag A, Junge-Maughan L, Knoph K. Interdisciplinary videoconference model for identifying potential adverse transition of care events following hospital discharge to postacute care. *BMJ Open Qual*. 2024;13(2):e002508. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-002508>
25. Marshall M, Hornung T, Bauerle A, Weigl M. Quality of care transition, patient safety incidents, and patients' health status: a structural equation model on the complexity of the discharge process. *BMC Health Serv Res*. 2024;24:576. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11047-3>
26. Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS); UMANE. Setor privado e relações público-privadas da saúde no Brasil: em busca do seguro perdido-sumário executivo. IEPS [Internet]. 2024 [cited 2026 Jan 10]. <https://ieps.org.br/setor-privado-relacoes-publico-privadas-saude-brasil-sumario-executivo/>
27. Ouayogodé MH, Hardy B, Mullahy J, Smith MA, Meara E. Care transition management and patient outcomes in hospitalized Medicare beneficiaries. *Am J Manag Care*. 2024;30(9):e266-e273. <https://doi.org/10.37765/ajmc.2024.89605>
28. Danielle MBA, Lorenzini E, Oliveira ALM, Onwuegbuzie AJ, Trindade LF, Ferreira DS, et al. Facilitating and hindering factors in the implementation of a transitional care strategy: mixed method study. *Gastrointest Disord*. 2025;7:1-16. <https://doi.org/10.3390/gidisord7040071>

Disponibilidade de dados e material

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

Agradecimentos

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pela concessão de Bolsa de Produtividade em Pesquisa à última autora (Processo nº 301694/2025-7) e pelo apoio financeiro através de bolsas do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC).

Contribuição de autoria

Conceituação: Letícia Y. Castro, Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz.

Curadoria de dados: Letícia Y. Castro, Francini De Oliveira Rodrigues, Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz.

Análise formal: Letícia Y. Castro, Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz.

Aquisição de financiamento: Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz.

Investigação: Letícia Y. Castro, Francini De Oliveira Rodrigues, Edgar Noé Morelos-García, Fernanda Dal Maso Camera, Kelly Cristina Meller Sangoi.

Metodologia: Letícia Y. Castro, Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz.

Administração de projeto: Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz.

Recursos: Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz.

Software: Letícia Y. Castro, Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz.

Supervisão: Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz.

Validação: Letícia Y. Castro, Francini De Oliveira Rodrigues, Edgar Noé Morelos-García, Fernanda Dal Maso Camera, Kelly Cristina Meller Sangoi, Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz.

Visualização: Letícia Y. Castro, Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz

Escrita - rascunho original: Letícia Y. Castro, Francini De Oliveira Rodrigues, Edgar Noé Morelos-García, Fernanda Dal Maso Camera, Kelly Cristina Meller Sangoi, Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz.

Escrita - revisão e edição: Letícia Y. Castro, Francini De Oliveira Rodrigues, Edgar Noé Morelos-García, Fernanda Dal Maso Camera, Kelly Cristina Meller Sangoi, Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz.

Os autores declaram que não existe nenhum conflito de interesses.

Autor correspondente

Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz

adri.saudecoletiva@gmail.com

Recebido: 15.10.2025

Aprovado: 08.06.2026

Editor associado:

Aline Marques Acosta

Editor-chefe:

João Lucas Campos de Oliveira