REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 13/01/2026 - **Accepted:** 13/02/2026
Vol: 13.16
DOI: 10.66104/4wqhc155
Pages: 1-21

QUALIDADE DA TRANSIÇÃO DO CUIDADO APÓS ALTA HOSPITALAR EM INDIVÍDUOS COM DOENÇAS CRÔNICAS

QUALITY OF CARE TRANSITION AFTER HOSPITAL DISCHARGE IN INDIVIDUALS WITH CHRONIC DISEASES

CALIDAD DE LA TRANSICIÓN DEL CUIDADO TRAS EL ALTA HOSPITALARIA EN INDIVIDUOS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

Patricia Oliveira Silva
Mestrado em Cuidados Primários a Saúde. Professor do Departamento de Enfermagem da Universidade de Montes Claros, Montes Claros-MG, Brasil. E-mail: patymoc2010@gmail.com

Samuel Mendes dos Santos
Discente do Curso de Medicina pela Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros-MG, Brasil. E-mail: samuel.santos2034@gmail.com

Luan Alves Vieira
Discente do Curso de Medicina pela Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros, MG, Brasil. E-mail: luan.avie12@gmail.com

Daniel Vinicius Alves Silva
Mestrado em Cuidados Primários a Saúde. Professor do Departamento de Enfermagem da Universidade de Montes Claros, Montes Claros-MG, Brasil. E-mail: daniel.v.a.s@hotmail.com

Daniela Fagundes Souto
Mestrado em Cuidados Primários a Saúde. Professor do Departamento de Enfermagem da Universidade de Montes Claros, Montes Claros-MG, Brasil. E-mail: daniellasouto1@gmail.com

Jair Almeida Carneiro
Doutorado em Ciências da Saúde. Professor do Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros, MG, Brasil. E-mail: E-mail: jair.carneiro@unimontes.br

Fernanda Marques da Costa
Doutorado em Ciências da Saúde. Professor do Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros, MG, Brasil. E-mail: E-mail: fernanda.costa@unimontes.br

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 13/01/2026 - **Accepted:** 13/02/2026
Vol: 13.16
DOI: 10.66104/4wqhc155
Pages: 1-21

RESUMO

Objetivo: avaliar os fatores associados à qualidade da transição do cuidado de indivíduos com doenças crônicas após a alta hospitalar para o domicílio. **Métodos:** estudo transversal, com coleta de dados em dois momentos: presencial durante a internação e contato telefônico. Utilizou-se questionário sociodemográfico/clínico e a escala Medida de Transição de Cuidados – 15 Brasil (Care Transitions Measure-15 Brasil) para mensurar a qualidade da transição, considerando adequada a pontuação ≥70. A análise de associação foi realizada por regressão de Poisson com variância robusta, apresentando razões de prevalência (RP) e intervalos de confiança de 95% (IC95%), além de frequências absolutas e relativas para variáveis categóricas.
Resultados: Participaram 320 indivíduos. A prevalência de transição do cuidado adequada foi de 17,2%. Estar com companheiro (RP 1,08; IC95% 1,00; 1,17) esteve associado a 8,2% maior prevalência de boa transição do cuidado. Não residir sozinho (RP 1,22; IC95% 1,03; 1,44) esteve associado a 21,9% maior prevalência. Ter sido internado por doenças infecciosas (RP 1,14; IC95% 1,01; 1,29) associou-se a 14,0% maior prevalência. Ter recebido orientação para procurar a Estratégia de Saúde da Família (ESF) após a alta foi o fator mais relevante do ponto de vista programático, estando associado a 13,4% maior prevalência (RP 1,13; IC95% 1,06; 1,22). **Conclusão:** Ter companheiro, não residir sozinho, ter sido hospitalizado por doenças infecciosas e ter recebido orientação para procurar a ESF foram fatores associados a melhor qualidade na transição do cuidado. **Descritores:** Cuidado transicional; Satisfação do paciente; Alta do paciente; Doença crônica; Continuidade da assistência ao paciente.

ABSTRACT

Objective: Evaluate the factors associated with the quality of care transition for individuals with chronic diseases following hospital discharge to the home setting.
Methods: Cross-sectional study with data collection conducted at two time points: in person during hospitalization and through telephone follow-up after discharge. A sociodemographic and clinical questionnaire was used, along with the Care Transitions Measure-15 Brazil (CTM-15 Brazil) to assess the quality of care transition, considering scores ≥70 as adequate. Association analysis was performed using Poisson regression with robust variance, estimating prevalence ratios (PR) and 95% confidence intervals (95% CI). Absolute and relative frequencies were calculated for categorical variables. **Results:** A total of 320 individuals participated. The prevalence of adequate care transition was 17.2%. Having a partner (PR=1.08; 95% CI: 1.00–1.17), not living alone (PR=1.22; 95% CI: 1.03–1.44), and hospitalization due to infectious diseases (PR=1.14; 95% CI: 1.01–1.29) were positively associated with the outcome. Receiving guidance to seek Primary Health Care services after discharge was the most relevant factor, associated with a higher prevalence of adequate care transition (PR=1.13; 95% CI: 1.06–1.22). **Conclusion:** Having a partner, not living alone, hospitalization due to infectious diseases, and receiving guidance to seek Primary Health Care after discharge were associated with better quality of care transition. **Descriptors:** Transitional care; Patient satisfaction; Patient discharge; Chronic disease; Continuity of patient care.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar los factores asociados a la calidad de la transición del cuidado de individuos con enfermedades crónicas tras el alta hospitalaria hacia el ámbito domiciliario. **Métodos:** Estudio transversal, con recolección de datos en dos momentos: de forma presencial durante la hospitalización y mediante contacto telefónico tras el alta. Se utilizó un cuestionario sociodemográfico y clínico, así como la escala Medida de Transición de Cuidados – 15 Brasil (Care Transitions Measure-15 Brasil) para evaluar la calidad de la transición, considerando adecuada una puntuación ≥70. El análisis de asociación se realizó mediante regresión de Poisson con varianza robusta, estimando razones de prevalencia (RP) e intervalos de confianza del 95% (IC95%). Se calcularon frecuencias absolutas y relativas para variables categóricas. **Resultados:** Participaron 320 individuos. La prevalencia de transición del cuidado adecuada fue del 17,2%. Tener pareja

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 13/01/2026 - **Accepted:** 13/02/2026
Vol: 13.16
DOI: 10.66104/4wqhc155
Pages: 1-21

(RP=1,08; IC95%: 1,00–1,17), no vivir solo (RP=1,22; IC95%: 1,03–1,44) y haber sido hospitalizado por enfermedades infecciosas (RP=1,14; IC95%: 1,01–1,29) se asociaron positivamente con el desenlace. Recibir orientación para acudir a la Atención Primaria de Salud tras el alta fue el factor más relevante, asociado a mayor prevalencia de transición adecuada (RP=1,13; IC95%: 1,06–1,22). **Conclusión:** Tener pareja, no vivir solo, haber sido hospitalizado por enfermedades infecciosas y recibir orientación para el seguimiento en la Atención Primaria de Salud se asociaron con una mejor calidad de la transición del cuidado. **Descriptores:** Cuidado transicional; Satisfacción del paciente; Alta del paciente; Enfermedad crónica; Continuidad de la atención al paciente.

1. Introdução

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) exigem assistência continuada de diversos profissionais nos diferentes níveis da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (Acosta *et al.,* 2020**).** Isso decorre da patogênese progressiva das doenças crônicas não transmissíveis, assosciada para alta morbimortalidade, reinternações frequentes e visitas aos centros de emergência, aumentando os custos para o sistema de saúde, família e indivíduo. Esses necessitam de encaminhamento diante de fatores de risco, sendo primordial a contrarreferência do ambiente hospitalar para a Atenção Básica, visando a continuidade do cuidado (Barbosa *et al.,* 2023).

No entanto, a Rede Atenção Saúde no Brasil ainda possui caráter fragmentado e heterogêneo, dificultando o gerenciamento das demandas em saúde, tanto pelo sistema quanto pelo próprio indivíduo, o que promove superlotação de serviços especializados e falhas na continuidade do tratamento. Essa problemática é exacerbada pela falha na transição do cuidado entre os atendimentos hospitalares e a Atenção Primária à Saúde (APS) (Weber; Lima; Acosta, 2019).

A transição do cuidado é um processo contínuo que envolve a transferência do indivíduo do atendimento hospitalar para o domicílio, com articulação entre os serviços de atenção terciária e primária, desde a admissão até o período pós-alta. Esse processo inclui ações de educação em saúde, planejamento de alta, comunicação entre equipes e acompanhamento após a alta. Em indivíduos com doenças crônicas, a transição do cuidado é fundamental para prevenir

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 13/01/2026 - **Accepted:** 13/02/2026
Vol: 13.16
DOI: 10.66104/4wqhc155
Pages: 1-21

complicações no período pós-alta, reduzindo em aproximadamente 32,0% as readmissões hospitalares quando são utilizados protocolos padronizados (Berghetti *et al.,*2023).

Atualmente, o longo período de internação, comum em indivíduos com DCNT, pode provocar fadiga e falta de energia nas primeiras semanas após a alta. Isso, associado à deficiência da educação em saúde e do planejamento inadequado da alta, compromete o entendimento do indivíduo e de seus cuidadores sobre como lidar com os novos sintomas, medicamentos e ajustes na vida diária (Berghetti *et al.,*2023). Esse cenário apresenta uma associação de uma transição do cuidado inadequada, caracterizando uma ruptura no processo de cuidado e consequente desassistência.

Diante do exposto, a transição do cuidado de indivíduos com DCNT revela-se importante e requer atenção, tanto no período de internação quanto após a alta hospitalar, pois esses indivíduos podem sofrer declínios funcionais e estão mais suscetíveis a riscos que comprometem sua saúde **(**Acosta *et al.,* 2020; Barbosa *et al.,* 2023). No Brasil, estudos sobre práticas assistenciais na transição do cuidado ainda são escassos (Weber; Lima; Acosta, 2019; Acosta *et al.,* 2020; Barbosa *et al.,* 2023). Há uma lacuna na identificação dos fatores associados à qualidade da transição do cuidado, o que dificulta o desenvolvimento de estratégias direcionadas ao seu fortalecimento. Este estudo busca preencher essa lacuna, fornecendo subsídios para a melhoria da continuidade do cuidado pós-alta hospitalar.

A partir dos aspectos mencionados, denota-se o caráter inédito do estudo com essa temática no norte de Minas Gerais. Assim, este estudo teve como objetivo avaliar os fatores associados à qualidade da transição do cuidado de indivíduos com doenças crônicas após a alta hospitalar para o domicílio.

2. Metodologia

Estudo transversal, realizado em um hospital no norte de Minas Gerais. Reconhecido como Centro de Ensino Multiprofissional, o hospital possui 157 leitos

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 13/01/2026 - **Accepted:** 13/02/2026
Vol: 13.16
DOI: 10.66104/4wqhc155
Pages: 1-21

registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde pelo Sistema Único de Saúde (Universidade Estadual de Montes Claros, 2024).

É hospital de referência e especializado em ginecologia e obstetrícia de alto risco, além de atender casos de violência sexual, transtornos mentais, infecções sexualmente transmissíveis, tuberculose, leishmaniose, cirurgia geral, otorrinolaringologia, infectologia e pediatria (Universidade Estadual de Montes Claros, 2024).

A seleção dos participantes ocorreu por amostragem de conveniência, não intencional, de acordo com a demanda atendida nas clínicas do hospital. Foram incluídos pacientes internados nas clínicas médica, cirúrgica e pronto atendimento, totalizando 79 leitos disponíveis.

Os critérios de inclusão foram: idade igual ou superior a 18 anos, internação com diagnóstico de DCNT (doenças cardiovasculares, acidente vascular cerebral, diabetes, hipertensão, câncer, doenças respiratórias crônicas e doenças transmissíveis crônicas), permanência hospitalar de pelo menos 24 horas, alta para domicílio e cadastro em uma equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Montes Claros. Foram excluídos pacientes transferidos para outro serviço da RAS após a alta hospitalar.

A coleta de dados ocorreu entre janeiro de 2023 a abril de 2024, realizada por estudantes de iniciação científica, em duas etapas. A primeira ocorreu presencialmente no hospital, com a aplicação de um formulário estruturado. A segunda etapa consistiu em contato telefônico entre 7 e 21 dias após a alta hospitalar. Caso o contato telefônico não fosse bem-sucedido, foram realizadas até três tentativas de visita domiciliar.

A percepção da transição do cuidado foi avaliada utilizando a Care Transitions Measure-15 Brasil (CTM-15 Brasil) (Medida de Transição de Cuidados-15 Brasil), um instrumento validado composto por 15 itens distribuídos em quatro fatores (Acosta *et al.,* 2017):

1. Preparação para o autocuidado: Avalia se o paciente e sua família receberam informações adequadas para o manejo da saúde após a alta hospitalar.

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 13/01/2026 - **Accepted:** 13/02/2026
Vol: 13.16
DOI: 10.66104/4wqhc155
Pages: 1-21

2. Compreensão do regime medicamentoso: Investiga o entendimento do paciente e cuidadores sobre o uso correto dos medicamentos, incluindo dosagem e efeitos adversos.

3. Consideração das preferências do paciente: Examina se as escolhas e necessidades individuais foram consideradas no planejamento da alta.

4. Estruturação do plano de continuidade do cuidado: Analisa se o paciente recebeu um plano claro e detalhado de acompanhamento pós-hospitalização.

Os escores da CTM-15 Brasil variam de 0 a 100 pontos, sendo que valores mais elevados estão associado qualidade da transição do cuidado. Embora o instrumento seja originalmente analisado como uma medida contínua, para este estudo foi realizada a categorização do escore, considerando valores ≥70 pontos como indicativos de transição do cuidado adequada, conforme parâmetros utilizados em documentos técnicos nacionais e estudos que avaliaram a qualidade da transição do cuidado no contexto brasileiro. Esse ponto de corte representa um nível considerado satisfatório de preparação do paciente para o autocuidado e de organização da continuidade assistencial após a alta hospitalar (Acosta *et al.,* 2017).

Foram consideradas variáveis sociodemográficas, clínicas e relacionadas à internação e ao acompanhamento na ESF. As variáveis sociodemográficas incluíram: sexo, raça/cor da pele, faixa etária (anos), estado civil, arranjo familiar, renda mensal (salário mínimo) e escolaridade (anos). As clínicas abrangeram: hipertensão, diabetes, doenças cardíacas, doenças osteoarticulares, doenças respiratórias variáveis, tumores, déficits motores e/ou cognitivos decorrentes do acidente vascular cerebral (AVC), doenças infecciosas, doenças neurológicas, doenças renais, tempo de internação, histórico de internações prévias. As variáveis relacionadas à internação e ao vínculo com a ESF incluíram: dificuldades de acesso à unidade de referência do seu domicilio, satisfação com a ESF, orientado a procurar a ESF para continuar a assistência e reinternação.

A fim de minimizar viés de aferição, todos os entrevistadores foram previamente treinados e calibrados (kappa 0,8). Os dados foram coletados por meio de um questionário estruturado, validado e aplicado de forma padronizada.

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 13/01/2026 - **Accepted:** 13/02/2026
Vol: 13.16
DOI: 10.66104/4wqhc155
Pages: 1-21

Foi realizada análise de sensibilidade para verificar o impacto de dados ausentes, além do ajuste para fatores de confusão na análise estatística.

O cálculo amostral baseou-se em uma prevalência conservadora de 50,0% para ocorrência de DCNT, com um nível de significância de 5,0%, intervalo de confiança de 95% e erro amostral de 3,0%. A estimativa inicial foi acrescida em 20,0% para permitir análises ajustadas, resultando em um total de 364 participantes.

Os dados foram analisados utilizando o software Statistical Package for the Social Sciences, versão 24.0 (SPSS for Windows, Chicago, EUA). Inicialmente, foi realizada uma análise descritiva dos dados, incluindo cálculo de médias e distribuição de frequências.

Para análise dos fatores associados à qualidade da transição do cuidado, inicialmente foi realizada análise bivariada entre a variável dependente e as covariáveis investigadas, utilizando-se o teste qui-quadrado de Pearson ou o teste exato de Fisher. As variáveis que apresentaram p-valor <0,200 foram selecionadas para compor o modelo multivariado. Posteriormente, foi realizada regressão de Poisson com variância robusta, com estimativa das razões de prevalência (RP) ajustadas e respectivos intervalos de confiança de 95%. Permaneceram no modelo final as variáveis associadas ao desfecho ao nível de significância de 5,0% (p<0,050). O controle de confundimento foi avaliado pela comparação das estimativas brutas e ajustadas e pela relevância epidemiológica das variáveis incluídas no modelo.

Esta pesquisa respeitou os princípios éticos vigentes para estudos envolvendo seres humanos, tendo sido aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa, sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 58440422.9.0000.5146. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi obtido de todos os participantes antes da coleta de dados.

4. Resultados e Discussão

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 13/01/2026 - **Accepted:** 13/02/2026
Vol: 13.16
DOI: 10.66104/4wqhc155
Pages: 1-21

A amostra inicial foi composta por 364 indivíduos. Durante o processo de coleta de dados, 14 participantes recusaram-se a participar da segunda coleta, 16 não foram localizados após três tentativas de contato, e 14 vieram a óbito antes do término do estudo. Assim, a análise final incluiu 320 indivíduos que completaram ambas as etapas do estudo. A faixa etária predominante foi entre 40 e 59 anos (40,3%). A maioria dos participantes (67,8%) possuía seis anos ou mais de estudo formal. Em relação ao estado civil, 72,9% eram solteiros ou viviam sem companheiro, e 82,2% não residem sozinhos. A renda familiar superior a um salário mínimo foi observada em 64,7% da amostra.

Em relação às condições de saúde, a hipertensão arterial foi a comorbidade mais prevalente, afetando 37,5% dos participantes, seguida pelo diabetes *mellitus* (16,9%). A maioria dos participantes (53,4%) foi internada por até sete dias, e 25,6% relataram internações anteriores. Observou-se que 16,6% enfrentaram dificuldades no acesso à ESF de referência. Em contrapartida, 62,8% estavam satisfeitos com o atendimento prestado pela ESF, e 42,2% relataram que foram orientados a procurar a ESF para continuidade dos cuidados pós-alta. A reinternação ocorreu em 16,3% dos casos durante o período de acompanhamento pós-alta. As características sociodemográficas e clínicas detalhadas podem ser visualizadas na Tabela 1.

A Tabela 2 apresenta os escores médios dos quatro fatores do instrumento CTM-15 Brasil. O maior escore médio foi atribuído ao Fator 1 - Preparação para o autogerenciamento (61,5 ± 24,6).

Tabela 1. Distribuição das características sociodemográficas e clínicas dos indivíduos hospitalizados, com frequências absolutas (n) e relativas (%). Montes Claros, Minas Gerais, 2023 (n=320)

Variáveis	**n(%)**
Sexo	
Masculino	176(55,0)
Feminino	144(45,0)
Raça/cor da pele	
Negros e indígenas	87(27,2)
Brancos e pardos	233 (72,8)
Faixa etária (anos)	
Até 39	96(30,0)
40-59	129(40,3)

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 13/01/2026 - **Accepted:** 13/02/2026
Vol: 13.16
DOI: 10.66104/4wqhc155
Pages: 1-21

Variáveis	n(%)
≥60	95(29,7)
Estado Civil	
Com companheiro	87(27,1)
Sem companheiro	233(72,9)
Arranjo Familiar	
Não reside sozinho	263(82,2)
Reside sozinho	57(17,8)
Renda familiar (salários mínimos)	
>1	207(64,7)
Até 1	103(35,3)
Escolaridade (anos)	
0-5	103(32,2)
≥6	217(67,8)
Hipertensão arterial	
Sim	120(37,5)
Não	200(62,5)
Diabetes *mellitus*	
Sim	54(16,9)
Não	266(83,1)
Doença cardíaca	
Sim	38(11,9)
Não	282(88,1)
Doenças osteoarticulares	
Sim	27(8,4)
Não	293(91,6)
Doenças respiratórias	
Sim	22(6,8)
Não	298(93,2)
Tumores	
Sim	7(2,2)
Não	313(97,8)
Déficits motores e/ou cognitivos decorrentes do AVC[a]	
Sim	13(4,1)
Não	307(95,9)
Doenças infecciosas	
Sim	32(10,0)
Não	288(90,0)
Doenças Neurológicas	
Sim	24(7,5)
Não	296(92,5)
Doenças Renais	
Sim	23(7,2)
Não	297(92,8)
Tempo de internação (dias)	
Até 7	171(53,4)
>7	149(46,6)
Internação prévia	
Sim	82(25,6)
Não	238(74,4)
Dificuldade em acessar a ESF[b] de referência do seu domicílio	
Sim	53(16,6)
Não	267(83,4)
Satisfeito com a ESF[b]	
Sim	201(62,8)
Não	119(37,2)

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 13/01/2026 - **Accepted:** 13/02/2026
Vol: 13.16
DOI: 10.66104/4wqhc155
Pages: 1-21

Variáveis	n(%)
Orientado a procurar a ESF[b] para continuar a assistência	
Sim	135(42,2)
Não	185(57,8)
Reinternação	
Sim	52(16,3)
Não	268(83,7)

Nota: [a]AVC: Acidente Vascular Cerebral; [b]ESF: Estratégia Saúde da Família.

Tabela 2. Médias e desvios-padrão (DP) dos escores do instrumento Medida de Transição de Cuidados – Brasil (Care Transitions Measure-15) na amostra de indivíduos hospitalizados. Montes Claros, Minas Gerais, 2023 (n=320)

Escores	Média (DP)
Fator 1-Preparação para o autogerenciamento	61,5 (24,6)
Fator 2-Entendimento sobre a medicação	58,6 (23,7)
Fator 3-Preferência assegurada	60,4 (30,9)
Fator 4- Plano de Cuidado	53,0 (29,1)
Transição total	59,0 (29,1)

O escore médio geral da transição do cuidado foi de 59,0 pontos. Considerando o ponto de corte definido para adequação (escore ≥70), apenas 17,2% dos participantes apresentaram transição do cuidado considerada adequada.

Na análise bivariada entre a transição do cuidado e as variáveis independentes, observou-se significância estatística (p-valor <0,200) para as seguintes variáveis: sexo masculino, pertencimento a grupos étnicos negros e indígenas, ter companheiro, residir com o cônjuge ou outros familiares, ter uma renda superior a um salário mínimo, histórico de doenças como hipertensão, diabetes, doenças cardíacas, osteoarticulares, infecciosas e renais, e ter sido orientado a procurar a ESF para continuidade dos cuidados (Tabelas 3 e 4).

Tabela 3. Análise bivariada da Transição do Cuidado segundo variáveis sociodemográficas de indivíduos hospitalizados, frequências absolutas (n), relativas (%) e p-valor. Montes Claros, Minas Gerais, 2023 (n=320)

	Transição do Cuidado		
	Inadequada	Adequada	
Variáveis Independentes	**n (%)**	**n (%)**	**p-valor**
Sexo			
Masculino	149 (84,0)	27(15,3)	**0,206**
Feminino	116(80,6)	28(19,4)	
Raça/cor da pele			
Negros e indígenas	77 (88,5)	10(11,5)	**0,066**

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 13/01/2026 - **Accepted:** 13/02/2026
Vol: 13.16
DOI: 10.66104/4wqhc155
Pages: 1-21

	Transição do Cuidado		
	Inadequada	Adequada	
Variáveis Independentes	**n (%)**	**n (%)**	**p-valor**
Brancos e pardos	188(80,7)	45(19,3)	
Faixa etária (anos)			
Até 39	79(82,3)	17(17,7)	0,470
40-59	108(83,7)	21(16,3)	
≥60	78(82,1)	17(17,9)	
Estado Civil			
Com companheiro	68(78,2)	19(21,8)	**0,101**
Sem companheiro	197(84,5)	36(15,5)	
Arranjo Familiar			
Não reside sozinho	213(81,0)	50(19,0)	**0,042**
Reside sozinho	52(91,2)	5(8,8)	
Renda familiar (salários mínimos)			
>1	167(80,7)	40(19,3)	**0,111**
Até 1	98(86,7)	15(13,7)	
Escolaridade (anos)			
0-5	48(46,6)	55(53,3)	0,099
≥6	26(12)	191(88,0)	

Tabela 4. Análise bivariada da Transição do Cuidado segundo condições de saúde dos indivíduos hospitalizados, frequências absolutas (n), relativas (%) e p-valor. Montes Claros, Minas Gerais, 2023 (n=320)

	Transição do Cuidado		
	Inadequada	Adequada	
Variáveis Independentes	**n (%)**	**n (%)**	**p-valor**
Hipertensão arterial			
Sim	95(79,2)	25(20,8)	0,118
Não	170(85)	30(15)	
Diabetes *mellitus*			
Sim	40(74,1)	14(25,8)	0,052
Não	225(84,6)	41(15,4)	
Doença cardíaca			
Sim	29(76,3)	9(23,7)	0,181
Não	236(83,7)	46(16,3)	
Doenças osteoarticulares			
Sim	19(70,4)	8(29,6)	0,070
Não	246(84)	47(16)	
Doenças respiratórias			
Sim	18(85,7)	3(1,3)	0,498
Não	247(82,6)	52(17)	
Tumores			
Sim	5(71,4)	2(28,6)	0,345
Não	260(83,1)	53(16,9)	
Déficits motores e/ou cognitivos decorrentes do			

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 13/01/2026 - **Accepted:** 13/02/2026
Vol: 13.16
DOI: 10.66104/4wqhc155
Pages: 1-21

Variáveis Independentes	Transição do Cuidado Inadequada n (%)	Transição do Cuidado Adequada n (%)	p-valor
AVC[a]			
Sim	11(84,6)	2(15,4)	0,608
Não	254(82,7)	53(17,3)	
Doenças infecciosas			
Sim	22(68,3)	10(31,3)	0,060
Não	243(84,4)	45(15,6)	
Doenças Neurológicas			
Sim	20(83,3)	4(16,7)	0,603
Não	245(82,2)	51(17,2)	
Doenças Renais			
Sim	20(87,0)	3(13,0)	0,184
Não	249(83,8)	48(16,2)	
Tempo de internação (dias)			
Até 7	143(83,6)	28(16,4)	0,395
>7	122(81,9)	27(18,1)	
Internação prévias			
Sim	67(81,7)	15(18,3)	0,438
Não	198(83,2)	40(16,8)	
Dificuldade em acessar a ESF[b] de referência do seu domicílio			
Sim	42(79,2)	11(20,8)	0,283
Não	223(83,5)	44(16,5)	
Satisfeito com a ESF[b]			
Sim	165(82,1)	36(17,9)	0,388
Não	100(84)	19(16)	
Orientado a procurar a ESF[b] para continuar a assistência			
Sim	100(74,1)	35(25,9)	0,001
Não	165(89,2)	20(10,8)	
Reinternação			
Sim	40(80,8)	10(19,2)	0,400
Não	223(83,2)	45(16,8)	

Nota: [a]AVC: Acidente Vascular Cerebral; [b]ESF: Estratégia Saúde da Família

A Tabela 5 apresenta as variáveis que permaneceram no modelo final associadas à transição do cuidado adequada, ao nível de 5,0% (p-valor <0,050). A transição do cuidado adequada, apresentou associação entre os participantes que tinham companheiro (RP 1,08; IC95% 1,00; 1,17) e entre os que não residiam

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 13/01/2026 - **Accepted:** 13/02/2026
Vol: 13.16
DOI: 10.66104/4wqhc155
Pages: 1-21

sozinhos (RP 1,22; IC95% 1,03; 1,44). Também foi observada entre os participantes hospitalizados por complicações decorrentes de doenças crônicas infecciosas (RP 1,14; IC95% 1,01; 1,29) e entre aqueles que foram orientados a procurar a ESF para continuidade dos cuidados (RP 1,13; IC95% 1,06; 1,22).

Tabela 5. Razões de prevalência (RP) e intervalos de confiança de 95% (IC95%) para fatores associados à qualidade da Transição do Cuidado em indivíduos com doenças crônicas, segundo regressão de Poisson com variância robusta. Montes Claros, Minas Gerais, 2023 (n=320)

Variáveis independentes	RP (IC95%)	p-valor
Estado Civil		
Com companheiro	1,08 (1,00; 1,17)	0,049
Sem companheiro	1,00	
Arranjo Familiar		
Não reside sozinho	1,22 (1,03; 1,44)	0,018
Reside sozinho	1,00	
Doenças Infecciosas		
Sim	1,14 (1,01; 1,29)	0,037
Não	1,00	
Orientado a procura a ESF[a]		
Sim	1,13 (1,06; 1,22)	≤0,001
Não	1,00	

Nota: [a]ESF: Estratégia Saúde da Família.

Nesse estudo, a avaliação da transição do cuidado, conforme a CTM-15 Brasil, foi considerada adequada em 17,2% dos casos, considerando o ponto de corte de 70 ou mais. Estudos realizados no Brasil que aplicaram o mesmo instrumento apresentaram resultados heterogêneos, com escores variando de 69,5 a 87,9 (Weber; Lima; Acosta, 2019; Acosta *et al.,* 2020; Berghetti *et al.,*2023; Liu *et al.,* 2023). Investigação recente realizada na China, que avaliou a qualidade da transição de cuidados em pacientes idosos com doenças crônicas, a pontuação média foi de 52,07 (± 7,26) (Gomes *et al.,* 2023).

O escore de avaliação da qualidade do cuidado neste estudo foi inferior ao de pesquisa realizada com adultos com DCNT no Sul do Brasil, que registrou uma média de 69,5%, considerada próxima do adequado (Acosta *et al.,* 2020). Outro estudo, também no sul do Brasil, analisou a qualidade da transição do cuidado em relação às readmissões hospitalares de indivíduos com 18 anos ou mais e encontrou um escore de 74,7%, superior ao do presente estudo (Weber; Lima;

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 13/01/2026 - **Accepted:** 13/02/2026
Vol: 13.16
DOI: 10.66104/4wqhc155
Pages: 1-21

Acosta, 2019). O estudo mencionado também aplicou o instrumento CTM-15 Brasil para avaliar a transição do cuidado no interior de São Paulo, obtendo um escore médio de 68,59% (Weber; Lima; Acosta, 2019).

Escores mais elevados na CTM-15 Brasil estão associados à redução das taxas de readmissão hospitalar (Weber; Lima; Acosta, 2019). Um estudo que analisou a qualidade da transição do cuidado demonstrou que programas voltados para esse processo podem diminuir as readmissões hospitalares em 30 e 90 dias, além de determinar a qualidade das transições, a adesão à medicação e aumentar a autoeficácia desses pacientes (Tomazela *et al.,* 2023).

Nos Estados Unidos, uma pesquisa com indivíduos idosos constatou que aqueles que receberam intervenções de cuidado antes da alta hospitalar apresentaram um escore de 74,7%. Esse resultado foi superior ao escore de 65,3% obtido por outros indivíduos que não tiveram uma preparação adequada para a alta hospitalar (Toles *et al.,* 2017).

O presente estudo evidenciou que aspectos relacionados à preparação para o autogerenciamento e à garantia das preferências dos indivíduos e familiares apresentaram resultados moderados, de acordo com a perspectiva dos participantes e seus cuidadores. Em contraste, os itens relacionados à compreensão sobre as medicações e ao plano de cuidados obtiveram as menores médias no escore do instrumento. Resultados semelhantes foram observados em outros estudos que aplicaram a ferramenta adaptada para o contexto brasileiro (Acosta *et al.,* 2020; Barbosa *et al.,* 2023).

Quanto ao preparo do indivíduo para o retorno ao domicílio, os fatores 1 (Preparação para o autogerenciamento) e 3 (Preferência assegurada) obtiveram as maiores médias, sendo inclusive superiores à média final do instrumento. Esses fatores estão relacionados às informações de autocuidado recebidas e construídas durante a internação. Incluir as preferências do paciente no processo de tomada de decisão facilita a adesão ao tratamento, aumenta a segurança das ações no domicílio e reduz o retorno aos serviços de saúde por motivos evitáveis (Acosta *et al.,* 2020). Dados semelhantes foram encontrados em estudos recentes que

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 13/01/2026 - **Accepted:** 13/02/2026
Vol: 13.16
DOI: 10.66104/4wqhc155
Pages: 1-21

utilizaram a CTM-15 Brasil, os quais identificaram esses fatores como os melhores, em comparação aos outros (Acosta *et al.,* 2020).

Em contraposição, os fatores 2 (Entendimento sobre a medicação) e 4 (Plano de cuidado) apresentaram as menores médias, evidenciando fragilidades nas orientações sobre medicamentos e seus possíveis efeitos colaterais. Embora muitos indivíduos compreendam o motivo e a dose diária das medicações prescritas, eles frequentemente desconhecem os potenciais efeitos adversos associados ao seu uso (Weber; Lima; Acosta, 2019). As instruções sobre o uso adequado dos medicamentos após a alta são essenciais para prevenir eventos adversos no ambiente domiciliar (Berghetti *et al.,* 2023). No entanto, as informações sobre os efeitos colaterais ainda são insuficientes. No momento da alta, os indivíduos e suas famílias recebem a prescrição médica com orientações sobre dose, horário e via de administração, mas sem informações claras sobre os efeitos adversos, o que pode gerar dúvidas e, consequentemente, aumentar o risco de reinternações (Tomazela *et al.,*2023).

Esses dados sugerem que os indivíduos não se sentiam seguros para realizar os cuidados necessários após a alta, apesar de compreenderem as orientações para o gerenciamento de sua saúde. Isso evidencia que esse aspecto não tem sido priorizado na assistência prestada. Essa percepção é especialmente notável entre aqueles internados por condições crônicas. Tal achado pode permitir que a instituição onde este estudo foi realizado desenvolva um plano de ação para aprimorar o processo de preparo para a alta e o plano de cuidado específico para esse perfil de indivíduos. Resultados semelhantes foram observados em outras pesquisas (Ministério da Saúde, 2010; Acosta *et al.,*2020).

Observou-se que a transição do cuidado foi adequada para as pessoas que tinham companheiro e não residiam sozinhas. Em estudo de revisão, foram encontradas evidências que reforçam que indivíduos com DCNT e fragilizados necessitam da presença de um cuidador no domicílio, frequentemente um membro da família, como cônjuges e filhos (Weber; Lima; Acosta, 2019). Um estudo que avaliou a transição do cuidado em idosos no interior de São Paulo apresentou resultados semelhantes, especialmente para pessoas com DCNT e com

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 13/01/2026 - **Accepted:** 13/02/2026
Vol: 13.16
DOI: 10.66104/4wqhc155
Pages: 1-21

necessidades complexas de autocuidado. O suporte social tem papel fundamental para a continuidade do cuidado e uma transição do cuidado adequada (Tomazela *et al.,* 2023).

Uma pesquisa envolvendo pessoas com DCNT revelou que a ausência de um planejamento conjunto com o indivíduo e sua família para o autogerenciamento da doença está associada ao aumento das taxas de reinternações (Trindade *et al.,* 2022). Em contrapartida, a literatura indica que um planejamento adequado da transição do cuidado pode reduzir as reinternações por motivos evitáveis, associado a qualidade de vida dos indivíduos e seus familiares, além de diminuir a ocorrência de eventos adversos (Oliveira *et al.,*2021).

Neste estudo, registrou-se uma transição do cuidado adequada e positiva para pessoas que foram hospitalizadas por doenças infecciosas. O hospital deste estudo é referência para o Norte de Minas Gerais no atendimento a pessoas com Vírus da Imunodeficiência Humana, Leishmaniose Tegumentar e Hepatites Virais, o que justifica que a transição do cuidado fosse considerada adequada para esses indivíduos (Ministério da Saúde, 2010; Universidade Estadual de Montes Claros, 2024).

Identificou-se que a transição do cuidado foi mais adequada entre aqueles orientados a procurar a ESF para dar continuidade ao seu cuidado. Nesse contexto, a APS desempenha um papel essencial na prevenção e controle das DCNT. Além de ser a porta de entrada prioritária do Sistema Único de Saúde, a APS desenvolve atividades tanto com os indivíduos quanto com a comunidade, promovendo ações de prevenção e intervenção contra os fatores de risco associados às DCNT (Tomazela *et al.,* 2023).

Estudos realizados no Sul do Brasil mostraram resultados semelhantes em relação às internações por DCNT sensíveis à APS (Weber; Lima; Acosta, 2019; Acosta *et al.,* 2020; Berghetti *et al.,* 2023). A ESF se caracteriza pela longitudinalidade, permitindo que a equipe acompanhe o indivíduo ao longo do tempo, tanto nos múltiplos episódios de doença quanto nos cuidados preventivos (Silva *et al.,* 2023).

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 13/01/2026 - **Accepted:** 13/02/2026
Vol: 13.16
DOI: 10.66104/4wqhc155
Pages: 1-21

Nos últimos anos, tem-se discutido a efetivação da RAS para oferecer assistência contínua às pessoas com DCNT que apresentam complicações, sendo a ESF responsável pela coordenação dos fluxos na rede (Ministério da Saúde, 2021). Estudos indicam que pessoas com DCNT podem melhorar ao receber tratamento eficiente, regular e contínuo, como evidenciado em estudo epidemiológico no norte de Minas Gerais que avaliou internações com condições sensíveis à APS (Weber; Lima; Acosta, 2019; Acosta *et al.,* 2020; Oliveira *et al.,* 2021).

No entanto, essa continuidade nem sempre é garantida. Estudo realizado na Suécia revelou que os profissionais da APS enfrentam dificuldades para dar seguimento ao tratamento de pessoas que passaram por internação hospitalar, devido à falta de informações (Oliveira *et al.,* 2021). Mesmo quando um documento de alta estava disponível, levava meses até que fosse apresentado na ESF. Além disso, é fundamental que políticas públicas sejam desenvolvidas para fortalecer a RAS Saúde e aprimorar a organização dos fluxos entre os serviços hospitalares e a APS. A efetivação da contrarreferência pressupõe a articulação entre os serviços de saúde e uma comunicação eficaz entre os profissionais. (Toles *et al.,* 2017; Coutinho; Tomasi, 2020; Trindade *et al.,* 2022; Menezes *et al.,* 2022).

Este estudo apresenta uma importante avaliação da transição do cuidado na perspectiva de indivíduos com DCNT e sua relação com as variáveis clínicas e sociodemográficas. Os achados obtidos podem contribuir com a adoção de tecnologias de cuidado, visando garantir a continuidade e coordenação da assistência às pessoas com DCNT no âmbito da RAS.

Os achados deste estudo apresentam implicações relevantes para a prática assistencial, especialmente para a enfermagem, por evidenciar fatores associados à qualidade da transição do cuidado que podem subsidiar o planejamento de intervenções durante a hospitalização e após a alta (Menezes *et al.,* 2022; Gheno *et al.,*2024). A equipe de enfermagem desempenha papel central na elaboração do plano de alta, na educação em saúde, na orientação sobre o uso seguro de medicamentos, na identificação das necessidades de autocuidado e no envolvimento da família ou de outros cuidadores no processo de transição. Os

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 13/01/2026 - **Accepted:** 13/02/2026
Vol: 13.16
DOI: 10.66104/4wqhc155
Pages: 1-21

resultados também reforçam a importância de individualizar o planejamento da alta, considerando aspectos sociais, como a presença de companheiro e o arranjo familiar, que podem influenciar a continuidade do cuidado no domicílio (Gheno *et al.,*2024).

Além disso, a associação observada entre a orientação para procurar a ESF e a melhor qualidade da transição do cuidado destaca a necessidade de fortalecer a comunicação entre os serviços hospitalares e a APS, por meio de mecanismos efetivos de referência e contrarreferência, compartilhamento de informações clínicas e definição de fluxos assistenciais. Essas estratégias podem favorecer a continuidade do cuidado, reduzir a fragmentação da assistência e qualificar o acompanhamento de pessoas com doenças crônicas na RAS (Menezes *et al.,* 2022; Gheno *et al.,*2024).

Este estudo apresenta limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. O delineamento transversal não permite estabelecer relações de causalidade entre as variáveis investigadas e a qualidade da transição do cuidado. Além disso, a utilização de uma amostra de conveniência, proveniente de um único hospital público de referência regional, pode limitar a representatividade da população estudada e, consequentemente, a generalização dos achados para outros contextos assistenciais.

Embora a perda amostral tenha sido de 12,1%, percentual inferior ao acréscimo previsto no cálculo amostral para compensar possíveis perdas, não se pode descartar a ocorrência de viés de seleção, uma vez que participantes não localizados, recusas e óbitos podem apresentar características distintas daqueles incluídos na análise final. Adicionalmente, a coleta de informações por autorrelato está sujeita a viés de memória e de desejabilidade social.

Por fim, apesar da utilização de regressão de Poisson com variância robusta para ajuste das associações observadas, não se pode excluir a possibilidade de confundimento residual decorrente de variáveis não mensuradas ou não incluídas no modelo analítico. Apesar dessas limitações, o estudo fornece evidências relevantes sobre os fatores associados à qualidade da transição do cuidado de pessoas com doenças crônicas após a alta hospitalar, contribuindo para o

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 13/01/2026 - **Accepted:** 13/02/2026
Vol: 13.16
DOI: 10.66104/4wqhc155
Pages: 1-21

planejamento de estratégias voltadas ao fortalecimento da continuidade do cuidado na RAS.

5. Conclusão

A qualidade da transição do cuidado após a alta hospitalar mostrou-se baixa entre pessoas com doenças crônicas, evidenciando fragilidades no preparo para o autocuidado, especialmente quanto ao uso de medicações e ao plano de cuidados. Fatores sociais, como ter companheiro e não morar sozinho, e assistenciais, como a orientação para acompanhamento na APS, associaram-se a melhores desfechos, ressaltando a importância do suporte social e da articulação entre os níveis de atenção.

Referências

ACOSTA, Aline Marques; LIMA, Maria Alice Dias da Silva; PINTO, Ione Carvalho; WEBER, Luciana Andressa Feil. Care transition of patients with chronic diseases from the discharge of the emergency service to their homes. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 41, n. esp., e20190155, 2020.

ACOSTA, Aline Marques; LIMA, Maria Alice Dias da Silva; MARQUES, Giselda Quintana; LEVANDOVSKI, Patrícia Fernanda; WEBER, Luciana Andressa Feil. Brazilian version of the Care Transitions Measure: translation and validation. International Nursing Review, Oxford, v. 64, n. 3, p. 379–387, 2017.

BARBOSA, Sara Maria; ZACHARIAS, Fabiana Costa Machado; SCHÖNHOLZER, Tatiele Estefâni; CARLOS, Diene Monique; PIRES, Maria Estela Lacerda; VALENTE, Silvia Helena; FABRIZ, Luciana Aparecida; PINTO, Ione Carvalho. Hospital discharge planning in care transition of patients with chronic noncommunicable diseases. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 76, n. 6, e20220772, 2023.

BERGHETTI, Letícia; BRASIL, Danielle Miorin Abreu; WINTER, Viviane de Bittencourt Dias; PETERSEN, Aline Griebeler Padilha; LORENZINI, Elisiane;

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 13/01/2026 - **Accepted:** 13/02/2026
Vol: 13.16
DOI: 10.66104/4wqhc155
Pages: 1-21

KOLANKIEWICZ, Adriane Cristina Bernat. *Transition of care of patients with chronic diseases and its relation with clinical and sociodemographic characteristics***. Revista Latino-Americana de Enfermagem,** Ribeirão Preto, v. 31, e4015, 2023.

COUTINHO, Lígia Silva Bittencourt; TOMASI, Elaine. Déficit de autocuidado em idosos: características, fatores associados e recomendações às equipes de Estratégia Saúde da Família. Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 24, e190578, 2020.

GHENO, Juliana; ULBRICH, Adriana Helena Dall Pozzo Silveira; ANDREATTA, Ana Paula Ferreira; FISCH, Patrícia; PETRY, Raquel Cardoso; NUNES, Tânia Solange; WEIS, Aline Holz. Impacto da transição de cuidado nos desfechos clínicos: coorte histórica. Texto & Contexto – Enfermagem, Florianópolis, v. 33, e20230231, 2024.

GOMES, Viviane Cristina; LANZONI, Gabriela Marcellino de Melo; CECHINEL-PEITER, Caroline; SANTOS, José Luís Guedes dos; MELLO, Ana Luisa Sanches de França; MAGALHÃES, Ana Luiza Pereira. Quality of child and adolescent care transitions considering the presence of chronic disease. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 76, supl. 2, e20220347, 2023.

LIU, Limin; SUN, Minjie; LIU, Meiting; WANG, Jiannan; ZHANG, Yunzhi; ROSA, Rodrigo Della. Assessing the agreement between the Partners at Care Transitions Measure and the Care Transitions Measure for elderly patients with chronic diseases. BMC Health Services Research, London, v. 23, art. 460, 2023.

MENEZES, Hellen Grayce Guimarães; COSTA, Thaise Farias; OLIVEIRA, Rita de Cássia; VIANA, Lívia Maria Marques; SANTOS, Maria Clara Dantas; ANDRADE, Ana Cláudia. Relationship between leadership coaching and nurses' resilience in hospital environments. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 56, e20210422, 2022

Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.254, de 5 de agosto de 2010. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

Ministério da Saúde (BR). Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil, 2021-2030. Brasília: Ministério da Saúde; 2021.

OLIVEIRA, Thiago Lopes; SANTOS, Carla Marins; MIRANDA, Lélia Patrícia; NERY, Maria Luiza Fernandes; CALDEIRA, Antônio Prates. Fatores associados ao custo das internações hospitalares por doenças sensíveis à Atenção Primária no Sistema Único de Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 26, n. 10, p. 4541–4552, 2021.

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 13/01/2026 - **Accepted:** 13/02/2026
Vol: 13.16
DOI: 10.66104/4wqhc155
Pages: 1-21

OLIVEIRA, Cíntia Maria; MARQUES, João Paulo Costa; MACHADO, Waleska Dayse; GOMES, Débora Monteiro; FREITAS, Cibelly Aliny Siqueira Lima; SILVA, Maria Adelane Monteiro; et al. Care for families with people with chronic conditions in primary health care: integrative review. Ciência, Cuidado e Saúde, Maringá, v. 20, e54403, 2021.

SILVA, Luan Pereira; MANO, Yara Fernanda Alves; CALDART, Rafaela Venturini; MACIEL, Juliana Costa; AZEVEDO, André Luiz; SILVA, Otávio Souza. Promoção da saúde: ações de cuidado produzidas na atenção básica à pessoa idosa. Revista Baiana de Saúde Pública, Salvador, v. 47, n. 3, 2023.

TOMAZELA, Mayara; VALENTE, Silvia Helena; LIMA, Maria Alice Dias da Silva; BULGARELLI, Alexandre Fávero; FABRIZ, Luciana Aparecida; ZACHARIAS, Fabiana Costa Machado. Care transition of older adults from hospital to home. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 36, eAPE00291, 2023.

TOLES, Mark; COLÓN-EMERIC, Cathleen; NAYLOR, Mary D.; ASAFU-ADJEI, Jacob; HANSON, Laura C. Connect-home: transitional care of skilled nursing facility patients and their caregivers. Journal of the American Geriatrics Society, Hoboken, v. 65, n. 10, p. 2322–2328, 2017.

TRINDADE, Laís Farias; BOELL, Julia Engel Woelffel; LORENZINI, Elisiane; MONTAÑEZ, William Cuervo; MALKIEWIEZ, Marcio; PITUSKIN, Erin; et al. Effectiveness of care transition strategies for colorectal cancer patients: a systematic review and meta-analysis. Supportive Care in Cancer, Berlin, v. 30, n. 7, p. 6251–6261, 2022.

WEBER, Luciana Andressa Feil; LIMA, Maria Alice Dias da Silva; ACOSTA, Aline Marques. *Quality of care transition and its association with hospital readmission*. **Aquichan**, Chía, v. 19, n. 4, e1945, 2019.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS. Hospital Universitário Clemente de Faria. Montes Claros: Unimontes, 2024. Disponível em: https://unimontes.br/unidades/hospital-universitario/. Acesso em: 6 jul. 2026.