

## ARTIGO DE INVESTIGAÇÃO (ORIGINAL)

# Eficácia de uma Estratégia de Transição do Cuidado Liderada por Enfermeiros no Pós-Operatório de Cancro Colorretal: Ensaio Pragmático

*Effectiveness of a Nurse-Led Care Transition Strategy After Colorectal Cancer Surgery: Pragmatic Trial*

*Eficacia de Una Estrategia de Transición Asistencial Dirigida por Enfermeros tras una Intervención Quirúrgica por Cáncer Colorrectal: Ensayo Pragmático*

Ana Letícia Missio de Oliveira <sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0001-8843-4126>

Elisiane Lorenzini <sup>2</sup>

 <https://orcid.org/0000-0001-8426-2080>

Márcia Baiocchi Amaral Danielle <sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0001-6207-7722>

Wilson Canón-Montañez <sup>3</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-0729-5342>

Letícia Flores Trindade <sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0001-9088-2825>

Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz <sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-1793-7783>

<sup>1</sup> Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ), Ijuí, RS, Brasil

<sup>2</sup> Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC, Brasil

<sup>3</sup> Universidade de Antioquia, Faculdade de Enfermagem, Medellín, Antioquia, Colômbia

## Autor de correspondência

Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz

E-mail: [adri.saudecoletiva@gmail.com](mailto:adri.saudecoletiva@gmail.com)

Recebido: 01.09.25

Aceite: 19.10.25

## Resumo

**Enquadramento:** Apesar das evidências disponíveis sobre a transição do cuidado, ainda existem lacunas significativas na prática e nas políticas públicas.

**Objetivo:** Avaliar a eficácia de uma estratégia liderada por enfermeiros para melhorar a transição do cuidado e a qualidade de vida em doentes com cancro colorretal, bem como reduzir o tempo de internamento hospitalar, as readmissões e a procura por serviços de urgência.

**Metodologia:** Ensaio clínico aleatorizado com doentes com idades entre os 45 e os 85 anos, excluindo-se os que não tivessem acesso a um telefone fixo ou móvel.

**Resultados:** A transição do cuidado foi considerada satisfatória. A intervenção demonstrou ter efeitos positivos na qualidade de vida, especialmente nos domínios funcionamento social, fadiga, dispneia e insónia. No entanto, não foram observadas diferenças estatísticas em relação ao tempo de permanência hospitalar, às readmissões e à procura por serviços de urgência.

**Conclusão:** Como estudo piloto, identificaram-se benefícios em aspetos específicos, embora não tenham sido observadas diferenças em alguns resultados de saúde relevantes.

**Palavras-chave:** cuidado transicional; continuidade da assistência ao paciente; enfermagem; ensaio clínico controlado aleatório; neoplasias colorretais

## Abstract

**Background:** Despite available evidence on care transition, significant gaps persist in practice and public policies.

**Objective:** To evaluate the effectiveness of a nurse-led care transition strategy for patients with colorectal cancer, aiming to improve care transition, quality of life, and reduce hospital length of stay, readmissions, and emergency service use.

**Methodology:** Randomized clinical trial involving patients aged 45 to 85 years. Those without access to landline or mobile phones were excluded.

**Results:** Care transition was considered satisfactory. The intervention showed positive effects on quality of life, particularly in the domains of social functioning, fatigue, dyspnea, and insomnia. However, no statistical differences were observed regarding hospital length of stay, readmissions, or emergency service use.

**Conclusion:** As a pilot study, benefits were identified in specific aspects, although no differences were found in some relevant clinical outcomes.

**Keywords:** transitional care; continuity of patient care; nursing; randomized controlled trial; colorectal neoplasms

## Resumen

**Marco contextual:** A pesar de la evidencia disponible sobre la transición asistencial, persisten importantes lagunas en la práctica y en las políticas públicas.

**Objetivo:** Evaluar la eficacia de una estrategia de transición asistencial dirigida por enfermeros para pacientes con cáncer colorrectal, con el objetivo de mejorar la transición asistencial y la calidad de vida, y reducir la duración de la estancia hospitalaria, los reingresos y el uso de los servicios de urgencias.

**Metodología:** Ensayo clínico aleatorizado en el que participaron pacientes de entre 45 y 85 años. Se excluyó a aquellos que no tenían acceso a teléfonos fijos o móviles.

**Resultados:** La transición asistencial se consideró satisfactoria. La intervención mostró efectos positivos en la calidad de vida, especialmente en los ámbitos del desempeño social, la fatiga, la disnea y el insomnio. Sin embargo, no se observaron diferencias estadísticas en cuanto a la duración de la estancia hospitalaria, los reingresos o el uso de los servicios de urgencias.

**Conclusión:** Como estudio piloto, se identificaron beneficios en aspectos específicos, aunque no se encontraron diferencias en determinados resultados clínicos relevantes.

**Palabras clave:** atención transitoria; continuidad de la atención al paciente; enfermería; ensayo controlado aleatorio; neoplasias colorrectales



Escola Superior de  
Enfermagem de Coimbra

fct

Fundação  
para a Ciência  
e a Tecnologia

**Como citar este artigo:** Oliveira, A. L., Lorenzini, E., Danielle, M. B., Canón-Montañez, W., Trindade, L. F., & Kolankiewicz, A. C. (2025). Eficácia de uma Estratégia de Transição do Cuidado Liderada por Enfermeiros no Pós-Operatório de Cancro Colorretal: Ensaio Pragmático. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(4), e42931. <https://doi.org/10.12707/RVI25.68.42931>



## Introdução

O cancro é uma das principais causas de morte em 112 países, sendo o cancro colorretal (CCR) o terceiro tipo de cancro mais comum e a segunda principal causa de mortalidade (Bray et al., 2024). O seu tratamento é complexo, prolongado e requer cuidados contínuos por parte de uma equipa multidisciplinar, tendo um impacto significativo na vida dos doentes e das suas famílias (Griffin et al., 2024).

A transição do cuidado (TC) refere-se à transferência segura e oportuna dos doentes entre os diferentes níveis de cuidados, desde o momento da admissão até ao acompanhamento após a alta hospitalar (Rezaei et al., 2025). A comunicação entre os serviços, através de documentação ou contacto telefónico, combinada com a educação em saúde fornecida aos doentes e às suas famílias, tem demonstrado reduzir as readmissões e a procura de serviços de urgência (Acosta et al., 2020).

A transição do hospital para casa exige o envolvimento de todos os profissionais, sendo que os enfermeiros desempenham um papel central na identificação das dificuldades dos doentes no momento da alta hospitalar (Griffin et al., 2024). Um estudo realizado com doentes com tumores do sistema digestivo no sul do Brasil concluiu que a TC foi satisfatória, embora tenham sido observadas deficiências no plano de cuidados, atribuídas a lacunas educacionais, à falta de protocolos e à continuidade insuficiente dos cuidados de saúde primários (Rodrigues et al., 2022). Ainda faltam dados sobre a eficácia da TC especificamente em doentes com CCR.

A literatura internacional destaca que as intervenções de cuidados de transição (CT) estão associadas a melhorias significativas nos resultados de saúde dos doentes oncológicos. Uma revisão sistemática demonstrou que os CT liderados por enfermeiros reduziram as taxas de readmissão, otimizaram a recuperação e melhoraram a qualidade de vida (QV) dos doentes com CCR (Trindade et al., 2022). Da mesma forma, uma meta-análise de intervenções multidisciplinares confirmou os benefícios da continuidade dos cuidados e reduções na utilização dos serviços de saúde, reforçando a importância de estratégias estruturadas para doentes com necessidades de saúde complexas (Collet et al., 2025). Estes resultados justificam a relevância de investigar os CT liderados por enfermeiros, especificamente para doentes com CCR, uma população com elevado risco de complicações e encargos relacionados com o tratamento.

Dado que os resultados dos ensaios clínicos podem demorar até 20 anos a ser implementados, os profissionais de saúde podem contribuir para a identificação de questões de investigação com base nas necessidades do mundo real. A evidência também demonstra que a percepção de segurança do doente melhora quando a equipa se compromete a implementar novas práticas (Van Grootel et al., 2025). Uma revisão sistemática realizada em doentes com CCR concluiu que os programas de vigilância pós-alta reduziram as readmissões em 32% e que os protocolos de recuperação otimizada padronizados diminuíram o tempo de hospitalização em até um dia e meio (Trindade et al.,

2022). O presente estudo tem como objetivo avaliar a eficácia de uma estratégia de TC liderada por enfermeiros para doentes com CCR, com vista a melhorar a TC e a QV, bem como reduzir o tempo de internamento hospitalar, as readmissões e a utilização dos serviços de urgência.

## Enquadramento

No Brasil, a ausência de uma política nacional sobre os CT limita a investigação sobre o tema. É essencial compreender as variáveis relacionadas com os CT e a sua relação com as características dos doentes oncológicos para se poderem desenvolver estratégias eficazes de continuidade dos cuidados (Van Grootel et al., 2025; Rodrigues et al., 2022). Estudos internacionais demonstram que as intervenções de CT reduzem as taxas de readmissão hospitalar e a utilização dos serviços de urgência, melhorando simultaneamente os resultados relatados pelos doentes e a sua QV (Rezaei et al., 2025; Trindade et al., 2022). Alguns estudos qualitativos salientam igualmente as percepções positivas dos doentes e cuidadores relativamente à segurança, apoio e satisfação durante a transição do hospital para casa (Xu et al., 2024; Griffin et al., 2024). Em geral, as estratégias de CT melhoram a segurança do doente e reduzem os custos com cuidados de saúde, o que realça a sua importância no contexto brasileiro (Gheno et al., 2024; Van Grootel et al., 2025). A implementação de intervenções de CT durante a hospitalização, no momento da alta e após a mesma é, portanto, fundamental, especialmente devido às lacunas na aplicação prática nos serviços de saúde no Brasil.

## Questão de investigação/hipótese

Qual a eficácia de uma estratégia de transição de cuidados liderada por enfermeiros para doentes com cancro colorretal em termos de melhoria da transição de cuidados e da qualidade de vida, bem como de redução do tempo de internamento hospitalar, readmissões hospitalares e utilização dos serviços de urgência?

A estratégia em questão melhora a transição dos cuidados e a qualidade de vida e reduz o tempo de internamento hospitalar, as readmissões hospitalares e a utilização dos serviços de urgência.

## Metodologia

### Tipo de estudo

Trata-se de um ensaio clínico aleatorizado, pragmático e com dupla ocultação, que seguiu as recomendações CONSORT 2010 e SPIRIT (Schulz et al., 2010; Chan et al., 2013). Este estudo foi desenvolvido numa unidade de internamento cirúrgico de um hospital no sul do Brasil. O protocolo do ensaio de implementação foi desenvolvido com base em evidências científicas e contou com a participação de utilizadores do conhecimento (Rodrigues et al., 2022; Trindade et al., 2022). O estudo

está registado no Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos sob o número “RBR-44vznc: Estratégia liderada por enfermeiros para aprimorar a Transição de Cuidado em pacientes submetidos à cirurgia de câncer colorretal”.

### Participantes

Os critérios de elegibilidade incluíam doentes hospitalizados com diagnóstico de CCR e submetidos a cirurgia. Os critérios de inclusão eram a presença de atividade cognitiva preservada, avaliada por enfermeiros. Os critérios de exclusão eram a ausência de acesso a telefone fixo ou móvel.

### Cálculo da amostra

A amostra mínima calculada foi de 118 doentes (59 por grupo), considerando os seguintes parâmetros: nível de significância de 5%, poder estatístico de 90%, taxa expectável de readmissão hospitalar de 10% no grupo

de intervenção (GI) e 40% no grupo de controlo (GC), uma proporção entre os dois grupos de 1:1 e um ajuste de 20% para possíveis perdas e recusas. Este manuscrito apresenta os resultados do estudo piloto.

### Randomização

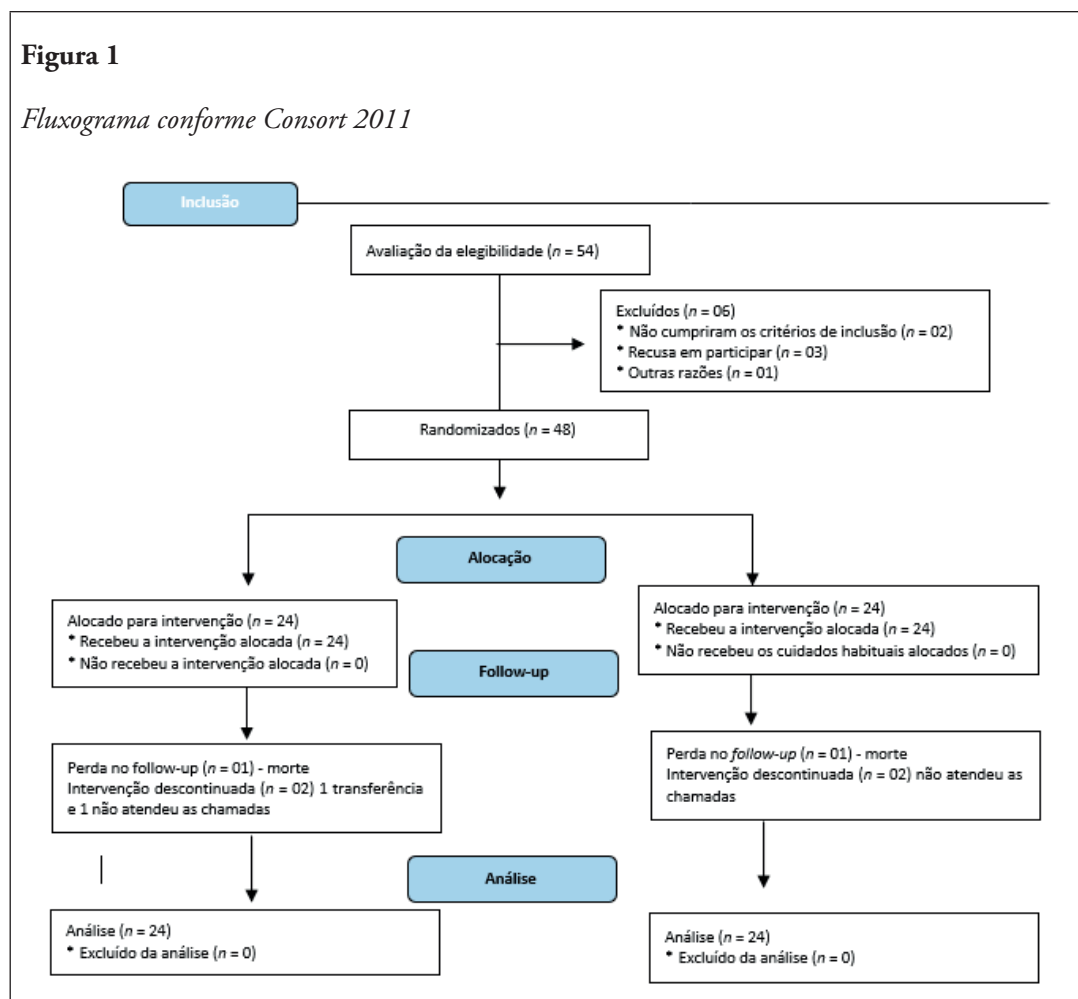
A randomização foi realizada por um investigador externo, no local da intervenção, através do sítio <http://www.randomizer.org>, com randomização em bloco 1:1.

### Recolha de dados

Os doentes foram convidados a participar durante a hospitalização e, após aceitação, responderam a um questionário sobre variáveis sociodemográficas e QV, utilizando o *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire – Core 30* (EORTC QLQ-C30). Os dados clínicos foram recolhidos a partir dos respetivos processos clínicos.

**Figura 1**

*Fluxograma conforme Consort 2011*



Os participantes foram recrutados entre janeiro e dezembro de 2021 e distribuídos aleatoriamente entre o GC e o GI.

### Intervenção

No primeiro dia de admissão na unidade cirúrgica, o enfermeiro do contexto local, previamente treinado e acompanhado por um estudante no último ano do curso

de enfermagem, identificou o membro da família/cuidador que acompanharia o doente em casa, identificou os objetivos do doente e da família para a estadia no hospital, informou sobre as etapas e necessidades identificadas para a alta e discutiu o plano de alta com o médico e o doente. Após a cirurgia, realizou-se uma reunião de preparação para a alta, na qual o enfermeiro do contexto local, com a colaboração de um estudante no último ano do curso

de enfermagem, identificou necessidades e preocupações relacionadas com o regresso a casa. O enfermeiro aconselhou o doente e a família sobre o seu estado de saúde, explicou os cuidados a ter com a ferida cirúrgica, o uso de medicamentos e cateteres (se aplicável), recorrendo à técnica *Teach-Back*, que verifica a compreensão ao pedir ao doente que explique com as suas próprias palavras a informação recebida, certificando-se de que as orientações foram compreendidas.

No dia da alta ou no primeiro dia útil após a alta, o enfermeiro do contexto local, acompanhado por um estudante no último ano do curso de enfermagem, faz uma chamada telefónica para a unidade de cuidados de saúde primários de referência do doente, passando o caso e as principais necessidades do doente ao enfermeiro. O enfermeiro faz a revisão da lista de medicamentos reconciliada com o doente e a família, entrega ao doente um resumo/plano de alta hospitalar de âmbito multidisciplinar com dados sobre acompanhamento clínico, exames realizados, diagnóstico, medicamentos em uso, medicamentos de uso contínuo, período de internamento, um breve histórico do internamento e orientações para o doente sobre a continuidade do atendimento na unidade. O enfermeiro informa o doente e a família sobre o nome e o número de telefone do enfermeiro de cuidados de saúde primários, que será a pessoa e a unidade a contactar em caso de problema após a alta. Foram ainda fornecidos ao doente e à família os respetivos horários.

A intervenção baseia-se na estratégia da *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) - Care Transitions From Hospital to Home: IDEAL Discharge Planning*, que apresenta um conjunto de questões-chave para envolver o doente e a família na preparação para a alta hospitalar (AHRQ, 2013). Este processo abrange o período desde a admissão até à alta e inclui, pelo menos, uma reunião entre o doente, a família e o enfermeiro/médico responsável pelo planeamento da alta, com o objetivo de esclarecer dúvidas e abordar preocupações.

Cuidados habituais: O grupo de controlo recebeu os cuidados hospitalares habituais relacionados com a alta, que incluem orientações gerais e a entrega de folhetos com informações sobre os cuidados a ter com o saco de ostomia, se aplicável.

A recolha de dados envolveu enfermeiros: um investigador principal responsável pela recolha de dados à beira do leito, outro responsável pela randomização e dois enfermeiros do serviço hospitalar responsáveis pela aplicação da estratégia de intervenção. Foram realizadas três reuniões para formar os enfermeiros responsáveis pela intervenção. Na primeira reunião, foi explicado como a intervenção decorreria, quando começaria e a técnica *Teach-Back*. Num segundo momento, ouviram-se as suas dúvidas e dificuldades. A terceira reunião ocorreu já no decurso da intervenção, a fim de verificar se esta estava a decorrer conforme o planeado.

Após avaliação dos critérios de elegibilidade, convite e obtenção de aceitação dos doentes, foram recolhidos dados sociodemográficos e clínicos e aplicado o EORTC QLQ-C30 à beira do leito. Trata-se de um instrumento multidimensional, desenvolvido pela European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC, 2001; Wintner et al., 2016), avalia a QV dos doentes em cinco escalas funcionais, três escalas de sintomas e uma escala global de saúde. O instrumento foi novamente utilizado 90 dias após a alta hospitalar, com o objetivo de verificar os resultados da QV após o regresso à vida familiar e comunitária.

Os participantes foram também informados de que, entre os 7 e os 30 dias após a alta hospitalar, seriam contactados por telefone para responder ao CTM-15 (Coleman et al., 2005), que foi validado para o Brasil (Acosta et al., 2017). O CTM-15 é composto por 15 perguntas e divide-se em quatro fatores: Fator 1, Preparação para autogerenciamento; Fator 2, Entendimento sobre medicações; Fator 3, Preferências asseguradas; e Fator 4, Plano de cuidado. Para calcular as médias, foi aplicada uma fórmula que transforma as médias obtidas em pontuações de 0 a 100 (Coleman et al., 2005). Pontuações mais altas indicam uma melhor qualidade da TC. Embora não exista um ponto de corte definido, os autores consideraram satisfatória uma pontuação igual ou superior a 70 (Acosta et al., 2020).

As chamadas foram efetuadas por bolsiros de iniciação científica num espaço privado de uma universidade no sul do país. Os processos clínicos dos doentes foram consultados após a alta hospitalar, com vista a identificar se recorreram a serviços de urgência ou se foram readmitidos.

### Análise estatística

As médias das pontuações no CTM-15 e EORTC QLQ-C30 foram analisadas considerando um valor de  $p$  inferior a 0,05 como significativo. A comparação das variáveis entre os grupos foi realizada recorrendo à análise de variância unidirecional (one-way ANOVA) com os testes de Tukey ou Scheffé. Foram utilizados os modelos GEE (*Generalized Estimating Equations*) (Bonferroni post hoc) para avaliar as diferenças.

O estudo cumpriu a Resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil e foi aprovado pela Comissão de Ética para a Investigação sob o Parecer n.º 4.479.127, de 12 de fevereiro de 2021.

## Resultados

Um total de 48 doentes, com idades compreendidas entre os 45 e os 85 anos, foram aleatoriamente distribuídos por dois grupos: 24 para o GI e 24 para o GC. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas características sociodemográficas e clínicas entre os grupos (Tabela 1).



**Tabela 1***Características sociodemográficas e clínicas dos participantes no GI e no GC. Ijuí/RS, Brasil, 2022*

Variáveis		GI n(%)	GC n(%)	p
Gênero	Feminino	12(46,2)	14(53,8)	0,454
	Masculino	12(57,1)	9(42,9)	
Idade (Anos)	45-60	11(57,9)	8(42,1)	0,440
	> 60	13(46,4)	15(53,6)	
Estado civil	Casado/União de facto	21(55,3)	17(44,7)	0,243
	Solteiro/Viúvo/Divorciado	2(25)	6(75)	
Escolaridade	Menos do que 8 anos	15(51,7)	14(48,3)	0,460
	Mais do que 8 anos	6(40)	9(60)	
Rendimento per capita	Até 1 salário mínimo	13(50)	13(50)	1,000
	Mais de 1 salário mínimo	4(44,4)	5(55,6)	
Tempo desde o diagnóstico	Até 1 ano	20(48,8)	21(51,2)	0,413
	Superior a 1 ano	4(66,7)	2(33,3)	
Metástases	Sim	1(20)	4(80)	0,293
	Não	4(57,1)	3(42,9)	
Primeira hospitalização	Sim	13(43,3)	17(56,7)	0,227
	Não	11(64,7)	6(35,3)	
Tratamento	Cirúrgico	19(55,9)	15(44,1)	0,397
	Combinado*	5(41,7)	7(58,3)	

Nota. GI = Grupo Intervenção; GC = Grupo Controle; p = Teste de significância.

\* O tratamento combinado foi considerado quando o doente recebeu mais de um tipo de intervenção (ex.: cirurgia e quimioterapia).

Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

A avaliação global do CTM-15 (Tabela 2) revelou resultados satisfatórios, sem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. O fator “Preparação para autogerenciamento” obteve a média mais alta em ambos os grupos. Relativamente ao fator “Preferências asseguradas”, a média do GC foi satisfatória e a do GI insatisfatória,

sem diferença estatística. O fator “Plano de cuidado” foi considerado insatisfatório em ambos os grupos, sem diferença estatística. No fator “Entendimento sobre medicações”, foi encontrada uma diferença estatística, com uma pontuação significativamente mais alta para o GC ( $p = 0,037$ ).

**Tabela 2***Avaliação da transição de cuidados, pontuações médias do CTM-15 e comparação entre o GI e o GC. Ijuí/RS, Brasil, 2022*

Fator	Grupo	Média	DP	p
CTM-15 Total	IG	70,7	8,5	0,191
	CG	75,1	12,9	
Preparação para autogerenciamento	IG	80,1	10,1	0,983
	CG	80,0	10,9	
Entendimento sobre medicações	IG	68,6	20,3	0,037
	CG	79,5	11,7	
Preferências asseguradas	IG	66,2	11,6	0,116
	CG	73,4	17,1	
Plano de cuidado	IG	67,8	15	0,967
	CG	67,6	22,7	

Nota. CTM-15 = Care Transition Measure; GI = Grupo Intervenção; GC = Grupo Controle; DP = Desvio-padrão; p = Teste de significância.

Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Quanto à análise da QV 90 dias após a alta hospitalar (Tabela 3), não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos nos domínios funcionais (funcionamento físico, desempenho de papel, funcionamento cognitivo, funcionamento emocional

e funcionamento social). Ao comparar os sintomas, verificou-se uma diferença estatisticamente significativa em relação à dispneia ( $p = 0,018$ ) e à insónia ( $p = 0,021$ ), com pontuações médias significativamente mais elevadas no GI.

**Tabela 3**

*Avaliação da qualidade de vida utilizando o QLQ-C30 e comparação entre os grupos IG e CG. Ijuí/RS, Brasil. 2022 – 90 dias*

Escala	Grupo	Média	DP	p
Funcionamento físico	GI	73,3	17,4	0,264
	GC	64,6	25,1	
Desempenho de papel	GI	69,1	38,3	0,486
	GC	76,6	35,1	
Funcionamento emocional	GI	62,9	29,9	0,585
	GC	67,5	30,6	
Funcionamento cognitivo	GI	74,1	25	0,769
	GC	74,9	28,3	
Funcionamento social	GI	79,1	31,4	0,662
	GC	78,3	27	
Fadiga	GI	70,5	29,3	0,480
	GC	75,5	28,5	
Náuseas e vômitos	GI	75,8	30,8	0,108
	GC	85,8	29,2	
Dor	GI	76,6	32,6	0,245
	GC	85,0	27,5	
Dispneia	GI	11,6	24,8	0,018
	GC	0,0	0	
Insónia	GI	31,6	38,1	0,021
	GC	11,6	19,5	
Perda de apetite	GI	26,6	36,8	0,085
	GC	10	26,7	
Obstipação	GI	30	38	0,143
	GC	13,3	25,1	
Diarreia	GI	11,6	24,8	0,204
	GC	3,3	10,2	
Dificuldades financeiras	GI	28,3	42,2	0,988
	GC	25	35,6	
Estado geral de saúde	GI	67,9	19,5	0,116
	GC	77,9	16,5	

*Nota.* GI = Grupo Intervenção; GC = Grupo Controle; DP = Desvio-padrão; p = Teste de significância.

Fonte:Elaborado pelo autor (2022).

Considerando a análise dos dados longitudinais recolhidos através do EORTC QLQ-C30 na comparação entre os dois grupos, o modelo GEE foi ajustado para avaliar os efeitos do tempo e do grupo em geral. Além disso, foi

detetado um efeito de interação na dimensão “Funcionamento social” ( $p = 0,022$ ), em que GC apresentou um aumento médio maior na avaliação final (+14,4 pontos) em comparação com o GI (+6,9 pontos).

Na dimensão “Fadiga”, o efeito significativo da interação “tempo\*grupo” ( $p = 0,017$ ) mostrou que, no GI, ocorreu um aumento inexpressivo no final da intervenção (+2,4 pontos), ao passo que no GC o aumento representativo da média atingiu 20,4 pontos.

Quanto à dimensão “Dispneia”, o efeito significativo da interação ( $p < 0,001$ ) mostrou que, enquanto no GI ocorreu um aumento médio na avaliação final de +4,7 pontos, no GC foi identificada uma redução de 9,7 pontos no mesmo período.

Quanto à dimensão da “Insônia”, o efeito representativo da intervenção ( $p = 0,006$ ) revelou que, enquanto no GI se verificou um aumento inexpressivo da média na avaliação final (+2,4 pontos), no GC ocorreu uma diminuição da pontuação média no mesmo período (-35,6 pontos). Ao comparar o tempo de internamento hospitalar entre o GI e o GC, a média de dias no GI foi de 4,5 dias (1,38) e no GC foi de 6,8 dias (9,0), com um valor de  $p = 0,380$ . A mediana foi de 4 dias em ambos os grupos. Em relação à readmissão hospitalar nos 30 dias seguintes, verificaram-se duas readmissões em ambos os grupos, sem diferença estatística. Nos 60 e 90 dias seguintes, não se registaram readmissões. Quanto à procura de serviços de urgência, verificaram-se duas ocorrências no GI em 30 dias, não tendo havido procura do serviço em 60 e 90 dias.

## Discussão

Este estudo concluiu que a média geral do CTM-15 foi considerada satisfatória, sem diferença significativa entre os grupos. Relativamente à QV, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, exceto nos sintomas de dispneia e insônia. Ao comparar a QV no momento inicial com 90 dias após a alta hospitalar, foram observadas diferenças estatisticamente significativas nos sintomas de fadiga, dor, dispneia, insônia e diarreia, com pontuações mais baixas no GC. Quanto ao tempo de internamento hospitalar, as médias do GI foram inferiores, embora não tenha sido observada uma diferença estatística. Quanto à procura de serviços de urgência, registaram-se apenas duas ocorrências no GI nos primeiros 30 dias; aos 60 e 90 dias, não se registaram quaisquer ocorrências em nenhum dos grupos.

Embora não tenham sido observadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos na maioria dos resultados, a tendência de diminuição da procura de serviços de urgência no GI é consistente com os resultados de estudos internacionais. No entanto, este aspeto deve ser alvo de investigação em estudos com uma amostra mais alargada. As intervenções de CT têm demonstrado um impacto significativo na diminuição das readmissões, dos custos hospitalares e da utilização não planeada de serviços em doentes oncológicos (Ghenot et al., 2024). Estes resultados sugerem que a ausência de diferenças significativas pode dever-se às limitações da dimensão da amostra e não à falta de eficácia da intervenção.

A TC é um processo complexo e abrangente que exige a integração de toda a rede de saúde, proporcionando vantagens tanto para os doentes como para os serviços,

com vista a reduzir os eventos adversos e a procura da rede hospitalar (Xu et al., 2024). Um estudo brasileiro realizado com doentes com neoplasia do trato digestivo identificou uma pontuação média satisfatória no CTM-15 (74,1), com fragilidade nos fatores “Preferências asseguradas” (69,4) e “Plano de cuidado” (66,1; Rodrigues et al., 2022). Estratégias como o acompanhamento pós-alta por telefone, programa ativo de vigilância pós-alta por telemedicina, programa de transição e uso de protocolo multidisciplinar padronizado de recuperação têm-se revelado eficazes (Trindade et al., 2022).

No nosso estudo, o GI apresentou melhorias nos sintomas de fadiga, dor, dispneia, insônia e diarreia, o que pode refletir o efeito do acompanhamento estruturado e do planeamento individualizado da alta hospitalar. A nível internacional, existem evidências que apoiam esta interpretação, uma vez que os programas de CT demonstraram melhorar a QV e o controlo dos sintomas em doentes oncológicos (Griffin et al., 2024; Xu et al., 2024; Kersen et al., 2024). Estes resultados salientam a importância de abordagens centradas no doente e na família durante a transição do hospital para casa, sendo os enfermeiros fundamentais na educação e coordenação dos cuidados. Tendo em conta o risco de complicações em doentes submetidos a tratamento para CCR, como infeções e trauma cirúrgico, a estratégia de TC centrada num plano de cuidados padronizado e personalizado, com vista a orientar o acompanhamento e a recuperação dos doentes, demonstrou melhorar a TC (Collet et al., 2025). No entanto, a continuidade dos cuidados entre os serviços de saúde no Brasil tem sido um verdadeiro desafio (Van Grootel et al., 2025). O tratamento de doentes com CCR pode ter impacto na QV e isso deve ser alvo de atenção no desenvolvimento de estratégias que apoiem os doentes e as suas famílias, a fim de reduzir a sobrecarga física e emocional do tratamento. Um estudo realizado no Brasil mostrou que os sintomas mais prevalentes foram náuseas, vômitos, diarreia e dispneia, os quais têm um impacto na QV (Carlos et al., 2022).

Outros estudos demonstraram que o diagnóstico e o tratamento cirúrgico diminuem temporariamente a QV desses doentes, mas esta tende a melhorar com o tempo. Os sintomas mais prevalentes em doentes diagnosticados com cancro são a dor, a dispneia e a fadiga (Pereira et al., 2022). Neste sentido, a literatura destaca a necessidade de melhorar os CT para os doentes oncológicos, enfatizando o envolvimento dos doentes e a adoção de estratégias individualizadas durante a TC (Kersen et al., 2024).

Os resultados de um estudo revelaram que as orientações e a educação oferecidas ao doente durante a hospitalização aumentam a capacidade dos familiares de prestar cuidados aos pacientes dependentes (Rodrigues et al., 2021). Um planeamento inadequado da alta hospitalar pode aumentar o risco de readmissões e de procura dos serviços de urgência. Um plano de cuidados apropriado, elaborado durante a permanência do doente no ambiente hospitalar, promove uma alta segura, bem como a continuidade e a completude dos cuidados, reduzindo igualmente as readmissões e as despesas hospitalares (Zanetoni et al., 2022). Deste modo, a redução do tempo de internamento hospi-

talar pode diminuir o risco de morbidade e mortalidade, bem como os custos hospitalares. Estudos indicam que as estratégias de CT têm um impacto significativo nas readmissões, na mortalidade e nos custos hospitalares (Ghenot et al., 2024).

A implementação de programas de navegação de doentes, um processo que consiste em orientar os doentes pelos serviços de saúde, com o enfermeiro a coordenar os cuidados, proporciona aos doentes, aos serviços e ao sistema de saúde uma mais-valia em termos de qualidade dos cuidados oncológicos. De facto, a navegação dos doentes reduz as visitas aos serviços de urgência hospitalar.

Por conseguinte, o planeamento de estratégias de CT, em que o enfermeiro é o coordenador dos cuidados, pode facilitar a navegação dos doentes nos serviços de saúde, contribuindo positivamente para a continuidade dos cuidados. A pandemia da doença por coronavírus (COVID-19) trouxe desafios importantes aos cuidados oncológicos. O aumento dos casos de doença em maio e junho de 2021 levou à suspensão das cirurgias eletivas por três semanas. Outra limitação prende-se com o número de participantes em cada grupo e ao facto de o estudo ter sido desenvolvido num único hospital.

No entanto, tendo em conta o tamanho da amostra, a estratégia não foi eficiente, mas vale a pena adaptá-la para um novo estudo.

## Conclusão

Neste estudo piloto, a estratégia testada não conseguiu melhorar a TC, na perspetiva do doente e/ou da sua família, mensurada pelo CTM-15, nem aumentar a QV, medida pelo questionário EORTC QLQ-C30, pois não foi encontrada diferença significativa na escala global. No que se refere aos sintomas, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas relativamente à dispneia e à insónia, com pontuações médias mais elevadas no GI. Ao comparar a QV no momento 0 e aos 90 dias, não se verificaram diferenças estatísticas entre os grupos. No que se refere à náusea e ao vômito, verificou-se uma diminuição desses sintomas ao fim de 90 dias, com diferença estatística entre os grupos. Ao comparar os sintomas nos dois momentos de avaliação, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas no grupo de cuidados habituais para a fadiga, a dor, a dispneia, a insónia e a diarreia. Quanto ao tempo de internamento hospitalar, este diminuiu no GI, embora sem diferença significativa. Relativamente às readmissões e à procura de serviços de urgência, não se verificaram diferenças entre os grupos. Portanto, não foram encontradas diferenças estatísticas entre o GI e o GC relativamente à eficácia da estratégia de TC nos indicadores analisados. Ressalta-se que este é um estudo piloto, pelo que a amostra total será avaliada num estudo futuro.

## Contribuição dos autores

Conceptualização: Oliveira, A. L., Lorenzini, E., Danielle, M. B., Canón-Montañez, W., Trindade, L. F., Kolankiewicz, A. C.

Tratamento de dados: Oliveira, A. L., Lorenzini, E., Kolankiewicz, A. C.

Análise formal: Oliveira, A. L., Lorenzini, E., Canón-Montañez, W., Kolankiewicz, A. C.

Investigação: Oliveira, A. L., Lorenzini, E., Kolankiewicz, A. C.

Metodologia: Oliveira, A. L., Lorenzini, E., Kolankiewicz, A. C.

Administração do projeto: Oliveira, A. L., Lorenzini, E., Canón-Montañez, W., Kolankiewicz, A. C.

Recursos: Oliveira, A. L., Canón-Montañez, W., Kolankiewicz, A. C.

Supervisão: Oliveira, A. L., Lorenzini, E., Kolankiewicz, A. C.

Validação: Oliveira, A. L., Lorenzini, E., Kolankiewicz, A. C.

Visualização: Oliveira, A. L., Danielle, M. B., Canón-Montañez, W., Trindade, L. F., Kolankiewicz, A. C.

Redação – rascunho original: Oliveira, A. L., Danielle, M. B., Canón-Montañez, W., Trindade, L. F., Kolankiewicz, A. C.

Redação – análise e edição: Oliveira, A. L., Danielle, M. B., Canón-Montañez, W., Trindade, L. F., Kolankiewicz, A. C.

## Referências bibliográficas

- Acosta, A. M., Lima, M. A., Marques, G. Q., Levandovski, P. F., & Weber, L. A. (2017). Brazilian version of the Care Transitions Measure: Translation and validation. *International Nursing Review*, 64(3), 379–387. <https://doi.org/10.1111/inr.12326>
- Acosta, A. M., Lima, M. A., Pinto, I. C., & Weber, L. A. (2020). Care transition of patients with chronic diseases from the discharge of the emergency service to their homes. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 41(spe), e20190155. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190155>
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2013). *Care transitions from hospital to home: IDEAL discharge planning: Implementation handbook*. [https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/systems/hospital/engagingfamilies/strategy4/Strat4\\_Implement\\_Hndbook\\_508\\_v2.pdf](https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/systems/hospital/engagingfamilies/strategy4/Strat4_Implement_Hndbook_508_v2.pdf)
- Bray, F., Laversanne, M., Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Soerjomataram, I., & Jemal, A. (2024). Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 74(3), 229–263. <https://doi.org/10.3322/caac.21834>
- Carlos, E. A., Borgato, J. A., & Garbuio, D. C. (2022). Evaluation of the quality of life of cancer patients undergoing chemotherapy. *Revista Rene*, 23, e71133. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2022371133>
- Chan, A.-W., Tetzlaff, J. M., Altman, D. G., Laupacis, A., Gøtzsche, P. C., Krleža-Jerić, K., Hróbjartsson, A., Mann, H., Dickersin, K., Berlin, J. A., Doré, C. J., Parulekar, W. R., Summerskill, W. S., Groves, T., Schulz, K. F., Sox, H. C., Rockhold, F. W., Rennie, D., & Moher, D. (2013). SPIRIT 2013 statement: Defining standard protocol items for clinical trials. *Annals of Internal Medicine*, 158(3), 200. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-158-3-201302050-00583>
- Coleman, E. A., Mahoney, E., & Parry, C. (2005). Assessing the



- quality of preparation for posthospital care from the patient's perspective: The care transitions measure. *Medical Care*, 43(3), 246–255. <http://www.jstor.org/stable/3768223>
- Collet, R., Grootel, J., Dongen, J., Wiertsema, S., Ostelo, R., Schaaf, M., Lazzari, E., Geleijn, E., Major, M., & Leeden, M. (2025). The impact of multidisciplinary transitional care interventions for complex care needs: A systematic review and meta-analysis. *The Gerontologist*, 65(6), gnaf088. <https://doi.org/10.1093/geront/gnaf088>
- European Organization for Research and Treatment of Cancer. (2001). EORTC QLQ-C30 scoring manual. <https://www.eortc.org/app/uploads/sites/2/2018/02/SCmanual.pdf>
- Gheno, J., Ulbrich, A. H., Andreatta, A. P., Fish, P., Petry, R. C., Nunes, T. S., & Weis, A. H. (2024). Impact of transition of care on clinical outcomes: Historical cohort. *Texto & Contexto Enfermagem*, 33, e20230231. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0231pt>
- Griffin, J. M., Mandrekar, J. N., Vanderboom, C. E., Harmsen, W. S., Kaufman, B. G., Wild, E. M., Dose, A. M., Ingram, C. J., Taylor, E. E., Stiles, C. J., Gustavson, A. M., & Holland, D. E. (2024). Transitional palliative care for family caregivers: Outcomes from a randomized controlled trial. *Journal of Pain and Symptom Management*, 68(5), 456–466. <https://doi.org/10.1016/j.jpain-symman.2024.07.030>
- Kersen, J., Kurbatfinski, S., Thomas, A., Ibadin, S., Hezam, A., Lorenzetti, D., Chandarana, S., Dort, J. C., & Sauro, K. M. (2024). Are there opportunities to improve care as patients transition? Insights from cancer survivors. *BMJ Open*, 14(12), e078210. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-078210>
- Pereira, C. A., Pontes, B. L., Valente, T. R., Moura, A. F., Mesquita, R. B., & Mont'Alverne, D. G. (2022). Influência dos cânceres gástrico e hematológico na qualidade de vida e na funcionalidade de pacientes oncológicos. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 68(1), e051332. <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2022v68n1.1332>
- Rezaei, N., Kersen, J., Thomas, A., Kurbatfinski, S., Lorenzetti, D., & Sauro, K. M. (2025). Interventions to support transitions in care among patients with cancer: A scoping review. *Cancer Medicine*, 14(5), e70660. <https://doi.org/10.1002/cam4.70660>
- Rodrigues, C. D., Lorenzini, E., Romero, M. P., Oelke, N. D., Winter, V. D., & Kolankiewicz, A. C. (2022). Care transitions among oncological patients: From hospital to community. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 56, e20220308. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0308en>
- Schulz, K. F., Altman, D. G., Moher, D., & CONSORT Group. (2010). CONSORT 2010 Statement: Updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *Trials*, 11, 32. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-11-32>
- Trindade, L. F., Boell, J. E., Lorenzini, E., Montañez, W. C., Malkiewicz, M., Pituskin, E., & Kolankiewicz, A. C. (2022). Effectiveness of care transition strategies for colorectal cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Supportive Care in Cancer*, 30(7), 6251–6261. <https://doi.org/10.1007/s00520-022-07033-2>
- Grootel, J. W., Collet, R. J., Dongen, J. M., Leeden, M., Geleijn, E., Ostelo, R., Schaaf, M., Wiertsema, S., & Major, M. E. (2025). Experiences with hospital-to-home transitions: Perspectives from patients, family members and healthcare professionals. A systematic review and meta-synthesis of qualitative studies. *Disability and Rehabilitation*, 47(7), 1644–1658. <https://doi.org/10.1080/09638288.2024.2384624>
- Wintner, L. M., Sztankay, M., Giesinger, J. M., Aaronson, N., Bottomley, A., Velikova, G., Leeuw, I. V., Poll-Franse, L. V., Groenvold, M., Petersen, M. A., & Holzner, B. (2016). *Manual for the use of EORTC measures in daily clinical practice*. <https://qol.eortc.org/manual/clinical-practice/>
- Xu, Y., Liu, Y., Kang, Y., Wang, D., Zhou, Y., Wu, L., & Yuan, L. (2024). Experiences of family caregivers of patients with end-of-life cancer during the transition from hospital to home palliative care: A qualitative study. *BMC Palliative Care*, 23(1), 230. <https://doi.org/10.1186/s12904-024-01559-4>
- Zanetoni, T. C., Cucolo, D. F., & Perroca, M. G. (2022). Responsible hospital discharge: Content validation of nurse's activities. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 43, e20210044. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210044.pt>