

# Tecnologia, transição do cuidado e readmissões hospitalares: *uma análise contextual multidimensional*

Laís Maurício de Oliveira Almeida de Freitas

Médica Intensivista  
Mestranda em Ciências Aplicada à Atenção Hospitalar pela UFMT  
E-mail: lais.freitas@ufmt.br

Carolina Giordani da Silva

Doutora em Enfermagem pela UFRGS  
Professora do PPG em Enfermagem da UFMT  
E-mail: carolina.silva7@ufmt.br

Rodolfo Benedito Zattar da Silva

Doutor em Engenharia de Produção pela UFRGS  
Professor do PPG em Ciências Aplicada à Atenção Hospitalar da UFMT  
E-mail: rodolfo.silva@ufmt.br

Gímerson Erick Ferreira

Doutor em Enfermagem pela UFRGS  
Professor do PPG em Enfermagem da UEM  
E-mail: geferreira@uem.br

Recebido: 15 jan. 2026

Aprovado: 26 mai. 2026

**Resumo:** As readmissões hospitalares revelam falhas na continuidade assistencial. Este estudo analisa multidimensionalmente a transição do cuidado e o impacto das tecnologias digitais. Trata-se de pesquisa qualitativa via revisão narrativa da literatura. Observou-se que as tecnologias reduzem readmissões, mas enfrentam limitações culturais, de acesso e institucionais.

**Palavras-chave:** Transição do Cuidado. Readmissão Hospitalar. Tecnologia aplicada à Saúde.

**Abstract:** Hospital readmissions reveal failures in continuity of care. This study multidimensionally analyzes the transition of care and the impact of digital technologies. This is a qualitative research study using a narrative literature review. It was observed that technologies reduce readmissions, but face cultural, access, and institutional limitations.

**Keywords:** Care Transition. Hospital Readmission. Technology Applied to Health.

**Resumen:** Los reingresos hospitalarios revelan fallas en la continuidad de la atención. Este estudio analiza multidimensionalmente la transición de la atención y el impacto de las tecnologías digitales. Se trata de una investigación cualitativa que utiliza una revisión narrativa de la literatura. Se observó que las tecnologías reducen los reingresos, pero enfrentan limitaciones culturales, de acceso e institucionales.

**Palabras clave:** Transición asistencial. Reingreso Hospitalario. Tecnología Aplicada a la Salud.

## 1 Introdução

O envelhecimento populacional, o aumento das doenças crônicas e a sobrecarga dos serviços hospitalares tornam a transição do cuidado um tema central nas políticas de saúde contemporâneas. Esse contexto evidencia a necessidade de fortalecer a integração entre os níveis de atenção e aprimorar os mecanismos de continuidade assistencial (Gonçalves; Alves, 2024; Acosta *et al.*, 2020; Lacerda; Almeida, 2023).

A transição do cuidado, definida como a transferência da responsabilidade assistencial entre diferentes níveis ou setores do sistema de saúde, representa um dos grandes desafios na busca pela qualidade e pela segurança dos pacientes (Melo *et al.*, 2025). A efetividade desse processo está diretamente associada à continuidade adequada do acompanhamento pós-alta hospitalar, impactando de forma decisiva os desfechos clínicos e a experiência do paciente. Nesse cenário, as readmissões hospitalares destacam-se como um indicador para avaliar a eficácia da transição do cuidado, refletindo a eficiência dos processos internos, mas também a capacidade de garantir a continuidade assistencial (Silva *et al.*, 2024a).

Estudos recentes identificam lacunas como a fragmentação da comunicação, ausência de protocolos integrados e insuficiência de sistemas de informação, que se estabelecem como fatores que favorecem reinternações evitáveis (Egelseer-Bruendl *et al.*, 2024; Silva *et al.*, 2024b). Essas lacunas reforçam a necessidade de incorporar tecnologias que assegurem continuidade e segurança no processo de alta hospitalar.

Nesse contexto, as tecnologias em saúde emergem como ferramentas capazes de potencializar o monitoramento clínico e a qualificação do cuidado (Senbekov *et al.*, 2020). Nesse sentido, soluções tecnológicas desempenham um papel fundamental ao facilitar o acesso e a interoperabilidade das informações clínicas. De acordo com Senbekov *et al.* (2020), a adoção de tecnologias é essencial para assegurar a segurança do paciente, promovendo a integração dos sistemas e a melhoria dos resultados.

O presente artigo propõe uma análise contextual e multidimensional sobre readmissões hospitalares, transição do cuidado e tecnologias assistenciais. O objetivo é investigar como abordagens tecnológicas podem mitigar as reinternações evitáveis e qualificar a continuidade do cuidado. A relevância do tema justifica-se pela carga

assistencial e financeira das readmissões, pela necessidade de racionalizar recursos e aprimorar a efetividade dos serviços de saúde.

## 2 Metodologia

### 2.1 Fundamento teórico da análise contextual

Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa, de natureza teórico-analítica, fundamentada em análise contextual multidimensional interpretativa, que organiza as evidências considerando múltiplas dimensões inter-relacionadas para compreensão integrada dos fenômenos, por meio de uma pesquisa bibliográfica baseada em estudos relevantes sobre o tema.

A análise contextual desenvolvida está estruturada em quatro dimensões inter-relacionadas: imediata, específica, geral e metacontextual. Essa estrutura permite uma compreensão abrangente e integrada das questões relacionadas às readmissões hospitalares vinculadas à transição do cuidado, considerando aspectos tecnológicos, socioculturais, históricos e normativos que as influenciam.

### 2.2 Operacionalização e desenvolvimento da análise contextual

A análise contextual deste estudo baseou-se na proposta metodológica de Hinds, Chaves e Cypress (1992), que compreende o contexto como uma estrutura formada por quatro níveis interdependentes: imediato (momento em que ocorrem os fenômenos), específico (fatores situacionais e concretos que os influenciam), geral (aspectos socioemocionais e históricos que moldam a conformação) e metacontexto (dimensões normativas, políticas, legais e culturais que incidem sobre suas perspectivas futuras).

Para apoiar a investigação das readmissões hospitalares no âmbito da transição do cuidado, realizou-se uma revisão narrativa da literatura, reunindo evidências recentes e relevantes. Essa estratégia permitiu examinar as características em múltiplas dimensões, contemplando desde modelos assistenciais e ferramentas tecnológicas até fatores normativos e culturais que impactam a continuidade do cuidado e a prevenção de reinternações.

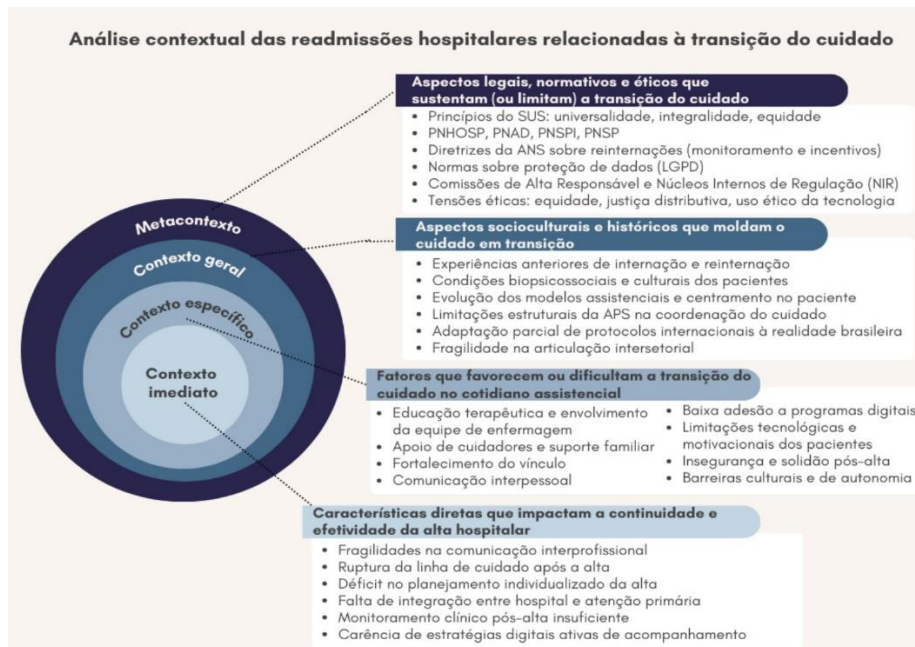
A busca bibliográfica foi realizada em junho e julho de 2025 nas bases EMBASE, PubMed e LILACS. Utilizaram-se operadores booleanos para combinar termos relacionados a tecnologias digitais ("*Technology*" OR "*Digital Health*" OR

"Telemedicine" OR "eHealth"), readmissões hospitalares ("Hospital Readmission" OR "Rehospitalization") e transição do cuidado ("Transition Care" OR "Transitional Care" OR "Care Transition").

Foram selecionados cinco artigos na EMBASE, seis na PubMed e dois na LILACS, totalizando a amostra final. Os critérios de inclusão contemplaram: (i) estudos de revisão publicados nos últimos cinco anos; (ii) com acesso completo; (iii) realizados com populações adultas humanas; (iv) e, que abordassem a articulação entre transição do cuidado, uso de tecnologias em saúde e readmissões hospitalares. Foram excluídos artigos duplicados, incompletos, relatos primários, editoriais, cartas ao editor, resumos e artigos de opinião.

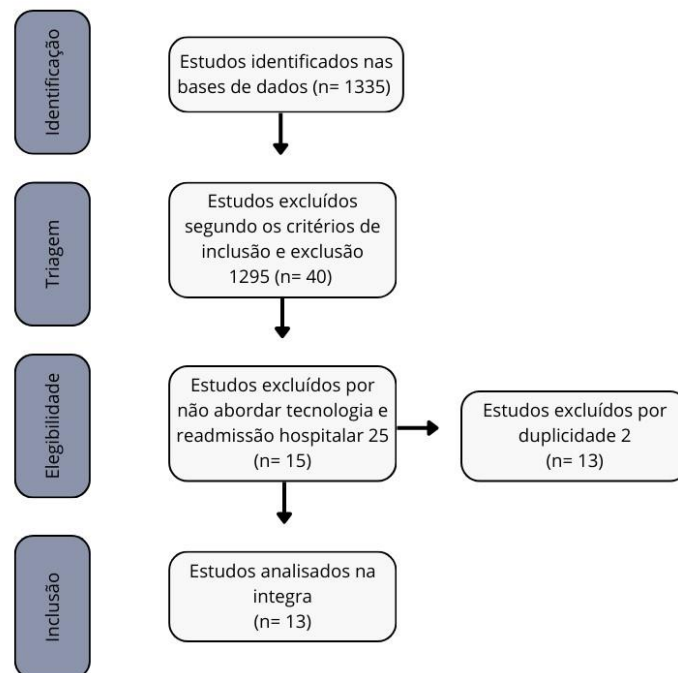
Ao todo, 13 estudos compuseram a amostra analisada, representando uma síntese atualizada sobre os contextos em que se inserem as estratégias tecnológicas voltadas à melhoria da transição do cuidado e à prevenção de reinternações hospitalares. A representação esquemática do processo de seleção dos estudos é apresentada na Figura 1.

Figura 1 – Fluxograma do processo de seleção dos estudos



A análise dos artigos evidenciou a complexidade das readmissões hospitalares na transição do cuidado, ao abordar os fatores socioculturais, institucionais, políticos e estruturais do sistema de saúde. Os resultados foram sistematizados conforme os quatro níveis contextuais (imediato, específico, geral e metacontextual), apresentados na Figura 2.

Figura 2 – Contextos das readmissões hospitalares relacionadas à transição do cuidado



Essa sistematização permitiu não apenas mapear as dimensões envolvidas na transição do cuidado, mas também identificar lacunas críticas que comprometem a eficácia das intervenções tecnológicas, servindo de base para as discussões apresentadas a seguir.

## 3. Resultados e discussão

### 3.1 Contexto imediato: transição do cuidado mediadas por tecnologias

O contexto imediato abrange as particularidades do uso de tecnologias no momento da transição do cuidado hospitalar. Observa-se um crescente investimento em Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs), especialmente em soluções digitais voltadas ao autocuidado, cuja incorporação ao processo de transição tem demonstrado impacto significativo na melhoria dos resultados clínicos (Farias *et al.*, 2020; Liu *et al.*, 2022).

Intervenções mediadas por aplicativos móveis com feedback em tempo real e alertas personalizados configuram-se como recursos relevantes nesse contexto. Segundo Liu *et al.* (2022), pacientes com insuficiência cardíaca que participaram de intervenções de autogerenciamento em saúde digital apresentaram benefícios clínicos significativos, refletidos tanto na redução das taxas de readmissão hospitalar quanto da mortalidade por causas cardiovasculares.

A metanálise evidenciou que essas estratégias foram associadas a uma diminuição estatisticamente significativa da mortalidade cardiovascular (OR 0,74; IC 95% 0,59–0,92;  $p=0,008$ ), bem como de readmissões relacionadas à insuficiência cardíaca (OR 0,77; IC 95% 0,66–0,90;  $p < 0,001$ ). Esses achados reforçam o potencial das tecnologias para fomentar o autocuidado após a alta hospitalar, contribuindo para a melhoria da continuidade do cuidado e para a redução de desfechos adversos.

Esse suporte contínuo por dispositivos móveis fortalece o controle do paciente sobre sua condição. Nesse contexto, o telemonitoramento, tanto síncrono (vídeo consultas) quanto assíncrono (envio de dados para avaliação posterior), também se destaca como estratégia eficaz, especialmente na Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). Rezende *et al.* (2023) ressaltam que essas ferramentas permitem acompanhamento, intervenções precoces e melhor acesso ao cuidado, favorecendo a autogestão e reduzindo hospitalizações.

A utilização de modelos híbridos de cuidado, que combinam monitoramento remoto com intervenções presenciais, também tem se mostrado eficiente. Exemplo disso é o modelo desenvolvido por Borgen *et al.* (2021), voltado a pacientes com COVID-19, que integrou visitas domiciliares, envio de dispositivos de mensuração (como oxímetros) e acompanhamento diário por teleconsultas. Essa estrutura permitiu suporte clínico nos dias subsequentes à alta, evitando internações prolongadas e readmissões desnecessárias.

Em paralelo, tecnologias educacionais digitais também demonstraram impacto direto na adesão ao tratamento e na prevenção de complicações. Farias *et al.* (2020) destacam que estratégias como vídeos explicativos, mensagens automatizadas e atividades educativas reduzem o tempo de permanência hospitalar, previnem recorrências clínicas e diminuem os índices de reinternações, especialmente em pacientes com doenças cardiovasculares. A ênfase recai, nesse ponto, sobre o fortalecimento do vínculo com o paciente por meio da capacitação contínua, prática essencial no momento imediato pós-alta (Farias *et al.*, 2020).

A assistência mediada pelo enfermeiro, sobretudo na implementação de planos individualizados de cuidado e no contato direto com o paciente por telefone ou visitas, emerge como aspecto relevante no contexto imediato, como evidenciado por Coskun e Duygulu (2021). Essa centralidade da enfermagem garante monitoramento precoce, adesão terapêutica e resposta ágil a complicações iniciais, reforçando o papel da equipe multiprofissional na continuidade do cuidado.

Outro elemento essencial são as ferramentas digitais de estratificação de risco, como demonstrado por Pezel *et al.* (2021), que classificam pacientes crônicos conforme a probabilidade de readmissão, permitindo ações clínicas personalizadas e o direcionamento eficiente dos recursos assistenciais aos casos mais críticos. De acordo com Soh *et al.* (2020), a manutenção da continuidade terapêutica e o suporte à autogestão constituem elementos para prevenir readmissões em pacientes com diabetes mellitus, grupo particularmente propenso a reinternações não planejadas. Além disso, o estudo identificou que comorbidades como insuficiência cardíaca (OR = 1,81; IC 95% 1,67–1,96) e doença renal (OR = 1,69; IC 95% 1,34–2,12), assim como o uso de terapia com insulina (OR = 1,45; IC 95% 1,24–1,71), foram preditores significativamente mais fortes de readmissão hospitalar não planejada em 30 dias. Tais evidências ressaltam a necessidade de abordagens individualizadas e integradas, centradas na transição do cuidado e na identificação precoce de fatores de risco, como estratégia fundamental para aprimorar os desfechos em pacientes com diabetes mellitus.

Modelos que utilizam dispositivos domiciliares conectados, como balanças e monitores de pressão com central de monitoramento gerida por enfermeiras (Egelseer-Bruendl *et al.*, 2024), mostraram-se promissores para pacientes com insuficiência cardíaca. Esses modelos geraram um ganho clínico significativo, com mais de 40 dias livres de internações hospitalares por paciente. Assim, a transição do cuidado mediada por tecnologias representa uma aplicação prática onde intervenções digitais demonstram reduzir reinternações, melhorar a autogestão, ampliar o acesso ao cuidado contínuo e fortalecer o vínculo entre pacientes e equipes de saúde, mitigando lacunas assistenciais e respondendo à complexidade da assistência pós-hospitalar.

### *3.2 Contexto específico: desafios e potencialidades tecnológicas*

O contexto específico compreende os elementos humanos, sociais, tecnológicos e estruturais que influenciam diretamente a transição do cuidado quando ela ocorre, contemplando tanto o passado imediato quanto os aspectos qualitativos da situação

presente. Este nível analítico valoriza a singularidade da experiência assistencial, incluindo as interações entre pacientes, profissionais e dispositivos tecnológicos, assim como os ambientes e dinâmicas que tornam possível, ou não, a continuidade efetiva do cuidado.

No que se refere às potencialidades, destaca-se o avanço progressivo das intervenções digitais centradas na autogestão, no acompanhamento multiprofissional e no suporte remoto estruturado. Essas soluções demonstram efetividade especialmente em pacientes recém-egressos do ambiente hospitalar, ao promoverem adesão ao tratamento e redução de complicações, contribuindo para o rompimento do ciclo de reinternações (Liu *et al.*, 2022). A presença de intervenções estruturadas, adaptadas às necessidades clínicas e monitoradas ativamente, figura como um facilitador crítico para o sucesso da transição do cuidado.

No contexto brasileiro, a telessaúde vem sendo uma alternativa viável para suprir lacunas assistenciais em regiões com acesso limitado à saúde. Rezende *et al.* (2023) evidenciam que programas de telemonitoramento em pacientes com DPOC não apenas melhoram a qualidade de vida, como reduzem reinternações, desde que haja coordenação entre os níveis de atenção, interoperabilidade entre sistemas e suporte multiprofissional.

Entretanto, persistem barreiras estruturais, culturais e técnicas significativas. A desigualdade no acesso e na alfabetização digital, frequentemente observada em pacientes idosos, com baixa escolaridade ou residentes em áreas remotas, compromete a efetividade das tecnologias. Segundo Silva *et al.* (2024b), a exclusão digital compromete diretamente o alcance e a aplicabilidade das tecnologias, exigindo políticas que incentivem a equidade tecnológica e a inclusão assistencial. Em linha semelhante, Pezel *et al.* (2021) revelam que apenas 36% dos pacientes com insuficiência cardíaca na França utilizam smartphones, restringindo o uso de plataformas digitais aos segmentos mais conectados da população.

Outro aspecto crítico está relacionado à resistência à adesão tecnológica, que pode decorrer da percepção limitada de benefícios por parte dos pacientes ou da complexidade operacional dos sistemas. A revisão de Tian *et al.* (2024) identificou elevada heterogeneidade nos efeitos das intervenções tecnológicas, o que sugere que o sucesso depende de variáveis contextuais como o nível de suporte familiar, a familiaridade prévia com tecnologia, a qualidade da interação com os profissionais e a personalização das soluções implementadas.

Do ponto de vista da estruturação assistencial, a falta de padronização nas estratégias de transição e a ausência de protocolos compartilhados entre os serviços representam obstáculos recorrentes. A interoperabilidade limitada entre plataformas, a comunicação fragmentada entre equipes e a descontinuidade nos registros clínicos eletrônicos dificultam o gerenciamento do paciente, comprometendo tanto a vigilância remota quanto a efetividade dos alertas clínicos (Silva et al., 2024b).

Apesar disso, o potencial custo-benefício das intervenções tecnológicas segue sendo destacado na literatura. Programas bem estruturados de monitoramento digital, como o descrito por Egelseer-Bruendl *et al.* (2024), além de reduzir hospitalizações evitáveis, apresentaram viabilidade econômica mesmo diante dos custos com dispositivos e capacitação da equipe. Isso evidencia que, mesmo em contextos com recursos limitados, a organização do cuidado digital pode compensar os investimentos, promovendo desfechos positivos.

Diante desse cenário, torna-se evidente que as tecnologias digitais não operam isoladamente, mas estão inseridas em uma rede de relações humanas, decisões clínicas, infraestrutura e políticas públicas. A efetividade da transição do cuidado, portanto, depende da articulação entre a capacitação digital dos usuários, a adesão dos profissionais, a clareza nos protocolos e o suporte institucional. Assim, as tecnologias representam potenciais facilitadores da continuidade do cuidado, mas podem também configurar novas barreiras caso não estejam alinhadas às especificidades dos contextos nos quais são aplicadas.

### *3.3 Contexto geral: aspectos socioemocionais, culturais e históricos*

O contexto geral refere-se às interações passadas e presentes que moldam a experiência dos sujeitos com o fenômeno da reinternação hospitalar, incorporando elementos socioculturais, subjetivos, históricos e organizacionais que influenciam a forma como a transição do cuidado é percebida, vivenciada e operacionalizada.

Historicamente, observa-se uma certa evolução dos modelos assistenciais, com a crescente valorização da atenção centrada no paciente, do cuidado interdisciplinar e da continuidade pós-alta, rompendo com a concepção de alta hospitalar como um ponto final. Modelos transicionais, como o proposto por Naylor *et al.* (2011), contribuíram para esse deslocamento, enfatizando a necessidade da comunicação interprofissional e do suporte contínuo no domicílio, especialmente para pacientes com vulnerabilidade clínica.

Em nível nacional, políticas públicas como a Política Nacional de Humanização e a política de atenção domiciliar no SUS têm impulsionado abordagens mais integradas e humanizadas na transição entre os níveis de atenção (Brasil 2013a; Brasil, 2013b). No entanto, persistem fragilidades estruturais e organizacionais que comprometem a efetividade desses modelos, como a baixa capilaridade da Atenção Primária à Saúde (APS), a fragmentação das redes de cuidado e a falta de interoperabilidade entre os sistemas de informação (Mendes, 2019). Essa realidade acentua os riscos de descontinuidade e de reinternações precoces.

Culturalmente, a adesão às tecnologias digitais e às práticas de autocuidado ainda enfrentam desafios importantes. A experiência de doença e recuperação é vivida de forma diversa segundo fatores como idade, gênero, classe social, valores e crenças. Pezel *et al.*, (2021) demonstraram que apenas 22% dos pacientes participavam de programas de educação terapêutica, sugerindo que fatores motivacionais, culturais e emocionais interferem na adesão dos pacientes. Assim, observou-se que o envolvimento de familiares e cuidadores também se apresenta como um eixo crítico para o sucesso da transição do cuidado. Segundo Silva *et al.* (2024b), a inclusão ativa do cuidador nas decisões terapêuticas e no planejamento digital do cuidado favorece a adesão, aumenta a percepção de apoio e melhora os desfechos clínicos. Modelos assistenciais que priorizam relações de confiança entre paciente, cuidador e equipe promovem maior senso de segurança e pertencimento (Coskun e Duygulu, 2021).

Ademais, é imprescindível considerar o impacto das condições biopsicossociais no risco de reinternação. Mota (2021) destaca que a reincidência hospitalar frequentemente reflete não apenas fatores clínicos, mas também comportamentos de saúde, capacidades de autocuidado, estabilidade emocional, rede de suporte e condições sociais. Essa compreensão amplia o escopo da análise, revelando que readmissões evitáveis são, em muitos casos, sintomas de fragilidades na vida cotidiana dos indivíduos.

Do ponto de vista organizacional, a ausência de protocolos padronizados, a descontinuidade nos fluxos de referência e de contrarreferência e a falta de clareza nas diretrizes operacionais continuam a comprometer a linha do cuidado. Ainda que estratégias como o apoio matricial tenham sido instituídas como forma de articular a APS com os serviços especializados, sua implementação ainda é desigual, carecendo de investimentos em educação permanente e no fortalecimento das redes locais (Mendes, 2019).

Portanto, a reinternação hospitalar deve ser compreendida não como um evento isolado, mas como resultado de uma rede complexa de fatores que envolvem o paciente, sua família, os serviços de saúde e a sociedade como um todo. Ao considerar essa dimensão ampliada do cuidado, torna-se possível desenvolver estratégias mais adaptadas e eficazes para a redução de reinternações e para a promoção de uma transição segura e humanizada.

### *3.4 Metacontexto: aspectos legais, políticos e normativos*

A compreensão das readmissões hospitalares exige uma análise aprofundada do ambiente normativo, político e ideológico que estrutura a atenção à saúde no Brasil. A promulgação da Constituição Federal de 1988 consolidou a saúde como um direito universal e um dever do Estado, orientando a formulação de políticas voltadas para garantir a assistência integral em todos os níveis de atenção. Nesse contexto, a transição do cuidado destaca-se como elemento fundamental para a efetividade desse modelo.

A despeito dos avanços institucionais, o elevado índice de reinternações hospitalares continua sendo um indicativo da fragmentação assistencial e das fragilidades na articulação entre os serviços. Programas como a política nacional de atenção hospitalar, que regula a organização dos serviços hospitalares no SUS e reforça a necessidade de integração com os demais pontos da rede (Brasil, 2013a); o serviço de atenção domiciliar, que oferece suporte clínico no domicílio, reduzindo complicações e reinternações a política nacional de saúde da pessoa idosa, que orienta estratégias específicas para uma população particularmente vulnerável (Brasil, 2006); e o programa nacional de segurança do paciente, que promove práticas que minimizam riscos durante o processo de transição do cuidado (Brasil, 2013b). As principais ações incluem a implementação de protocolos, o monitoramento de eventos adversos, a comunicação eficaz, o uso seguro de medicamentos e prevenção de incidentes na assistência à saúde (Brasil, 2013b), além das normativas relacionadas à implantação dos Núcleos Internos de Regulação e das Comissões de Alta Responsável, que operacionalizam, dentro dos hospitais, o planejamento seguro da saída do paciente e seu encaminhamento contínuo na rede de atenção (Brasil, 2013a).

Apesar dos avanços regulatórios, persistem lacunas estruturais e operacionais que comprometem a efetividade dessas estratégias. A fragmentação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), a baixa resolutividade da APS, a carência de protocolos institucionais bem definidos e a valorização ainda incipiente da alta como processo clínico, contribuem para

a recorrência de reinternações evitáveis (Mendes, 2019). Como reforçam Di Chiara *et al.* (2025), há necessidade de um cuidado contínuo que ultrapasse o momento da alta hospitalar, sendo este fundamental para a prevenção de complicações e reinternações. Nesse contexto, a adoção de tecnologias de apoio à transição do cuidado é uma exigência ética e política.

As readmissões hospitalares, nesse sentido, podem ser interpretadas como indicadores indiretos da fragmentação assistencial e da insuficiência das políticas públicas em atender integralmente às necessidades dos usuários. No esforço de reverter esse cenário, observa-se um movimento da Agência Nacional de Saúde (ANS) à adoção de ferramentas tecnológicas voltadas para o monitoramento clínico pós-alta, ao acompanhamento remoto e à educação terapêutica contínua. Como exemplo, a instituição de protocolos que vinculam o monitoramento das taxas de readmissões a mecanismos de avaliação e incentivos financeiros, estimulando hospitais a adotarem práticas que previnam a reincidência hospitalar (ANS, 2022).

Contudo, a implementação de tecnologias em saúde requer estrita observância das normas legais e éticas, especialmente relativas à proteção de dados pessoais e privacidade dos pacientes (Silva *et al.*, 2024b). Dessa forma, o metacontexto evidencia a necessidade de transformações graduais e estruturantes que valorizem a alta hospitalar como parte do tratamento. Para tanto, não basta apenas a existência de leis; é preciso promover mudanças institucionais, culturais e tecnológicas e investimentos em inovação contínua para romper o ciclo de reinternações evitáveis, garantindo um cuidado centrado na pessoa.

### *3.5 Limites e contribuições da análise contextual*

Como limitação, destaca-se a escassez de estudos nacionais sobre tecnologias digitais voltadas à transição do cuidado, o que restringe a análise e limita comparações com realidades internacionais. Ainda assim, o mapeamento dos contextos permite identificar desafios e orientar a construção de soluções sensíveis às especificidades do SUS.

Portanto, o estudo contribui para evidenciar lacunas críticas na continuidade do cuidado, propor caminhos para o uso ético da tecnologia em saúde e fortalecer o papel da pesquisa aplicada na qualificação da atenção hospitalar, promovendo práticas mais seguras, eficientes e humanizadas.

## Considerações finais

A análise contextual realizada no presente estudo permitiu aprofundar a compreensão dos múltiplos fatores que influenciam as readmissões hospitalares relacionadas à transição do cuidado, com destaque especial para o papel das tecnologias em saúde. Ficou evidenciado que a continuidade assistencial, quando apoiada por soluções tecnológicas integradas, pode melhorar os cuidados pós-alta, reduzindo a recorrência de reinternações evitáveis.

Foi possível identificar que, apesar dos avanços tecnológicos e das políticas públicas, persistem importantes desafios estruturais, como a fragmentação dos serviços, a insuficiência da comunicação intersetorial e as barreiras ao acesso e à adesão às tecnologias pelos pacientes. Esses obstáculos refletem a complexidade do fenômeno e reforçam a necessidade de abordagens multidimensionais e integradas para promover melhorias significativas.

A pesquisa demonstrou que a implementação de ferramentas digitais, têm um potencial comprovado para fortalecer o vínculo entre os níveis de atenção, facilitar o monitoramento clínico em tempo real e promover a tomada de decisão compartilhada entre profissionais e pacientes. No entanto, a efetividade dessas tecnologias depende de fatores sociais, culturais e organizacionais do ambiente em que o usuário está inserido.

Nesse sentido, o estudo contribui para a produção de conhecimento aplicado ao contexto brasileiro, promovendo uma visão crítica e abrangente da integração entre tecnologia, processos assistenciais e políticas de saúde. Ressalta-se a importância de que as intervenções tecnológicas estejam alinhadas às necessidades reais dos usuários, sejam acessíveis e promovam a humanização do cuidado.

Por fim, este trabalho aponta a necessidade de futuras pesquisas que aprofundem a avaliação dos impactos das tecnologias digitais na continuidade do cuidado, com foco na superação das desigualdades e no aprimoramento das estratégias voltadas a uma assistência hospitalar mais segura, eficiente e humanizada.

## Referências

ACOSTA, A. M. *et al.* Care transition of patients with chronic diseases from the discharge of the emergency service to their homes. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190155>.

ANS. Fator de qualidade: dados de readmissão hospitalar devem ser informados à ANS, 2022. Disponível em: <https://encurtador.com.br/ySva>

BORGEN, I.; ROMNEY, M. C.; REDWOOD, N.; *et al.* From Hospital to Home: An Intensive Transitional Care Management Intervention for Patients with COVID-19. **Population Health Management**, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1089/pop.2020.0178>

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 out. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2 abr. 2013b. Seção 1, p. 43.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar e recomenda a criação do Núcleo Interno de Regulação (NIR) nos hospitais. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 dez. 2013a.

COSKUN, S.; DUYGULU, S. The effects of Nurse Led Transitional Care Model on elderly patients undergoing open heart surgery: a randomized controlled trial. **European Journal of Cardiovascular Nursing**, v. 21, n. 1, p. 46–55, 2021. Oxford Academic. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvab005>

DI CHIARA, C.; *et al.* Reducing Hospital Readmissions in Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients: Current Treatments and Preventive Strategies. **Medicina**, v. 61, n. 1, p. 97, 2025. Multidisciplinary Digital Publishing Institute. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1648-9144/61/1/97>.

EGELSEER-BRUENDL, T.; JAHN, B.; ARVANDI, M.; *et al.* Cost-effectiveness of a multidimensional post-discharge disease management program for heart failure patients-economic evaluation along a one-year observation period. **Clinical research in cardiology**, v. 113, n. 8, p. 1232–1241, 2024. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s00392-024-02395-5>

FARIAS, M. S.; *et al.* Educational technologies for cardiopathy. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, p. 525–530, 2020. Disponível em: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/8625>.

GONÇALVES, A.; ALVES, L. C. Idade prospectiva e as novas medidas de envelhecimento populacional: indicadores para o Brasil e suas cinco regiões. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 41, p. 1–24, 10 jan. 2025. DOI: 10.20947/S0102-3098a0278

HINDS, P. S.; CHAVES, E. L.; CYPRESS, Brigid S. **Contextual analysis: a methodological framework**. 1992.

LACERDA, R. S. T.; ALMEIDA, P. F. Coordenação do cuidado: uma análise por meio da experiência de médicos da Atenção Primária à Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 2023. DOI: 10.1590/interface.220665

LIU, S.; LI, J.; WAN, D.Y.; *et al.* Effectiveness of eHealth Self-management Interventions in Patients With Heart Failure: Systematic Review and Meta-analysis. **Journal of medical Internet research**, v. 24, n. 9, p. e38697, 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.2196/38697>.

MELO, R. C. *et al.* Transição e continuidade do cuidado do pós-alta hospitalar à atenção primária: uma revisão de escopo. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 35, n. 2, p. e350216, 2025. *PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva*. Disponível em: <https://encurtador.com.br/eUfv>

MENDES, E. V. **Desafios do SUS**. Brasília-DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2019. 395 p. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/08/1104190/desafios-do-sus.pdf>.

MOTA, L. C. Percentual de readmissão de pacientes no ambiente hospitalar como parâmetro da qualidade da assistência. *Revista Científica Faculdade Unimed*, v. 3, n. 1, p. 80–99, 2021. Disponível em: <https://encurtador.com.br/DYLT>

NAYLOR, M. D.; *et al.* The Importance Of Transitional Care In Achieving Health Reform. *Health Affairs*, 2011. DOI: <<http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0041>>.

PEZEL, T. *et al.* Epidemiological characteristics and therapeutic management of patients with chronic heart failure who use smartphones: Potential impact of a dedicated smartphone application (report from the OFICSeI study). *Archives of Cardiovascular Diseases*, v. 114, n. 1, p. 51–58, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.acvd.2020.05.006>

REZENDE, L. C.; RIBEIRO, E. G.; PARREIRAS, L. C.; *et al.* Telehealth and telemedicine in the management of adult patients after hospitalization for COPD exacerbation: a scoping review. *Jornal brasileiro de pneumologia*. v. 49, n. 3, p. e20220067, 2023. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.36416/1806-3756/e20220067>

SENBKOV, M.; SALIEV, T.; BUKEYEVA, Z.; *et al.* The recent progress and applications of digital technologies in healthcare: a review. *International Journal of Telemedicine and Applications*, v. 2020, n. 1, p. 8830200, 2020. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1155/2020/8830200>>.

SILVA, R. A. G. E.; BORGOMONI, G. B.; FREITAS, F. L. DE; *et al.* Preditores de Readmissão Hospitalar até 30 Dias de CRM em Banco de Dados Multicêntrico: Estudo de Coorte Transversal. *Arq. Bras. Cardiol.*, v. 121, n. 9, 2024a. *Arq. Bras. Cardiol.*

SILVA, Í. S.; DE ARAÚJO, A. J.; LOPES, R. H.; *et al.* Digital home care interventions and quality of primary care for older adults: a scoping review. *BMC Geriatrics*, v. 24, n. 1, p. 1–19, 2024b. BioMed Central. Disponível em: <https://encurtador.com.br/SRjq>

SOH, J. G. S.; *et al.* Predictors of 30-day unplanned hospital readmission among adult patients with diabetes mellitus: a systematic review with meta-analysis. *BMJ open diabetes research & care*, v. 8, n. 1, 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1136/bmjdr-2020-001227>>.

TIAN, Y.; *et al.* Effectiveness of information and communication technology-based integrated care for older adults: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in public health*, v. 11, 2023. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3389/fpubh.2023.1276574>