



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
INSTITUTO INTEGRADO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO



LIASSE MONIQUE DE PINHO GAMA

**TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR AO DOMICÍLIO:
ESTUDO DE MÉTODO MISTO**

CAMPO GRANDE/MS

2023

LIASSE MONIQUE DE PINHO GAMA

**TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR AO DOMICÍLIO:
ESTUDO DE MÉTODO MISTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Instituto Integrado de Saúde da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem.

Linha de Pesquisa: O cuidado em saúde e enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Verusca Soares de Souza.

CAMPO GRANDE/MS

2023

LIASSE MONIQUE DE PINHO GAMA

TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR AO DOMICÍLIO:
ESTUDO DE MÉTODO MISTO

Trabalho acadêmico apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem

Campo Grande, MS, _____.

Resultado:

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Verusca Soares de Souza (Presidente)
Instituto Integrado de Saúde/Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
(UFMS)

Prof. Dr. João Lucas Campos de Oliveira (Membro titular)
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRS)

Profa. Dra. Maria Antonia Ramos Costa (Membro titular)
Universidade Estadual do Paraná (UNESPAR)

Dedico esse trabalho a todas e todos os usuários que necessitam do serviço público de saúde.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por fortalecer-me e renovar o meu ânimo. Consegui enxergá-lo nas pessoas que me acompanharam nessa caminhada!

À minha mãe Olga, que sempre me motiva, que me permite, me dá a liberdade de ser quem eu quiser ser!

Ao meu pai Rejande (*in memoriam*), subjetividade marcada na minha história, e tão presente em meus dias. Lembranças que me trazem paz!

À minha irmã Carol, por vezes, minha inspiração, a que sempre atravessa comigo a fúria das minhas turbulências emocionais e metamorfoses da vida. Você é minha pessoa favorita nesse mundo!

Ao meu esposo Dário, por estar ao meu lado, por apoiar-me e aceitar diariamente os desafios de um casamento e de criar dois “cadelos” lindos.

À professora Verusca, pela paciência, pela compreensão, por assumir essa responsabilidade, por não soltar a minha mão e acompanhar-me nessa montanha russa de dor e delícia de construção do conhecimento, e por conduzir-me até aqui com tanta segurança.

Aos professores João Lucas, Maria Antônia, pelas valorosas contribuições no exame de qualificação para a melhoria da construção final deste trabalho.

Aos meus colegas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, pelo acolhimento e carinho. Em especial, a Adriana e Jennyfer, pela parceria, desabafos, conversas “fiadas” e alegrias.

Às minhas irmãs científicas, principalmente a Karol e Samara, pela força, acolhimento e palavras de bom grado durante os desafios vivenciados.

Aos meus amigos Meire, Lucas, Gilberto e Nana, por serem a minha rede de apoio.

À Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, ao Instituto Integrado de Saúde, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, pela oportunidade e pela qualidade do ensino e atenção ao discente.

Ao hospital, pela parceria e autorização à pesquisa.

A todas e todos participantes que entrevistei, pelo tempo dedicado e confiança de receberem-me em suas casas e concederem-me seus depoimentos.

A Dolores, pela casa limpinha, roupa lavada, e companhia de café.

Todos vocês foram grandes facilitadores no meu processo de transição. Gratidão!

*O ato de conhecer é um ato de aproximação
crítica da realidade, ato pelo qual o ser
humano, através da sua própria ação reflexiva
e crítica, transforma a realidade*
(Solange Maria Alves)

*Faça o teu melhor, na condição que você tem,
enquanto você não tem condições melhores,
para fazer melhor ainda!*
(Mario Sergio Cortella)

GAMA, Liasse Monique de Pinho. **Transição de cuidados da internação hospitalar ao domicílio**: estudo de método misto. Campo Grande, MS, 2023. 99 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, MS, 2023.

RESUMO

Introdução: A transição de cuidados pode ser compreendida como o repasse de informações, visando a continuidade dos cuidados prestados na transferência dos usuários nos distintos setores dentro de uma mesma instituição, ou nos diferentes tipos de serviços em saúde, sendo uma estratégia que objetiva assegurar a continuidade dos cuidados após a alta hospitalar. As ações desenvolvidas durante a transição do cuidado podem refletir na qualidade de vida e segurança dos pacientes, tornando-se um processo complexo e dinâmico, que exige comunicação efetiva entre as pessoas envolvidas nas diversas formações, habilidades e experiências. Nessa perspectiva, destacam-se as necessidades de o paciente/familiar desenvolver cuidados contínuos e complexos em domicílio a favor da sua qualidade de vida e sobrevivência. Para tanto, as intervenções de enfermagem devem favorecer o conhecimento e a capacidade de cuidados àqueles que as vivenciam no processo de transição do hospital para o domicílio. **Objetivo:** Analisar a transição do cuidado de pacientes em internação hospitalar para o domicílio. **Método:** Trata-se de um estudo de métodos mistos, com abordagem transformadora concomitante com maior peso qualitativo (quan + QUAL), orientado pela Teoria das Transições. Os dados foram coletados ao longo dos meses de abril a setembro de 2022. Utilizaram-se quatro instrumentos de coleta de dados, a saber: um roteiro de caracterização de pacientes e familiares; Índice de Barthel; instrumento *Care Transitions Measure* (CTM-15); e um roteiro de entrevista de pacientes e familiares. A coleta de dados foi dividida em duas etapas. Na primeira, recrutaram-se os pacientes e familiares, durante a internação hospitalar, e, na segunda, realizou-se uma visita domiciliar entre dez e 30 dias após a alta hospitalar. A análise dos dados quantitativos e qualitativos deu-se por meio da integração destes pela estratégia de análise dos dados fundidos, baseada na representação do modelo teórico da Transições de Afaf Meleis. Todos os preceitos éticos foram respeitados. **Resultados:** Participaram do estudo 26 pacientes e 18 familiares. A natureza das transições perpassou por novos atendimentos e reinternação. Entre as condições inibidoras e facilitadoras, salienta-se a dinâmica familiar, baixa renda e acompanhamento da atenção básica; o padrão de resposta da transição foi insatisfatório (score CTM 59,23). A falha na comunicação verbal e não verbal entre profissionais e pacientes foi o principal elemento que influenciou na segurança do paciente na transição do cuidado, frisando-se a ausência de plano de cuidados escrito e orientações incompletas ou insuficientes. **Conclusão:** A transição do cuidado da internação para o domicílio apresentou-se inadequada. O plano de alta foi uma prática para uma transição segura do cuidado e será reconhecido quando o enfermeiro incorporar e valorizar essa atribuição. Julgam-se necessárias estratégias que contemplem um planejamento de alta eficaz, seguro e responsável, que promova melhores resultados para a recuperação do bem-estar e qualidade de vida após a alta.

Palavras-chave: Transição de Cuidados. Planejamento de Alta. Segurança do Paciente. Estudo com Métodos Mistos. Enfermagem.

GAMA, Liasse Monique de Pinho. **Transition from hospital to home care: a mixed methods study.** Campo Grande, MS, 2023. 99 f. Dissertation (Masters in Nursing) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, MS, 2023.

ABSTRACT

Introduction: Transition of care can be understood as the transfer of information aiming at the continuity of care provided in the transfer of users in the different sectors within the same institution, or in the different types of health services; it is a strategy that aims to ensure continuity of care after hospital discharge. The actions developed during the transition of care can reflect on the quality of life and the safety of patients, becoming a complex and dynamic process, which requires effective communication between the people involved in the various formations, skills and experiences. In this perspective, the needs of the patient/family member to develop continuous and complex care at home in favor of their quality of life and survival stand out. Therefore, nursing interventions should promote knowledge and care capacity to those who experience them in the process of transition from hospital to home. **Objective:** To analyze the transition of inpatient care to home care. **Method:** This is a mixed methods study, with concomitant transformative approach with greater qualitative weight (quan + QUAL), guided by the Transitions Theory. Data were collected throughout the months of April and September 2022. Four data collection instruments were used, namely: a patient and family characterization script; Barthel index; Care Transitions Measure instrument (CTM-15); and a patient and family interview script. Data collection was divided into two stages. In the first stage, patients and family members were recruited during hospital admission, and in the second, a visit was carried out between ten and 30 days after hospital discharge. Analysis of quantitative and qualitative data was done through the integration of these stages by the strategy of analysis of the merged data, based on the representation of the theoretical model of Transitions by Afaf Meleis. All ethical precepts were respected. **Results:** 26 patients and 18 family members participated in the study. The nature of the transitions was permeated by new appointments and readmission. Among the inhibiting and facilitating conditions, family dynamics, low income and primary care follow-up stand out; the response pattern of the transition was unsatisfactory (MTC score 59.23). The failure in verbal and nonverbal communication between professionals and patients was the main element that influenced patient safety in the transition of care, emphasizing the absence of a written care plan and incomplete or insufficient guidance. **Conclusion:** The transition from inpatient care to home care was inadequate. The discharge plan was a practice for a safe transition of care and will be recognized when nurses incorporate and value this assignment. It is considered necessary to create strategies that contemplate an effective, safe and responsible discharge planning, one which promotes better results for the recovery of well-being and quality of life after discharge.

Keywords: Transition of care. Discharge planning. Patient safety. Study with mixed methods. Nursing.

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AVDs	Atividades da Vida Diária
CCEB	Critério de Classificação Econômica do Brasil
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CTM	<i>Care Transitions Measure</i>
ILP	Instituição de Longa Permanência
ISBAR	Identificação, situação, antecedentes, avaliação, recomendações
MMAT	<i>Mixed Methods Appraisal Tool</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
PIP	<i>Pillar Integration Process</i>
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
QUAL	Abordagem qualitativa
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFMS	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VD	Visita Domiciliar

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Diagrama representativo do processo das transições.	17
Figura 2 – Caracterização da pesquisa de métodos mistos.....	28
Figura 3 – Diagrama do processo das transições com os instrumentos de coleta de dados distribuídos em seus constructos basilares.	32
Figura 4 – Fluxograma do procedimento de coleta de dados.....	34
Figura 5 – Fluxograma dos participantes do estudo. Mato Grosso do Sul, MS, 2022.....	41
Figura 6 – Fluxograma dos participantes do estudo. Mato Grosso do Sul, MS, 2022.....	61

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Tabela falante da natureza das transições dos pacientes que tiveram alta da clínica médica ou cirúrgica. Mato Grosso do Sul, MS, 2022.....	44
Tabela 2 – Tabela falante das condições facilitadoras e inibidoras das transições dos pacientes que tiveram alta da clínica médica ou cirúrgica. Mato Grosso do Sul, MS, 2022	46
Tabela 3 – Tabela falante dos padrões de resposta das transições dos pacientes que tiveram alta da clínica médica ou cirúrgica. Mato Grosso do Sul, MS, 2022	48
Tabela 4 – Tabela falante do diagrama representativo do processo das transições. Mato Grosso do Sul, MS, 2022.	49
Tabela 5 – Caracterização dos participantes que receberam alta da clínica médica ou cirúrgica. Mato Grosso do Sul, Brasil, 2022.....	62

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 QUADRO TEÓRICO	16
2.1 MODELO TEÓRICO DE AFAF MELEIS COMO REFERENCIAL PARA A TRANSIÇÃO DO CUIDADO DA INTERNAÇÃO AO DOMICÍLIO DE FORMA SEGURA.....	16
2.2 MÉTODOS MISTOS EM PESQUISAS NA ENFERMAGEM: POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES.....	22
3 JUSTIFICATIVA	25
4 OBJETIVOS	26
4.1 GERAL.....	26
4.2 ESPECÍFICOS	26
5 MÉTODO	27
5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	27
5.2 LOCAL DO ESTUDO	28
5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	29
5.4 PERÍODO DE COLETA DE DADOS.....	30
5.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	30
5.6 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	31
5.7 ANÁLISE DOS DADOS	34
5.8 ASPECTOS ÉTICOS	35
6 RESULTADOS	37
6.1 ARTIGO 01 – TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DA INTERNAÇÃO AO DOMICÍLIO À LUZ DA TEORIA DE MELEIS: ESTUDO DE MÉTODO MISTO	38
6.2 ARTIGO 02 – SEGURANÇA DO PACIENTE NA TRANSIÇÃO DO CUIDADO DO HOSPITAL AO DOMICÍLIO: ESTUDO DE MÉTODOS MISTOS	57
7 CONTRIBUIÇÕES PARA A ÁREA DA ENFERMAGEM	74
8 CONCLUSÃO	75
REFERÊNCIAS	76
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	85
APÊNDICE B – Ficha de caracterização do participante	87
APÊNDICE C – Roteiro de entrevista semiestruturada	91
ANEXO A – Plano de alta adotado pelo hospital	92

ANEXO B – Índice de Barthel (MINOSSO et al., 2010)	93
ANEXO C – Versão adaptada e validada do <i>Care Transitions Measure</i> (CTM-15 Brasil)	96
ANEXO D – Cálculo do escore das respostas do CTM-151 Scoring the CTM®-15	99

1 INTRODUÇÃO

Considera-se internação hospitalar a admissão de um paciente e ocupação de um leito por um período igual ou superior a 24 horas, com o objetivo de restauração da saúde através de cuidados, procedimentos, adequação nutricional, fisioterapia, entre outras intervenções realizadas pela equipe multiprofissional para que o paciente tenha condições suficientes de retomar a sua rotina no pós-alta (BRASIL, 2002). A alta hospitalar é o ato que determina a finalização da modalidade de assistência em internação hospitalar, sendo justificada por cura, melhora ou estado de saúde inalterado (BRASIL, 2002).

A alta hospitalar é precedida por mudanças no cotidiano dos indivíduos e marcada por um aumento de medicações e cuidados, o que denota um momento importante na transição do cuidado, demandando planejamento, preparação e educação em saúde do paciente e da família, principalmente daqueles que necessitam de cuidados persistentes e contínuos. Contudo, as mudanças advindas da transição do cuidado, por vezes, são abordadas insatisfatoriamente no decorrer da internação hospitalar, acarretando na fragmentação do cuidado após a alta hospitalar (WEBER et al., 2017).

Um estudo de revisão integrativa, que buscou observar as evidências acerca das orientações que devem ser oferecidas aos pacientes para a continuidade do tratamento, mostrou que, após a alta hospitalar, os pacientes estão mais suscetíveis ao comprometimento do tratamento proposto para reestabelecer a saúde. Ressalta-se, ainda, que a literatura não apresentou orientações detalhadas a respeito da condição e do manejo de sinais e sintomas no pós-alta e apontou a importância de instruir o paciente sobre a sua condição (MANFREDINI et al., 2021). Entretanto, não abordou estratégias para melhorar o desempenho dos pacientes e familiares nos cuidados em domicílio, visto que o fato de o usuário não estar sob a vigilância dos profissionais em tempo integral depois da alta hospitalar pode dificultar a identificação dos incidentes e resultar em atendimentos de urgência ou readmissão hospitalar, colocando em risco a segurança do paciente (MANFREDINI et al., 2021).

As reinternações hospitalares são responsáveis por um aumento significativo nos custos nos sistemas de saúde, sendo um desafio frequente aos gestores, além de implicar em desconforto ao paciente e seus familiares (DHALLUIN et al., 2020; OLIVEIRA et al., 2019). Pesquisa com registros de hospitais de referência em cardiologia distinguiu uma taxa de reinternação de 21,46%, das quais, a maior parte deu-se por motivos cardiovasculares (63,48%), seguida de causas como desnutrição, insuficiência respiratória, doença renal, diabetes *mellitus* e complicações (OLIVEIRA et al., 2019). Ricci, Araujo e Simonetti (2016) corroboram esse

achado, ao sinalizar que as taxas de reinternações precoces em um hospital público de alta complexidade em cardiologia tiveram um número significativo de readmissão em até 30 dias – 47,9%.

Haja vista que as reinternações geram um ônus considerável ao sistema de saúde e que as condições crônicas, associadas ao estado clínico agudo que levou à internação do paciente, representam uma maior complexidade de tratamento, ademais de desconforto ao paciente e aos seus familiares, tornam-se um alerta epidemiológico que deve ser encarado como um indicador de desempenho dos serviços de saúde (DHALLUIN et al., 2020; OLIVEIRA et al., 2019; RICCI; ARAUJO; SIMONETTI, 2016). Nesse contexto, o planejamento da transição do cuidado ajuda a reduzir o custo de serviços de saúde e eleva-se como uma barreira à ocorrência de incidentes, porque é potencialmente relevante para o aumento da qualidade de vida de pacientes e suas famílias, por meio de recomendações claras e contrarreferência a um serviço de menor complexidade assistencial para a continuidade do cuidado (LIMA et al., 2018).

Não há, no momento, uma definição global da transição de cuidados, pois existem algumas divergências quanto ao seu significado. No entanto, o termo é utilizado com frequência quando associado à transmissão de informações, de modo intra ou interinstitucional, ou seja, a transição de cuidados pode ser compreendida como o repasse de informações que visa a continuidade dos cuidados prestados na transferência dos usuários nos diferentes setores dentro de uma mesma instituição, ou nos diferentes tipos de serviços em saúde (SOUSA et al., 2019). Essa estratégia promove a longitudinalidade, bem como a continuidade dos cuidados prestados no período da alta hospitalar, de maneira a refletir na qualidade de vida e segurança dos pacientes, fomentar uma redução nas readmissões hospitalares e, conseqüentemente, uma diminuição nos custos em saúde (PENA et al., 2019).

A transição de cuidado acontece em um ambiente que implica a participação do paciente, de seus familiares e cuidadores, assim como profissionais que darão continuidade à assistência prestada (WEBER et al., 2017). Por isso, torna-se um processo complexo e dinâmico, que exige comunicação efetiva entre as pessoas envolvidas nas diferentes formações, habilidades e experiências. Nessa direção, a comunicação ineficaz é um dos principais fatores para a ocorrência de situações que comprometem a segurança do paciente. À exemplo da afirmativa anterior, estudo realizado com o intuito de mapear e examinar a evidência científica relacionada com as vantagens de usar a técnica ISBAR (identificação, situação, antecedentes, avaliação, recomendações) na transmissão de informação em circunstância hospitalar indicou vantagens para a equipe de saúde e para os pacientes, com um forte impacto ao nível da segurança durante as transferências clínicas (FIGUEIREDO; POTRA; LUCAS, 2019).

Nessa seara, desafios, como o tempo reduzido, o envolvimento do enfermeiro em múltiplas atividades e a pouca relevância atribuída às atividades educativas fazem com que as orientações essenciais para a transição do cuidado seguro sejam frequentemente realizadas apenas no momento de saída do hospital, de forma mecânica e acelerada, sem considerar a dinâmica familiar (WEBER et al., 2017).

Sabe-se que a família é a principal unidade de cuidado, sendo indispensável para que o tratamento proposto ao paciente seja feito de modo seguro, adequado e contínuo, em que a transição do cuidado é uma estratégia que tem impacto na redução de internações e reinternações hospitalares causadas por complicações (LIMA et al., 2018). É plausível enunciar que a família estabelece-se como o elemento influenciador central na maneira de prestar o cuidado (CRUZ; PEDREIRA, 2020; DIAS et al., 2019). Porém, há pouca informação à disposição sobre transições de cuidado eficientes para pacientes e suas famílias. Essa abordagem ainda é pouco empregada, em especial no que diz respeito ao planejamento de alta do hospital para casa (LIMA et al., 2018).

Nessa ótica, destaca-se a necessidade do paciente/familiar desenvolver cuidados contínuos e complexos em domicílio a favor da sua qualidade de vida e sobrevivência. Por outro lado, as intervenções de enfermagem devem favorecer o conhecimento e a capacidade de cuidado àqueles que vivenciam o processo de transição do hospital para o domicílio. Diante do exposto, questiona-se: como ocorre a transição do cuidado da internação ao domicílio na perspectiva do paciente/familiar?

2 QUADRO TEÓRICO

2.1 MODELO TEÓRICO DE AFAF MELEIS COMO REFERENCIAL PARA A TRANSIÇÃO DO CUIDADO DA INTERNAÇÃO AO DOMICÍLIO DE FORMA SEGURA

A Teoria das Transições de Afaf Meleis exerce forte influência na enfermagem mediante o planejamento de intervenções, que oferece um cuidado eficaz anterior a situações de mudanças na vida dos pacientes (SANTOS et al., 2016). A transição do cuidado para o ambiente domiciliar é um desafio ao paciente e aos familiares, que passam a realizar os cuidados após a alta hospitalar. O retorno ao domicílio requer a continuidade dos cuidados, que consiste em ações para assegurar o reestabelecimento de saúde quando o paciente transita entre diferentes níveis de atenção (SILVA-RODRIGUES et al., 2019).

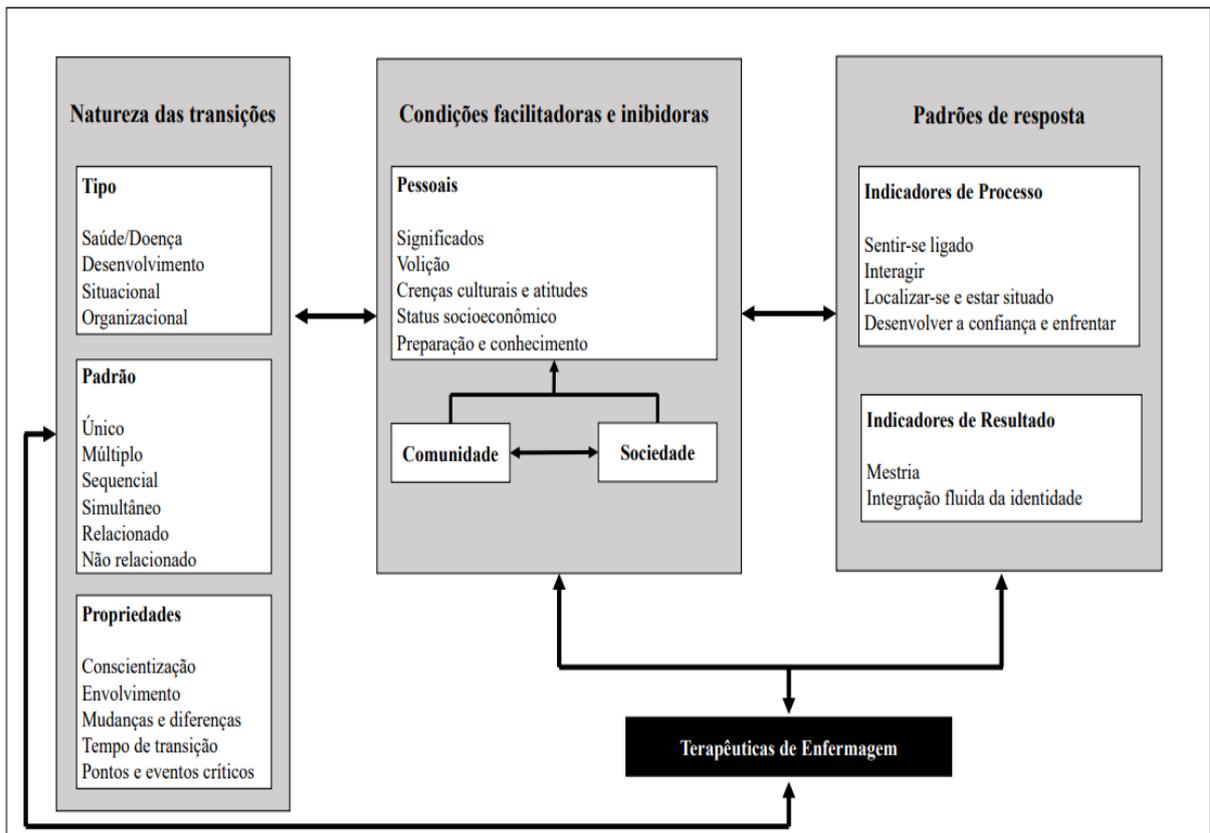
Ao se trazer como pressuposto a compreensão da transição como processo dinâmico, as intervenções para o cuidado de enfermagem devem ser sensíveis a partir da perspectiva de quem a experiencia. A nomeadamente “Teoria das Transições: teorias de médio alcance e específicas da situação” pode contribuir com a pesquisa e prática de enfermagem para a aquisição de conhecimentos no âmbito da prática e da investigação clínica em enfermagem. Essa teoria reconhece que durante a vida vivenciam-se situações de transições, que vão desde ao tornar-se mãe e/ou pai à morte de um familiar próximo, percorrendo pelas fases do desenvolvimento humano ao nível organizacional, da infância à fase idosa, englobando, também, as transições de estados da saúde íntegra para situações de doença (MELEIS, 2010).

O paciente/família enfrenta transformações complexas no decurso desse processo e os enfermeiros são responsáveis por identificar essas mudanças e propor intervenções favoráveis, ajudando na continuidade dos cuidados. Conhecer como e o quanto o paciente e sua família mudam para atender às necessidades de cuidados em domicílio, que antes eram realizados no hospital, é importante para apontar as vulnerabilidades e carências de cuidado específicas. Assim, particularidades poderão ser consideradas para a capacitação dos mesmos em relação aos cuidados domiciliares, tencionando facilitar as mudanças (SILVA-RODRIGUES et al., 2019). O Modelo Teórico de Médio Alcance proposto por Meleis afirma que as transições:

[...] são complexas e multidisciplinares, caracterizadas pelo fluxo e o movimento ao longo do tempo, responsáveis por alterações de identidade, papéis, relacionamentos, habilidades e padrões de comportamento, e envolvem um processo de movimento e mudança fundamental nos estilos de vida e que se manifesta em todos os indivíduos (SANTOS et al., 2016, p. 157).

A Teoria das Transições, de acordo com Meleis, contemplada no diagrama abaixo (Figura 1), pode ser interpretada através da existência de três constructos basilares: a natureza das transições, condições facilitadoras e inibidoras, e padrões de resposta com indicadores de processo e resultados. Essa Teoria de Médio Alcance disserta acerca dos fenômenos e conceitos específicos que refletem a prática de enfermagem (MELEIS et al., 2000).

Figura 1 – Diagrama representativo do processo das transições.



Fonte: Adaptado de Meleis (2010).

Conforme Meleis (2010, p. 66), “a transição é um conceito central para a Enfermagem”. A palavra transição significa o ato ou efeito de passar de um lugar, de um estado, ou de um assunto para outro, quer dizer, é uma passagem entre dois períodos de tempo relativamente estável, conduzindo o indivíduo a mover-se por diferentes fases dinâmicas, marcos e pontos de mudanças. Nesse prisma, enfermeiros passam a ser os principais agentes facilitadores dos pacientes e famílias que vivenciam transições, mediando as alterações e as condições que se apresentam no cotidiano dos indivíduos (MELEIS; TRANGENSTEIN, 2010).

A natureza das transições pode ser de diferentes tipos: saúde/doença (quando ocorre mudança do estado de bem-estar para o estado de doença); de desenvolvimento (relacionadas a

modificações no ciclo vital); situacional (associadas a acontecimentos que implicam alterações de papéis) e organizacional (alusivas ao ambiente, mudanças sociais, políticas, econômicas ou intraorganizacional). Contudo, retratam padrões diversificados e propriedades que são cruciais às experiências de transição: simples (única transição), múltiplas e sequenciais (em intervalos de tempo distintos) ou simultâneas; relacionadas ou não relacionadas, percebidas por não serem independentes e exclusivas (COSTA, 2016; MELEIS et al., 2000; SANTOS et al., 2015).

Entre as propriedades da natureza das transições, a consciencialização é uma característica definidora do processo de transição, pois refere-se à percepção, conhecimento e reconhecimento de uma experiência de transição, o indivíduo só pode envolver-se depois consciencializar-se das mudanças físicas, emocionais, sociais ou ambientais. Todas as transições desencadeiam alterações e podem estar associadas a eventos críticos ou desequilíbrios, que levam a modificações nos ideais, percepções, identidades, relações e rotinas (MELEIS et al., 2000; SANTOS et al., 2015; TAVARES, 2019).

As transições também podem ser caracterizadas pelo espaço temporal, em outras palavras, pelo fluxo ao longo do tempo, dado que se estende desde os sinais iniciais de mudanças, transitando por períodos de instabilidade até um provável fim. O ponto crítico parte das dificuldades para desempenhar o autocuidado, tal como o cuidar, uma vez que corresponde a um período de vulnerabilidade para os indivíduos e exige do enfermeiro atenção e conhecimento para melhor conduzir o paciente no enfrentamento do quadro. Estes podem ocorrer pela necessidade de lidar com situações como: diagnóstico de uma doença crônica, nascimento de um bebê, morte de um ente querido, a menopausa, dentre outros (COSTA, 2016; MELEIS et al., 2000; SANTOS et al., 2015). Tavares (2019), ao versar sobre as intervenções de enfermagem na transição para a prestação de cuidados, assevera que:

Este evento de mudança, influenciado por fatores facilitadores e inibidores, caracteriza-se pela sua singularidade, diversidade e complexidade, que criam diversos significados, determinados pela percepção de cada indivíduo. Todas as transições desencadeiam mudança e para compreendê-la é fundamental identificar os seus efeitos e significados e, assim, o enfermeiro deve envolver-se por forma a providenciar conhecimento e suporte durante este período que é de grande vulnerabilidade, encontrando os indivíduos dificuldades para o autocuidado e o cuidar (TAVARES, 2019, p. 24).

Para compreender o processo de transição que os indivíduos vivenciam, é primordial identificar os efeitos e seus significados, visto que devem ser exploradas segundo sua natureza, temporalidade, gravidade e expectativas pessoais. Por esse ângulo, a natureza das transições qualifica-se pela sua singularidade, diversidade, complexidade e múltiplas dimensões, que

geram significados variados, determinados pela percepção de cada indivíduo (COSTA, 2016; MELEIS et al., 2000; SANTOS et al., 2015).

Nessa senda, para aprofundar o entendimento tangente ao processo das transições, é indispensável determinar quais os fatores influenciarão o decorrer da experiência (SANTOS et al., 2015). As experiências vivenciadas pelos indivíduos durante as transições são resultado da inter-relação dos condicionantes pessoais, da comunidade e sociedade e, com o propósito de o enfermeiro tornar-se um facilitador do processo de transição, por isso precisa dispor de conhecimento, experiência e uma ampla abertura, de forma a recolher, processar e documentar a informação para atender as reais necessidades dos pacientes na implementação do seu plano assistencial. Assim, o enfermeiro deve ser detentor de competências que lhe permitam transforma-se em um agente facilitador da transição (TAVARES, 2019). Quanto ao momento de transição, Santos et al. (2015, p. 159) explica que:

Nas condições pessoais podem ser identificados os significados, que dizem respeito aos acontecimentos que desencadeiam uma transição, ou, por outro lado, ao sentido atribuído ao próprio processo de transição. No âmbito desta condição, consideramos importante destacar que estes acontecimentos tanto podem ser um fruto das escolhas do próprio cliente/indivíduo, como surgir inesperadamente e em função do grau de intencionalidade da escolha, e que os significados das transições poderão ser considerados como positivos, negativos ou neutros. [...] outra das condições pessoais da transição, são as crenças e atitudes culturais, que se revelam como um componente que exerce a sua influência sobre a experiência de transição, e entre as quais se destacam, por exemplo, o estigma perante a expressão de sintomas psicológicos não compreendidos pelo contexto cultural da pessoa. Ainda se salientam como fatores inibidores, a existência de um baixo nível socioeconômico, pois potencia a manifestação e a experiência de sintomas psicológicos, [...] como um fator influenciador do processo de transição, são entendidas como parte integrante da condicionante a preparação e conhecimento e relacionam-se com o conhecimento do que é esperado, funcionando como um fator facilitador, dado que podem aliviar o *stress* associado à transição.

As condições da comunidade e da sociedade, como o apoio familiar e social, recursos disponíveis na sociedade, representação social, podem, também, dificultar ou facilitar a transição. Todavia, a transição saudável é determinada pelos padrões de resposta do indivíduo ao processo, que pode se dar a partir dos indicadores de processos e de resultados. Por seu turno, os indicadores de processo são importantes porque permitem notar se a pessoa que vivencia a transição encontra-se na direção de saúde e bem-estar, na direção de vulnerabilidade e riscos, ou de insuficiência de papéis (COSTA, 2016; MELEIS et al., 2000; SANTOS et al., 2015).

Meleis (1975) investigou o que acontece com quem experiencia insuficiência e suplementação de papel durante as transições e quais intervenções de enfermagem facilitam o

processo, desse modo, três conceitos foram elaborados, abordando as mudanças de papéis no desdobrar das transições: Transições Saudáveis, Transições Insalubres e Insuficiência de Papel, significando que nos cuidados dispensados aos pacientes, o enfermeiro depara-se com inúmeras situações de mudanças de papel, como nos casos de bem-estar para a doença. Nesse sentido, tornam-se facilitadores dos processos de transição e encontram-se na posição de avaliar as demandas biopsicossociais do paciente durante as transições de papéis e planejar intervenções necessárias com base nas carências e privações criadas ao longo do processo de transição.

Um estudo que teve por base a introdução do conceito de transição objetivou identificar o grau de concordância de enfermeiros sobre os conceitos que formam o metaparadigma de enfermagem e sua aplicação à prática profissional concluiu que os conceitos estabelecidos pelos modelos teóricos e a prática dos enfermeiros são sensíveis aos conceitos basilares da essência da enfermagem (pessoa, saúde, ambiente e cuidados de enfermagem), o que potencializa a prestação de cuidados do enfermeiro na esfera dos seus processos de transição, claramente influenciada pela perspectiva de Afaf Meleis (RIBEIRO et al., 2019).

Nessa linha, um estudo de caso realizado por Schumacher, Jones e Meleis (1999) visou descrever as modalidades terapêuticas de enfermagem para lidar com as transições, sendo elas: avaliação de enfermagem, reminiscência, suplementação de papel, criação de um ambiente saudável e mobilização de recursos.

A avaliação de enfermagem é a origem para todas as terapêuticas de enfermagem e deve incluir todo o período de transição, promovendo uma vigilância e criando um ambiente para os cuidados de saúde. A avaliação dos indicadores de processos disponibiliza uma maneira de investigar o progresso do indivíduo e percebe, antecipadamente, dificuldades em pontos críticos no processo de transição. A reminiscência, ou anamnese, auxilia na integração do processo de transição, fornecendo informações entre o passado e o presente. A suplementação de papel facilita o processo, reproduzindo novos conhecimentos e habilidades de modo útil para que as pessoas assumam um novo papel e, com isso, reflète em outras pessoas. A criação de um ambiente saudável denota proporcionar um espaço que forneça segurança e proteção, sincronizando as necessidades de cada pessoa, respeitando tradições culturais. E, por fim, a mobilização de recursos refere-se aos recursos pessoais, familiares e comunitários. São exemplos de mobilização de recursos: imunizações regulares, incentivo de exercício regular e serviços de atenção básica a saúde (COSTA, 2015; SCHUMACHER; JONES; MELEIS, 1999). Nesse linhame, compreende-se porque se aponta o processo de transição como um marco dos cuidados de enfermagem. Entretanto, Santos et al. (2015) declara que:

O conhecimento do modelo proposto por Meleis (2010) deve ser considerado apenas como uma referência para a compreensão de todo o processo de transição, uma vez que a plenitude deste entendimento só é possível através do ponto de vista dos clientes. As estratégias de enfermagem devem ser sensíveis à compreensão da transição a partir da perspectiva de quem a experiencia, inferindo sobre as necessidades do cliente através dessa mesma abordagem. É por isso inevitável a adoção de uma verdadeira relação de ajuda, dispormo-nos a ouvir o outro, a aceitar e a compreender as suas experiências e os significados que confere ao seu percurso [...] e é essencial permitir a expressão e a emersão dos conhecimentos do cliente cuidado, pois eles são a fonte privilegiada de informação. Por isso, compete ao enfermeiro preparar e informar os clientes, através de um processo de aquisição de novas competências relacionadas com a experiência de transição (SANTOS et al., 2015, p. 10).

No transcorrer da transição do cuidado entre a alta hospitalar e a readaptação à nova realidade em domicílio, pacientes e famílias podem se deparar com intercorrências e complicações atinentes à condição do paciente. Contudo, tais situações, quando não identificadas e tratadas em tempo indicado, podem levar o paciente a outras comorbidades, reinternações recorrentes ou, até mesmo, à morte (WACHHOLZ et al., 2021).

Carvalho, Araújo e Verissimo (2019), ao realizarem um estudo, intentando conhecer as óticas de cuidadores sobre o momento da alta, aduz a premência de serem desenvolvidos serviços que sejam personalizados e centrados na pessoa, destacando que durante o planejamento da alta hospitalar existe uma insatisfação com a informação disponível, posto o pouco tempo que têm para se prepararem e à pouca comunicação entre familiares a respeito dos serviços. No entanto, a educação através da comunicação de informações tem como foco favorecer a adaptação à nova condição e a preparação do paciente e família no processo de transição (CABETE et al., 2019).

Uma *scoping review* realizada por Tavares (2019) mapeou as intervenções implementadas pelos enfermeiros ao longo da transição para cuidados paliativos e mostrou a precisão de os enfermeiros tornarem-se agentes facilitadores do processo de transição, colocando ênfase na promoção da comunicação eficaz entre os envolvidos no processo de cuidar, nesse caso, paciente, família e profissionais de saúde, especialmente, enfermeiros.

A comunicação apresenta-se como área de atenção para a prática do enfermeiro durante a transição de cuidados, propiciando reflexão acerca dos cuidados dispensados ao paciente e de que forma a comunicação pode ser promotora de uma transição saudável (TAVARES, 2019). Para uma comunicação eficaz, precisa-se pensar em agir/intervir, com o objetivo de ajudar, apoiar, orientar e educar. Nesse viés, a comunicação configura-se como “o cerne de um bom relacionamento”, representando uma estratégia que incorpora novos modos e comportamentos

para cuidar e para o cuidado, envolvendo interação, processos sociais, psicológicos e, sobretudo, pessoais. Esses componentes podem facilitar o processo de comunicação, para tanto, o enfermeiro deve validar a partir do que foi comunicado, a fim de identificar e suprir as carências e demandas do paciente da família (GAIVA et al., 2021).

2.2 MÉTODOS MISTOS EM PESQUISAS NA ENFERMAGEM: POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES

A pesquisa em enfermagem vale-se de diversas metodologias para investigação de seus objetos de interesse, sendo os estudos de métodos mistos uma proposta que tem recebido destaque recentemente. Nesse horizonte, as pesquisas com a metodologia referida combinam abordagens quantitativas e qualitativas em uma mesma investigação (SANTOS et al., 2017).

A pesquisa com métodos mistos oferece poderosa estratégia para investigação de sistemas e processos complexos em saúde. Esta área vem empregando, de maneira crescente, complexos delineamentos de estudo que englobam o procedimento completo de coleta, análise, integração e estruturas de apresentação dos dados e resultados (LORENZINI, 2017). Creswell e Plano Clark (2013, p. 22) confirmam isso, ao ressaltar que:

A pesquisa de métodos mistos é um projeto de pesquisa com suposições filosóficas e também com métodos de investigação. Como uma metodologia, ela envolve suposições filosóficas que guiam a direção da coleta e da análise e a mistura das abordagens qualitativas e quantitativas em muitas fases do processo da pesquisa. Como um método, ela se concentra em coletar, analisar e misturar dados quantitativos e qualitativos em um único estudo ou série de estudos. Em combinação, proporciona um melhor entendimento dos problemas de pesquisa do que cada uma das abordagens isoladamente.

As pesquisas que envolvem métodos mistos são desenhadas a partir de pontos fortes de ambas as abordagens, quantitativa e qualitativa, pois consistem uma inovação metodológica de uso crescente para interpelar questões contemporâneas em serviços de saúde. Na pesquisa de métodos mistos, o pesquisador coleta, analisa os dados e extrai inferências e metainferências por meio de métodos quantitativos e qualitativos em um único estudo (CRESWELL; PLANO CLARK, 2013).

Um indício do aumento de publicações, utilizando esse método, foi a divulgação do primeiro *guideline* de melhores práticas em métodos mistos de pesquisa nas Ciências da Saúde, pelo *National Institutes of Health*. De acordo com Lorenzini (2017, p. 1549), “o *guideline* foi elaborado por pesquisadores e revisores de projetos de pesquisa financiados do *Office of Behavioral and Social Sciences no National Institutes of Health*”.

A proposta de misturar diferentes visões metodológicas surgiu no início dos anos 60, por antropólogos e sociólogos. Posteriormente, no final dos anos 70, o termo “triangulação” sucedeu como uma combinação de metodologias em um único estudo de um mesmo fenômeno, a fim de diminuir a tendência inerente ao uso de um determinado método. No decorrer de 1980, as pesquisas de métodos mistos tiveram um pequeno crescimento, com o surgimento dos primeiros projetos de estudo para mixagem de dados. Em 1990, observou-se uma vasta e considerável literatura, com abordagens específicas de métodos mistos, mas somente nos últimos 20 anos que a proposta metodológica se firmou como uma “nova” abordagem científica (SANTOS et al., 2017).

Sem embargo, estudos com métodos mistos apresentam-se como um paradigma científico que traz ferramentas para a investigação de sistemas e processos complexos em saúde, Oliveira et al. (2021, p. 3) reforçam essa afirmação:

A pesquisa de métodos mistos surge como um novo paradigma científico que permite aprofundar a compreensão sobre questões de saúde complexas para a melhoria do cuidado humano. Recomenda-se que, se razoável e possível, os pesquisadores de enfermagem optem por pesquisas de métodos mistos ao examinar e intervir em problemas sociais e de saúde complexos. A pesquisa de métodos mistos, embora possa ser trabalhosa e desafiadora, gera resultados que podem promover uma maior qualidade de vida e um melhor cuidado para pacientes, levar a uma maior visibilidade da disciplina de enfermagem e avançar a ciência da enfermagem em geral.

Santos et al. (2017), ao realizarem um estudo de relato de experiência do desenvolvimento de uma pesquisa de métodos mistos em uma tese de doutorado em enfermagem, revelaram que a literatura acerca da pesquisa de métodos mistos é ampla no que diz respeito ao âmbito internacional, entretanto, os estudos de métodos mistos ainda são pouco discutidos no Brasil. Os autores enfatizam que, ao empregar uma consulta à base PubMed-Medline, com as palavras “*Mixed Method*” AND “*Nursing*”, foram identificados 644 documentos em janeiro de 2016, sendo apenas um artigo de pesquisadores brasileiros, ratificando a necessidade de aplicar e divulgar os estudos com métodos mistos como estratégia para o desenvolvimento de pesquisas em enfermagem.

A pesquisa de métodos mistos deve abarcar alguns componentes importantes para sua organização e integração das abordagens, a saber: Teorização, Distribuição de Tempo, Atribuição de Peso e Combinação. A Teorização leva em consideração um prisma teórico maior, que guia todo o projeto, implicitamente ou explicitamente; a Distribuição de tempo indica em qual momento os dados quantitativos e qualitativos serão coletados, sequencial ou

concomitante; a Atribuição de peso elege quais dados serão priorizados para responder aos questionamentos do estudo; e, a Combinação estabelece como esses dados serão analisados, podendo ser de forma separada ou combinada (CRESWELL; PLANO CLARK, 2013). Quanto à integração das abordagens, Oliveira (2020, p. 1) realça “que a integração deve ocorrer no contínuo do estudo, indo desde a formulação da questão de pesquisa, definição da unidade de análise, amostragem, coleta de dados, estratégias de análise, bem como o de apresentação de resultados”.

Um grande desafio para os pesquisadores que habitualmente trabalham com apenas uma das abordagens é a integração dos dados e dos resultados. Por consequência, essa etapa eleva o método de pesquisa a um nível que não seria alcançado simplesmente colocando-se juntos os resultados de pesquisas separadas, guiadas sem total atenção à integração dos dados. Esse desafio é descrito como a necessidade de produzir um todo, através da integração, que é maior do que a soma das partes individualmente (LORENZINI, 2017).

Nessa acepção, levando em conta que a execução de estudos de metodologia mista em enfermagem é um desafio e, com o intuito de manter o rigor e solidez científica das pesquisas com métodos mistos, utiliza-se o *Mixed Methods Appraisal Tool* (MMAT), ferramenta voltada para o fortalecimento do rigor metodológico de estudos de métodos mistos (OLIVEIRA et al., 2021).

É relevante pontuar que, para o desenvolvimento de uma pesquisa de métodos mistos, é preciso domínio de aspectos epistemológicos e operativos das abordagens quantitativas e qualitativas, logo, deve-se considerar que, em algumas situações, será necessário requerer auxílio à especialista em uma ou outra abordagem de pesquisa (SANTOS et al., 2017).

Há algumas explanações e reflexões que conduzem os desenhos de projetos de pesquisa em métodos mistos, colaborando com sua aplicabilidade nas pesquisas em enfermagem. A devida atenção aos componentes e à integração das abordagens nos estágios de concepção e desenho do estudo, na interpretação e apresentação dos resultados pode melhorar a qualidade das pesquisas de métodos mistos na área da saúde, assim como na enfermagem, e gerar evidências rigorosas e significativas para melhorar os cuidados, os serviços, os sistemas e as políticas de saúde (OLIVEIRA; MAGALHÃES; MATSUDA, 2018; LORENZINI, 2017).

3 JUSTIFICATIVA

Considerando que:

- A literatura atual não aborda estratégias para melhorar o desempenho do paciente e familiar nos cuidados em domicílio (MANFREDINI et al., 2021);
- As reinternações hospitalares precoces implicam em desconforto ao paciente e seus familiares, além de serem responsáveis por um aumento significativo nos custos nos sistemas de saúde públicos e privados (DHALLUIN et al., 2020; OLIVEIRA et al., 2019);
- As reinternações precoces são um alerta epidemiológico que devem ser encarados como um indicador de desempenho dos serviços de saúde (DHALLUIN et al., 2020; OLIVEIRA et al., 2019; RICCI; ARAUJO; SIMONETTI, 2016).
- Que a família é a principal unidade de cuidado, sendo indispensável para que o tratamento proposto ao paciente seja realizado de forma segura, adequada e contínua e, apesar disso, há pouca informação à disposição sobre transições de cuidado eficientes para pacientes e suas famílias (CRUZ; PEDREIRA, 2020; DIAS et al., 2019; LIMA et al., 2018).

Os resultados desse estudo poderão contribuir:

- Para elaboração de estratégias que abordem como o paciente e familiares podem desempenhar os cuidados em domicílio;
- Para o estabelecimento de ações para o fortalecimento da gestão do hospital e a transição de cuidados;
- Na promoção da cultura da segurança do paciente em domicílio;
- Na ampliação e divulgação de informações sobre as transições de cuidado eficientes para pacientes e suas famílias.

4 OBJETIVOS

4.1 GERAL

Analisar a transição do cuidado de pacientes em internação hospitalar para o domicílio.

4.2 ESPECÍFICOS

- Descrever a transição do cuidado de pacientes em internação hospitalar para o domicílio;
- Identificar elementos que influenciam na segurança do paciente na transição do cuidado do hospital para o domicílio.

5 MÉTODO

5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

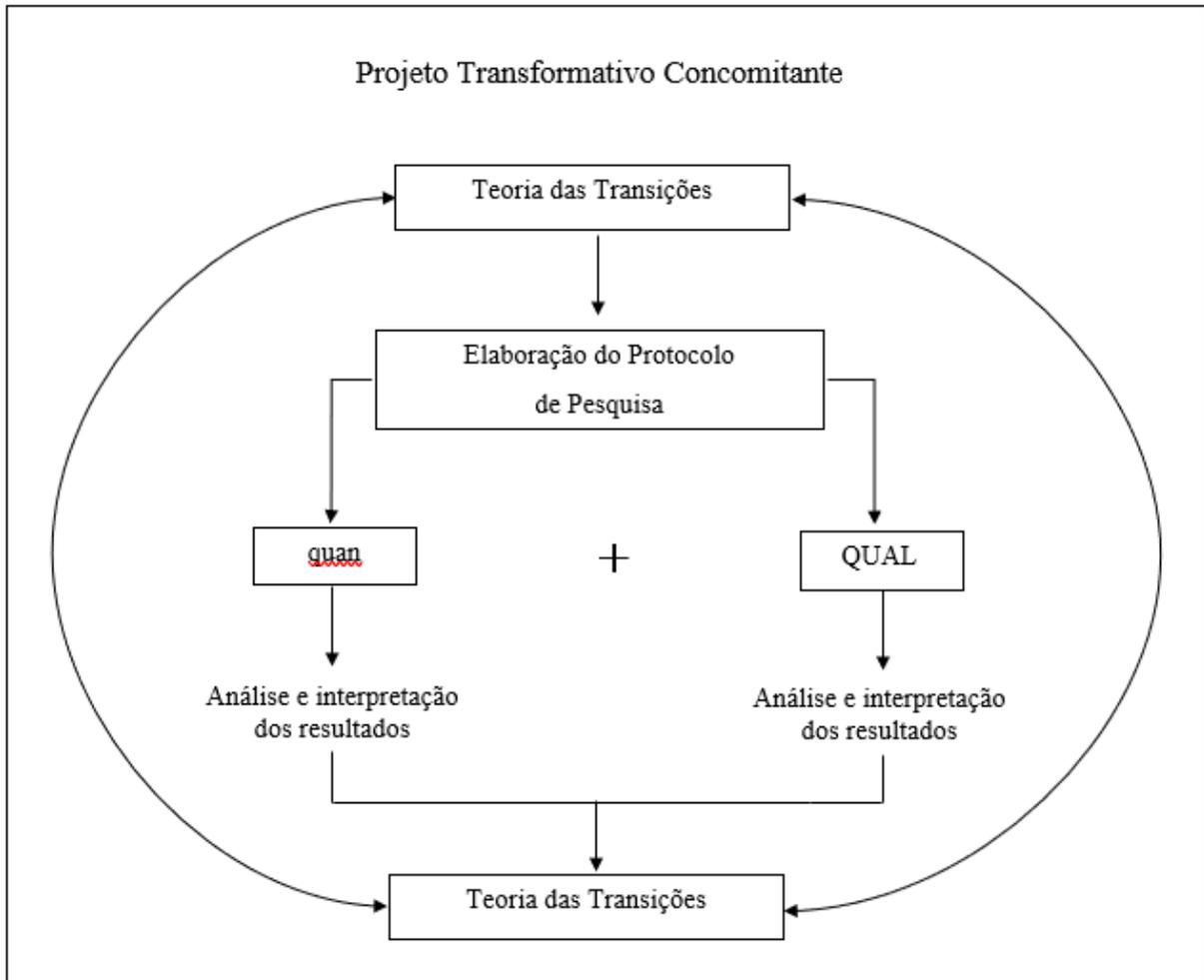
Trata-se de um estudo de métodos mistos, com abordagem transformadora concomitante. O projeto transformativo é um projeto de método misto, em que o pesquisador emprega uma perspectiva teórica norteadora do estudo (CRESWELL; CLARK, 2013). Nesse sentido, a sustentação teórica usada pode ser embasada em uma estrutura conceitual ou teórica, ou seja, a lente teórica empregada conduz todas as decisões metodológicas, como análise, interpretação e comunicação dos resultados no decorrer de todo o processo de pesquisa (CRESWELL, 2007).

Para Creswell e Plano Clark (2013), o projeto transformativo com uma estrutura teórica busca prever as necessidades das populações em estudo, propiciando que o pesquisador assuma uma posição e seja sensível às carências dos participantes, além de recomendar mudanças específicas como um resultado da pesquisa para melhorar a realidade da população em investigação.

Neste estudo, os dados quantitativos e qualitativos foram coletados concomitantemente e integrados na apresentação, priorizando as informações de origem qualitativa, orientadas pelo Modelo Teórico das Transições de Afaf Meleis, sendo ela explícita, ofertando base para a escolha e elaboração dos roteiros de coleta de dados, análise e discussão dos resultados.

Para facilitar a compreensão de estudos com métodos mistos, usou-se um sistema de notação. O presente estudo utilizou a notação quan + QUAL, em que as letras em caixa alta representam uma atribuição de peso maior na coleta de dados e o sinal de “+” indica que as fases de coleta de dados foram realizadas simultaneamente (CRESWELL; PLANO CLARK, 2013). Abaixo, a Figura 2 ilustra o sistema de notação empregado nesta pesquisa.

Figura 2 – Caracterização da pesquisa de métodos mistos.



Fonte: Elaborado pela autora (2021), com base em Creswell e Clark (2013).

A escolha de desenvolver uma pesquisa de métodos mistos justifica-se pela possibilidade em conjugar dados provenientes das vertentes objetivas e subjetivas, proporcionando completude, explanação, credibilidade e ilustração. Ao adotar um estudo de métodos mistos, o pesquisador pode apresentar uma discussão mais abrangente sobre as experiências, dificuldades e facilidades encontradas pelos pacientes durante a transição do cuidado do contexto hospitalar para o domicílio e, dessa maneira, validar o processo ou sugerir modificações/adaptações ao roteiro de plano de alta utilizado pela instituição.

5.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado em um hospital público localizado em um município do Norte do estado de Mato Grosso do Sul. O estabelecimento de saúde possuía, no momento da pesquisa, 55 leitos de internação, sendo 35 leitos designados aos setores de clínica médica e cirúrgica, onde foi efetuada a captação dos participantes do estudo. O hospital em questão é considerado

um hospital de médio porte, destinado ao atendimento exclusivo do Sistema Único de Saúde e atende às especialidades: angiologia, cirurgia geral, clínico geral, ginecologia e obstetrícia, nefrologia, ortopedia e pediatria. No hospital, são desenvolvidas atividades de assistência, ensino e pesquisa.

Atualmente, o modelo de planejamento de alta (ANEXO A) usado no hospital é realizado pelo enfermeiro e conta com informações referentes ao tipo, localização e aspecto do acesso venoso; integridade cutânea, assim como a localização da alteração; e, se há presença de ostomias e/ou cateterismo (vesical; nasogástrico ou nasoenteral). Ainda, há um espaço limitado para descrever as orientações e observações destinadas ao paciente/familiar e o fluxo de planejamento de alta não é formalizado por manual ou rotina aprovada pela instituição. O instrumento é entregue ao paciente/familiar, que é orientado à leva-lo até a Unidade Básica de Saúde de referência, entretanto, não existe contato direto do enfermeiro do hospital com o enfermeiro da atenção primária.

5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A coleta de dados foi composta por pacientes e familiares com idade igual ou superior a 18 anos, que tiveram alta das unidades de internação clínica e cirúrgica para o domicílio. Aqui, entende-se família como conjunto de indivíduos envolvidos por uma ligação emotiva intensa e por um sentimento de pertencer ao grupo. Nesse rumo, a definição dada é aceitável para incluir as diferentes organizações e composições de famílias que estão presentes na sociedade atual (GALERA; LUIZ, 2002). De modo semelhante, Motta (2008) menciona que o termo família foi definido de diversas maneiras e para inúmeras finalidades, de acordo com a própria estrutura de referência do indivíduo ou do julgamento de valores. À vista disso, neste estudo, considerou-se como família indivíduos que convivem em uma mesma casa, que compartilham de elos comuns e àqueles legitimados pelo paciente como família.

O motivo de incluir os familiares se deu na condição de inaptidão do paciente em responder ao instrumento e aos roteiros de coleta de dados, além disso, o estudo percebe o elo da família na viabilização dos cuidados e, portanto, agente de relevância no ato de transição assistencial. Essa inaptidão foi avaliada segundo o nível de consciência, limitações de linguagem, cognição e/ou alterações psicológicas demonstradas pelo paciente, registradas pela equipe de saúde em prontuário e confirmada pela pesquisadora. Sendo assim, o critério de inclusão do familiar foi residir com o paciente há mais de seis meses, tempo esse considerado suficiente para estabelecer uma relação e conhecer a rotina do lar. Vale acentuar que o instrumento e os roteiros de coleta podem ser aplicados tanto ao paciente quanto ao familiar.

Em contrapartida, concernente aos critérios de exclusão, desconsideraram-se, para a investigação, paciente e familiares que residiam em zona rural e fora do município em que o hospital localiza-se, pacientes que evoluíram ao óbito, aqueles que por algum motivo residiam em Instituições de Longa Permanência (ILP), pacientes e familiares que não atenderam após três tentativas de contato telefônico para agendamento das visitas domiciliar; e pacientes que depois de três tentativas de visita domiciliar não realizaram as entrevistas, ademais daqueles que não atenderem os critérios estabelecidos acima.

A abordagem dos pacientes e familiares aconteceu por conveniência e, diante da atribuição de peso à abordagem qualitativa, o recrutamento se manteve até a obtenção da saturação dos dados. Trata-se, no entanto, de uma amostragem por saturação decorrente do próprio processo de pesquisa, em que os dados obtidos passam a manifestar uma certa redundância ou repetição, que não acrescenta novas informações às entrevistas (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

5.4 PERÍODO DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados durante os meses de abril a setembro de 2022.

5.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Foram utilizados quatro instrumentos de coleta de dados, a saber: roteiro de caracterização de pacientes e familiares (APÊNDICE B); Índice de Barthel (ANEXO B); Instrumento *Care Transitions Measure* (CTM-15) (ANEXO C); e, roteiro de entrevista de pacientes e familiares (APÊNDICE C).

O roteiro de caracterização sociodemográfica de pacientes e familiares foi dividido em três partes. A primeira, contendo 22 indagações, objetivou de caracterizar o paciente em relação à faixa etária, sexo, cor autorreferenciada, situação conjugal, ocupação, motivo da internação, número de internações nos últimos 12 meses, demanda de cuidados diários, entre outros. A segunda parte compôs-se de 11 questionamentos voltados para o familiar, visando caracterizá-lo e obter informações sobre o tempo de convivência com o paciente, se era a principal pessoa a realizar os cuidados e se o cuidado era compartilhado. A terceira e última parte compreendia três perguntas acerca da caracterização social da família, almejando captar informações quanto à renda salarial, tipo de moradia e quantos integrantes residiam na casa.

O Índice de Barthel configura-se na área da avaliação das atividades da vida diária (AVDs) e mensura a independência funcional no cuidado pessoal, mobilidade, locomoção e eliminações, em que uma pontuação é formada atribuindo pontos em cada categoria, a depender

do tempo e da assistência necessária a cada paciente, quanto maior a pontuação, maior a independência da pessoa (MINOSSO et al., 2010).

O instrumento *Care Transitions Measure* (CTM-15) busca avaliar a qualidade das transições do cuidado a partir da ótica do paciente. Foi elaborado por Eric Coleman e colaboradores, em 2002, e validado culturalmente ao cenário brasileiro por Acosta (2016). Sublinha-se que o CTM-15 também pode ser aplicado ao familiar e/ou cuidador que desempenha o cuidado direto ao paciente (ACOSTA, 2020). Estrutura-se em 15 afirmações que estão relacionados à transição do cuidado. As afirmações dividem-se em quatro categorias, as quais reconhecem situações distintas da transição do cuidado, desde o momento da internação até o acompanhamento pós-alta, a saber: Preparação para autogerenciamento, Entendimento sobre medicações, Preferências asseguradas e Plano de cuidado. Hodiernamente, é empregado para avaliar o desempenho e qualidade dos serviços de saúde no ambiente hospitalar (ACOSTA, 2020; THE CARE TRANSITIONS PROGRAM, 2014).

Os pacientes e os familiares também responderam a uma entrevista pautada na questão norteadora – “De que forma aconteceu o planejamento da sua alta hospitalar (ou de seu familiar) e a transição do hospital para casa?”. Perguntas de apoio foram usadas para favorecer uma maior interação e fala dos participantes, que versavam a respeito da qualidade da transição do cuidado e sua relação com o manejo do cuidado seguro no ambiente domiciliar (APÊNDICE C).

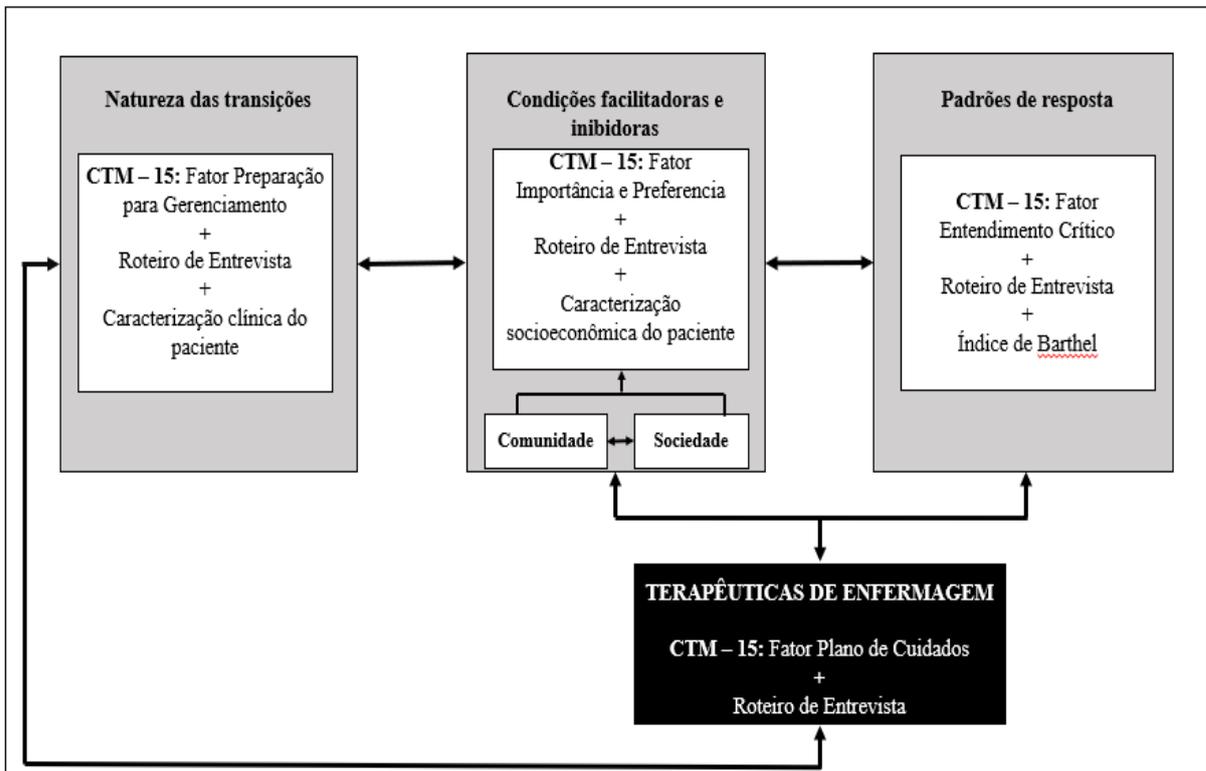
Para avaliar a adequação do roteiro da entrevista ao objeto de pesquisa, empregou-se um teste piloto, e não houve necessidade de modificar os questionamentos.

5.6 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para analisar a transição do cuidado de pacientes que receberam alta do setor de internação para o domicílio, o estudo partiu do ponto de vista deles, uma vez que quem vivencia a transição do tipo saúde/doença são os pacientes e, com eles, seus familiares.

Com base no diagrama representativo do processo das transições, os instrumentos de coleta de dados foram distribuídos consoante os constructos substanciais da teoria, de forma a analisar com mais propriedade o processo de transição experienciado pelos participantes do estudo (Figura 3).

Figura 3 – Diagrama do processo das transições com os instrumentos de coleta de dados distribuídos em seus constructos basilares.



Fonte: Adaptado pela autora (2023).

A coleta de dados foi dividida em duas etapas. Na primeira, os pacientes e familiares foram recrutados durante a internação hospitalar, independente da patologia e, na segunda, realizou-se uma visita domiciliar para aplicação dos instrumentos de coleta de dados, conforme o fluxograma de coleta de dados (Figura 3). Cumpre frisar que, no caso de participação do paciente e família, as entrevistas aconteceram com os dois simultaneamente, de maneira que um complementava a fala do outro.

Para a primeira etapa da pesquisa, fizeram-se visitas periódicas no hospital para recrutamento da amostra ao longo de cinco meses, por entender que, nesse momento, são criadas e aprimoradas as relações interpessoais, favorecendo a posterior coleta de dados no domicílio. Nesse estágio, os pacientes e os familiares foram informados de que a pesquisadora era enfermeira e sobre a pesquisa, isto é, os objetivos do estudo, os riscos e benefícios referentes à sua participação por meio da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após aceite formal em participar da pesquisa, aplicou-se o roteiro de caracterização dos pacientes e familiares e o Índice de Barthel. Depois da aplicação dos instrumentos, solicitou-se o contato telefônico para o agendamento da coleta de dados em

domicílio. Foi garantido o direito de recusa a participar e/ou desistência a qualquer momento da pesquisa, sem que isso correspondesse a qualquer tipo de prejuízo ou danos aos participantes.

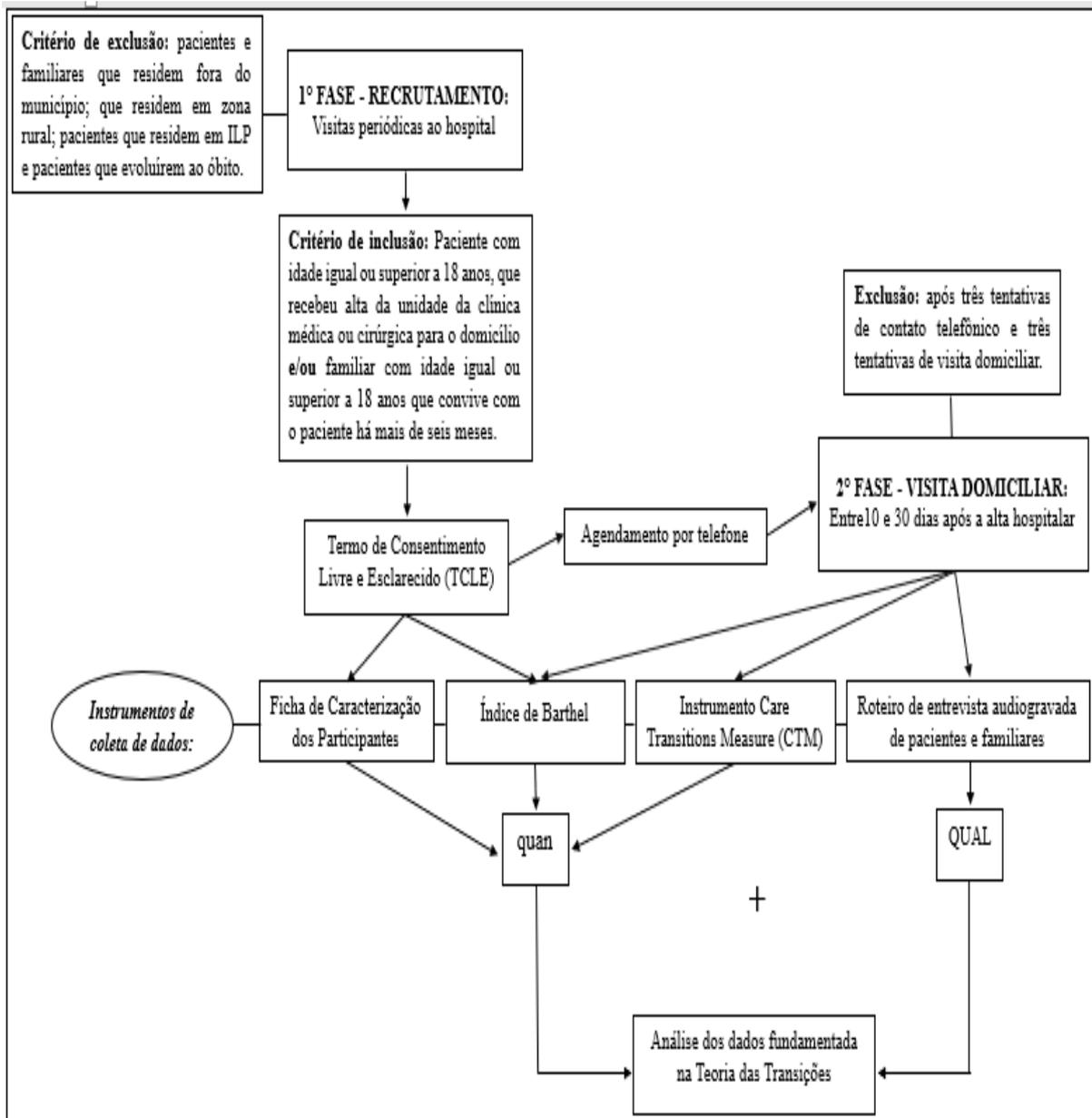
A coleta de dados foi aplicada pela mestranda, previamente capacitada. A capacitação englobou a leitura e discussão dos instrumentos de pesquisa juntamente com a orientadora do estudo. A coleta de dados somente ocorreu após a aprovação da instituição e do Comitê de Ética em Pesquisa.

Depois de um período mínimo de dez dias da alta hospitalar, a mestranda entrou em contato para agendar data e horário para as entrevistas, de acordo com disponibilidade e interesse dos participantes. As altas hospitalares foram identificadas durante as visitas periódicas no hospital, através da revisão do livro Ata de Registro de Entradas e Saídas no setor de Internação Clínica e Cirúrgica. Optou-se por dez dias depois da alta hospitalar por entender-se um tempo mínimo necessário de adaptação à nova condição de saúde no domicílio.

As entrevistas efetuaram-se presencialmente, em visita domiciliar. Durante a segunda etapa, os instrumentos de caracterização e o Índice de Barthel foram revisados para identificar possíveis alterações do estado de saúde e comparar a independência funcional dos pacientes. Além disso, foram convidados a responder o instrumento CTM-15 e a uma entrevista pautada em roteiro (APÊNDICE C). As entrevistas foram audiogravadas e posteriormente transcritas na íntegra. A pesquisadora utilizou diário de campo para registro das condições sanitárias e de organização do domicílio e da paralinguagem dos participantes, como longas pausas ou reações emocionais, de modo adicional aos discursos.

Quanto aos depoimentos, foram organizados em sistema alfanumérico para preservar o anonimato dos participantes, sendo a letra “P” empregada para pacientes e a letra “F” para familiares, com numeração seguindo a ordem cronológica das entrevistas (P1; P2; F3; P4; F5).

Figura 4 – Fluxograma do procedimento de coleta de dados.



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

5.7 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados quantitativos foram exportados para planilhas eletrônicas e a análise deu-se por meio de estatística descritiva e inferencial. Para descrever o perfil dos participantes e a independência da funcionalidade, usou-se estatística descritiva, através de tabelas de frequência absoluta (n) e percentual (%) das variáveis categóricas e cálculo de medidas de posição e dispersão (média, valores mínimo e máximo) para as variáveis contínuas. Para a análise das respostas do CTM-15, foram respeitadas as instruções (ANEXO D) dos autores do instrumento (COLEMAN et al., 2002; THE CARE TRANSITIONS PROGRAM, 2014).

Destaca-se que o instrumento não apresentou ponto de corte para classificação, entretanto, amparados por outras investigações que empregaram o mesmo questionário, considerou-se uma transição satisfatória àquelas com escores iguais ou superiores a 70 (COLEMAN; MAHONEY; PARRY, 2005).

Os dados provenientes das entrevistas foram gravados e depois transcritos, os excertos foram explorados por meio das convergências e divergências às afirmativas do CTM e foram analisados pautados no referencial teórico de Meleis – Teoria das Transições – e compreendida através da existência de três constructos basilares, a referir: a natureza das transições, condições facilitadoras e inibidoras e padrões de resposta com indicadores de processo e resultados (MELEIS et al., 2000).

Após a análise dos dados quantitativos e qualitativos, realizou-se a integração deles pela estratégia de análise dos dados fundidos. A fusão refere-se à mistura dos resultados quantitativos e qualitativos, unidos mediante uma análise combinada, quer dizer, significa usar técnicas analíticas para fundir os resultados, avaliar se os resultados dos dois bancos de dados são divergentes, convergentes e/ou corroborativos (CRESWELL; CLARK, 2013).

Na apresentação dos dados, foram usadas duas estratégias, sendo: a tabela falante e o *Pillar Integration Process* (PIP) que, em tradução livre para o português, corresponde a “Processo de Integração de Pilares”. O pilar integrativo foi descrito inspirado na descrição de diagnósticos de enfermagem.

A análise dos dados fundamentou-se na representação do Modelo Teórico das Transições que, por sua vez, tem como pressuposto a compreensão da transição como processo dinâmico e configura-se como estratégia para o cuidado de enfermagem. Portanto, empregaram-se os conceitos elaborados por Meleis para categorizar e integrar os dados.

5.8 ASPECTOS ÉTICOS

O recrutamento dos participantes do estudo no hospital se deu mediante a autorização da diretoria do hospital, local do estudo, e não está vinculada a benefícios de qualquer ordem para o mesmo.

Durante a coleta de dados, preservou-se a privacidade e confidencialidade dos dados utilizados, bem como o anonimato dos pacientes e familiares. O TCLE foi apresentado no momento de captação dos participantes no hospital e fez-se a leitura para aqueles que não são alfabetizados. Nesse momento, foram esclarecidas todas as dúvidas pertinentes à participação no estudo.

O TCLE compreendeu informações tangentes aos objetivos do estudo e sua finalidade, os benefícios e possíveis desconfortos ao participar da pesquisa. Ficou garantido o direito de recusa a participar e/ou desistência a qualquer momento do estudo, sem que isso representasse qualquer tipo de prejuízo ou danos.

As informações coletadas para esse estudo são de responsabilidade das pesquisadoras, as quais garantirão proteção das informações e manutenção de todos os dados do projeto. O material impresso e gravado usado, assim como aqueles não aproveitados, serão guardados em ambiente seguro, por um período de cinco anos, sendo descartado após essa data.

O estudo foi elaborado considerando os preceitos éticos estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) e seguindo as normativas estabelecidas pela Resolução nº 466/12. O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Mato Grosso do Sul, Brasil, sob o parecer nº 5.325.368 (CAAE: 56202222.0.0000.0021) e a coleta de dados iniciou-se após parecer favorável à sua execução.

6 RESULTADOS

Os resultados deste estudo estão apresentados em formato de dois artigos científicos, cada um respondendo a um objetivo específico. Os referidos artigos/manuscritos estão redigidos em consonância com as normas do periódico a que se pretende submetê-lo.

O primeiro manuscrito, intitulado “Transição de cuidados da internação ao domicílio à luz da teoria de meleis: estudo de método misto”, teve por objetivo analisar a transição do cuidado de pacientes em internação hospitalar para o domicílio.

O segundo manuscrito, intitulado “Segurança do paciente na transição do cuidado do hospital ao domicílio: estudo de métodos mistos”, buscou identificar elementos que influenciam na segurança do paciente na transição do cuidado do hospital para o domicílio.

6.1 ARTIGO 01 – TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DA INTERNAÇÃO AO DOMICÍLIO À LUZ DA TEORIA DE MELEIS: ESTUDO DE MÉTODO MISTO

RESUMO

Objetivo: analisar a transição do cuidado de pacientes em internação hospitalar para o domicílio. **Método:** Tratou-se de um estudo de métodos mistos, com pacientes e familiares que receberam a visita domiciliar entre dez a 30 dias após a alta hospitalar, durante os meses de abril e setembro de 2022. Utilizou-se entrevista e o instrumento CTM-15. Os dados foram analisados face a teoria das transições de Afaf Meleis e integrados pela estratégia de análise dos dados fundidos. **Resultados:** Participaram 26 pacientes e 18 familiares. A natureza das transições foi perpassada por novos atendimentos e reinternação. Entre as condições inibidoras e facilitadoras, destacaram-se a dinâmica familiar, baixa renda e acompanhamento da atenção básica; e, o padrão de resposta da transição foi insatisfatório (escore CTM 59,23). **Conclusões:** A transição do cuidado da internação para o domicílio foi insatisfatória. Enfermeiros e a equipe multidisciplinar devem se atentar para ações que contemplem um planejamento de alta eficaz, seguro e responsável.

Descritores: Enfermagem. Alta do Paciente. Cuidados de Enfermagem. Cuidado de Transição.

INTRODUÇÃO

A transição do cuidado consiste em um conjunto de ações que tem por objetivo assegurar a coordenação e continuidade dos cuidados de saúde na transferência de usuários do sistema de saúde, entre os diversos serviços ou entre unidades de um mesmo serviço de saúde, contribuindo para a redução de complicações (BANDEIRA et al., 2021; PENA et al., 2020).

Ao se trazer como pressuposto a compreensão da transição como processo dinâmico, as intervenções para o cuidado devem ser sensíveis a partir da perspectiva de quem a experiencia. A nomeadamente “Teoria das Transições: teorias de médio alcance e específicas da situação” pode contribuir à prática para a aquisição de conhecimentos no âmbito da investigação clínica em enfermagem. Esta teoria reconhece que, durante a vida, vivenciam-se situações de transições, que vão desde ao tornar-se mãe e/ou pai à morte de um familiar próximo, percorrendo pelas fases do desenvolvimento humano e ao nível organizacional, e, engloba as transições de estados da saúde íntegra para situações de doença (MELEIS, 2010).

Sob a ótica do processo saúde-doença, a transição do cuidado frequentemente inclui ações de planejamento de alta, educação em saúde do paciente e da família, articulação entre os serviços de saúde, comunicação entre as equipes e acompanhamento pós-alta, sendo os enfermeiros os principais profissionais responsáveis pela coordenação desse cuidado (ACOSTA et al., 2020; GHENO; WEIS, 2021; MAURO; CUCOLO; PERROCA, 2021). Nesse cenário de múltiplas necessidades e, muitas vezes, de recursos escassos, o enfermeiro exerce

papel central para garantir a continuidade do tratamento e a segurança do paciente no autocuidado, liderando e coordenando este processo. Dessa forma, atua como mediador nas ações interprofissionais, atentando para as carências e preocupações do paciente/família (BERNARDINO et al., 2022; ZANETONIA; CUCOLOB; PERROCAC, 2022).

Um estudo realizado em serviço de emergência de um hospital no Sul do Brasil, com 117 pacientes e 81 cuidadores, evidenciou qualidade moderada da transição do cuidado e necessidade de adoção de estratégias para melhorar o processo de alta da emergência e a continuidade do cuidado de portadores de doenças crônicas (ACOSTA et al., 2020). Quando avaliada a assistência de enfermagem na transição do cuidado da pessoa idosa hospitalizada para o domicílio, observou-se que o maior índice de não conformidade foi a ausência de formação continuada sobre a transição do cuidado e plano de alta hospitalar. A implementação de programas educativos proporcionou melhora nos índices de conformidade, contribuindo para a melhora da transição do cuidado da pessoa idosa (ACOSTA et al., 2020).

Embora a participação da própria pessoa esteja incluída em políticas de saúde e sua intenção é estar envolvida na transição de cuidados, a população idosa, bem como a população como um todo, tem sido pouco envolvida no processo de tomada de decisão no planejamento de sua alta hospitalar (PEDROSA; FERREIRA; BAIXINHO, 2022).

A qualidade das transições do cuidado tem sido utilizada como um dos componentes para avaliação de desempenho de hospitais. A apresentação de análise detalhada e atualizada das estratégias de transição do cuidado na alta hospitalar e retorno ao domicílio podem aumentar o conhecimento acerca da continuidade do cuidado e estimular seu fortalecimento (GALLO et al., 2021). Diante do papel da transição enquanto indicador de qualidade e segurança do paciente, dar visibilidade e fundamentar o processo de planejamento de alta pode subsidiar instituições de saúde e enfermeiros na melhoria de suas práticas, valorizando a comunicação para uma transição saudável, e deve ser embasado pelo potencial do constructo teórico de Meleis.

Sendo assim, levantou-se a seguinte questão norteadora: como ocorre a transição do cuidado da internação ao domicílio na perspectiva do paciente/familiar? Objetivou-se analisar a transição do cuidado de pacientes em internação hospitalar para o domicílio.

MÉTODOS

ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Mato Grosso do Sul, Brasil, sob o parecer nº 5.325.368 (CAAE: 56202222.0.0000.0021). Origina-se da dissertação intitulada *Análise da transição de cuidados da internação ao domicílio: estudo de método misto*.

REFERENCIAL METODOLÓGICO

Pesquisa de métodos mistos que tem por objetivo comparar diferentes perspectivas de forma a desenvolver um entendimento mais completo das mudanças necessárias para um grupo por meio da combinação dos dados qualitativos e quantitativos (CRESWELL; CRESWELL, 2021).

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS:

TIPO DE ESTUDO

Estudo de métodos mistos, tendo abordagem transformadora concomitante, com maior ênfase na abordagem qualitativa (QUAL).

CENÁRIO DO ESTUDO

Hospital público de médio porte, de um município do Norte do estado de Mato Grosso do Sul. O estabelecimento possuía, no momento da pesquisa, 55 leitos de internação exclusivos do Sistema Único de Saúde, sendo 35 leitos destinados aos setores de clínica médica e cirúrgica, onde foi realizado o recrutamento dos participantes do estudo. No hospital, são desenvolvidas atividades de assistência, ensino e pesquisa. Cumpre destacar que o hospital possui um plano de alta estruturado preenchido e entregue por enfermeiros e pautado em questões relacionadas aos dispositivos, lesões/feridas e quatro linhas para inclusão de cuidados específicos.

FONTE DE DADOS

Os participantes da pesquisa foram pacientes e seus familiares. Para pacientes, incluiu-se àqueles com idade igual ou superior a 18 anos, que tiveram alta das unidades de internação clínica e cirúrgica para o domicílio. Para familiares, adotou-se a definição de família “como um grupo de indivíduos vinculados por uma ligação emotiva profunda e por um sentimento de pertença ao grupo” empregada por Galera e Luiz (2002, p. 143). Logo, considerou-se como família indivíduos que compartilham de elos comuns e àqueles legitimados pelo paciente como família.

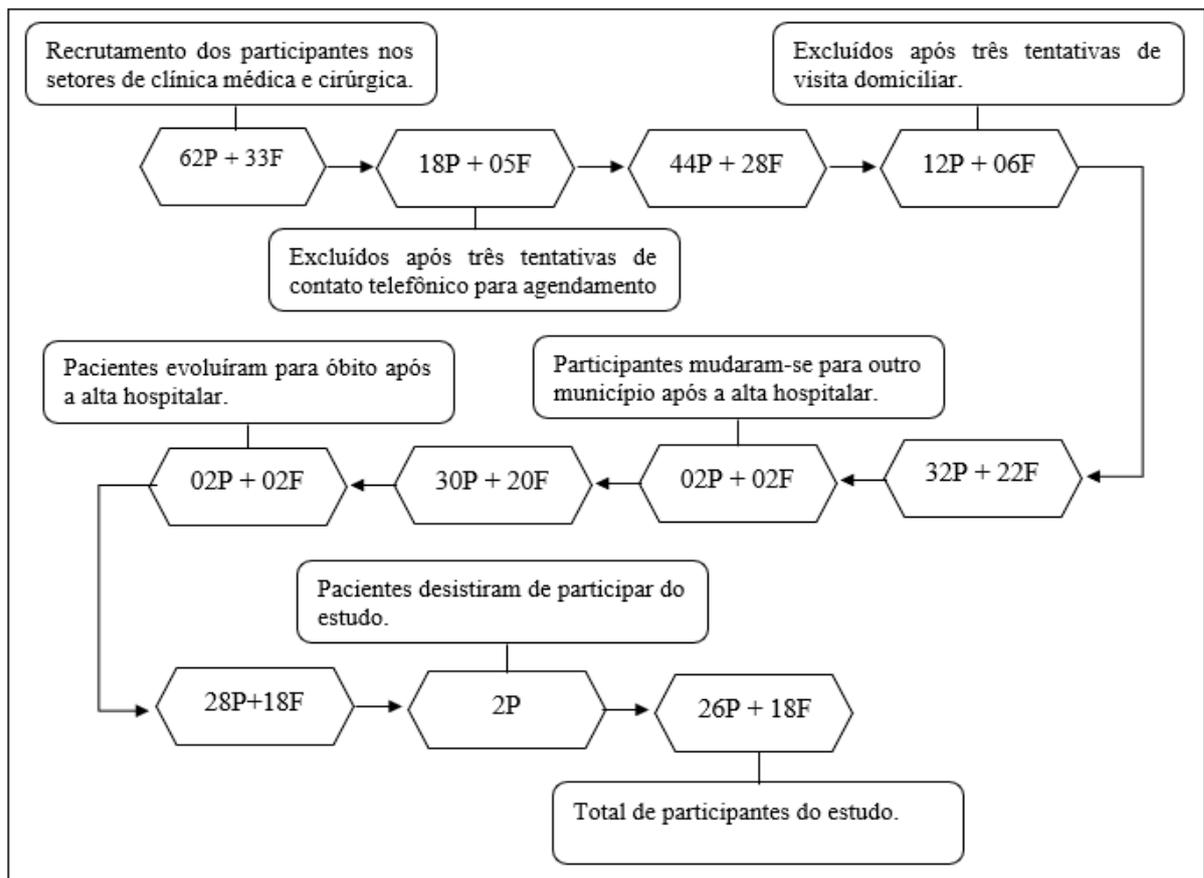
Como critério de inclusão do familiar, levou-se em conta se convivia/residia com o paciente há mais de seis meses, tempo esse considerado suficiente para estabelecer uma relação e conhecer a rotina do lar. Vale ressaltar que o instrumento e os roteiros de coleta possibilitaram a aplicação tanto ao paciente quanto ao familiar.

A coleta de dados foi dividida em duas etapas. Na primeira, os pacientes e familiares foram recrutados durante a internação hospitalar e, na segunda, entre dez e 30 dias da alta hospitalar, através de visita domiciliar.

No momento do recrutamento no hospital, foram excluídos do estudo pacientes que residiam em Instituições de Longa Permanência (ILP), em zona rural e fora do município em que o hospital é localizado. Após o recrutamento, excluíram-se pacientes que evoluíram para óbito e aqueles que, por algum motivo, após três tentativas de agendamento e visita, não realizaram a coleta de dados em domicílio.

Foram recrutados 62 pacientes, abordados para a segunda etapa, conforme apresentado no fluxograma de seleção dos participantes (Figura 5).

Figura 5 – Fluxograma dos participantes do estudo. Mato Grosso do Sul, MS, 2022.



P= pacientes / F= familiar

COLETA E ORGANIZAÇÃO DOS DADOS

Os dados foram coletados entre os meses de abril a setembro de 2022. A abordagem dos pacientes e familiares realizou-se por conveniência e, diante da atribuição de ênfase à abordagem qualitativa, o recrutamento se manteve até a obtenção da saturação dos dados (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Outrossim, foram utilizados quatro instrumentos de coleta de dados, a saber: roteiro de caracterização de pacientes e familiares; Índice de Barthel; Instrumento *Care Transitions Measure* (CTM-15); e, roteiro de entrevista de pacientes e familiares. O Índice de Barthel tem por objetivo avaliar as atividades de vida diária (AVDs) e mensurar o grau de independência funcional do indivíduo, quanto maior a pontuação, maior a independência da pessoa (MINOSSO et al., 2010). Já o instrumento CTM-15 busca avaliar a qualidade das transições do cuidado a partir da perspectiva do paciente (ACOSTA et al., 2020). O roteiro de entrevista foi pautado na questão norteadora: “De que forma aconteceu o planejamento da sua alta hospitalar (ou de seu familiar) e a transição do hospital para casa?”, e perguntas de apoio foram empregadas para favorecer maior interação e fala dos participantes. Frisa-se que, no caso de participação do paciente e família, as entrevistas aconteceram com os dois, simultaneamente, de forma que um complementava a fala do outro e, assim, os resultados estão apresentados.

Quanto à organização das narrativas, foram estruturadas em sistema alfanumérico, preservando o anonimato dos participantes. Usou-se a letra “P” para pacientes e a letra “F” para familiares, com numeração seguindo a ordem cronológica das entrevistas (P1; P2; F3; P4; F4; F5). Ademais, vícios de linguagem foram retirados para favorecer o entendimento da fala dos participantes, sem alterar o sentido das frases.

ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS

Os dados provenientes das entrevistas foram gravados, posteriormente transcritos e os excertos analisados pautaram-se no referencial teórico de Meleis, a Teoria das Transições, compreendida por meio de existência de três constructos basilares, a referir: a natureza das transições, condições facilitadoras e inibidoras e padrões de resposta com indicadores de processo e resultados (MELEIS et al., 2000).

Os dados quantitativos foram exportados para planilhas eletrônicas e, para análise do perfil dos participantes e a independência da funcionalidade, utilizou-se estatística descritiva. Para a análise das respostas do CTM-15, respeitaram-se as instruções dos autores do instrumento (COLEMAN; MAHONEY; PARRY, 2005). Realça-se que o instrumento não apresentou ponto de corte para classificação, entretanto, amparados por outras investigações,

que utilizaram o mesmo questionário, considerou-se uma transição satisfatória àquelas com escores iguais ou superiores à 70 (COLEMAN; MAHONEY; PARRY, 2005).

Após a análise dos dados quantitativos e qualitativos, realizou-se a integração deles pela estratégia de análise dos dados fundidos (CRESWELL; CLARK, 2013). Na apresentação dos dados, empregou-se como estratégia a tabela falante (JANTSCH; NEVES, 2022).

RESULTADOS

A amostra foi composta por 26 pacientes e 18 familiares. Os pacientes foram, paritariamente, 13 homens e 13 mulheres, com idade entre 26 e 89 anos (média: 62). A maioria dos participantes autodeclararam-se pardos (61,5%), com grau de escolaridade em nível fundamental (46,2%). Metade dos participantes (50%) afirmaram ser aposentados e 12 (46,1%) casados. Os participantes da pesquisa majoritariamente (84,6%) residiam com seus familiares.

Em relação aos 18 familiares, 11 (61,1%) eram do sexo feminino, com idade entre 18 e 76 anos (média: 50), declararam ser casados (44,4%), com vínculo empregatício (61,1%), que residiam com o paciente há mais de 10 anos (66,7%) e eram as principais pessoas a desempenharem os cuidados com o paciente (77,8%).

A análise da transição do cuidado pautada na Teoria de Meleis foi organizada em três blocos temáticos: Natureza das transições; Condições facilitadoras e inibidoras da transição do cuidado e; Padrões de resposta da transição.

NATUREZA DAS TRANSIÇÕES

As internações aconteceram por agravos abdominais/sistema digestório (07); sistema respiratório, renal, vascular e ósseo (4, respectivamente); e, do sistema endócrino, genital e câncer (1, respectivamente).

Face ao exposto, na sequência, apresenta-se a tabela falante (Tabela 1) da natureza das transições dos pacientes que tiveram alta da clínica médica ou cirúrgica.

Tabela 1 – Tabela falante da natureza das transições dos pacientes que tiveram alta da clínica médica ou cirúrgica. Mato Grosso do Sul, MS, 2022.

Natureza das Transições	n	%
Unidade de internação		
Clínica médica	15	57,7
Clínica cirúrgica	11	42,3
Buscou atendimento após a alta		
Sim	17	65,4
Não	9	34,6
*Retorno hospitalar após a alta (n:17)		
Planejado	10	58,8
Urgência	7	41,2
Quantidade de internações no último ano		
1-2 internações	19	73,1
3-4 internações	6	23,1
5 ou mais internações	1	3,8
Tempo de internação		
1-3 dias	10	38,4
4-7 dias	10	38,4
7-14 dias	4	15,4
+ de 14 dias	2	7,7

Ela estava com anemia, muito fraca e aí levei ela lá pro hospital e ela tomou dois concentrados de hemácias (F.13)

Retornei com ela para o hospital, eu levei ela lá de novo, que ela deu a febre de novo. Eu estava até sozinho aqui. Aí ficou só de observação. Tomou um soro, danou a suor. Aí eu sozinho aqui, menina, passei um sufoco. (F.21)

Até agora foram duas internações (P.12)

Aí, graças a Deus, quando foi com cinco dias, aí já tinham tirado meu cateter, o exame chegou e deu que era uma bactéria que poderia tratar na hemodiálise mesmo durante a sessão de hemodiálise. Aí foi que eu vim embora, com cinco dias. (P.03)

Ele ficou no CTI. Aí melhorou e passou para a enfermaria. Conforme ele foi melhorando, o médico deu alta. (F.11)

Já fui, já consultei de novo com ele. Agora dia 18 eu vou de novo. (P.10)

Até então, de 15 em 15 dias, a gente volta lá para o médico poder tirar a tala, ele olha, vê como está e coloca a tala novamente. (F.20)

Eu nunca fui internada. Primeira vez. Eu já fui assim pra ter meus filhos, essas coisas, mas de internar assim de doente mesmo, é a minha primeira

Na quarta eu fiz a cirurgia e eu saí na quinta de manhã. [...] Internei, terça-feira à noite, oito horas de noite. E saí na quinta-feira, oito horas da manhã. (P.26)

Alguns participantes destacaram fatores que implicaram em novos atendimentos e reinternação hospitalar após a transição para o domicílio.

Cheguei aqui em casa, eu fiquei bem, dois dias eu fiquei bem. Quando foi no terceiro dia, eu tive que voltar. Aí fiquei mais cinco dias internada por causa de um cateter que eu tinha, que tinha infecção, eu tinha que tirar esse cateter para parar a infecção (P. 03).

Tinha dado um bicho na cabeça do dedo, aí ele me internou. Eu fiquei lá, quatro dias e meio. Ele me deu alta no domingo, às nove horas, eu vim embora. Na segunda-feira ele mandou eu ir no posto, aqui. Eu fui, cheguei lá, fizeram o tratamento, o curativo e achou que estava muito feio. A minha médica mandou outro encaminhamento pra mim ir pro hospital. Eu internei de novo, fiquei mais quatro dias [...] Estava ruim, estava feio, mesmo assim passou alta. Ela mandou eu voltar de novo pro hospital pra lá, eu fiquei mais quatro dias (P. 12).

Porque aqui tem um furinho [1º pododáctilo]. E não dói nada. Acho que é por causa da diabetes. Não sei se deu febre (P. 22). A senhora deu febre, sim (F. 22). Então, três vezes ele me pegou com febre. Agora não deu mais febre (P. 22).

No último dia que a senhora ficou ruim, foi seu [marido] que levou com o SAMU, né? Foi à noite. Foi ele que levou, tá certo? Eu levei na outra vez. Acho que umas três vezes eu levei, mas a senhora ficou na observação. Aí, nessa última que levou,

que internou ela (F. 21) [...] Por duas vezes, certeza, ou mais que ela foi internada esse ano. Duas eu tenho certeza! (F. 21).

Olha, nos últimos 12 meses, ela deve ter sido internada em umas cinco, seis vezes. Internada entre aspas. Porque, tipo assim, que ela foi pro hospital, porque às vezes ela ficou lá, passou o dia no pronto-socorro e voltou pra casa, entendeu? Internada mesmo, a longo prazo, foram três vezes (F. 25).

Sob outro ângulo, observaram que o planejamento da transição é um processo ativo e que, por mais que uma previsão de alta tenha sido orientada, as avaliações diárias traziam mudanças.

Que as duas bolsas de sangue e aí ela melhorando, o doutor achou por bem da alta. Até porque ficar muito tempo em hospital, como ela já é de idade, e tem outras comorbidades, é um risco também que corre (F. 13).

Primeira vez soube que era com sete dias [Período de internação]. Como foi melhorando durante o tratamento, foi melhorando, e o doutor falou, não é com três dias. E eu fui internada quarta-feira e saí sexta-feira (P. 24).

CONDIÇÕES FACILITADORAS E INIBIDORAS DA TRANSIÇÃO DO CUIDADO

Alguns fatores foram assinalados como desafios à transição da alta, em especial a dinâmica familiar e a renda. A Tabela 2 traz esses dados.

Tabela 2 – Tabela falante das condições facilitadoras e inibidoras das transições dos pacientes que tiveram alta da clínica médica ou cirúrgica. Mato Grosso do Sul, MS, 2022.

Condições facilitadoras e inibidoras	n	%
Total de pessoas que reside na casa		
1-3 pessoas	19	73,1
4-5 pessoas	7	26,9
Renda familiar		
1-2 salários mínimos	17	65,4
3-4 salários mínimos	8	30,8
+ de 5 salários mínimos	1	3,8
Tempo que reside com o paciente (μ: 22,4)		
1-4 anos (Δ 2-3)	4	22,2
5-10 anos (Δ 5-6)	2	11,1
+ de 10 anos (Δ 22 – 50)	12	66,7
O cuidado é compartilhado		
Sim	9	50,0
Não	9	50,0
Recebeu visita da equipe de saúde		
Sim	5	19,2
Não	21	80,8

Ontem a senhora mediu [dextro], e estava 200 e pouco. Acho que é porque ela passou nervoso com o neto dela. Acho que foi mais emocional. (F.22) Tem um neto que fica aqui. Tem hora que ele está muito teimoso. Ela [cuidadora] sabe o quanto ele é teimoso. Eu falei igual ao meu ex-marido. Puxou o vó. Ontem eu até briguei. Eu brigo com ele. Nós brigamos muito. (P.22)

Está difícil, é que a gente tem que gastar todas as "niquinhas", os dinheirinhos pra comprar, porque o leite é um litro por dia, né? (F.11)

O tratamento é fazer curativo uma vez no dia. Tem vezes que minha filha faz duas vezes, que ela vem, né? Meu marido faz de manhã e ela faz a tarde. (P.12)

Ele nem conseguia fazer xixi na fralda, era complicado, porque, era eu sozinha e Deus para locomover [...] não era fácil pois faz muita força para sentar ele, para deitar ele, eu fiquei quase doida. Foi uma semana desse jeito aqui em casa, é muito tempo! (F.02)

Na verdade, nem levei lá o papel. [...] Ah, porque eles nunca vêm aqui. Então, porque... Na verdade, quem é a agente de saúde daqui pai, o senhor sabe? Que até hoje eu nem sei quem é. (F.13)

Ele falou que não é para usar a muleta. Mas dói bastante, dói pra caramba ainda, e eu moro sozinho, entendeu? (P.07)

Eu não retornei [médico] ainda não. É que ele me deu o pedido do exame, está até ali, mas eu não retornei. Já tenho que retornar lá para essa doutora e é pago, 110 reais eu paguei de exame hoje para fazer. Parece que é 6 ou 7 exames. É muito dinheiro, né? É o salário é pouquinho. É o meu e o da dona ali. (P.16)

E o fato assim, de vir pra casa, pra mim, eu acho fácil, pelo fato de eu estar mexendo com ela, ela mora comigo já há mais de 22 anos, entendeu? Então, essa situação dela, eu já lido a 13 anos, então eu já tenho de cor e salteado, entendeu? (F.25)

Mas só que agora a médica não tá atendendo aí da nossa área. Tá sem médica no postinho. (P.19)

Alguns pacientes, além dos arranjos familiares de organização do cuidado durante o período de convalescência, tiveram que transitar pelo domicílio de seus familiares e amigos.

Para ela fica melhor eu aqui. Eu lá, e ela aqui fica mais difícil. E eu estando aqui pra ela é mais fácil. Na hora que eu melhorar bem, eu vou pro meu ranchinho de novo (P. 10).

Eu fui lá para casa da minha amiga que estava comigo, que ela não quis me deixar sozinha, porque aqui só está eu e meu irmão. O meu irmão não para. Então ela falou assim, vamos na sua casa, pegue suas coisas e vamos embora para minha casa. Eu fiquei 14 dias lá com ela, até eu me recuperar um pouco para poder vir para casa (P. 14).

A baixa renda se destacou entre as condições inibidoras para a transição do cuidado.

Ele tem que ter alguma ajuda do governo, porque como que ele vai pagar o aluguel, a água, a luz, como ele vai se manter aqui? E ele tá sem trabalhar, porque não tem como trabalhar (F. 07).

Essa pomada é 114 reais. O Hidrogel não é uma pomada barata. Está cheia. Já foram duas (P. 10).

Já tenho minha senhora que trata há muitos anos, e eu tenho que trabalhar muito, eu estou ficando descapitalizado. Eu não estou dando conta, tudo é particular, quase tudo é particular. Ela está vendo aí, durante os anos, uma tomografia computadorizada, é 750, um dia 800, 900 reais, um dia 1.300, 1.200 (F. 21).

O acompanhamento após a transição para o domicílio, pela Atenção Primária, dividiu a opinião dos participantes.

Até hoje ninguém veio fazer visita aqui em casa, mas essa semana eu fui lá e eles falaram que vão vir, que a partir dessa semana vem o médico com a enfermeira, mas eles não vieram (F. 02).

O posto aqui demora pra marcar. Ele me deu, o doutor lá, me deu um encaminhamento pra ir pro posto, pra marcar lá. [...] Só quem veio aqui foi a menina para trazer aquele encaminhamento [...] A agente de saúde, só ela. Mas ela falou que qualquer dúvida que eu não puder ir lá, elas vêm aqui, a enfermeira com a médica. Mas não chegaram ainda, não (P. 12).

Não. Até agora não veio ninguém [equipe da UBS] (P. 23). Ixi, é difícil de alguém passar, só a ACS (F. 23).

Recebi a visita do médico, da enfermeira e da minha agente de saúde do postinho (P. 15).

E a gente tem essa dignidade, esse respeito de falar, porque antes eu que vinha tratando dela, era eu, só eu e Deus, não tinha esses acompanhantes [cuidadora]. O médico teve aqui, acho que por duas vezes, uma vez eu não estava, ele veio aqui, veio a menina dali, que trabalha, como é que fala? [agente comunitária de saúde]. A enfermeira, a [técnica de enfermagem] veio também (F. 21).

PADRÕES DE RESPOSTA DA TRANSIÇÃO

Constatou-se uma diminuição da dependência para a realização de atividades de vida diária após a alta hospitalar quando comparada com o período que o paciente esteve internado no hospital, evoluindo de dependência moderada para dependência leve, conforme demonstrado na Tabela 3.

Tabela 3 – Tabela falante dos padrões de resposta das transições dos pacientes que tiveram alta da clínica médica ou cirúrgica. Mato Grosso do Sul, MS, 2022.

Padrões de resposta		Média
Indicadores de Processo (Avaliação das atividades da vida diárias - Índice de Barthel)		
Durante a internação		63,4 (Dependência moderada)
Durante a visita domiciliar		85,5 (Dependência leve)
Indicadores de Resultado (Avaliação da qualidade da Transição: CTM-15)		
Escore total		59,23

É, eu estava andando no andador, mas agora já vou devagarinho, né? Já vou lá no banheiro já tomo banho. (P.12)

Ela sentiu muita dor. Ela sente dor até hoje. Sexta-feira eu a levei no hospital pra tomar remédio, porque ela não estava suportando de dor. (F.10)

Eu ainda me apoio um pouco na muleta, por causa da dor. Eu não larguei a muleta ainda de uma vez. Dói né!? E eu moro sozinho. (P.07)

Três dias, os três dias eu não passei bem, não, foi bem ruinzinho pra mim[...] Os três dias após a alta. Ela até me queria me trazer para o pronto socorro, falei, não, não é necessário, deixa eu ver, se eu não melhorar a gente vai, né? (P.14)

Quando ele saiu de lá ele não falou mais, até a hora que ele foi para internar, ele foi caminhando, foi falando, aí quando ele voltou, eu acho, na minha cabeça, que foi um começo de derrame, porque ele não andou mais, nem falou mais. (F.11)

Achei bom, porque eu vim para casa, mas já estava ainda com um pouco de dor, né? Mas está tudo, depois de um decorrer dos outros dias, ficou tudo normal. (P.06)

Os pacientes e familiares associaram a qualidade da transição do hospital para o domicílio e evolução do quadro de saúde com a habilidade de andar e realizar atividades de vida cotidiana.

Quando ela recebeu alta, ela não estava andando, o fisioterapeuta disse que era pra andar, mas agora já faz caminhada e tudo. Foi aí, quando ela tirou a sonda, depois que ela tirou a sonda, começou a andar (F. 19).

[...] Eu fiquei de pé com o andador. Daí eu dei uns dois passinhos, sozinha, comigo segurando. Daí eu comecei devagarzinho, andando de lá até aqui, depois logo comecei a largar o andador e comecei a andar. Foi assim.[...] Vou no banheiro, ligo, desligo o ar, sento na cama, quando eu não tenho sono, limpo a casa também. Às vezes eu assisto TV (P. 22).

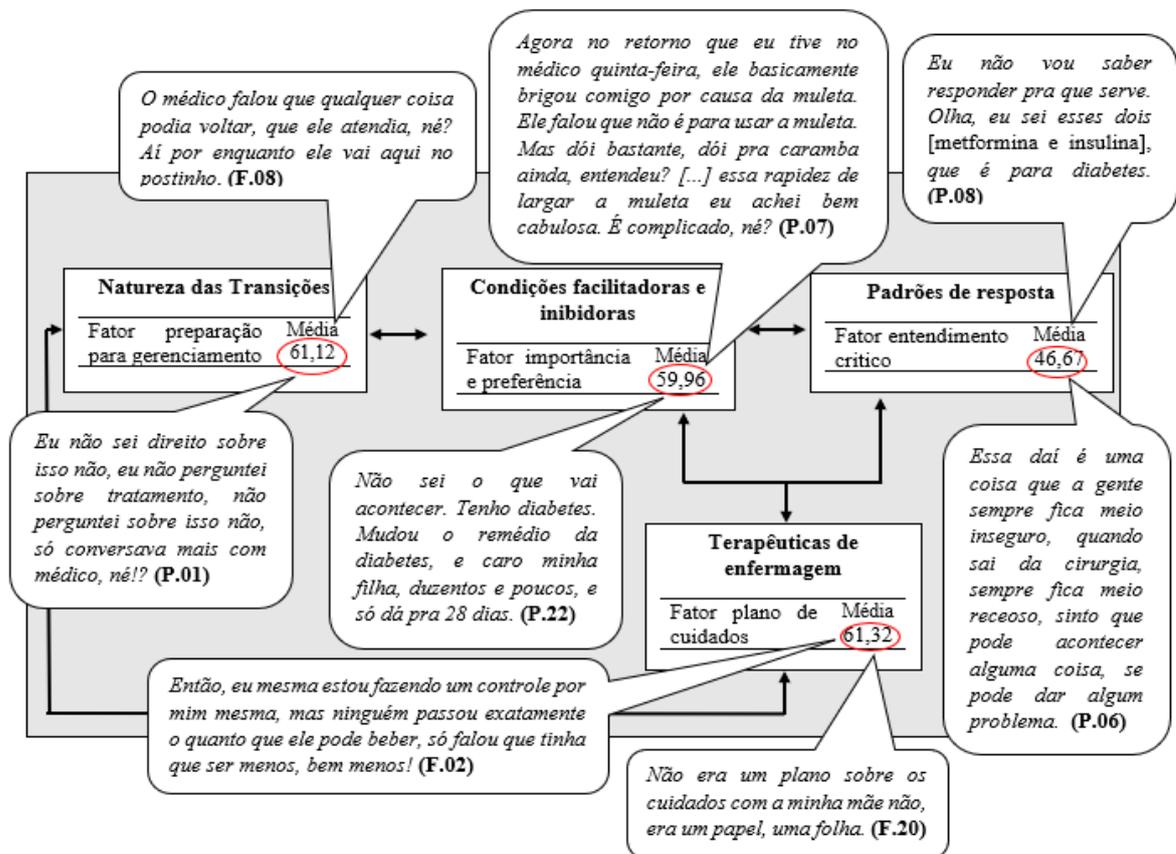
Ele veio de ambulância para cá, não foi fácil, porque ele não estava nem levantando, nem sentando, nem andando, ele estava totalmente imobilizado, nem sentava sozinho [...] Aí, chegou aqui em casa, onze dias depois, eu fiquei sem saber o que fazer, porque, você vê uma pessoa que anda, e de repente, não está andando, não está sentando, não está fazendo nada, não está comendo, foi complicado mesmo! (F. 02).

Outros pacientes analisaram que não estavam aptos para a alta hospitalar, de acordo com os relatos abaixo.

Ela sentiu muita dor. Ela sente dor até hoje. Sexta-feira eu levei ela no hospital pra tomar remédio, porque ela não estava suportando de dor (F. 10). Eu já sai com dor, mesmo assim eles deram alta. Voltei outra vez, aí eu fui lá, tomei o sorinho com o remédio, melhorei. Mas não pode por aquela pomada, por aquela pomada me deixa louca. Eu chego aqui, fica dor o dia inteiro, a noite inteira, mulher, eu não suporto. Como que eu vou aguentar uma dor dessa. De dia e noite (P. 10).
Os três dias eu não passei bem, não, foi bem ruinzinho pra mim.[...] Os três dias após a alta. Ela até me queria me trazer para o pronto-socorro, falei, não, não é necessário, deixa eu ver, se eu não melhorar a gente vai (P. 14).
Então, eu até fiquei preocupada, sabe? Porque, tipo assim, o tempo todo, muita sonolência, você entendeu? [...] E daí, eles pegaram e tiraram a sonda pra ela vir embora. E daí, ela continuou o tratamento em casa. Você sabe o que é uma pessoa que dorme 24 horas? Aquela pessoa lenta, não abria os olhos, não conversava, você entendeu? Ela não estava tendo reação, né? Dormia muito o tempo todo. Tanto é que a medicação parou na quinta-feira, tá? Ontem à noite que ela começou a reagir (F. 25).

As narrativas dos participantes convergem com os resultados dos questionamentos abordados no CTM-15 e é possível visualizar melhor na Tabela 4.

Tabela 4 – Tabela falante do diagrama representativo do processo das transições. Mato Grosso do Sul, MS, 2022.



O fator entendimento crítico do instrumento CTM-15 versa sobre questões que abordam a compreensão do paciente a respeito da sua responsabilidade e segurança em cuidar da própria saúde, bem como o motivo de tomar os medicamentos, além das doses, horários, e efeitos colaterais dos mesmos.

DISCUSSÃO

A transição do cuidado da internação para o domicílio foi influenciada por diversos fatores. Em relação à natureza das transições, sobressaíram relatos de retorno após a alta hospitalar, em que 65,4% dos participantes que buscaram por atendimento em saúde posterior a alta hospitalar, 41,2% referiram-se procura por atendimento de urgência. Como ilustrado nas narrativas acima, o retorno não programado ao serviço de urgência com as mesmas queixas clínicas exige a responsabilidade, desenvolvimento e implementação de um planejamento de alta eficaz, seguro e responsável. Além disso, gera um alerta epidemiológico, que deve ser encarado como um indicador de desempenho dos serviços de saúde (DHALLUIN et al., 2020; OLIVEIRA et al., 2019).

A fim de evitar ou, ao menos, minimizar a procura por atendimento de urgência e as reinternações após a alta hospitalar, o planejamento da alta deve objetivar identificar e definir as necessidades dos indivíduos dentro do contexto que abrange a alta do hospital para a comunidade, direcionando um olhar atento à transição do cuidado. Para tanto, são necessárias práticas que tenham o propósito de aperfeiçoar o gerenciamento da alta hospitalar de forma a garantir a continuidade da assistência ao paciente (BERNADINHO et al., 2022; RAHPEIMA et al., 2022).

As diversas atividades exercidas pelo enfermeiro durante o plano de alta podem distinguir-se entre os estabelecimentos de saúde. Tencionando desenvolver e validar uma lista de atividades a serem realizadas pelo enfermeiro na alta hospitalar, um estudo metodológico alcançou a validação de 13 das 14 atividades para a alta hospitalar responsável, contribuindo para o processo de alta segura e ocasionando a melhoria da qualidade do atendimento prestado ao paciente (ZANETONI; CUCOLO; PERRORA, 2022).

Cumprir destacar que o plano de alta implementado no serviço investigado se apresenta limitado às questões de vigilância de infecções relacionadas à assistência à saúde e, por conseguinte, não atende às necessidades de saúde do paciente. Um estudo de revisão com ensaios clínicos randomizados comprovou que um plano de alta estruturado e personalizado para o indivíduo proporciona uma diminuição nas taxas de reinternação não programada para

pacientes idosos e, ainda, aumentam as chances de reduzir o tempo de internação, o que poderia liberar a capacidade para admissões subsequentes em um sistema onde há escassez de leitos hospitalares (GONÇALVES-BRADLEY et al., 2016). Nesse sentido, a implementação do planejamento de alta eficaz, responsável e seguro, no hospital, não minimizaria apenas a procura por atendimento de urgência após a alta hospitalar, como também poderia reduzir o tempo de internação do paciente.

A dinâmica familiar e a condição financeira são fatores que influenciaram na transição do cuidado, reforçando a importância de conhecer a realidade socioeconômica e cultural da população que faz uso dos serviços de saúde, uma vez que 65,4% dos participantes deste estudo apresentaram uma renda familiar de até dois salários mínimos. Estudo realizado com 289 idosos em um município de médio porte do interior de São Paulo analisou o gasto privado com a compra de medicamentos, e o comprometimento da renda familiar apontou que 68,9% dos participantes tinham classificação econômica tipo C (renda média familiar R\$ 1.740,00 – R\$ 3.085,00), consoante o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB), logo, em alguns casos, essas despesas tornaram-se nocivas ao orçamento familiar (RESTREPO et al., 2020).

Dentro dos fatores determinantes de saúde, a baixa renda dos participantes é uma condição inibidora do processo de transição saudável, sendo um fator agravante para o acesso e custeamento dos fármacos, como verificado nas falas dos participantes. A aquisição de medicamentos é uma das formas pelas quais pode se manifestar a desigualdade na sociedade. A ampliação da provisão gratuita de medicamentos seria necessária para expandir o acesso e evitar gastos (RESTREPO et al., 2020). Somado a isso, outros estudo corrobora a afirmação que os usuários do sistema público de saúde têm dificuldades para completar e/ou aderir o tratamento devido à falta de medicamentos nas unidades, conseqüentemente, a presença do profissional farmacêutico nas Unidades de Saúde da Família pode garantir maior acesso dos usuários aos medicamentos, bem como o uso racional (SANTOS et al., 2020). Os altos custos com a prescrição de medicamentos não contemplados pelo Sistema Único de Saúde e exames solicitados podem favorecer o abandono do tratamento, resultando em retornos ao serviço de emergência e uma transição insalubre.

A transição do cuidado tornou-se um dos domínios interligados aos princípios da integração dos sistemas de saúde (LIMA et al., 2018). Nessa direção, a Atenção Primária à Saúde (APS) é um recurso facilitador do processo de transição, além de ser considerada a principal estratégia de reorientação do modelo assistencial, indicada como centro de comunicação das redes, promovendo a equidade, o acesso, a qualidade da assistência em saúde e a continuidade do cuidado prestado (MENDES, 2010). No entanto, parte significativa (80,8%)

dos participantes relataram que não receberam a visita domiciliar (VD) de qualquer membro da equipe de saúde da APS. Infere-se a falta de comunicação entre as redes de atenção do município, assim como um documento de contrarreferência, o que reflete uma lacuna na transição do cuidado.

A não realização de visitas domiciliares foi um achado de um estudo que teve por intuito identificar a prevalência de não realização de visita domiciliar pelos Agentes Comunitário de Saúde (ACS) e os fatores associados, demonstrando que 18,6% das famílias não foram visitadas. A referida investigação evidenciou que 52,0% dos usuários disseram que o ACS da área não realizava visitas à casa; 26,0% não sabiam da existência de ACS no bairro ou unidade, e 10,9% referiram que durante o horário de trabalho do ACS não havia ninguém em casa para atendê-los (KESSLER et al., 2022). Nesse rumo, outro estudo abordou que as visitas domiciliares são estratégias de monitoramento da saúde e facilitadoras da transição saudável e provou ser eficiente na gestão do cuidado, permitindo a criação de laços entre famílias e profissionais e aumentando as chances de um cuidado longitudinal (LIMA et al., 2018).

Os indicadores de processo e de resultado da transição do cuidado são padrões de resposta a serem avaliados. Os cuidados habituais prestados durante o período de internação promoveram uma diminuição da dependência para a realização de atividades de vida diária após a alta hospitalar. Tal dado sugere que, no decorrer do período de hospitalização dos participantes, os cuidados prestados auxiliam o retorno da autonomia nas atividades de vida cotidianas pós-alta hospitalar, e essa é uma importante questão a ser observada no decurso da hospitalização e no preparo para a alta do setor de internação para o domicílio.

Outro padrão de resposta a ser considerado é a da qualidade da transição. A média de escore do CTM-15, neste estudo, foi de 59,2 pontos, distante de ser satisfatório. Estudo que utilizou o CTM-15, no Sul do Brasil, contou com a participação de 117 pacientes, 81 cuidadores e avaliou a qualidade da transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis na alta do serviço de emergência para o domicílio, por meio de contato telefônico. A média de escore do CTM-15 foi de 69,5 pontos, indicando uma qualidade moderada (ACOSTA et al., 2020).

Espera-se que a qualidade da transição do serviço de internação seja melhor ao compará-la ao serviço de emergência, visto que o tempo de permanência do paciente é maior, o que vem a propiciar aos profissionais dos setores de internação mais oportunidades de preparar o paciente para alta (ACOSTA et al., 2020). Todavia, o resultado do CTM-15 obtido neste estudo, em especial, confrontado com entrevistas presenciais em domicílio, trouxe melhor compreensão dos fatores que dificultam o alcance de padrões de resposta adequados,

salientando a desconsideração da renda e condições socioeconômicas; ausência de acompanhamento nos outros níveis de atenção; dificuldade no entendimento das orientações; e, sentimento de não prontidão para a alta.

A enfermagem é uma profissão independente para implementar e executar intervenções acerca do processo de cuidar, logo, o enfermeiro, desde sua formação, é instrumentalizado para realizar ações de educação em saúde e prescrições de cuidados que fazem parte do planejamento de alta segura. Por sua vez, o planejamento de alta hospitalar é de responsabilidade da equipe multiprofissional, contudo, o enfermeiro tem papel fundamental na identificação das necessidades do paciente, na sua educação, de seus familiares e na articulação com a rede de atenção à saúde, fortalecendo a continuidade do cuidado após a alta hospitalar (GALLO et al., 2021).

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A principal limitação está relacionada com a quantidade e o tipo dos participantes, dado que o estudo propôs analisar a transição do cuidado de pacientes em internação hospitalar para o domicílio, e levou-se em consideração a perspectiva de paciente e familiares, excluindo os profissionais, que são essenciais dentro do processo de transição. Portanto, sugere-se que estudos posteriores ampliem a pesquisa para os demais integrantes envolvidos no processo de transição, com maior número amostral de pacientes e familiares.

CONTRIBUIÇÕES PARA A ÁREA DA ENFERMAGEM

O presente estudo contribui para a enfermagem ao analisar a qualidade da transição dos cuidados do setor de internação para o domicílio, sugerindo uma revisão/reflexão do planejamento de alta instituído pelos estabelecimentos hospitalares, de forma a subsidiar a implementação de processos seguros para alta hospitalar.

CONCLUSÃO

A transição do cuidado da internação para o domicílio está distante de ser considerada satisfatória. Tal interpretação perpassa por diversos fatores, dentre eles: a condição socioeconômica e cultural dos pacientes e seus familiares; a falta de comunicação com a rede de atenção à saúde; o sentimento de não prontidão para alta por parte dos pacientes e familiares; e a dificuldade de compreender orientações prestadas pela equipe. Esses fatores interferem diretamente no alcance de uma transição adequada.

Face ao observado, entende-se que enfermeiros e equipe multidisciplinar devem atentar-se para ações que contemplem um planejamento de alta eficaz, seguro e responsável, minimizando a busca por serviços de urgência logo após a alta hospitalar e promovendo melhores resultados para a recuperação do bem-estar e qualidade de vida após a alta.

REFERÊNCIAS

- ACOSTA, A. M.; LIMA, M. A. D. S.; PINTO, I. C.; WEBER, L. A. F. Care transition of patients with chronic diseases from the discharge of the emergency service to their homes. **Revista gaúcha de enfermagem**, v. 41, n. spe, p. e20190155, 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190155>
- BANDEIRA, D.; WEILLER, T. H.; DAMACENO, A. N.; PUCCI, V. R.; MEGIER, E. R.; SOUZA JUNIOR, G. de F. de. Elementos facilitadores ou dificultadores do processo de Transição do Cuidado: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 11, p. e417101119636, 5 set. 2021. Doi: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i11.19636>
- BERNARDINO, E.; SOUSA, S. M.; NASCIMENTO, J. D.; LACERDA, M. R.; TORRES, D. G.; GONÇALVES, L. S. Cuidados de transição: análise do conceito na gestão da alta hospitalar. **Escola Anna Nery**, v. 26, 2022. Doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0435>
- COLEMAN, E. A.; MAHONEY, E.; PARRY, C. Assessing the quality of preparation for posthospital care from the patient's perspective: the Care Transitions Measure. **Med Care.**, v. 43, n. 3, p. 246-255, 2005. Doi: <https://doi.org/10.1097/00005650-200503000-00007>
- CRESWELL, J. W.; CRESWELL, J. D. **Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2021.
- CRESWELL, J. W.; PLANO CLARK, V. L. **Pesquisa de Métodos Mistos**. 2. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.
- DHALLUIN, T.; BANNAY, A.; LEMORDANT, P.; SYLVESTRE, E.; CHAZARD, E.; CUGGIA, M.; BOUZILLE, G. Comparison of Unplanned 30-Day Readmission Prediction Models, Based on Hospital Warehouse and Demographic Data. **Personalized Health and Medicine**, v. 270, p. 547-551, 2020. Doi: <https://doi.org/10.3233/SHTI200220>
- FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de saúde pública**, v. 24, p. 17-27, 2008. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>
- GALERA, S. A. F.; LUIS, M. A. V. Principais conceitos da abordagem sistêmica em cuidados de enfermagem ao indivíduo e sua família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 36, n. 2, p. 141-147, 2002. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342002000200006>
- GALLO, V. C. L.; KHALAF, D. K.; HAMMERSCHMIDT, K. S. A.; SANTIAGO, M. L.; VENDRUSCOLO, C. Estratégias de transição para alta hospitalar utilizadas por enfermeiros:

revisão integrativa. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 11, p. e79, 2 dez. 2021. Doi: <https://doi.org/10.5902/2179769264383>

GHENO, J.; WEIS, A. H. Care transition in hospital discharge for adult patients: Integrative literature review. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 30, 2021. Doi: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0030>

GONÇALVES-BRADLEY, D. C.; LANNIN, N. A.; CLEMSON, L. M.; CAMERON, I. D.; SHEPPERD, S. Discharge planning from hospital. **Cochrane Database System Review**, n. 1, p. CD000313, 2016. Doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000313.pub5>

JANTSCH, L. B.; NEVES, E. T. “Tabela falante” como estratégia de integração de dados em uma pesquisa de métodos mistos. **Escola Anna Nery**, v. 27, 2022. Doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0029pt>

KESSLER, M.; TUMÉ, E.; FACCHINI, L. A.; TOMASI, E. Prevalência do não recebimento de visita domiciliar pelo Agente Comunitário de Saúde no Brasil e fatores associados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 4253-4263, 2022. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320222711.17072021>

LIMA, M. A. D. S.; MAGALHÃES, A. M. M.; OELKE, N. D.; MARQUES, G. Q.; LORENZINI, E.; WEBER, L. A. F.; FAN, I. Estratégias de transição de cuidados nos países latino-americanos: uma revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, p. 1-12, 2018. Doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180119>

MAURO, A. D.; CUCOLO, D. F.; PERROCA, M. G. Hospital - primary care articulation in care transition: both sides of the process. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 55, p. 1-8, 2021. Doi: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0145>

MELEIS, A. I.; SAWYER, L.; IM, E. O.; HILFINGER, M. D. K.; SCHUMACHER, K. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. **Advances in Nursing Science**, v. 23, n. 1, p. 12-28, 2000. Doi: <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>

MELEIS, A. I. **Transitions Theory: middle range and situation-specific theories in nursing research and practice**. New York: Springer; 2010. Disponível em: https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory_middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf. Acesso em: 01 nov. 2021.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & saúde coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2021.

MINOSSO, J. S. M.; AMENDOLA, F.; ALVARENGA, M. R. M.; OLIVEIRA, M. A. D. C. Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, p. 218-223, 2010. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000200011>

OLIVEIRA, L. M. S. M. de; COSTA, I. M. N. B. de C.; SILVA, D. G. da; SILVA, J. R. S. S.; BARRETO-FILHO, J. A. S.; ALMEIDA-SANTOS, M. A.; OLIVEIRA, J. L. M.; BUARQUE, M. D. B. M.; VIEIRA, D. A. dos S.; SOUSA, A. C. S. Reinternação de pacientes

com síndrome coronariana aguda e seus determinantes. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 113, n. 1, p. 42-49, 2019. Doi: <https://doi.org/10.5935/abc.20190104>

PEDROSA, A. R. C.; FERREIRA, Ó. R.; BAIXINHO, C. R. S. L. Transitional rehabilitation care and patient care continuity as an advanced nursing practice. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, n. 5, 2022. Doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0399>

PENA, K. da S.; ROLLO, R. M.; REUTER, C. L. O.; SANTOS, V. C. F. dos; RIQUINHO, D. L.; RAMOS, A. R. Care handover to chronic conditions to regionalized planning. **Revista gaucha de enfermagem**, v. 41, n. spe, p. e20190168, 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190168>

RAHPEIMA, E.; BIJANI, M.; KARIMI, S.; ALKAMEL, A.; DEHGHAN, A. Effect of the Implementation of Interdisciplinary Discharge Planning on Treatment Adherence and Readmission in Patients Undergoing Coronary Artery Angioplasty. **Invest. Educ. Enferm.**, v. 40, n. 2, p. e08, 2022. Doi: <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v40n2e08>

RESTREPO, S. F.; VIEIRA, M. R. S.; BARROS, C. R. S.; BOUSQUAT, A. Gasto privado com medicamentos entre idosos e o comprometimento da renda familiar em município de médio porte no estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200042>

SANTOS, J. I.; TABOSA, V. S.; SILVA, I. F. S.; SOUSA, C. E. M. Importância da assistência farmacêutica na estratégia saúde da família em unidades de saúde do município de Caruaru-PE. **Saúde Coletiva (Barueri)**, v. 10, n. 58, p. 3895-3902, 2020. Doi: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2020v10i58p3895-3902>

ZANETONIA, T. C.; CUCOLOB, D. F.; PERROCAC, M. G. Alta hospitalar responsável: validação de conteúdo de atividades do enfermeiro. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 43, p. e20210044, 2022. Doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210044>

6.2 ARTIGO 02 – SEGURANÇA DO PACIENTE NA TRANSIÇÃO DO CUIDADO DO HOSPITAL AO DOMICÍLIO: ESTUDO DE MÉTODOS MISTOS

Liasse Monique de Pinho Gama

Verusca Soares de Souza

RESUMO

Objetivo: identificar elementos que influenciam na segurança do paciente na transição do cuidado do hospital para o domicílio. **Método:** estudo de métodos mistos, com pacientes e familiares que receberam alta hospitalar. Realizou-se visita domiciliar entre dez a 30 dias após a alta, durante os meses de abril e setembro de 2022. Utilizou-se entrevista e o instrumento CTM-15. Os dados foram analisados de forma descritiva e unidos pela estratégia de análise dos dados fundidos. **Resultados:** Participaram 26 pacientes e 18 familiares e o pilar de integração foi dividido em dois elementos: “gerenciamento para alta ineficaz, relacionado com a comunicação insatisfatória com o paciente” e “risco de transição insalubre e/ou insuficiência de papéis, relacionado à carência do plano de alta/cuidados”; inspirados em diagnósticos de enfermagem. O pilar aponta para a comunicação verbal e não verbal entre profissionais e pacientes como principal elemento que influencia na segurança do paciente na transição do cuidado, destacando-se a ausência de plano de cuidados escrito e orientações incompletas ou insuficientes. **Conclusão:** embora a comunicação segura seja uma meta internacional para a segurança do paciente, apresentou-se como o principal elemento que interfere na segurança da transição do cuidado. Traçar estratégias que favoreçam uma comunicação mais efetiva com os pacientes e familiares auxiliará enfermeiros e gestores a enfrentar os desafios que comprometem a segurança do paciente ao retornar ao domicílio.

Descritores: Segurança do Paciente; Comunicação; Qualidade da assistência à saúde; Enfermagem; Alta do Paciente; Continuidade da assistência ao paciente; Cuidado de Transição.

INTRODUÇÃO

A promoção da cultura da segurança do paciente durante o planejamento de alta hospitalar, bem como a transição para os cuidados em ambiente domiciliar, tem sido considerada prioridade global pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que aponta que a segurança do paciente deve ser encarada como um direito humano básico em todos os níveis da atenção à saúde (WHO, 2021).

A transição de cuidados entre os serviços de saúde é um momento de vulnerabilidade reconhecida no atendimento de um paciente (MARKIEWICZ et al., 2020). A estratégia de cuidados de transição pode ser compreendida como um conjunto de intervenções designadas a assegurar a continuidade dos cuidados de saúde de forma segura, conforme os pacientes são transferidos entre os diferentes setores ou níveis de atenção. O cuidado transicional, quando mal desempenhado, pode resultar no comprometimento da segurança do paciente e aumentar

os gastos com os serviços de saúde (LI et al., 2022). Entretanto, no cenário de prática assistencial, este plano inicia-se, geralmente, próximo à data de alta do paciente e é restrita aos cuidados habituais (ZANETONIA; CUCOLOB; PERROCAC, 2022).

A necessidade de hospitalização é determinada, principalmente, pela presença de uma condição aguda de saúde com gravidade suficiente para que seja preciso uma intervenção terapêutica ou diagnóstica, ou um monitoramento cuidadoso. Inerente a isso, a alta hospitalar é um processo complexo e repleto de desafios (BERNARDINO et al., 2022). Por vezes, a grande demanda por leitos de internação pode aumentar a pressão sobre as equipes hospitalares para dar alta aos pacientes precocemente e, conseqüentemente, os pacientes passam mais tempo de recuperação em suas próprias casas, vulneráveis à deterioração clínica imprevista (MARKIEWICZ et al., 2020). Nesse sentido, a equipe de saúde normalmente encontra desafios na coordenação dos cuidados para a alta de um paciente.

Pesquisa recente (CARMAN; FRAY; WATERSON, 2021) identificou algumas barreiras do processo de alta e estratégias para superá-las. As barreiras ao processo de alta detectadas incluíam comunicação e coordenação deficiente entre sistemas, falta de disponibilidade de serviços de apoio, falta de envolvimento do paciente e de seus familiares e atraso e má transferência de informações. Como resultado dessas barreiras, alguns problemas surgiam, como a quebra da qualidade do atendimento e aumento do risco à segurança do paciente (CARMAN; FRAY; WATERSON, 2021).

Melhorar os processos de alta hospitalar e reduzir os resultados adversos após a alta hospitalar tornaram-se parte de uma agenda de melhoria da qualidade. No entanto, o conhecimento de como otimizar as transições de cuidados ainda é incompleto e mínimo, o que resulta em uma lacuna no entendimento dos desafios e estratégias de enfrentamento que os profissionais de saúde encontram nesse processo (AYELE et al., 2021; CARMAN; FRAY; WATERSON, 2021). Diante dessa conjuntura, a transição do cuidado do hospital para o ambiente domiciliar é um desafio à instituição, ao paciente e aos familiares, que passam a realizar os cuidados após a alta hospitalar.

Conhecer os fatores que comprometem a segurança do paciente no cuidado transicional pode proporcionar condições para a elaboração de intervenções efetivas, com modelos de transição de cuidado eficazes, transformando-as em facilitadoras desse processo. Nesse viés, este estudo emergiu da questão: quais elementos influenciam na segurança do paciente durante a transição do cuidado do hospital para o domicílio? Logo, o objetivo do estudo foi identificar elementos que influenciam na segurança do paciente na transição do cuidado do hospital para o domicílio.

MÉTODO

Estudo de métodos mistos, de abordagem transformadora concomitante, com ênfase na abordagem qualitativa.

LOCAL DO ESTUDO

Estudo realizado em um hospital público em um município situado na região Norte do estado de Mato Grosso do Sul. Trata-se de um hospital de médio porte, destinado ao atendimento exclusivo do Sistema Único de Saúde e atende diversas especialidades. O hospital em questão possuía, no momento de aplicação da pesquisa, 55 leitos de internação, desses, 35 leitos destinados aos setores de clínica médica e cirúrgica, onde foi realizado o recrutamento dos participantes do estudo. Cumpre destacar que o hospital tem um plano de alta estruturado, preenchido e entregue por enfermeiros e pautado em questões relacionadas aos dispositivos, lesões/feridas e quatro linhas para inclusão de cuidados específicos.

POPULAÇÃO DO ESTUDO

Participaram da pesquisa pacientes e familiares com idade igual ou superior a 18 anos, que tiverem alta das unidades de internação clínica e cirúrgica para o domicílio. Nesse caso, adotou-se a definição de família “como um grupo de indivíduos vinculados por uma ligação emotiva profunda e por um sentimento de pertença ao grupo”, empregada por Galera e Luiz (2002, p. 143). Considerou-se família, nesta investigação, indivíduos que convivem em uma mesma casa e que compartilham de elos comuns e àqueles legitimados pelo paciente como família.

Foram excluídos do estudo pacientes e familiares que residiam em Instituições de Longa Permanência (ILP), em zona rural e fora do município em que o hospital é localizado. Após o recrutamento, excluíram-se pacientes que evoluíram para óbito e aqueles que, por algum motivo, após três tentativas de agendamento e visita, não finalizaram a coleta de dados em domicílio. Para poder incluir o familiar, levou-se em conta se convivia e/ou residia com o paciente há mais de seis meses, tempo esse considerado suficiente para estabelecer uma relação e conhecer a rotina do lar. Vale enfatizar que o instrumento e os roteiros de coleta permitiam a aplicação tanto ao paciente quanto ao familiar.

INSTRUMENTOS E MEDIDAS

A coleta de dados ocorreu a partir de entrevistas realizadas pela própria pesquisadora e foram utilizados três instrumentos de coleta de dados, a saber: roteiro de caracterização de pacientes e familiares; Instrumento *Care Transitions Measure* (CTM-15); e, roteiro de entrevista de pacientes e familiares.

O instrumento CTM-15 teve o objetivo avaliar a qualidade das transições do cuidado desde a perspectiva do paciente (ACOSTA, 2020). Estruturado em 15 questionamentos, com respostas estruturadas em escala do tipo Likert, organiza-se por aproximação, sendo: afirmações sobre o período em que o paciente estava no hospital; afirmações acerca do tempo que o paciente estava se preparando para sair do hospital; afirmações a respeito das consultas de acompanhamento médico do paciente; e afirmações referentes aos medicamentos prescritos para o paciente (ACOSTA, 2020).

O roteiro de entrevista foi pautado na questão norteadora: “De que forma aconteceu o planejamento da sua alta hospitalar (ou de seu familiar) e a transição do hospital para casa?”, e perguntas de apoio foram usadas para favorecer maior interação e fala dos participantes.

PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

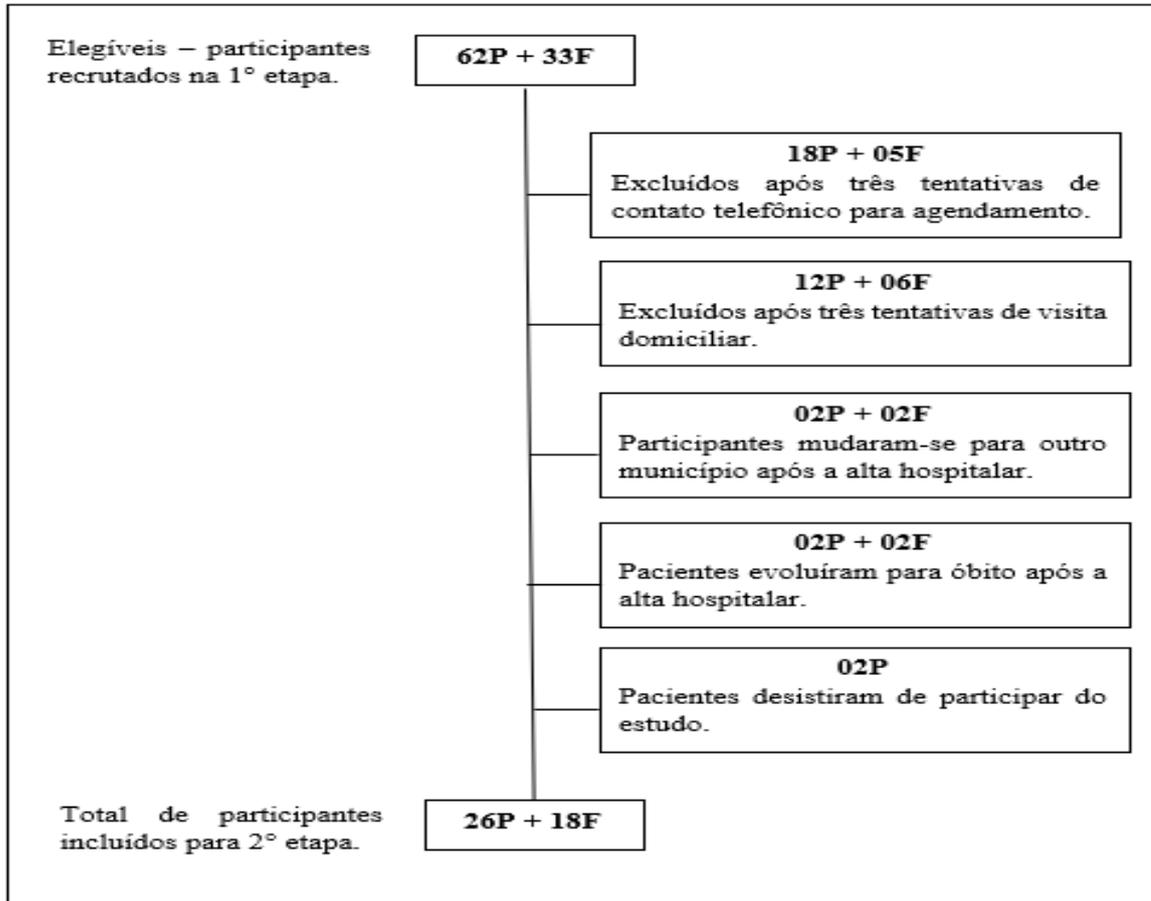
A coleta de dados foi realizada entre abril e setembro de 2022, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sob o parecer nº 5.325.368 (CAAE: 56202222.0.0000.0021). A pesquisadora foi treinada e abordou/recrutou os participantes elegíveis durante o período de internação na clínica médica e cirúrgica do hospital em questão, explicitando os objetivos do estudo e apresentando o TCLE. Aos que aceitaram, solicitou-se o contato telefônico e endereço, para realização da visita domiciliar e, posteriormente, foi preenchido o instrumento de identificação do paciente e familiar. Aos participantes, também esclareceu-se o tempo despendido para a participação, que teria duração de aproximadamente dez minutos durante o recrutamento (primeira etapa) e 40 minutos relativos à visita domiciliar (segunda etapa).

A coleta de dados foi dividida em duas etapas. Na primeira, os pacientes e familiares foram recrutados durante a internação hospitalar e, na segunda, realizou-se uma visita domiciliar entre 10 e 30 dias após a alta hospitalar.

Foram recrutados 62 pacientes, abordados para a segunda etapa, de acordo com o apresentado no fluxograma de seleção dos participantes (Figura 6). A participação dos pacientes e familiares no estudo deu-se por conveniência e, face a atribuição de peso à abordagem qualitativa, o recrutamento se manteve até a obtenção da saturação dos dados (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008). As entrevistas foram audiogravadas e os instrumentos aplicados pela

pesquisadora. Salienta-se que, nos casos em que o paciente e familiar aceitaram participar, foram entrevistados juntos.

Figura 6 – Fluxograma dos participantes do estudo. Mato Grosso do Sul, MS, 2022.



ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS

Os dados quantitativos foram exportados para planilhas eletrônicas e usou-se estatística descritiva. Para a análise das respostas do CTM-15, foram respeitadas as instruções dos autores do instrumento e aplicada a conversão das médias calculadas em escores de 0 a 100. Entende-se que, quanto maior o escore obtido, melhor é transição do cuidado, de forma a avaliar que um escore igual ou maior a 70 é satisfatório (ACOSTA et al., 2020; COLEMAN; MAHONEY; PARRY, 2005).

Quanto à organização das narrativas, foram transcritas na íntegra e exploradas por meio das convergências e divergências às afirmativas do CTM. Para manter o anonimato dos participantes, utilizou-se sistema alfanumérico, em que atribuiu-se a letra “P” para pacientes e a letra “F” para familiares, com numeração seguindo a ordem cronológica das entrevistas (P1; P2; F3; P4; F4; F5).

Após a análise dos dados quantitativos e qualitativos, fez-se a integração dos mesmos pela estratégia de análise dos dados fundidos (CRESWELL; CLARK, 2013). Na apresentação dos dados, empregou-se como estratégia *Pillar Integration Process* (PIP) que, em tradução livre para o português, corresponde a “Processo de Integração de Pilares”, oferecendo quatro estágios para sua construção, sendo eles: listagem, correspondência, verificação e construção de pilares (JOHNSON; GROVE; CLARKE, 2019). O pilar integrativo foi construído inspirado na descrição de diagnósticos de enfermagem.

RESULTADOS

Participaram do estudo 26 pacientes e 18 familiares. As entrevistas em domicílio tiveram duração média de 30 minutos, variando de mínimo de 11 minutos e 16 segundos minutos ao máximo de 74 minutos e 29 segundos (Tabela 5).

Tabela 5 – Caracterização dos participantes que receberam alta da clínica médica ou cirúrgica. Mato Grosso do Sul, Brasil, 2022.

Variável	(continua)			
	Pacientes (n: 26)		Familiares (n: 18)	
	n	%	n	%
Sexo				
Feminino	13	50,0	11	61,1
Masculino	13	50,0	7	38,9
Idade	(x̄: 62; 26 - 89)		(x̄: 50,1; 18 - 76)	
18-59 anos	11	42,3	12	66,7
+ de 60 anos	15	57,7	6	33,3
Cor (autodeclarado)				
Branco(a)	7	27,0	5	27,8
Preto(a)	2	7,7	5	27,8
Pardo(a)	16	61,5	7	38,9
Amarelo(a)	1	3,8	1	5,5
Grau de escolaridade				
Nenhum	2	7,7	2	11,1
Alfabetizado(a)	9	34,6	3	16,7
Fundamental	12	46,2	8	44,4
Médio	3	11,5	2	11,1
Superior	-	-	2	11,1
Pós-graduação	-	-	1	5,5
Ocupação				
Trabalha	8	30,8	11	61,1
Do lar/dono(a) de casa	3	11,5	2	11,1
Aposentado(a)	13	50,0	4	22,2
Desempregado(a)	2	7,7	1	5,5

Tabela 5 – Caracterização dos participantes que receberam alta da clínica médica ou cirúrgica. Mato Grosso do Sul, Brasil, 2022.

Variável	(conclusão)			
	Pacientes (n: 26)		Familiares (n: 18)	
	n	%	n	%
Situação conjugal				
Solteiro(a)	6	23,1	4	22,2
Casado(a)	12	46,1	8	44,4
União estável	2	7,7	5	27,8
Divorciado(a)	2	7,7	1	5,5
Viúvo(a)	4	15,4	-	-
Reside				
Sozinho	4	15,4	-	-
Com a família	22	84,6	-	-
Tempo que reside com o paciente				
			(\bar{x} : 22,4)	
1-4 anos (Δ 2-3)	-	-	4	22,2
5-10 anos (Δ 5-6)	-	-	2	11,1
+ de 10 anos (Δ 22 – 50)	-	-	12	66,7
É a principal pessoa a realizar os cuidados com o paciente				
Sim	-	-	14	77,8
Não	-	-	4	22,2
O cuidado é compartilhado				
Sim	-	-	9	50,0
Não	-	-	9	50,0

Fonte: Elaboração própria.

Foi obtido um pilar de integração, apresentando dois elementos que influenciam na segurança do paciente na transição do cuidado, ambos construídos inspirados em diagnósticos de enfermagem. O “gerenciamento para alta ineficaz, relacionado com a comunicação insatisfatória com o paciente”, evidenciou, nas narrativas, uma comunicação deficiente por parte dos profissionais, que ainda não levaram em consideração as preferências dos pacientes e familiares após a alta hospitalar. O segundo elemento – “risco de transição insalubre e/ou insuficiência de papéis, relacionado à carência do plano de alta/cuidados” – caracterizou-se pelos relatos sobre a ausência de plano ou uma lista por escrito que descrevia como as necessidades de saúde dos pacientes seriam alcançadas. O Quadro 1 traz um compilado das contestações atinentes ao pilar de integração.

Quadro 1 – Pilar gerenciamento/planejamento para alta ineficaz, relacionado com a comunicação insatisfatória com o paciente e família.

Questões CTM (Quan)	\bar{x} Score	Pilar	Depoimentos (QUAL)
1 Antes de sair do hospital, eu e a equipe de saúde concordamos sobre objetivos para minha saúde e como eles seriam alcançados.	\bar{x} 2,92 score 63,89	Gerenciamento para alta ineficaz, relacionado com a comunicação verbal insatisfatória com o paciente e família. & Risco de transição insalubre e/ou insuficiência de papéis, relacionado à carência do plano de alta/cuidados.	<i>Se eu precisava de alguma coisa, eu chamava, para ajudar a dar banho, trocar, alguma coisa assim. Na maioria das vezes, eu nem gosto de estar chamando, porque, às vezes, estão ocupadas, e parece que estou incomodando [...] e não deram todas as informações, não, inclusive, estava até agora me perguntando sobre uns exames, não deram nenhum exame, eu não sei nada dos resultados de exames dele (F-02).</i>
2 A equipe do hospital considerou as minhas preferências e as da minha família ou cuidador para decidir quais seriam as minhas necessidades de saúde para depois que eu saísse do hospital.	\bar{x} 2,68 score 56,00		<i>Eles me falaram que fizeram uma cirurgia para eu andar e o quanto mais rápido eu colocasse o pé no chão, seria melhor. Só isso aí que me falaram.[paciente reside sozinho e orientado a não usar muleta] Essas preferências é uma questão que eles não levantam no hospital. [...] Mas ele [médico] não vê a posição da gente, porque dói pra caramba ainda, é desconfortável você andar só com um pé no chão, é complicado. Recente demais isso aqui (P-07).</i>
3 A equipe do hospital considerou as minhas preferências e as da minha família ou cuidador para decidir onde as minhas necessidades de saúde seriam atendidas depois que eu saísse do hospital.	\bar{x} 2,80 score 60,00		<i>Elas [equipe de enfermagem] sempre orientavam lá dentro. Só que eu não vou falar que a gente faz 99%. As outras enfermeiras mesmo, da outra equipe, elas queriam que a gente mudasse de lugar de duas em duas horas. Mas além de não ter força, nem o espaço físico, acho que nem se fosse uma pessoa, por exemplo, um homem que cuidasse dele não dava conta (F-11).</i>
4 Quando eu saí do hospital, eu tive todas as informações que precisava para que eu pudesse cuidar de mim mesmo.	\bar{x} 2,88 score 62,67		<i>Como veio de lá, eu tomei os antibióticos. Parei com os antibióticos no dia 8, aí passei a tomar a Santa Maria, tomei os remédios caseiros [...] a Santa Maria serve pra tudo quanto é tipo de inflamação do corpo (P-18).</i>
5 Quando eu saí do hospital, eu entendi claramente como cuidar da minha saúde.	\bar{x} 2,96 score 65,38		<i>Eu não faço 100%. Porque primeiro meu estudo é pouco. Eu não dou os remédios muito certos (F-21).</i>
			<i>Eles explicaram que poderia ser anestesia local ou a raqui. A raqui eu não ia movimentar minhas pernas. E eles perguntaram qual que eu queria, que não ia doer. E aí eu preferi a raqui (P-26).</i>

<p>6</p> <p>Quando eu saí do hospital, eu entendi claramente os sinais de alerta e os sintomas que eu deveria observar para monitorar a minha condição de saúde.</p>	<p>\bar{x}</p> <p>2,69</p> <p>score</p> <p>56,41</p>	<p><i>Tiveram algumas coisas que eles não me explicaram. Depois que eu operei, eu tive que pesquisar algumas coisas no celular para saber o que eu podia ou não comer e beber. Porque eles não me falaram, só falou que no papel tinha os remédios, e que eu não poderia andar de bicicleta, que eu não poderia erguer peso, mas as coisas que eu poderia comer, beber, não tinha, aí eu que pesquisei [...] porque a maioria das coisas que eu estava comendo, estava vomitando, estava passando mal (P-01).</i></p> <p><i>Eu tenho que erguer as pernas, caminhar, o que eu não podia fazer de jeito nenhum é andar bastante, levantar peso. Como, por exemplo, limpar casa é um agachamento que você faz constantemente. Então, é uma coisa que não dá para fazer (P-14).</i></p> <p><i>Não falou nada do que está acontecendo, só falou pra fazer o curativo nesse dedo [...] o doutor explicou que não poderia fazer “extravagância”, que eu tinha que repousar, não podia fazer esforço (P-22).</i></p> <p><i>Não explicavam nada, só se eu perguntasse. [...] aí eu perguntei pra ela, esse remédio, pra que que é? Ela falou, só conversando com o médico, mas quem que acha o médico ali dentro? (F-23). Entendi que tinha que tomar os remédios que o doutor passou e cuidar (P-23).</i></p> <p><i>Eu tinha que observar se tivesse inflamação no local e caso eu não conseguisse urinar de novo, eu tinha que voltar para o hospital. [...] Para melhorar, eu tinha que me resguardar. O médico falou para eu não fazer esforço, pegar peso, durante três dias. Para jogar futebol, outros exercícios, após dez dias (P-26).</i></p> <p><i>Não me passaram nenhum cuidado, a única coisa que o médico passou foram os remédios para dar, que era a furosemida, complexo B, ácido fólico, o AAS, só! (F-02).</i></p> <p><i>Ele [médico] prescreveu numa receita os cuidados que era para ter. Os pontos a gente levou para tirar no posto. E aí a questão da alta eu não sei. Ele está com atestado, tem até que ver como vai fazer, se ele tem que retornar ao médico para poder ver se vai aumentar os dias (F-05).</i></p> <p><i>Ele [médico] não me deu os papéis, mas ele só falou e eu voltei no dia certo. Eu concordo e discordo, mas não recebi papel nenhum. Não recebi, não concordo. [...] (P-10).</i></p>
<p>8</p> <p>Quando eu saí do hospital, eu compreendi bem minha condição de saúde e o que poderia melhorá-la ou piorá-la.</p>	<p>\bar{x}</p> <p>2,80</p> <p>score</p> <p>60,00</p>	
<p>7</p> <p>Quando eu saí do hospital, eu recebi um plano escrito, legível e de fácil compreensão, que descrevia como todas as minhas necessidades de saúde seriam atendidas.</p>	<p>\bar{x}</p> <p>2,28</p> <p>score</p> <p>42,67</p>	
<p>12</p> <p>Quando eu saí do hospital, eu recebi uma lista por escrito, legível e de fácil compreensão, das consultas ou exames que eu precisava realizar dentro das próximas semanas.</p>	<p>\bar{x}</p> <p>2,52</p> <p>score</p> <p>50,67</p>	
<p>9</p> <p>Quando eu saí do hospital, eu compreendi bem o que era de minha responsabilidade para cuidar da minha saúde.</p>	<p>\bar{x}</p> <p>3,00</p> <p>score</p> <p>66,67</p>	
<p>10</p> <p>Quando eu saí do hospital, eu me senti seguro de que eu sabia o que fazer para cuidar da minha saúde.</p>	<p>\bar{x}</p> <p>2,92</p> <p>score</p> <p>64,10</p>	

<p>11 Quando eu saí do hospital, eu me senti seguro de que conseguiria fazer as coisas necessárias para cuidar da minha saúde.</p>	<p>\bar{x} 2,92 score 64,10</p>	<p><i>Deu um monte de conselho, falou para eu me cuidar, mas cada um fala uma coisa, né? [...] (P-12).</i></p> <p><i>Eu mesmo estou fazendo por conta própria [plano de cuidados]. Aqui que eu tenho aquela erva Santa Maria [...] ela é boa, sim, até para inflamação, ela é boa. [...]. Aí eu discordo, que não me deram essa lista. Só mandaram eu vir embora (P-17).</i></p> <p><i>Eles falaram para observar questão do enjoo, a falta de apetite, a dor de cabeça. Eu tinha falado para o médico que ela estava com bastante dor de cabeça, que ela tinha batido a face [...] Eu recebi uma folha, mas você sabe que eu não li!? (F-20).</i></p> <p><i>Quando chegamos na enfermaria, ele já estava com a diarreia, ele estava na UTI, porque lá ele estava tomando os medicamentos, acho que forte e provocando a diarreia, até que ele ficou muito, muito “assado”, que chegou a sair a pele. Eu fiquei preocupada, a minha preocupação era, claro, quando a gente está no hospital, é obvio que a gente quer ir embora para casa o quanto antes, mas a situação que eu estava, eu ia chegar em casa e trazer ele de volta, não é o que eu quero! Até a gente pensa, pela forma como nos expressamos, que eles não querem voltar para casa, eu senti isso, as vezes! Ai, eu peguei e fiquei preocupada! (F-02).</i></p> <p><i>Não é para tomar ele [medicamento] meio-dia não, só de noite, como que é? (P-08). Não, esse aí é a noite, eu acho (F-08).</i></p> <p><i>Uma coisa que a gente não vai falar [efeitos colaterais], porque a gente não entende. Não explicaram os efeitos, eu não posso falar uma coisa que eu não sei (F-10).</i></p> <p><i>O doutor só passou aqueles medicamentos, inclusive, terminei de tomar um antibiótico, que é muito forte, forte demais, eu fiquei com o meu estômago acabado, doido, me acabou por dentro, de doer, dor mesmo (P-12).</i></p> <p><i>Olha, ele [médico] deu três qualidades de remédio. Os que eu tomava era para diabetes e pressão alta, esse eram para continuar. [...]. [motivo de tomar os medicamentos], eu não entendi! Eu não entendi pra quê, mas eu entendi, pensei, que era pra isso daqui, pra desinchar (P-22).</i></p>
<p>13 Quando eu saí do hospital, eu entendi claramente o motivo de tomar cada um dos meus medicamentos.</p>	<p>\bar{x} 2,77 score 58,97</p>	
<p>14 Quando eu saí do hospital, eu entendi claramente como tomar cada um dos meus medicamentos, inclusive a quantidade e os horários.</p>	<p>\bar{x} 2,92 score 64,10</p>	
<p>15 Quando eu saí do hospital, eu entendi claramente os possíveis efeitos colaterais de cada um dos meus medicamentos.</p>	<p>\bar{x} 2,50 score 50,00</p>	

DISCUSSÃO

A comunicação é uma das principais metas internacionais para a promoção da segurança do paciente, podendo ser realizada de forma verbal e não verbal. A falha de comunicação pode direcionar ao acontecimento de eventos adversos que acarretam em danos ou morte aos pacientes (BRASIL, 2017). Nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), a comunicação é uma ferramenta indispensável ao cuidado e pode favorecer as transições ao longo dos dispositivos/serviços que a compõe.

Estudo com objetivo de avaliar a frequência das competências profissionais referidas por 45 enfermeiros de um hospital de alta complexidade, verificou que a competência comunicação com pacientes e familiares foi avaliada por 53,3% dos participantes como frequência excelente (SOARES et al., 2019). Tal frequência, abaixo do adequado, aponta que os profissionais reconhecem que a competência ainda apresenta-se aquém do satisfatório e necessita de aprimoramento.

O pilar obtido indicou que a comunicação insatisfatória com o paciente e família compromete o gerenciamento para alta. As falhas na comunicação, assim como a desconsideração do conhecimento prévio do paciente e familiar, constituem importantes barreiras na relação entre equipe de saúde e pacientes e/ou familiares. Ao realizar o gerenciamento/planejamento para alta hospitalar, os profissionais, por vezes, não legitimam o protagonismo dos pacientes e familiares no processo de decisão e limitam-se a uma prescrição de cuidados, sem valorizar suas singularidades (NÓBREGA et al., 2022).

Os pacientes e familiares assinalaram para insatisfação no que diz respeito à consideração de suas preferências ao decidir as necessidades de saúde após a alta hospitalar, corroborado por falas que denotaram falta de entendimento de orientações. Tal situação assemelha-se com resultados de estudo realizado com técnicos de enfermagem tentando compreender como ocorre a transição do cuidado do hospital para casa e descreveu dificuldades na comunicação entre a equipe e paciente/família, ausência de programação de alta e lacunas na preparação do paciente para os cuidados domiciliares (VALENTE et al., 2022). Nesse horizonte, a elaboração de rotinas formalizadas em manuais institucionais poderia amparar a equipe na organização do processo de preparo para alta. Respeitar as preferências dos pacientes e seus familiares, tal como respeitar a autonomia do sujeito sobre as decisões terapêuticas indicadas, é imprescindível.

Desse modo, de um lado, os relatos descreveram situação em que o paciente escolheu o anestésico para o procedimento que iria ser feito e, de outro, sinalizaram para a execução de

autocuidado, amparados por buscas na internet, ou com uso de ervas medicinais sem, necessariamente, ter havido a indicação dos profissionais.

Com o enfoque de assimilar a percepção da autonomia em pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto, estudo desenvolvido por Damion e Moreira, em 2018, desvelou que a percepção dos participantes acerca da autonomia estava dissociada das práticas de promoção de saúde, havendo um predomínio de um caráter assistencialista nas relações entre profissionais da saúde e pacientes, circunstância que retirava do paciente a possibilidade de se tornar um sujeito com poder de decisão sobre sua saúde (DAMION; MOREIRA, 2018).

A autonomia é um conceito amplamente introduzido na área da enfermagem. Estudo de revisão de escopo buscou mapear e analisar o conceito de autonomia de acordo com a sua aplicação nas diversas áreas do conhecimento e retratou atributos que antecedem a autonomia do sujeito, dentre eles, a liberdade de ação, as informações adequadas e a capacidade de reflexão. Enfermeiros devem considerar o potencial uso da autonomia desempenhada pelo paciente e prescrever, implementar e avaliar intervenções que satisfaçam as reais necessidades que a autonomia envolve (LIMA et al., 2020).

Para que o paciente desenvolva a autonomia no processo de decisão com o tratamento a ser realizado, ou os cuidados a serem empregados para a recuperação do bem-estar, o paciente carece ser empoderado (preparação e conhecimento). Dessa maneira, argumenta-se que, para a real autonomia ser alcançada, as práticas profissionais simplistas de unicamente repassar a informação, sem garantir o real entendimento, devem ser eliminadas da rotina. A manutenção da autonomia através do desenvolvimento da capacidade intelectual, da adaptação à nova condição física, do envolvimento social, é garantida mediante o empoderamento, que, por seu turno, promove a autonomia, a segurança, a saúde e a dignidade da pessoa (LIMA et al., 2020).

A garantia da continuidade do cuidado pode ocorrer por meio da entrega de plano de cuidados redigido, legível e de fácil compreensão e a contrarreferência para a atenção primária. Não obstante, quando questionados se receberam um plano de alta, os participantes avaliaram de modo negativo (score 42,67 pontos) e, em depoimentos, destacaram não ter recebido ou não terem lido o documento. Ademais, sublinha-se que alguns entrevistados associaram o plano de alta com prescrições de medicamentos realizadas pelo médico, o que sugere que ainda não é consolidado, no imaginário social, a prescrição de cuidados, inerente à profissão do enfermeiro.

Nesse liame, cita-se revisão sistemática que investigou o conhecimento, a percepção e as práticas dos enfermeiros acerca do planejamento da alta e que sugeriu baixo nível de conhecimento das atividades para a alta dos pacientes; incapacidade de definir o planejamento

de alta; limitação para a implementação e preparação para a alta; e percepção do plano de alta como papelada excessiva e demorada pela qual o médico é responsável (HAYAJNEH; HWEIDI; DIEH, 2020). Nesse sentido, infere-se que o plano de alta, como uma prática para uma transição segura do cuidado, apenas será reconhecido quando o enfermeiro incorporar e valorizar essa atribuição.

Outro estudo, realizado na Zona Oeste da cidade de São Paulo, procurou avaliar a conformidade da assistência de enfermagem na transição do cuidado da pessoa idosa internada em hospital para o domicílio e demonstrou, por meio de auditorias, barreiras que comprometem melhores práticas em enfermagem, incluindo a ausência de plano de alta individualizado e a falta de conhecimento dos idosos e familiares sobre os cuidados prescritos na alta hospitalar para casa (COSTA et al., 2020).

Grupos focais desenvolvidos com 19 enfermeiras vinculadas ao sistema de saúde da Universidade de Mid-Michigan, em Nova Jérsei, objetivou identificar oportunidades para facilitar a transferência de informações durante as transições de cuidados de um hospital para casa. Durante os grupos, as enfermeiras relataram a comunicação ineficaz como um dos desafios para a troca de informações a respeito dos cuidados a serem realizados do hospital para casa, e apontaram como estratégia de solução empregar enfermeiras de ligação (SARZYNSKI et al., 2019).

A ausência ou desvalorização das recomendações dos profissionais durante a internação foi evidenciada também pelos relatos que descreveram que os pacientes e familiares realizaram suas próprias buscas via internet para alcançar a condição de bem estar. Em um cenário de (des)informação, questiona-se a confiabilidade das páginas consultadas e em suas implicações.

Com o surgimento da internet e o acesso mais facilitado, percebe-se um aumento na busca por informações sobre a condição de saúde. Estudo que se apoiou no referencial da “Nova Promoção da Saúde”, tencionou discutir a possibilidade de utilização da internet como recurso para a promoção da saúde, concluiu que internet é a mais completa e complexa fonte de informações na atualidade. A referida investigação expôs que, se por um lado, a internet emerge um potencial para o empoderamento, permitindo aos indivíduos a busca diagnóstica, até compra de medicamentos, passando por orientação terapêutica, por outro, a qualidade da informação que nela é oferecida, muitas vezes é incompleta, contraditória, incorreta, ou até fraudulenta, podendo gerar confusão, ansiedade e ainda mais incerteza (GARBIN; GUILAN; NETO, 2011).

A dificuldade em interpretar as informações encontradas na internet e de separar as informações confiáveis das não confiáveis, é um ponto relevante, em especial quando a população apresenta níveis baixos de escolaridade. Nessa perspectiva, o enfermeiro dispõe da

educação em saúde, sendo uma estratégia que visa proporcionar aos pacientes conhecimentos e habilidades capazes de auxiliar nas escolhas sobre sua saúde. Dessa forma, sugere-se que os profissionais incorporem as tecnologias, como, por exemplo, indicando página confiáveis de busca, tornando o acesso à internet um aliado na promoção à saúde da população.

A contrarreferência para a Atenção Primária à Saúde (APS) é outra estratégia que pode qualificar a transição do cuidado, favorecendo a continuidade do cuidado no processo de transição do hospital para o domicílio (VALENTE et al., 2022). Estudos destacaram o papel do enfermeiro de ligação, dando visibilidade à capacidade de coordenação e gestão do cuidado por estas profissionais, bem como informaram uma maneira de melhorar a integração entre os serviços e propiciar a continuidade do cuidado de modo seguro (BERNADINHO et al., 2021; RIBAS et al., 2018).

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

As falhas de comunicação persistem na transição do cuidado no que se refere aos profissionais de saúde e pacientes. A relevância para a prática profissional de enfermagem em identificar as falhas de comunicação entre a equipe multiprofissional, pacientes e seus familiares compõe o processo de trabalho da enfermagem. Reconhecer elementos/fatores que interferem na segurança do paciente durante o processo de transição do hospital ao domicílio e implementar estratégia de solução vem ao encontro de reduzir os eventos adversos provenientes da falha na comunicação, assim como favorece a continuidade do cuidado de forma segura.

CONCLUSÃO

O estudo apontou a falha e/ou a falta de comunicação com o paciente e seus familiares como elemento que interfere na segurança do paciente para continuidade dos cuidados em domicílio. Elaborar estratégias que visam favorecer uma comunicação mais efetiva com os pacientes e familiares auxiliará enfermeiros e gestores a enfrentar os desafios que comprometem a segurança do paciente ao retornar ao domicílio.

Embora limitado à uma única realidade institucional e ter sido realizado exclusivamente com pacientes, este estudo avança, especialmente ao ter confrontado maneiras diferentes de medir o mesmo fenômeno, qualitativa e quantitativamente. Ainda se fazem necessários estudos que progridam na instrumentalização da comunicação com o paciente e seus familiares, no intuito de se alcançar um planejamento de alta eficaz, com redução nos riscos de transição

insalubre e/ou insuficiência de papéis devido à falta de comunicação com o paciente e seu familiar.

REFERÊNCIAS

- ACOSTA, A. M.; LIMA, M. A. D. S.; PINTO, I. C.; WEBER, L. A. F. Care transition of patients with chronic diseases from the discharge of the emergency service to their homes. **Revista gaúcha de enfermagem**, v. 41, n. spe, p. e20190155, 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190155>
- AYELE, R.; MANGES, K. A.; LEONARD, C.; LEE, M.; GALENBECK, E.; MOLLA, M.; LEVY, C.; BURKE, R. E. How Context Influences Hospital Readmissions from Skilled Nursing Facilities: A Rapid Ethnographic Study. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 22, n. 6, p. 1248- 1254.e3, 1 jun. 2021. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.08.001>
- BERNARDINO, E.; SILVA, O. B.; GALLO, V. C.; VILARINHO, J. O.; SILVA, O. L.; NASCIMENTO, J. D. Enfermeiras de ligação na gestão de altas do complexo hospital de clínicas. **Enferm Foco**, v. 12, n. Supl.1, p. 72-76, 2021. Doi: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n7.SUPL.1.5164>
- BERNARDINO, E.; SOUSA, S. M.; NASCIMENTO, J. D.; LACERDA, M. R.; TORRES, D. G.; GONÇALVES, L. S. Cuidados de transição: análise do conceito na gestão da alta hospitalar. **Escola Anna Nery**, v. 26, 2022. Doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0435>
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática** Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017. Disponível em: https://www.saude.gov.br/images/imagens_migradas/upload/arquivos/2017-09/2017-anvisa---caderno-1---assistencia-segura---uma-reflexao-teorica-aplicada-a-pratica.pdf. Acesso em: 07 nov. 2021.
- CARMAN, E. M.; FRAY, M.; WATERSON, P. Facilitators and barriers of care transitions - Comparing the perspectives of hospital and community healthcare staff. **Applied Ergonomics**, v. 93, 1 maio 2021. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2020.103339>
- COLEMAN, E. A.; MAHONEY, E.; PARRY, C. Assessing the quality of preparation for posthospital care from the patient's perspective: the Care Transitions Measure. **Med Care.**, v. 43, n. 3, p. 246-255, 2005. Doi: <https://doi.org/10.1097/00005650-200503000-00007>
- COSTA, M. F. B. N. A.; SICHIERI, K.; POVEDA, V. B.; BAPTISTA, C. M. C.; AGUADO, P. C. Transição do cuidado da pessoa idosa internada para o domicílio: implementação de melhores práticas. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0187>
- CRESWELL, J. W.; PLANO CLARK, V. L. **Pesquisa de Métodos Mistos**. 2. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

DAMION, M.; MOREIRA, M. C. Percepção do paciente sobre sua autonomia na Unidade de Terapia Intensiva. **Contextos Clínicos**, v. 11, n. 3, p. 386-396, 2018. Doi: <http://dx.doi.org/10.4013/ctc.2018.113.09>

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de saúde pública**, v. 24, p. 17-27, 2008. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>

GALERA, S. A. F.; LUIS, M. A. V. Principais conceitos da abordagem sistêmica em cuidados de enfermagem ao indivíduo e sua família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 36, n. 2, p. 141-147, 2002. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342002000200006>

GARBIN, H. B. R.; GUILAM, M. C. R.; PEREIRA NETO, A. F. Internet na promoção da saúde: um instrumento para o desenvolvimento de habilidades pessoais e sociais. **Physis: Revista de saúde coletiva**, v. 22, p. 347-363, 2012. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000100019>

HAYAJNEH, A. A.; HWEIDI, I. M.; ABU DIEH, M. W. Nurses' knowledge, perception and practice toward discharge planning in acute care settings: A systematic review. **Nursing Open**, v. 7, p. 1313-1320, 2020. Doi: <https://doi.org/10.1002/nop2.547>

JOHNSON, R. E.; GROVE, A. L.; CLARKE, A. Pillar Integration Process: A Joint Display Technique to Integrate Data in Mixed Methods Research. **Journal of Mixed Methods Research**, v. 13, n. 3, p. 301-320, 2019. Doi: <https://doi.org/10.1177/1558689817743108>

LI, J.; MAYS, G.; CLOUSER, J. M.; DU, G.; STROMBERG, A.; JACK, B. W.; NGUYEN, H. Q.; WILLIAMS, M. V. Information exchange among providers and patient-centeredness in transitional care: a five-year retrospective analysis. **Healthcare**, v. 10, n. 2, p. 100626, 2022. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.hjdsi.2022.100626>

LIMA, A. M. N.; MARTINS, M. M. F. S.; FERREIRA, M. S. M.; SCHOELLER, S. D.; PAROLA, V. S. O. O conceito multidimensional de autonomia: uma análise conceptual recorrendo a uma scoping review. **Revista de Enfermagem Referência**, n. 7, p. e20113, 2021. Doi: <https://doi.org/10.12707/RV20113>

MARKIEWICZ, O.; LAVELLE, M.; LORENCATTO, F.; JUDAH, G.; ASHRAFIAN, H.; DARZI, A. Threats to safe transitions from hospital to home: A consensus study in North West London primary care. **British Journal of General Practice**, v. 70, n. 690, p. E9-E19, 2020. Doi: <https://doi.org/10.3399/bjgp19X707105>

NÓBREGA, V. M.; VIERA, C. S.; FERNANDES, L. T. B.; COLLET, N. Preparo para alta de crianças com doenças crônicas: olhar freiriano em aspectos influenciadores do cuidado no domicílio. **Interface (Botucatu)**, v. 26, p. e210666, 2022. Doi: <https://doi.org/10.1590/interface.210666>

RIBAS E. N.; BERNARDINO, E.; LAROCCA, L. M.; POLI NETO, P.; AUED, G. K.; SILVA C. P. C. Nurse liaison: a strategy for counter-referral. **Rev Bras Enferm.**, v. 71, n. Suppl 1, p. 546-553, 2018. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0490>

SARZYNSKI, E.; ENSBERG, M.; PARKINSON, A.; FITZPATRICK, L.; HOUDESHHELL, L.; GIVEN, C.; BROOKS, K. Eliciting nurses' perspectives to improve health information exchange between hospital and home health care. **Geriatric Nursing**, v. 40, n. 3, p. 277-283, 2019. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2018.11.001>

SOARES, I. M.; LEAL, L. A.; RESCK, Z. M. R.; TERRA, F. S.; CHAVES, L. D. P.; HENRIQUES, S. H. Avaliação de desempenho por competências em enfermeiros hospitalares. **Rev. latino-americana de enfermagem**, v. 27, 2019. Doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3173.3184>

VALENTE, S. H.; ZACHARIAS, F. C.; FABRIZ, L. A.; SCHÖNHOLZER, T. E.; FERRO, D.; TOMAZELA, M.; BARBOSA, S. M.; PINTO, I. C. Transição do cuidado de idosos do hospital para casa: vivência da enfermagem. **Acta Paul Enferm.**, v. 35, p. eAPE02687, 2022. Doi: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2022A002687>

WHO. World Health Organization. **Global patient safety action plan 2021-2030: Towards eliminating avoidable harm in health care**. 2021. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/343477/9789240032705-ger.pdf>. Acesso em: 07 nov. 2021.

ZANETONIA, T. C.; CUCOLOB, D. F.; PERROCAC, M. G. Alta hospitalar responsável: validação de conteúdo de atividades do enfermeiro. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 43, p. e20210044, 2022. Doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210044>

7 CONTRIBUIÇÕES PARA A ÁREA DA ENFERMAGEM

O presente estudo contribui para a enfermagem ao analisar o processo da transição dos cuidados do setor de internação para o domicílio, sugerindo uma revisão/reflexão do planejamento de alta instituído pelos estabelecimentos hospitalares, de forma a subsidiar a implementação de processos seguros para alta hospitalar.

As falhas de comunicação persistem na transição do cuidado no que se refere aos profissionais de saúde e pacientes. A relevância para a prática profissional de enfermagem em identificar as falhas de comunicação entre a equipe multiprofissional, pacientes e seus familiares compõe o processo de trabalho da enfermagem. Reconhecer elementos/fatores que interferem na segurança do paciente durante o processo de transição do hospital ao domicílio e implementar estratégia de solução vem ao encontro de reduzir os eventos adversos provenientes da falha na comunicação, bem como favorece a continuidade do cuidado de maneira segura.

8 CONCLUSÃO

Este estudo objetivou analisar a transição do cuidado de pacientes em internação hospitalar para o domicílio. Assim sendo, o processo de transição do cuidado de pacientes em unidades de internação para o domicílio apresentou-se inadequada. Tal interpretação perpassa por diversos fatores, em especial: a condição socioeconômica e cultural dos pacientes e seus familiares; a falta de comunicação com a rede de atenção à saúde e a falha na comunicação com os pacientes e seus familiares. Esses fatores interferem diretamente no alcance de uma transição satisfatória.

A pesquisa com método misto, possibilitou uma análise comparativa dos resultados evidenciados pelos instrumentos de coleta. Analisar a transição do cuidado por meio do instrumento CTM-15, confrontado com entrevistas presenciais em domicílio, promoveu melhor compreensão dos fatores que dificultam ao alcance de padrões de resposta adequados no processo de transição. Nesse sentido, julgam-se necessárias estratégias que contemplem um planejamento de alta eficaz, seguro e responsável, a fim de minimizar a busca por serviços de urgência logo após a alta hospitalar e logrem melhores resultados à recuperação do bem-estar e qualidade de vida após a alta.

Destarte, conhecer a realidade à qual o paciente e seus familiares estão inseridos, utilizar a comunicação verbal oral e escrita como ferramenta de gestão, um planejamento precoce de alta elaborado de forma individualizada, a transferência de informações adequadas e oportunas aos pacientes, a comunicação entre as redes de atenção para a continuidade do cuidado, são elementos basilares para que as transições de cuidado da internação para o domicílio ocorram com qualidade e ofereçam segurança aos pacientes.

REFERÊNCIAS

- ACOSTA, A. M. **Transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas: do serviço de emergência para o domicílio.** 2016. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.
- ACOSTA, A. M.; LIMA, M. A. D. S.; PINTO, I. C.; WEBER, L. A. F. Care transition of patients with chronic diseases from the discharge of the emergency service to their homes. **Revista gaúcha de enfermagem**, v. 41, n. spe, p. e20190155, 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190155>
- ACOSTA, A. M.; LIMA, M. A. D. S.; MARQUES, G. Q.; LEVANDOVSKI, P. F.; WEBER, L. A. F. Brazilian version of the Care Transitions Measure: translation and validation. **International Nursing Review**, v. 64, n. 3, p. 379-387, 2016. Doi: <https://doi.org/10.1111/inr.12326>
- AMARAL, L. R.; ARAÚJO, C. A. Práticas avançadas e segurança do paciente: revisão integrativa da literatura. **Acta Paul Enferm.**, v. 31, n. 6, p. 688-95, 2018. Doi: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800094>
- ARAUJO, E. A. T.; LIMA FILHO, B. F.; SILVA, A. C. M. B.; MELO, M. C. S.; GAZZOLA, J. M.; CAVALCANTI, F. A. C. A utilização do Índice de Barthel em idosos brasileiros: uma revisão de literatura. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 23, n. 2, p. 217-231, 2020. Doi: <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2020v23i2p217-231>. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/50360/32827>. Acesso em: 20 jan. 2022.
- AYELE, R.; MANGES, K. A.; LEONARD, C.; LEE, M.; GALENBECK, E.; MOLLA, M.; LEVY, C.; BURKE, R. E. How Context Influences Hospital Readmissions from Skilled Nursing Facilities: A Rapid Ethnographic Study. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 22, n. 6, p. 1248- 1254.e3, 1 jun. 2021. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.08.001>
- BANDEIRA, D.; WEILLER, T. H.; DAMACENO, A. N.; PUCCI, V. R.; MEGIER, E. R.; SOUZA JUNIOR, G. de F. de. Elementos facilitadores ou dificultadores do processo de Transição do Cuidado: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 11, p. e417101119636, 5 set. 2021. Doi: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i11.19636>
- BERNARDINO, E.; SILVA, O. B.; GALLO, V. C.; VILARINHO, J. O.; SILVA, O. L.; NASCIMENTO, J. D. Enfermeiras de ligação na gestão de altas do complexo hospital de clínicas. **Enferm Foco**, v. 12, n. Supl.1, p. 72-76, 2021. Doi: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n7.SUPL.1.5164>
- BERNARDINO, E.; SOUSA, S. M.; NASCIMENTO, J. D.; LACERDA, M. R.; TORRES, D. G.; GONÇALVES, L. S. Cuidados de transição: análise do conceito na gestão da alta hospitalar. **Escola Anna Nery**, v. 26, 2022. Doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0435>
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática** Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017.

Disponível em:

https://www.saude.gov.br/images/imagens_migradas/upload/arquivos/2017-09/2017-anvisa---caderno-1---assistencia-segura---uma-reflexao-teorica-aplicada-a-pratica.pdf. Acesso em: 07 nov. 2021.

BRASIL. Anvisa. **RDC n° 36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 jul. 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em: 07 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 529, de 1° de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 02 abr. 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 07 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. **Padronização da nomenclatura do censo hospitalar**. 2. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CABETE, D. D. S. G.; FONTE, C. S.; MATOS, M. M. S.; PATRICA, H. M.; SILVA, A. R. R.; ABRANCHES SILVA, V. F. V. Apoio emocional à família da pessoa em situação crítica: intervenções de enfermagem. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 4, n. 20, p. 129-138, 2019. Doi: <https://doi.org/10.12707/RIV18062>.

CAPLAN, S. Using focus group methodology for ergonomic design. **Ergonomics**, v. 33, n. 5, p. 527-533, 1990.

CARMAN, E. M.; FRAY, M.; WATERSON, P. Facilitators and barriers of care transitions - Comparing the perspectives of hospital and community healthcare staff. **Applied Ergonomics**, v. 93, 1 maio 2021. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2020.103339>

CARVALHO, A.; ARAÚJO, L. J. P.; VERÍSSIMO, M. T. Quando os cuidados continuados chegam ao fim: Perspetivas de cuidadores informais sobre o momento da alta. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 4, n. 22, p. 107-115, 2019. Doi: <https://doi.org/10.12707/RIV19023>. Disponível em: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/3882/388261155011/388261155011.pdf>. Acesso em: 07 nov. 2021.

COLEMAN, E. A.; MAHONEY, E.; PARRY, C. Assessing the quality of preparation for posthospital care from the patient's perspective: the Care Transitions Measure. **Med Care.**, v. 43, n. 3, p. 246-255, 2005. Doi: <https://doi.org/10.1097/00005650-200503000-00007>

COSTA, L. G. F. Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem. **Enfermagem Brasil**, v. 15, n. 3, p. 137-145, 2016. Doi: <https://doi.org/10.33233/eb.v15i3.181>

COSTA, M. F. B. N. A.; SICHIERI, K.; POVEDA, V. B.; BAPTISTA, C. M. C.; AGUADO, P. C. Transição do cuidado da pessoa idosa internada para o domicílio: implementação de

melhores práticas. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0187>

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CRESWELL, J. W.; CRESWELL, J. D. **Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2021.

CRESWELL, J. W.; PLANO CLARK, V. L. **Pesquisa de Métodos Mistos**. 2. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

CRUZ, A. C.; PEDREIRA, M. L. G. Patient-and Family-Centered Care and Patient Safety: Reflections upon Emerging Proximity. **Rev Bras Enferm**, v. 73, n. 6, p. 1-4, 2020. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0672>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/mk8PrbvG7bZ696PkRBvHXck/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 16 out. 2021.

DAMION, M.; MOREIRA, M. C. Percepção do paciente sobre sua autonomia na Unidade de Terapia Intensiva. **Contextos Clínicos**, v. 11, n. 3, p. 386-396, 2018. Doi: <http://dx.doi.org/10.4013/ctc.2018.113.09>

DHALLUIN, T.; BANNAY, A.; LEMORDANT, P.; SYLVESTRE, E.; CHAZARD, E.; CUGGIA, M.; BOUZILLE, G. Comparison of Unplanned 30-Day Readmission Prediction Models, Based on Hospital Warehouse and Demographic Data. **Personalized Health and Medicine**, v. 270, p. 547-551, 2020. Doi: <https://doi.org/10.3233/SHTI200220>

DIAS, B. C.; ICHISATO, S. M. T.; MARCHETTI, M. A.; NEVES, E. T.; HIGARASHI, I. H.; MARCON, S. S. Desafios de cuidadores familiares de crianças com necessidades de cuidados múltiplos, complexos e contínuos em domicílio. **Escola Anna Nery**, v. 23, 2019. Doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0127>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/n6zsgD3zyPw6Cr4TnhpTQTK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 out. 2021.

FIGUEIREDO, A. R.; POTRA, T. S.; LUCAS, P. B. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde: uma revisão scoping. **Atas - Investigação Qualitativa em Saúde / Investigación Cualitativa en Salud**, v. 2, p. 279-288, 2019. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2029/1965>. Acesso em: 29 set. 2021.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de saúde pública**, v. 24, p. 17-27, 2008. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>

GAIVA, M. A. M.; RODRIGUES, E. C.; TODO, B. R. G. O.; MANDETTA, M. A. **Cuidado integral ao recém-nascido pré-termo e à família**. São Paulo: Sociedade Brasileira dos Enfermeiros Pediatras, 2021. Disponível em: <https://journal.sobep.org.br/wp-content/uploads/2021/10/Livro-cuidado-SOBEP-2.x19092.pdf>. Acesso em: 07 nov. 2021.

- GALERA, S. A. F.; LUIS, M. A. V. Principais conceitos da abordagem sistêmica em cuidados de enfermagem ao indivíduo e sua família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 36, n. 2, p. 141-147, 2002. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342002000200006>
- GALLO, V. C. L.; KHALAF, D. K.; HAMMERSCHMIDT, K. S. A.; SANTIAGO, M. L.; VENDRUSCOLO, C. Estratégias de transição para alta hospitalar utilizadas por enfermeiros: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 11, p. e79, 2 dez. 2021. Doi: <https://doi.org/10.5902/2179769264383>
- GARBIN, H. B. R.; GUILAM, M. C. R.; PEREIRA NETO, A. F. Internet na promoção da saúde: um instrumento para o desenvolvimento de habilidades pessoais e sociais. **Physis: Revista de saúde coletiva**, v. 22, p. 347-363, 2012. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000100019>
- GHENO, J.; WEIS, A. H. Care transition in hospital discharge for adult patients: Integrative literature review. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 30, 2021. Doi: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0030>
- GONÇALVES-BRADLEY, D. C.; LANNIN, N. A.; CLEMSON, L. M.; CAMERON, I. D.; SHEPPERD, S. Discharge planning from hospital. **Cochrane Database System Review**, n. 1, p. CD000313, 2016. Doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000313.pub5>
- HAYAJNEH, A. A.; HWEIDI, I. M.; ABU DIEH, M. W. Nurses' knowledge, perception and practice toward discharge planning in acute care settings: A systematic review. **Nursing Open**, v. 7, p. 1313-1320, 2020. Doi: <https://doi.org/10.1002/nop2.547>
- HULLEY, S. B.; NEWMAN, T. B.; CUMMINGS, S. R. Escolhendo os sujeitos do estudo: especificação, amostragem e recrutamento. *In*: HULLEY, S. B.; CUMMINGS, S. R.; BROWNER, W. S.; GRADY, D. G.; NEWMAN, T. B. **Delineando a pesquisa Clínica: uma abordagem epidemiológica**. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 45-54.
- JANTSCH, L. B.; NEVES, E. T. “Tabela falante” como estratégia de integração de dados em uma pesquisa de métodos mistos. **Escola Anna Nery**, v. 27, 2022. Doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0029pt>
- JOHNSON, R. E.; GROVE, A. L.; CLARKE, A. Pillar Integration Process: A Joint Display Technique to Integrate Data in Mixed Methods Research. **Journal of Mixed Methods Research**, v. 13, n. 3, p. 301-320, 2019. Doi: <https://doi.org/10.1177/1558689817743108>
- KESSLER, M.; TUMÉ, E.; FACCHINI, L. A.; TOMASI, E. Prevalência do não recebimento de visita domiciliar pelo Agente Comunitário de Saúde no Brasil e fatores associados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 4253-4263, 2022. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320222711.17072021>
- LEMONS, D. M. P.; BARCELLOS, R. D. A.; BORBA, D. D. S. M.; CABALLERO, L. G.; GOLDRAICH, L. A.; ECHER, I. C. Comunicação efetiva para o cuidado seguro ao paciente com implante de dispositivo de assistência ventricular. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, 2019. Doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180344>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/S7Hzbjt83hmvJNNVR7KrGxR/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 nov. 2021.

LI, J.; MAYS, G.; CLOUSER, J. M.; DU, G.; STROMBERG, A.; JACK, B. W.; NGUYEN, H. Q.; WILLIAMS, M. V. Information exchange among providers and patient-centeredness in transitional care: a five-year retrospective analysis. **Healthcare**, v. 10, n. 2, p. 100626, 2022. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.hjdsi.2022.100626>

LIMA, A. M. N.; MARTINS, M. M. F. S.; FERREIRA, M. S. M.; SCHOELLER, S. D.; PAROLA, V. S. O. O conceito multidimensional de autonomia: uma análise conceptual recorrendo a uma scoping review. **Revista de Enfermagem Referência**, n. 7, p. e20113, 2021. Doi: <https://doi.org/10.12707/RV20113>

LIMA, M. A. D. S.; MAGALHÃES, A. M. M.; OELKE, N. D.; MARQUES, G. Q.; LORENZINI, E.; WEBER, L. A. F.; FAN, I. Estratégias de transição de cuidados nos países latino-americanos: uma revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, p. 1-12, 2018. Doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180119>

LORENZINI, E. Pesquisa de métodos mistos nas ciências da saúde. **Revista Cuidarte**, v. 8, n. 2, p. 1549-1560, 2017. Doi: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v8i2.406>

MANFREDINI, G. M. da S. G.; BAVARESCO, M.; DÁZIO, E. M. R.; FAVA, S. M. C. L.; RESCK, Z. M. R. Cuidado à pessoa com insuficiência cardíaca após alta hospitalar: revisão integrativa. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 13, p. 1684-1691, 2021. Doi: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.9669>. Disponível em: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/9669>. Acesso em: 25 set. 2021.

MARKIEWICZ, O.; LAVELLE, M.; LORENCATTO, F.; JUDAH, G.; ASHRAFIAN, H.; DARZI, A. Threats to safe transitions from hospital to home: A consensus study in North West London primary care. **British Journal of General Practice**, v. 70, n. 690, p. E9-E19, 2020. Doi: <https://doi.org/10.3399/bjgp19X707105>

MAURO, A. D.; CUCOLO, D. F.; PERROCA, M. G. Hospital - primary care articulation in care transition: both sides of the process. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 55, p. 1-8, 2021. Doi: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0145>

MELEIS, A. I. Role insufficiency and role supplementation: a conceptual framework. **Nursing research**, v. 24, n. 4, p. 264-271, 1975.

MELEIS, A. I.; SAWYER, L.; IM, E. O.; HILFINGER, M. D. K.; SCHUMACHER, K. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. **Advances in Nursing Science**, v. 23, n. 1, p. 12-28, 2000. Doi: <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>

MELEIS, A. I. **Transitions Theory**: middle range and situation-specific theories in nursing research and practice. New York: Springer; 2010. Disponível em: https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory_middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf. Acesso em: 01 nov. 2021.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & saúde coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>. Acesso

em: 01 nov. 2021.

MINOSSO, J. S. M.; AMENDOLA, F.; ALVARENGA, M. R. M.; OLIVEIRA, M. A. D. C. Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, p. 218-223, 2010. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000200011>

MOTTA, M. C. Teoria sistêmica e família, pontos e contrapontos. *In: Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*, 15., 2008. Buenos Aires. **Anais...** Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2008. p. 306-307. Disponível em: <https://www.aacademica.org/000-032/332.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2021.

NÓBREGA, V. M.; VIERA, C. S.; FERNANDES, L. T. B.; COLLET, N. Preparo para alta de crianças com doenças crônicas: olhar freiriano em aspectos influenciadores do cuidado no domicílio. **Interface (Botucatu)**, v. 26, p. e210666, 2022. Doi: <https://doi.org/10.1590/interface.210666>

OLIVEIRA, E. C.; FERREIRA, W. F. S.; OLIVEIRA, E. C.; DUTRA, D. A. Cuidados pós-alta em pacientes idosos com sequelas de acidente vascular cerebral: planejamento de alta hospitalar. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 11, n. 9, p. 172-197, 2017.

OLIVEIRA, J. L. C.; MAGALHÃES, A. M. M. D.; MISUEMATSUDA, L. Métodos mistos na pesquisa em enfermagem: possibilidades de aplicação à luz de Creswell. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 27, 2018. Doi: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180000560017>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/MgZqzF7DmdTKhJrZk7QDSJQ/abstract/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 10 nov. 2021.

OLIVEIRA, J. L. C.; MAGALHÃES, A. M. M.; MATSUDA, L. M.; SANTOS, J. L. G.; SOUTO, R. Q.; RIBOLDI, C. O.; ROSS, R. Mixed methods appraisal tool: fortalecimento do rigor metodológico de pesquisas de métodos mistos na enfermagem. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 30, 2021. Doi: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0603>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/94hH4yP3MvXtzpqqS4ycPNp/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 04 out. 2021.

OLIVEIRA, L. M. S. M. de; COSTA, I. M. N. B. de C.; SILVA, D. G. da; SILVA, J. R. S. S.; BARRETO-FILHO, J. A. S.; ALMEIDA-SANTOS, M. A.; OLIVEIRA, J. L. M.; BUARQUE, M. D. B. M.; VIEIRA, D. A. dos S.; SOUSA, A. C. S. Reinternação de pacientes com síndrome coronariana aguda e seus determinantes. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 113, n. 1, p. 42-49, 2019. Doi: <https://doi.org/10.5935/abc.20190104>

PEDROSA, A. R. C.; FERREIRA, Ó. R.; BAIXINHO, C. R. S. L. Transitional rehabilitation care and patient care continuity as an advanced nursing practice. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, n. 5, 2022. Doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0399>

PENA, K. da S.; ROLLO, R. M.; REUTER, C. L. O.; SANTOS, V. C. F. dos; RIQUINHO, D. L.; RAMOS, A. R. Care handover to chronic conditions to regionalized planning. **Revista gaucha de enfermagem**, v. 41, n. spe, p. e20190168, 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190168>

PENA, K. S.; ROLLO, R. M.; REUTER, C. L. O.; SANTOS, V. C. F. S.; RIQUINHO, D. L.; RAMO, A. R. A transição do cuidado às condições crônicas face ao planejamento municipal regionalizado. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 41, 2019.

RAHPEIMA, E.; BIJANI, M.; KARIMI, S.; ALKAMEL, A.; DEHGHAN, A. Effect of the Implementation of Interdisciplinary Discharge Planning on Treatment Adherence and Readmission in Patients Undergoing Coronary Artery Angioplasty. **Invest. Educ. Enferm.**, v. 40, n. 2, p. e08, 2022. Doi: <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v40n2e08>

RESTREPO, S. F.; VIEIRA, M. R. S.; BARROS, C. R. S.; BOUSQUAT, A. Gasto privado com medicamentos entre idosos e o comprometimento da renda familiar em município de médio porte no estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200042>

RIBAS E. N.; BERNARDINO, E.; LARocca, L. M.; POLI NETO, P.; AUED, G. K.; SILVA C. P. C. Nurse liaison: a strategy for counter-referral. **Rev Bras Enferm.**, v. 71, n. Supl 1, p. 546-553, 2018. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0490>

RIBEIRO, O. M. P. L.; MARTINS, M. M. F. P. D. S.; TRONCHIN, D. M. R.; FORTE, E. C. N. O olhar dos enfermeiros portugueses sobre os conceitos metaparadigmáticos de enfermagem. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 27, n. 2, 2018. Doi: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180003970016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/VNs9n4dmCkjrSJVdvyVCyFz/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 07 nov. 2021.

RICCI, H.; DE ARAÚJO, M. N.; SIMONETTI, S. H. Readmissão precoce em hospital público de alta complexidade em cardiologia. **Rev Rene**, v. 17, n. 6, p. 828-834, 2016. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/18835>. Acesso em: 29 set. 2021.

SANTOS, E.; MARCELINO, L.; ABRANTES, L.; MARQUES, C.; CORREIA, R.; COUTINHO, E.; AZEVEDO, I. O cuidado humano transicional como foco da enfermagem: Contributos das competências especializadas e linguagem classificada CIPE®. **Millenium-Journal of Education, Technologies, and Health**, n. 49, p. 153-171, 2016. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8083>. Acesso em: 03 nov. 2021.

SANTOS, J. I.; TABOSA, V. S.; SILVA, I. F. S.; SOUSA, C. E. M. Importância da assistência farmacêutica na estratégia saúde da família em unidades de saúde do município de Caruaru-PE. **Saúde Coletiva (Barueri)**, v. 10, n. 58, p. 3895-3902, 2020. Doi: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2020v10i58p3895-3902>

SANTOS, J. L. G.; ERDMANN, A. L.; MEIRELLES, B. H. S.; LANZONI, G. M. M.; CUNHA, V. P.; ROSS, R. Integração entre dados quantitativos e qualitativos em uma pesquisa de métodos mistos. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 26, n. 03, 2017. Doi: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017001590016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/cXFB8wSVvTm6zMTx3GQLWcM/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 04 out. 2021.

SARZYNSKI, E.; ENSBERG, M.; PARKINSON, A.; FITZPATRICK, L.; HOUESHELL, L.; GIVEN, C.; BROOKS, K. Eliciting nurses' perspectives to improve health information

exchange between hospital and home health care. **Geriatric Nursing**, v. 40, n. 3, p. 277-283, 2019. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2018.11.001>

SILVA-RODRIGUES, F. M.; BERNARDO, C. S. G.; ALVARENGA, W. D. A.; JANZEN, D. C.; NASCIMENTO, L. C. Transição de cuidados para o domicílio na perspectiva de pais de filhos com leucemia. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, 2019. Doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180238>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/mXQTP5MyTwZGkzg9fLK5XBB/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 03 nov. 2021.

SOARES, I. M.; LEAL, L. A.; RESCK, Z. M. R.; TERRA, F. S.; CHAVES, L. D. P.; HENRIQUES, S. H. Avaliação de desempenho por competências em enfermeiros hospitalares. **Rev. latino-americana de enfermagem**, v. 27, 2019. Doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3173.3184>

SOUSA, M.; CABRITA, R.; MAMADHUSSEN, S.; FERRITO, C.; FIGUEIREDO, A. Intervenções de enfermagem na transição de cuidados em adultos com acidente vascular cerebral: uma scoping review. **Cadernos de Saúde**, v. 11, n. 2, p. 5-11, 2 jun. 2019. Doi: <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2019.7266>. Disponível em: <https://revistas.ucp.pt/index.php/cadernosdesaude/article/view/7266>. Acesso em: 29 set. 2021.

TAVARES, P. Intervenção de enfermagem na transição para a prestação de cuidados paliativos: uma scoping review. **Onco. news**, v. 12, n. 39, 2019. Doi: <https://doi.org/10.31877/on.2019.39.04>. Disponível em: https://www.onco.news/wp-content/uploads/2019/11/ON39_art4.pdf. Acesso em: 05 nov. 2021.

THE CARE TRANSITIONS PROGRAM. **The Care Transitions Intervention**: health care services for improving quality and safety during care hand-offs. 2014.

VALENTE, S. H.; ZACHARIAS, F. C.; FABRIZ, L. A.; SCHÖNHOLZER, T. E.; FERRO, D.; TOMAZELA, M.; BARBOSA, S. M.; PINTO, I. C. Transição do cuidado de idosos do hospital para casa: vivência da enfermagem. **Acta Paul Enferm.**, v. 35, p. eAPE02687, 2022. Doi: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO02687>

WACHHOLZ, L. F.; KNIHS, N. S.; SENS, S.; PAIM, S. M. S.; MAGALHÃES, A. L. P.; ROZA, B. A. Good Practices in Transitional Care: continuity of care for patients undergoing liver transplantation. **Rev Bras Enferm.**, v. 74, 2021. Doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0746>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/nSnyHN6SJ8grr7hXLCpND7Q/?lang=en&format=html>. Acesso em: 07 nov. 2021.

WEBER, L. A. F.; LIMA, M. A. D. S.; ACOSTA, A. M.; MARQUES, G. Q. Transição do cuidado do hospital para o domicílio: revisão integrativa. **Cogitare enfermagem**, v. 22, n. 3, 2017.

WHO. World Health Organization. **Global patient safety action plan 2021-2030**: Towards eliminating avoidable harm in health care. 2021. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/343477/9789240032705-ger.pdf>. Acesso em: 07 nov. 2021.

ZANETONIA, T. C.; CUCOLOB, D. F.; PERROCAC, M. G. Alta hospitalar responsável: validação de conteúdo de atividades do enfermeiro. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 43, p. e20210044, 2022. Doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210044>

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado participante, você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “Análise da transição de cuidados da internação ao domicílio: estudo de método misto”, desenvolvida pela pesquisadora Liasse Monique de Pinho Gama.

O objetivo central do estudo consiste em analisar a transição do cuidado de pacientes em internação hospitalar para o domicílio.

O convite para a sua participação justifica-se por você ser paciente ou familiar com idade igual ou superior a 18 anos, que terá alta das unidades de internação clínica e cirúrgica do Hospital Álvaro Fontora Silva para o domicílio.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não terá prejuízo algum caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas.

Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar da pesquisadora informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo. A sua participação consistirá em responder um roteiro de caracterização sociodemográfica; um instrumento de avaliação de atividades de vida diária; um instrumento (*Care Transitions Measure* - CTM) com 15 (quinze) questionamentos contendo 05 (cinco) alternativas que versa sobre sua percepção sobre as orientações que recebeu no momento da alta; e por fim, um roteiro de entrevista que será audiogravado de forma a nos relatar como aconteceu o planejamento da sua alta hospitalar (ou de seu familiar) e a transição do hospital para casa. A gravação do áudio é condição indispensável à participação na pesquisa.

O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente 30 minutos, e dos questionários aproximadamente 20 (vinte) minutos. As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, sob guarda e responsabilidade da pesquisadora responsável, por pelo menos 5 (cinco) anos, conforme Resolução CNS nº 466/2012.

O benefício indireto relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa pode resultar no aprimoramento das práticas assistenciais durante o período de internação dos pacientes e familiares, maior continuidade dos cuidados após a alta hospitalar, promoção e extensão da cultura da segurança do paciente do hospital ao domicílio e melhor qualidade de vida aos usuários do sistema único de saúde.

Durante a sua participação neste estudo, poderá ocorrer algum desconforto ou constrangimento ao responder aos questionamentos. Entretanto, para minimizar os seus possíveis desconfortos, a coleta será organizada de acordo com a sua disponibilidade e necessidade, além disso seu nome será preservado, bem como, o Sr(a) pode desistir de participar da pesquisa à qualquer momento.

Em caso de gastos decorrentes de sua participação na pesquisa, você (e seu acompanhante, se houver) será ressarcido. Em caso de eventuais danos decorrentes de sua participação na pesquisa, você será indenizado.

Os resultados desta pesquisa serão divulgados em palestras dirigidas ao público participante, relatórios

Rubrica do participante

Rubrica da pesquisadora

individuais para os entrevistados, artigos científicos e no formato de dissertação/tese.

Este termo é redigido em duas vias, sendo uma do participante da pesquisa e outra do pesquisador. Em caso de dúvidas quanto à sua participação, você pode entrar em contato com o pesquisador responsável através do email “liasse.monique@hotmail.com”, do telefone (66) 9.9699-3183, ou por meio do endereço Av Márcio Lima Nantes, S/N – Coxim/MS.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS (CEP/UFMS), localizado no Campus da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, prédio das Pró-Reitorias ‘Hércules Maymone’ – 1º andar, CEP: 79070900. Campo Grande – MS; e-mail: cepconep.propp@ufms.br; telefone: 67-3345-7187; atendimento ao público: 07:30-11:30 no período matutino e das 13:30 às 17:30 no período vespertino. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma, o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

[] Marque esta opção se você concorda que durante sua participação na pesquisa a entrevista seja audiogravada.

Eu,....., declaro que fui devidamente esclarecido(a) e concordo em participar **VOLUNTARIAMENTE** da pesquisa, realizada pela mestrandia Liasse Monique de Pinho Gama da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul.

_____ / _____ Data:...../...../.....
Assinatura Local

Eu,declaro que forneci ao participante deste estudo, as informações necessárias. Além disso, todas as dúvidas manifestadas por ele(a) também foram esclarecidas.

_____ / _____ Data:...../...../.....
Assinatura Local

APÊNDICE B – Ficha de caracterização do participante

Preenchimento pelo pesquisador na data da coleta						
Participante n°: _____	Turno: <input type="checkbox"/> Matutino <input type="checkbox"/> Vespertino					
Data: ____/____/____						
Dia da alta: ____/____/____						
Dia da semana:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sab Dom

1) CARACTERIZAÇÃO DO PACIENTE:

1. Idade: _____ anos	2. Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Outro	3. Cor autorreferida: <input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Preto <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Pardo
4. Grau de escolaridade: <input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> Alfabetizado <input type="checkbox"/> Fundamental <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Pós Graduação	5. Presença de doença e/ou condição crônica: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual: _____ _____ _____ _____	6. Faz uso contínuo de medicação: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual: _____ _____ _____ _____
7. Reside: <input type="checkbox"/> Com a Família <input type="checkbox"/> Sozinho	8. Situação Conjugal: <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a) <input type="checkbox"/> União estável <input type="checkbox"/> Outro Especificar: _____ _____	9. Ocupação: <input type="checkbox"/> Trabalha <input type="checkbox"/> Estuda <input type="checkbox"/> Aposentado(a) <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Do lar/dona de casa
10. Sabe o motivo de sua internação? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual (relatado pelo paciente)? Qual (descrito no prontuário)?	11. Unidade de Internação: <input type="checkbox"/> Clínica Médica <input type="checkbox"/> Clínica Cirúrgica	12. Período de alta do setor: <input type="checkbox"/> Matutino <input type="checkbox"/> Vespertino <input type="checkbox"/> Noturno

<p>13. Sabe o tratamento proposto para o seu caso? ()Sim ()Não</p> <p>Qual (relatado pelo paciente)?</p> <p>Qual (descrito no prontuário)?</p>		
<p>14. Fez algum exame até o seu momento de internação? ()Sim ()Não</p> <p>Qual (relatado pelo paciente)?</p> <p>Qual (descrito no prontuário)?</p>		
<p>15. O resultado do exame foi repassado a você? ()Sim ()Não</p> <p>Qual (relatado pelo paciente)?</p> <p>Qual (descrito no prontuário)?</p>		
<p>16. Você tem recebido medicamentos durante esse período de internação? ()Sim ()Não</p> <p>Qual (relatado pelo paciente)?</p> <p>Qual (descrito no prontuário)?</p>		
<p>17. Você tem recebido informações sobre sua situação de saúde e possibilidades de alta hospitalar diariamente? ()Sim ()Não</p> <p>Qual o profissional que te informa?</p>		
<p>18. Tempo de permanência: _____dias de internação</p>	<p>19. Recebeu visita da equipe de saúde da família: () Sim () Não</p>	<p>20. Número de internações nos últimos 12 meses: _____</p>
<p>21. Procurou outro por atendimento de saúde após a alta? () Não</p>		

<input type="checkbox"/> Sim Se SIM – <input type="checkbox"/> planejado <input type="checkbox"/> Urgência Quantas vezes? _____ Motivo: _____ _____ _____
22. Demanda de Cuidados Diários: <input type="checkbox"/> Curativo <input type="checkbox"/> Sonda Vesical de Demora <input type="checkbox"/> Sonda Nasoenteral <input type="checkbox"/> Cânula de Traqueostomia <input type="checkbox"/> Sonda Nasogástrica <input type="checkbox"/> Bolsa de Colostomia Outros: _____ _____

2) CARACTERIZAÇÃO DO FAMILIAR:

1. Idade: _____ anos	2. Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Outro	3. Cor autorreferida: <input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Preto <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Pardo
4. Grau de escolaridade: <input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> Alfabetizado <input type="checkbox"/> Fundamental <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Pós Graduação	5. Presença de doença e/ou condição crônica: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual: _____ _____ _____ _____	6. Faz uso contínuo de medicação: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual: _____ _____ _____
7. Situação Conjugal: <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a) <input type="checkbox"/> União estável <input type="checkbox"/> Outro Especificar: _____ _____	8. Ocupação: <input type="checkbox"/> Trabalha <input type="checkbox"/> Estuda <input type="checkbox"/> Aposentado(a) <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Do lar/dona de casa <input type="checkbox"/> Outro. Especificar	9. É a principal pessoa a realizar os cuidados do (a) (nome do paciente)? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não

	_____ _____	
10. Tempo que reside com o paciente? _____ <input type="checkbox"/> dias <input type="checkbox"/> meses <input type="checkbox"/> anos	11. O cuidado é compartilhado? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	

3) CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONOMICA DA FAMÍLIA

1.Renda familiar: _____ Salário(s) mínimo(s)	2.Residência: <input type="checkbox"/> Própria <input type="checkbox"/> Aluguel	3.Total de pessoas que residem na casa: _____
---	--	---

APÊNDICE C – Roteiro de entrevista semiestruturada

Código do paciente: _____ Data: ____/____/____

Quem participou da entrevista: () Paciente () Familiar ou Cuidador

Questão Norteadora 01:

Conte-me de que forma aconteceu o planejamento da sua alta hospitalar (ou de seu familiar) e a transição do hospital para casa.

Questões de apoio:

- a) Conte-me qual situação de saúde que te levou a internação e qual o tratamento que foi indicado ao seu caso.
- b) Conte-me como foi a comunicação da equipe com você? (Obs: abordar se os questionamentos, dúvidas sobre os cuidados prestados foram esclarecidos pela equipe)
- c) Conte-me de como foi sua relação com a equipe de saúde? (Obs: abordar se a equipe incluiu o paciente/família no processo de decisão sobre as condutas terapêutica)
- d) Em que momento você soube que receberia alta para casa?
- e) Você conseguiu compreender/entender o que deveria ser feito para você conseguir cuidar da sua saúde ou dar continuidade nos cuidados em domicílio (obs: abordar se o entrevistado consegue descrever o que foi falado, quais as informações que foram passadas; se recebeu orientações por escrito)?
- f) Fala-me sobre as informações que você ou vocês julgam serem necessárias e/ou o que poderiam ser melhor esclarecidas para dar continuidade nos cuidados (Obs: abordar quais informações eles precisam agora).

ANEXO A – Plano de alta adotado pelo hospital

PLANO DE ALTA

Nome Paciente: _____

Data da Internação: ___ / ___ / ___ Data da Alta: ___ / ___ / ___

Setor: _____

Telefone: _____ PSF: _____

Alta para:
Casa () Inter hospitalar () Internação domiciliar () Alta a pedido ()

Outros: _____

Acesso Venoso: Data Acesso: ___ / ___ / ___

AVP () Localização: _____

AVC () Localização: _____

Aspecto do Acesso:

Hiperemia ()	Abcesso ()	Nenhuma Alteração ()
Calor ()	Hematoma ()	
Infiltração ()	Flebite ()	

Integridade Cutânea:

Hematoma: () Sim () Não Localização: _____

Edema: () Sim () Não Localização: _____

Hiperemia: () Sim () Não Localização: _____

Dermatite: () Sim () Não Localização: _____

Curativo: () Sim () Não Oclusivo () Aspecto: _____

Cânula Traqueostomia: () Sim () Não Sonda Enteral: () Sim () Não

Sonda Vesical de Demora: () Sim () Não Bolsa de Colostomia: () Sim () Não

Sonda Nasogástrica: () Sim () Não

Orientações: _____

Observação: _____

ANEXO B – Índice de Barthel (MINOSSO et al., 2010)

Participante n°: _____	Data de Nascimento: ____/____/____
Data da Internação: ____/____/____	Clínica: () Médica () Cirúrgica
Sexo: () Fem () Mas () Outro	

ATIVIDADE	Pontuação
CATEGORIA 1: HIGIENE PESSOAL	
(0) - O paciente é incapaz de realizar higiene pessoal sendo dependente em todos os aspectos. (1) - Paciente necessita de assistência em todos os passos da higiene pessoal. (3) - Alguma assistência é necessária em um ou mais passos da higiene pessoal. (4) - Paciente é capaz de conduzir a própria higiene, mas requer mínima assistência antes e/ou depois da tarefa. (5) - Paciente pode lavar as mãos e face, limpar os dentes e barbear, pentear ou maquiar-se.	
CATEGORIA 2: BANHO	
(0) - Totalmente dependente para banhar-se. (1) - Requer assistência em todos os aspectos do banho. (3) - Requer assistência para transferir-se, lavar-se e/ou secar-se; incluindo a incapacidade em completar a tarefa pela condição ou doença. (4) - Requer supervisão por segurança no ajuste da temperatura da água ou na transferência. (5) - O paciente deve ser capaz de realizar todas as etapas do banho, mesmo que necessite de equipamentos, mas não necessita que alguém esteja presente.	
CATEGORIA 3: ALIMENTAÇÃO	
(0) - Dependente em todos os aspectos e necessita ser alimentado. (2) - Pode manipular os utensílios para comer, usualmente a colher, porém necessita de assistência constante durante a refeição. (5) - Capaz de comer com supervisão. Requer assistência em tarefas associadas, como colocar leite e açúcar no chá, adicionar sal e pimenta, passar manteiga, virar o prato ou montar a mesa. (8) - Independência para se alimentar um prato previamente montado, sendo a assistência necessária para, por exemplo, cortar carne, abrir uma garrafa ou um frasco. Não é necessária a presença de outra pessoa. (10) - O paciente pode se alimentar de um prato ou bandeja quando alguém coloca os alimentos ao seu alcance. Mesmo tendo necessidade de algum equipamento de apoio, é capaz de cortar carne, servir-se de temperos, passar manteiga, etc.	
CATEGORIA 4: TOALETE	
(0) - Totalmente dependente no uso do vaso sanitário. (2) - Necessita de assistência no uso do vaso sanitário (5) - Pode necessitar de assistência para se despir ou vestir, para transferir-se para o vaso sanitário ou para lavar as mãos.	

<p>(8) - Por razões de segurança, pode necessitar de supervisão no uso do sanitário. Um penico pode ser usado a noite, mas será necessária assistência para seu esvaziamento ou limpeza.</p> <p>(10) - O paciente é capaz de se dirigir e sair do sanitário, vestir-se ou despir-se, cuidar-se para não se sujar e pode utilizar papel higiênico sem necessidade de ajuda. Caso necessário, ele pode utilizar uma comadre ou penico, mas deve ser capaz de os esvaziar e limpar;</p>	
CATEGORIA 5: SUBIR ESCADAS	
<p>(0) - O paciente é incapaz de subir escadas.</p> <p>(2) - Requer assistência em todos os aspectos relacionados a subir escadas, incluindo assistência com os dispositivos auxiliares.</p> <p>(5) - O paciente é capaz de subir e descer, porém não consegue carregar os dispositivos, necessitando de supervisão e assistência.</p> <p>(8) - Geralmente, não necessita de assistência. Em alguns momentos, requer supervisão por segurança.</p> <p>(10) - O paciente é capaz de subir e descer, com segurança, um lance de escadas sem supervisão ou assistência mesmo quando utiliza os dispositivos.</p>	
CATEGORIA 6: VESTUÁRIO	
<p>(0) - O paciente é dependente em todos os aspectos do vestir e incapaz de participar das atividades.</p> <p>(2) - O paciente é capaz de ter algum grau de participação, mas é dependente em todos os aspectos relacionados ao vestuário</p> <p>(5) - Necessita assistência para se vestir ou se despir.</p> <p>(8) - Necessita assistência mínima para abotoar, prender o soutien, fechar o zíper, amarrar sapatos, etc.</p> <p>(10) - O paciente é capaz de vestir-se, despir-se , amarrar os sapatos, abotoar e colocar um colete ou órtese, caso eles sejam prescritos.</p>	
CATEGORIA 7: CONTROLE ESFINCTERIANO (BEXIGA)	
<p>(0) - O paciente apresenta incontinência urinária.</p> <p>(2) - O paciente necessita de auxílio para assumir a posição apropriada e para fazer as manobras de esvaziamento.</p> <p>(5) - O paciente pode assumir a posição apropriada, mas não consegue realizar as manobras de esvaziamento ou limpar-se sem assistência e tem frequentes acidentes. Requer assistência com as fraldas e outros cuidados.</p> <p>(8) - O paciente pode necessitar de supervisão com o uso do supositório e tem acidentes ocasionais.</p> <p>(10) - O paciente tem controle urinário, sem acidentes. Pode usar supositório quando necessário.</p>	
CATEGORIA 8: CONTROLE ESFINCTERIANO (INTESTINO)	
<p>(0) - O paciente não tem controle de esfínteres ou utiliza o cateterismo.</p> <p>(2) - O paciente tem incontinência, mas é capaz de assistir na aplicação de auxílios externos ou internos.</p> <p>(5) - O paciente fica geralmente seco ao dia, porém não à noite e necessita dos equipamentos para o esvaziamento.</p> <p>(2) - O paciente geralmente fica seco durante o dia e a noite, porém tem acidentes ocasionais ou necessita de assistência com os equipamentos de esvaziamento.</p> <p>(10) - O paciente tem controle de esfínteres durante o dia e a noite e/ou é independente para realizar o esvaziamento.</p>	
CATEGORIA 9: DEAMBULAÇÃO	
Não pontue esta categoria caso o paciente utilize cadeira de rodas.	
<p>(0) - Totalmente dependente para deambular.</p>	

<p>(3) - Necessita da presença constante de uma ou mais pessoas durante a deambulação.</p> <p>(8) - Requer assistência de uma pessoa para alcançar ou manipular os dispositivos auxiliares.</p> <p>(12) - O paciente é independente para deambular, porém necessita de auxílio para andar 50 metros ou supervisão em situações perigosas.</p> <p>(15) - O paciente é capaz de colocar os braços, assumir a posição ortostática, sentar e colocar os equipamentos na posição para o uso. O paciente pode ser capaz de usar todos os tipos de dispositivos e andar 50 metros sem auxílio ou supervisão.</p>	
<p>CATEGORIA 9: CADEIRA DE RODAS Não se aplica aos pacientes que deambulam.</p>	
<p>(0) - Dependente para conduzir a cadeira de rodas.</p> <p>(1) - O paciente consegue conduzi-la em pequenas distâncias ou em superfícies lisas, porém necessita de auxílio em todos os aspectos.</p> <p>(3) - Necessita da presença constante de uma pessoa e requer assistência para manipular a cadeira e transferir-se.</p> <p>(4) - O paciente consegue conduzir a cadeira por um tempo razoável e em solos regulares. Requer mínima assistência em espaços apertados.</p> <p>(5) - Paciente é independente em todas as etapas relacionadas a cadeira de rodas (manipulação de equipamentos, condução por longos percursos e transferências).</p>	
<p>CATEGORIA 10: TRANSFERENCIAS CADEIRA/CAMA</p>	
<p>(0) - Incapaz de participar da transferência. São necessárias duas pessoas para transferir o paciente com ou sem auxílio mecânico.</p> <p>(3) - Capaz de participar, porém necessita de máxima assistência de outra pessoa em todos os aspectos da transferência.</p> <p>(8) - Requer assistência de outra pessoa para transferir-se.</p> <p>(12) - Requer a presença de outra pessoa, supervisionando, como medida de segurança.</p> <p>(15) - O paciente pode, com segurança, aproximar-se da cama com a cadeira de rodas, frear, retirar o apoio dos pés, mover-se para a cama, deitar, sentar ao lado da cama, mudar a cadeira de rodas de posição, e voltar novamente para cadeira com segurança. O paciente deve ser independente em todas as fases da transferência.</p>	
<p>TOTAL DE PONTOS</p>	

INTERPRETAÇÃO DO RESULTADO	
100 pontos	totalmente independente
99 a 76 pontos	dependência leve
75 a 51 pontos	dependência moderada
50 a 26 pontos	dependência severa
25 e menos pontos	dependência total

**ANEXO C – Versão adaptada e validada do *Care Transitions Measure* (CTM-15 Brasil)
(ACOSTA, 2016)**

Código do paciente: _____ Data: ____/____/____

Quem participou da entrevista: () Paciente () Familiar ou Cuidador

As primeiras afirmações são sobre o período que você estava no hospital.

1. Antes de sair do hospital, eu e a equipe de saúde concordamos sobre objetivos para minha saúde e como eles seriam alcançados.

() Discordo muito () Discordo () Concordo () Concordo muito () Não sei / Não lembro / Não se aplica

2. A equipe do hospital considerou as minhas preferências e as da minha família ou cuidador para decidir *quais* seriam as minhas necessidades de saúde para depois que eu saísse do hospital.

() Discordo muito () Discordo () Concordo () Concordo muito () Não sei / Não lembro / Não se aplica

3. A equipe do hospital considerou as minhas preferências e as da minha família ou cuidador para decidir *onde* as minhas necessidades de saúde seriam atendidas depois que eu saísse do hospital.

() Discordo muito () Discordo () Concordo () Concordo muito () Não sei / Não lembro / Não se aplica

As próximas afirmações são sobre quando você estava se preparando para sair do hospital.

4. Quando eu saí do hospital, eu tive todas as informações que precisava para que eu pudesse cuidar de mim mesmo.

() Discordo muito () Discordo () Concordo () Concordo muito () Não sei / Não lembro / Não se aplica

5. Quando eu saí do hospital, eu entendi claramente como cuidar da minha saúde.

() Discordo muito () Discordo () Concordo () Concordo muito () Não sei / Não lembro / Não se aplica

6. Quando eu saí do hospital, eu entendi claramente os sinais de alerta e os sintomas que eu deveria observar para monitorar a minha condição de saúde.

- () Discordo muito () Discordo () Concordo () Concordo muito () Não sei / Não lembro / Não se aplica

7. Quando eu saí do hospital, eu recebi um plano escrito, legível e de fácil compreensão, que descrevia como todas as minhas necessidades de saúde seriam atendidas.

- () Discordo muito () Discordo () Concordo () Concordo muito () Não sei / Não lembro / Não se aplica

8. Quando eu saí do hospital, eu compreendi bem minha condição de saúde e o que poderia melhorá-la ou piorá-la.

- () Discordo muito () Discordo () Concordo () Concordo muito () Não sei / Não lembro / Não se aplica

9. Quando eu saí do hospital, eu compreendi bem o que era de minha responsabilidade para cuidar da minha saúde.

- () Discordo muito () Discordo () Concordo () Concordo muito () Não sei / Não lembro / Não se aplica

10. Quando eu saí do hospital, eu me senti seguro de que eu sabia o que fazer para cuidar da minha saúde

- () Discordo muito () Discordo () Concordo () Concordo muito () Não sei / Não lembro / Não se aplica

11. Quando eu saí do hospital, eu me senti seguro de que conseguiria fazer as coisas necessárias para cuidar da minha saúde.

- () Discordo muito () Discordo () Concordo () Concordo muito () Não sei / Não lembro / Não se aplica

A próxima afirmação é sobre suas consultas de acompanhamento médico.

12. Quando eu saí do hospital, eu recebi uma lista por escrito, legível e de fácil compreensão, das consultas ou exames que eu precisava realizar dentro das próximas semanas.

- () Discordo muito () Discordo () Concordo () Concordo muito () Não sei / Não lembro /

Não se aplica

As próximas afirmações são sobre seus medicamentos.

13. Quando eu saí do hospital, eu entendi claramente o *motivo* de tomar cada um dos meus medicamentos.

- () Discordo muito () Discordo () Concordo () Concordo muito () Não sei / Não lembro / Não se aplica

14. Quando eu saí do hospital, eu entendi claramente *como* tomar cada um dos meus medicamentos, inclusive a quantidade e os horários.

- () Discordo muito () Discordo () Concordo () Concordo muito () Não sei / Não lembro / Não se aplica

15. Quando eu saí do hospital, eu entendi claramente os possíveis *efeitos colaterais* de cada um dos meus medicamentos.

- () Discordo muito () Discordo () Concordo () Concordo muito () Não sei / Não lembro / Não se aplica

ANEXO D – Cálculo do escore das respostas do CTM-151 Scoring the CTM®-15

Overall Quality of Care Transition Score: This score reflects the overall quality of the care transition, with lower scores indicating a poorer quality transition, and higher scores indicating a better transition.

Scoring Protocol

Step 1: Code responses as Strongly Disagree =1; Disagree =2; Agree =3; Strongly Agree =4.

Step 2: Assign code (e.g., 9) to missing responses, and a different code (e.g., 99) to Don't Know/Don't Remember/Not Applicable. These will not be counted as answered questions for Step 3a, as the 9 and 99 codes are not included in the 4 point Likert scale and therefore will not contribute to the CTM® score. You can, however, get a count of 99's in order to calculate a percentage of these responses relative to questions answered (step 3a.)

Step 3: Compute a mean score for each respondent based only on the questions answered. To do this:

- Step 3a: For each respondent count the number of questions answered. (In SPSS, Step 3a is accomplished with the Count command in the Transform menu and Step 3b by a Compute command).
- Step 3b: For each respondent obtain a summated score by adding Step 1 values across answered questions.
- Step 3c: Obtain mean for each respondent by dividing Step 3b result by Step 3a result. The name of this value is mean.

Step 4: Perform a linear transformation of the result of Step 3c to obtain a user-friendly 0-100 score. Use the following formula:

- 0-100 CTM® Score for each respondent = $[(\text{Step 3c result}-1)/3]*100$.
- In SPSS Syntax this computation is: `COMPUTE CTM15_0_100 = (((ctm15)-(1))/(3))*100. EXECUTE .`

© Eric Coleman, MD, MPH, all rights reserved.

i

Fonte: THE CARE TRANSITIONS PROGRAM (2014). Disponível em: <https://caretransitions.org/wp-content/uploads/2015/08/CTM-15-SCORING.pdf>.