



**Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto**  
**Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**

---

**TATIANE CRISTINA ZANETONI**

**TRANSIÇÃO DO CUIDADO NA ALTA HOSPITALAR:  
TEMPO DEDICADO PELA ENFERMAGEM E  
GESTÃO DO PROCESSO**

**São José do Rio Preto**  
**2022**

**TATIANE CRISTINA ZANETONI**

**TRANSIÇÃO DO CUIDADO NA ALTA HOSPITALAR:  
TEMPO DEDICADO PELA ENFERMAGEM E  
GESTÃO DO PROCESSO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem de São José do Rio Preto (FAMERP) para a obtenção do título de Mestre. *Área de Concentração:* Processo do Trabalho em Saúde; *Linha de Pesquisa:* Gestão em Saúde e em Enfermagem.

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Marcia Galan Perroca

**Co-orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Danielle Fabiana Cucolo

São José do Rio Preto– SP

2022

## Ficha Catalográfica

Zanetoni, Tatiane Cristina

Transição do Cuidado na Alta Hospitalar: Tempo Dedicado pela Enfermagem e Gestão do Processo. 123 p.

São José do Rio Preto, 2022.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.

*Área de Concentração:* Processo do Trabalho em Saúde.

*Eixo Temático:* Gestão em Saúde e em Enfermagem

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Marcia Galan Perroca

Co-orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Danielle Fabiana Cucolo

1. Alta do Paciente; 2. Continuidade da Assistência ao Paciente; 3. Avaliação de Processos em Cuidados de Saúde; 4. Estudo de Validação; 5. Equipe de Assistência ao Paciente; 6. Efetividade

# **BANCA EXAMINADORA**

## **DISSERTAÇÃO PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE**

---

Prof<sup>(a)</sup>. Dr<sup>(a)</sup>. Márcia Galan Perroca  
Presidente da Banca - Orientadora  
Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, SP, Brasil

---

Prof<sup>(a)</sup>. Dr<sup>(a)</sup>. Elizabeth Bernardino  
Membro Titular da Banca Examinadora  
Universidade Federal do Paraná. Curitiba, PR, Brasil

---

Prof<sup>(a)</sup>. Dr<sup>(a)</sup>. Maria Alice Dias da Silva Lima  
Membro Titular da Banca Examinadora  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil

---

Prof<sup>(a)</sup>. Dr<sup>(a)</sup>. Maria Fernanda Baeta Neves Alonso Da Costa  
Membro Suplente da Banca Examinadora  
Universidade Federal de Santa Catarina – PEN, Brasil

---

Prof<sup>(a)</sup>. Dr<sup>(a)</sup>. Aline Marques Acosta  
Membro Suplente da Banca Examinadora  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Rio Grande do Sul, Brasil

São José do Rio Preto, Janeiro de 2022

## *SUMÁRIO*

Dedicatória.....	i
Agradecimentos.....	ii
Epígrafe.....	iv
Lista de Tabelas.....	v
Lista de Quadros.....	vii
Lista de Siglas e Abreviaturas.....	viii
Resumo.....	x
Abstract.....	xii
Resumen.....	xiv
<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
<b>1.1 Alta hospitalar responsável: um modelo para a continuidade do cuidado.....</b>	<b>2</b>
<b>1.2 Transição dos cuidados, trabalho interprofissional e efetividade do processo.....</b>	<b>3</b>
<b>1.3 A gestão do tempo no processo de alta responsável.....</b>	<b>5</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>8</b>
<b>3 MÉTODO.....</b>	<b>10</b>
<b>3.1 Alta responsável na instituição investigada.....</b>	<b>11</b>
<b>3.2 Delineamento da Pesquisa.....</b>	<b>12</b>
<b>3.2.1 Mapeamento e Validação das Atividades de Alta Responsável.....</b>	<b>13</b>

3.2.1.1 Mapeamento das Atividades.....	13
3.2.1.2 Validação das Atividades .....	14
3.2.1.3 Análise dos Resultados e Estatística.....	16
3.2.2 Contribuição das ações interprofissionais para a efetividade na transição do cuidado .....	16
3.2.2.1 Cenário e seleção dos participantes.....	17
3.2.2.2 Entrevistas com a equipe interprofissional .....	18
3.2.2.3 Análise dos dados provenientes das entrevistas.....	19
3.2.3 Operacionalização e tempo estimado no processo de alta responsável.....	20
3.2.3.1 Cenários e Seleção dos Hospitais.....	21
3.2.3.2 Recrutamento dos Participantes.....	22
3.2.3.3 Construção do Questionário.....	22
3.2.3.4 Aplicação do Instrumento.....	24
3.2.3.5 Análise dos Resultados e Estatística.....	24
3.3 Aspectos Éticos.....	25
<b>4 RESULTADOS</b> .....	26
4.1 Mapeamento e Validação das Atividades de Alta Responsável.....	27

4.2 Contribuição das ações interprofissionais para a efetividade na transição do cuidado .....	34
4.3 Operacionalização e tempo estimado no processo de alta responsável.....	38
<b>5 DISCUSSÃO.....</b>	<b>49</b>
5.1 Mapeamento e Validação das Atividades de Alta Responsável.....	50
5.1.1 Limitações do Estudo .....	52
5.1.2 Implicações para a área de Enfermagem, Saúde ou Política Pública.....	53
5.2 Contribuição das ações interprofissionais para a efetividade na transição do cuidado.....	53
5.2.1 Limitação do Estudo.....	56
5.2.2 Implicações para a área de Enfermagem, Saúde ou Política Pública.....	56
5.3 Operacionalização e tempo estimado no processo de alta responsável.....	56
5.3.1 Limitações do Estudo.....	61
5.3.2 Implicações para a área de Enfermagem, Saúde ou Política Pública.....	61
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>62</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>65</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>73</b>
<b>ANEXO .....</b>	<b>99</b>
<b>DIVULGAÇÃO EM EVENTOS.....</b>	<b>101</b>
<b>MANUSCRITO.....</b>	<b>107</b>

## ***Dedicatória***

A Deus, pelo dom da vida;

Aos meus pais, César e Selma;

Ao meu marido Jaime, homem mais humano e companheiro da minha vida;

À minha doce Helena;

Às minhas queridas e competentes professoras, Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Marcia Galan Perroca e Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Danielle Fabiana Cucolo;

Ao complexo FUNFARME;

À Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto;

Aos meus queridos pacientes, que são os meus combustíveis diários, lições de vida, que nos inspiram a lutar sempre para lhes dar o meu melhor, com a finalidade de reduzir suas dores e angústias promovendo maior qualidade de vida.



## AGRADECIMENTOS

A Deus, por me conceder saúde e persistência para seguir sempre em frente. A ti, Senhor, toda honra e toda a glória.

Aos meus pais, César e Selma, pelo apoio e incentivo e serem meu porto seguro em todos os momentos da minha vida. Por acreditarem em mim, e não medirem esforços para a concretização dos meus sonhos. Sem vocês, nada seria possível. Obrigada por ensinar à nossa família os valores mais preciosos de um ser humano! Amo vocês!

Ao meu marido Jaime, por ser meu incentivador de sonhos, por acreditar no meu potencial, meu amigo, meu parceiro de vida, meu amor. Sem você nada desse sonho estaria sendo concretizado, por ficar com a Helena, nossa filha amada, enquanto ficava horas escrevendo o mestrado. Escrevo para você com lágrimas nos olhos, porque só eu e você sabemos os nossos esforços diários em dar um futuro melhor para nossa filha e progredir, profissionalmente. Não medimos esforços no quesito dedicação e persistência em vida profissional e pessoal, seguindo as palavras e o comportamento de Jesus.

À minha amada filha Helena, meu combustível e alegria diária, a luz da minha vida, seu sorriso angelical faz o meu dia melhor. Faço o possível e o impossível para deixar um legado de coisas boas para você!

À minha querida sogra Cleuza, pela paciência, dedicação e amor com a nossa família. Minha eterna gratidão. Amo você.

Às professoras, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Márcia Galan Perroca e Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Danielle Fabiana Cucolo, que me inspiram diariamente a seguir na área acadêmica, meus grandes exemplos de enfermeiras. Hoje, agradeço por terem me incentivado a seguir no caminho da pós-graduação. Muito obrigada por tudo! Que Deus abençoe grandiosamente a vida de vocês!

Às professoras que participaram da banca Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa, Elizabeth Bernardino, Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva, Maria Alice Dias da Silva Lima ;

À Professora Adília pela praticidade e prestatividade que me ajudou na fase final;

Às secretárias do programa Juliana e Ana Mirtes, que sempre com muita atenção nos direcionou e ajudou;

Ao Professor Jesus pela colaboração;

Ao Professor Helymar pela brilhante interpretação estatística.

## *Epígrafe*

“Seja você quem for, seja qual for a posição social que você tenha na vida, a mais alta ou a mais baixa, tenha sempre como meta muita força, muita determinação e sempre faça tudo com muito amor e com muita fé em Deus, que um dia você chega lá. De alguma maneira você chega lá. ”

Ayrton Senna

## Lista de Tabelas

<b>Tabela 1-</b> Médias e medianas das respostas obtidas dos juízes sobre as atividades do enfermeiro na alta hospitalar responsável na fase Delphi 1. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2021.	29
<b>Tabela 2-</b> Índice de Validade de Conteúdo e Kappa modificado referente às respostas obtidas dos juízes sobre as atividades do enfermeiro na alta hospitalar responsável na fase Delphi 1. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2021.	30
<b>Tabela 3-</b> Medias e medianas das respostas obtidas dos juízes sobre as atividades do enfermeiro na alta hospitalar responsável na fase Delphi 2. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2021.	32
<b>Tabela 4-</b> Índice de Validade de Conteúdo e Kappa modificado referente às respostas obtidas dos juízes sobre as atividades do enfermeiro na alta hospitalar responsável na fase Delphi 2. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2021.	33
<b>Tabela 5-</b> Perfil profissional dos enfermeiros participantes do processo de alta hospitalar responsável de acordo com a natureza jurídica. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2021.	39
<b>Tabela 6 -</b> Frequência e momento da realização das atividades critérios de elegibilidade, previsão de alta e projeto terapêutico nas instituições investigadas. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2021. N=71.	40
<b>Tabela 7-</b> Frequência e momento da realização das atividades coletar informações, elaboração de plano de alta e comunicação paciente/família nas instituições investigadas. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2021. N=71.	42
<b>Tabela 8-</b> Frequência e momento da realização das atividades coordenação equipe profissional, documentação e encaminhamentos e compartilhamento de informações nas instituições investigadas. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2021. N=71.	43
<b>Tabela 9-</b> Frequência e momento da realização das atividades orientação paciente/família e ensino manuseio equipamentos nas instituições investigadas. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2021. N=71	44
<b>Tabela 10-</b> Frequência, momento para realização das atividades contato pós alta,	45

agendamento visita domiciliar, efetividade do plano de alta nas instituições investigadas. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2021. N=71.

**Tabela 11-** Importância e operacionalidade da atividade “Realizar acompanhamento do paciente/família através de contato telefônico até sete dias após a alta hospitalar para esclarecer dúvidas e reforçar orientações” nas instituições investigadas. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2021. N=71. 46

**Tabela 12-** Tempo médio estimado pelos enfermeiros (em minutos) para realização das atividades da alta responsável. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2021. N=71. 48

## Lista de Quadros

<b>Quadro 1-</b> Atividades mapeadas e encaminhadas para parecer dos juízes na fase Delphi 1. São José do Rio Preto, SP 2021.	28
<b>Quadro 2</b> – Atividades mapeadas e encaminhadas para parecer dos juízes na fase Delphi 2. São José do Rio Preto, SP 2021.	31
<b>Quadro 3</b> – Atividades a serem realizadas pelo enfermeiro na alta hospitalar responsável validadas pelos juízes. São José do Rio Preto, SP 2021.	34

## Lista de Siglas e Abreviaturas

<b>RAS</b>	Rede de Atenção à Saúde
<b>GESTAÚDE</b>	Gestão de Serviços de Saúde e de Enfermagem
<b>EGA</b>	Equipe de Gestão da Alta
<b>DIP</b>	Doenças Infecto Parasitárias
<b>PICC</b>	Cateter Central de Inserção Periférica
<b>BIPAP</b>	Pressão Positiva em Vias Aéreas a dois Níveis
<b>MMAT</b>	Mixed Methods Appraisal Tool
<b>IVC</b>	Índice de Validade de Conteúdo
<b>CNPq</b>	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
<b>M</b>	Média
<b>DP</b>	Desvio Padrão
<b>MD</b>	Mediana
<b>Q</b>	Quartis
<b>IIQ</b>	Intervalo Interquartil
<b>IVC-I</b>	Índice de Validade de Conteúdo dos Ítems
<b>K*</b>	Kappa modificado
<b>Pc</b>	Probabilidade de Concordância por Chance
<b>NIC</b>	Nursing Intervention Classification
<b>COREQ</b>	Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research
<b>Ns</b>	Não Significante
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde

<b>COVID-19</b>	Doença do Coronavírus
<b>CHERRIES</b>	Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys
<b>SAS</b>	Statistical Analysis System
<b>ONA</b>	Acreditados pela Organização Nacional de Acreditação
<b>ACI</b>	Accreditation Canada International
<b>JCI</b>	Joint Commission International
<b>HE</b>	Hospital de ensino
<b>PU</b>	Público
<b>PV</b>	Privado
<b>DRS</b>	Departamentos Regionais de Saúde
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>AS</b>	Assistente Social
<b>E</b>	Enfermeiro
<b>NU</b>	Nutricionista
<b>FI</b>	Fisioterapeuta
<b>FO</b>	Fonoaudiólogo
<b>ME</b>	Médico



## RESUMO

**Objetivos:** Examinar a gestão do processo de alta responsável conforme profissionais que atuam na transição do cuidado em instituições de cuidados de saúde. **Métodos:** Misto de estratégia explanatória sequencial. **Etapa 1-** construção de listagem de atividades a serem realizadas pelos enfermeiros na alta hospitalar responsável através de múltiplas fontes; validação das atividades geradas através da técnica Delphi (consenso pré-estabelecido em 0,80 e calculado o índice de validade de conteúdo - IVC); **Etapa 2** - estudo qualitativo abordando as ações interprofissionais no processo; realizou-se entrevistas semiestruturadas individuais com 12 profissionais atuantes em unidade médico-cirúrgica e de cuidados paliativos de um hospital de ensino de porte especial do interior do estado de São Paulo. Os relatos foram submetidos à análise de conteúdo. **Etapa 3** - web survey conduzida junto a hospitais de ensino, públicos e privados do Estado de São Paulo com boas práticas em saúde comprovada por creditações nacionais e internacionais. Elaborou-se um questionário a partir de listagem de atividades validadas por especialistas considerando frequência, momento em que ocorrem, profissionais envolvidos e tempo estimado. As coletas de dados ocorreram entre abril e agosto de 2020 (Etapa 1); de outubro a novembro de 2020 (Etapa 2); e, de forma descontínua, de fevereiro a setembro de 2021 (Etapa 3). **Resultados:** Foram construídas 14 atividades. Na Delphi 1, o IVC variou de 0,70 (contato pós alta e agendamento de visita domiciliar) a 1,0 e na Delphi 2, encontrou-se variação de 0,60 (contato telefônico pós alta) a 1,0 sendo validadas 13 delas (**Etapa 1**). Apenas duas atividades (acompanhamento por telefone e visita domiciliar) não eram realizadas por membros da equipe interprofissional; A “comunicação e o envolvimento do paciente/familiar/cuidador no plano de alta” foi a atividade mais sinalizada. Seis temas emergiram das entrevistas: Sobrecarga de trabalho - demanda de atendimento e tempo dedicado; Articulação das ações interprofissionais e trabalho em rede; Planejamento antecipado da alta; Orientações ao

paciente/familiar/cuidador; Avanços e aspectos restritores das ações interprofissionais e Repercussões das ações para continuidade do cuidado (**Etapa 2**). Houve participação de 71 enfermeiros vinculados a 29 instituições de cuidados de saúde localizadas em nove cidades do Estado de São Paulo. A maior parte das atividades era conduzida com regularidade nos primeiros quatro dias de internação. Agendamento de visita domiciliar, identificação de problemas pós alta e acompanhamento do paciente/família através de contato telefônico pós-alta nunca eram realizados, respectivamente, por 44(63,7%), 41(58,6%) e 51(71,8%) dos enfermeiros. O contato telefônico foi considerado importante 70(98,5%) e viável 41(57,8%). O enfermeiro, individualmente, ou como parte da equipe realizou (as) todas as atividades. O somatório do tempo estimado para o processo representou 257,5 (variação 205-410) minutos (**Etapa 3**). **Conclusão:** As atividades validadas podem auxiliar a gestão na melhoria do processo de alta responsável. Para maior efetividade, questões estruturais e processuais precisam ser aprimoradas e intervenções pós alta, sistematizadas. Confirma-se o papel central do enfermeiro identificando o tempo dedicado, a força de trabalho e as ações necessárias para qualificar a prática, prevenir readmissões e gastos desnecessários, sobretudo, promovendo a continuidade e integralidade do cuidado.

**DESCRITORES:** Alta do Paciente. Continuidade da Assistência ao Paciente. Avaliação de Processos em Cuidados de Saúde. Estudo de Validação. Equipe de Assistência ao Paciente.

## ABSTRACT

**Objectives:** To examine the management of the responsible discharge process according to professionals working in the transition of care in health care institutions. **Methods:** Mixed sequential exploratory strategy. Stage 1- construction of list of activities to be performed by nurses at discharge from hospital through multiple sources; validation of the activities produced through the Delphi technique (consensus pre-established at 0.80 and calculated content validity index - CVI); Stage 2 - qualitative study approaching the interprofessional actions in the process; individual semi-structured interviews were carried out with 12 professionals working in medical-surgical and palliative care units of a special sized school hospital in the interior of São Paulo state . The reports were submitted to content analysis. Stage 3 - web survey was conducted with public and private school hospitals in the state of São Paulo with good health practices certified by national and international accreditations. A questionnaire was developed from a list of activities validated by experts considering frequency, time at which they occur, professionals involved and estimated time. Data collection was carried between April and August 2020 (Stage 1); from October to November 2020 (Stage 2); and, discontinuously, from February to September 2021 (Stage 3). **Results:** Fourteen activities were developed. In Delphi 1, the CVI ranged from 0.70 (post discharge contact and home visit scheduling) to 1.0 and in Delphi 2, a range of 0.60 (post discharge telephone contact) to 1.0 was found and 13 of them were validated (Stage 1). Only two activities (telephone follow-up and home visit) were not performed by members of the interprofessional team; "communication and patient/family/caregiver involvement in the discharge plan" was the most signaled activity. Six themes emerged from the interviews: Work overload - care demand and dedicated time; Articulation of interprofessional actions and networking; Advance discharge planning; Guidance to the patient/family/caregiver; Advances and restrictive aspects of interprofessional actions and Repercussions of the actions

for continuity of care (Stage 2). Seventy-one nurses linked to 29 care institutions located in nine cities in São Paulo state have participated in the study. Most of the activities was regularly conducted in the first four days of hospitalization. Scheduling home visits, identifying post discharge problems and following-up the patient/family through post discharge telephone contact were never carried out, respectively, by 44(63.7%), 41(58.6%) and 51(71.8%) of the nurses. Telephone contact was considered important 70(98.5%) and feasible 41(57.8%). The nurse, individually, or as part of the team has been performing all activities. The sum of the estimated time for the process represented 257.5 (range 205-410) minutes (Step 3). **Conclusion:** The validated activities can contribute to improve the management of the discharge process. For more effectiveness, structural and procedural issues have to be improved and post discharge interventions systematized. The key role of nurses was strengthened, identifying the time dedicated, the work force and the necessary actions to qualify the practice, prevent readmissions and unnecessary expenses, mainly by promoting continuity and integrity of care.

**DESCRIPTORS:** Patient Discharge. Continuity of Patient Care. Process Assessment, Health Care. Validation Study. Patient Care Team.

## RESUMEN

**Objetivos:** Examinar la gestión del proceso de alta responsable de acuerdo con los profesionales que actúan en la transición del cuidado en instituciones sanitarias. **Métodos:** mezcla de estrategia exploratoria secuencial. **Etapa 1-** elaboración de lista de actividades ejecutadas por los enfermeros en el alta hospitalaria responsable por medio de fuentes múltiples; validación de las actividades realizadas mediante la técnica Delphi (consenso preestablecido en 0,80 y calculado el índice de validez de contenido - IVC); **Etapa 2** - estudio cualitativo abordando las acciones interprofesionales en el proceso; se realizaron entrevistas individuales semiestructuradas con 12 profesionales actuantes en unidad médico quirúrgica y de cuidados paliativos de un hospital universitario de gran tamaño del interior del Estado de São Paulo. Se practicó el análisis de contenido de los relatos. **Etapa 3** - *web survey* aplicada en hospitales universitarios, públicos y privados del Estado de São Paulo con buenas prácticas sanitarias comprobadas por acreditaciones nacionales e internacionales. Se elaboró un cuestionario a partir de una lista de actividades validadas por especialistas considerando la frecuencia con que ocurren, el momento en que suceden, los profesionales implicados y tiempo estimado. La recolección de datos sucedió entre abril y agosto de 2020 (Etapa 1); de octubre a noviembre de 2020 (Etapa 2); y, de forma discontinua, de febrero a septiembre de 2021 (Etapa 3). **Resultados:** Se elaboraron 14 actividades. En Delphi 1, el IVC varió de 0,70 (contacto tras el alta y programación de visita domiciliaria) a 1,0 e en Delphi 2, se encontró variación de 0,60 (contacto telefónico tras el alta) a 1,0 siendo validadas 13 de ellas (**Etapa 1**). Solo dos actividades (seguimiento telefónico y visita domiciliaria) no eran realizadas por miembros del equipo interprofesional; la “comunicación y el compromiso del paciente/familiar/cuidador con el plano de alta” fue la actividad más citada. Seis temas surgieron de las entrevistas: Sobrecarga de trabajo – necesidad de atención y tiempo dedicado; Articulación de las acciones interprofesionales y trabajo en red; Planificación

anticipada del alta; Orientaciones al paciente/familiar/cuidador; Avances y aspectos restrictivos de las acciones interprofesionales y Repercusiones de las acciones para continuidad del cuidado (*Etapa 2*). Hubo participación de 71 enfermeros adscritos a 29 instituciones de cuidados de salud localizadas en nueve ciudades del Estado de São Paulo. La mayor parte de las actividades se ejecuta con regularidad en los primeros cuatro días de internación. Programación de visita domiciliaria, identificación de problemas posteriores al alta y seguimiento del paciente/familia mediante contacto telefónico posterior no se realizan nunca, respectivamente, por 44(63,7%), 41(58,6%) e 51(71,8%) de los enfermeros. El contacto telefónico fue considerado importante, 70 (98,5%) y viable ,41(57,8%). El enfermero, individualmente, o como parte del equipo realizó todas las actividades. La suma del tiempo estimado para el proceso representó 257,5 (variación 205-410) minutos (*Etapa 3*).

**Conclusión:** Las actividades validadas pueden ayudar a gestionar la mejoría del proceso de alta responsable. Para mayor efectividad, cuestiones estructurales y procesuales deben ser mejoradas e intervenciones posteriores al alta, sistematizadas. Se confirma el papel central del enfermero identificando el tiempo dedicado, la fuerza de trabajo y las acciones necesarias para cualificar la práctica, prevenir readmisiones y gastos innecesarios promoviendo la continuidad e integralidad del cuidado.

**DESCRIPTORES:** Alta del Paciente. Continuidad de la Atención al Paciente. Evaluación de Procesos, Atención de Salud. Estudio de Validación. Grupo de Atención al Paciente.

---

## ***1 Introdução***

---

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 Alta hospitalar responsável: um modelo para a continuidade do cuidado

As instituições de saúde têm apostado no planejamento da alta como estratégia para melhorar o fluxo de pacientes nos serviços sem, contudo, ampliar a capacidade instalada e a força de trabalho<sup>1</sup>. Cada serviço adota um modelo de previsão, revisão e registro, mas as etapas são muito semelhantes (avaliação, planejamento, intervenção e monitoramento), iniciando-se na admissão ou até três dias antes da alta, com participação da equipe de saúde e indicação de um coordenador do processo<sup>1,2</sup>.

Além do desafio entre oferta e demanda dos serviços, com o envelhecimento populacional, enfatiza-se o preparo da pessoa idosa hospitalizada e seus familiares para os cuidados a serem continuados no domicílio<sup>3</sup>. Pacientes com doenças cardiovasculares e pulmonares, também, são reconhecidos pela necessidade de acompanhamento pós alta e pelo risco de readmissão hospitalar<sup>4</sup>. Outras condições, como a adaptação do paciente/familiar aos cuidados oncológicos<sup>5</sup> e a manutenção da terapia medicamentosa após a alta, reforçam essa preocupação em relação à continuidade dos cuidados<sup>3,5</sup>.

Sendo assim, o planejamento antecipado e sistematizado da alta, orientado por ações educativas e interprofissionais, pode minimizar a ansiedade de pacientes/familiares e tornar o percurso do cuidar menos estressante e mais seguro<sup>5</sup>. Além disso, funciona como medida para prevenção de reinternações e custos desnecessários evitando no estrangulamento dos serviços<sup>6-7</sup>.

Para promover cuidado contínuo, as intervenções centradas em um único nível de atenção à saúde não atendem à complexidade do processo. Além da adoção de protocolos institucionais e do envolvimento/capacitação dos profissionais; o sucesso depende do trabalho em rede e da efetiva comunicação e gestão estabelecidos entre os serviços<sup>8</sup>. O contato telefônico e a visita domiciliar são estratégias importantes para continuar e avaliar os cuidados



após a alta e são realizadas de forma articulada com a atenção primária<sup>4</sup>.

A participação do paciente/família nas decisões durante a internação e no planejamento dos cuidados quando do retorno à comunidade representa outro aspecto crítico<sup>9</sup> e determinante para melhorar a satisfação, reduzir a permanência nos hospitais e a taxa de readmissão<sup>2,10</sup>.

Neste sentido, para reorganizar e qualificar a atenção hospitalar no âmbito do sistema de saúde brasileiro<sup>11</sup>, a alta hospitalar responsável é indicada como diretriz política e modelo para a continuidade do cuidado. Este modelo está pautado na autonomia do sujeito e na promoção do autocuidado, na implementação de mecanismos de desospitalização e na proposição de ações articuladas entre os pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS)<sup>11</sup>.

No entanto, na literatura nacional, as investigações sobre a alta responsável ainda são tímidas. Evidencia-se, a partir de uma realidade específica, que as orientações recebidas durante a internação e o vínculo pré-estabelecido com a atenção primária influenciam positivamente a continuidade da assistência. Por outro lado, após a alta, muitos pacientes precisam buscar pelos serviços e aguardar por atendimento em uma fila já naturalizada, e outros enfrentam dificuldades para obter os medicamentos prescritos e acabam custeando ou interrompendo o tratamento<sup>12</sup>. Estes dilemas podem diferir ou convergir diante da diversidade das regiões brasileiras. Sobretudo, o processo de alta, para que seja responsável, precisa estar ancorado em cuidados continuados, centrados no paciente/família e desenvolvidos pela RAS.

## **1.2 Transição dos cuidados, trabalho interprofissional e efetividade do processo**

O momento da alta não representa um ponto final no atendimento. A transferência do paciente de um nível especializado (hospital) para o domicílio com acompanhamento em outro (s) serviço(s) requer uma dinâmica de transição para continuar cuidando<sup>10</sup>. A transição dos cuidados caracteriza-se por ações coordenadas entre profissionais e serviços em virtude

da atenção integral ao paciente/família incluindo as condições ambientais e sociais extra-hospitalares<sup>10</sup>.

A prática interprofissional é uma forma de trabalho coletivo que se concretiza pela interação entre duas ou mais profissões e pela relação dialógica entre os sujeitos refletindo na integração da (s) equipe(s) e na articulação das ações de saúde<sup>13,14</sup>. Esta prática, contudo, ainda é desafiada pelas diferentes visões dos profissionais sobre a assistência ao paciente, inerente ao processo de formação; pela dificuldade de reconhecer o papel/conhecimento do outro a ser agregado; e, pela fragilidade na comunicação da equipe<sup>15,16</sup>. Enfermeiros, médicos, nutricionistas, fisioterapeutas e assistentes sociais exercem maior colaboração entre si com destaque à liderança dos médicos e enfermeiros<sup>15</sup>.

No contexto Latino Americano<sup>17</sup>, ações de transição, como planejamento antecipado dos cuidados para a alta, educação dos pacientes, registro e comunicação com outros serviços e acompanhamento ambulatorial, são realizadas pela equipe interprofissional, com ênfase na participação de médicos, enfermeiros e farmacêuticos.

Após a internação, dentre as estratégias, destacam-se: ligações telefônicas realizadas, principalmente, por médicos e farmacêuticos para a identificação de problemas, esclarecimento de dúvidas e verificação da adesão aos medicamentos; visita domiciliar e/ou consulta ambulatorial agendada até sete dias após a alta e realizada, frequentemente, por médicos e enfermeiros; avaliação inicial para seguimento com o Serviço de Atenção Domiciliar, também, executada por médicos e enfermeiros; e apoio psicossocial proporcionado pela participação de assistentes sociais nas equipes<sup>4</sup>.

Na percepção de pacientes e familiares, o enfermeiro assume papel central nos momentos de transição dos cuidados esclarecendo questões relativas a exames e relatórios médicos, transferindo informações via sistema para continuidade da assistência e coordenando ações para autogerenciamento do cuidado e participação familiar<sup>18</sup>.

Além da responsabilidade e da integração entre os profissionais, outros componentes do processo são fundamentais para que este seja efetivo. Dentre eles, destacam-se: o engajamento do paciente/familiar/cuidador, o desenvolvimento da autonomia para o autocuidado por meio de educação contínua, o gerenciamento da complexidade terapêutica ao longo do percurso, a organização e comunicação entre os serviços e a garantia de acesso para continuação da atenção à saúde<sup>19</sup>.

A mensuração da efetividade está relacionada às melhorias resultantes de uma intervenção na perspectiva da segurança e do cuidado centrado no paciente<sup>20</sup>. Pode abordar tanto o ambiente e os instrumentos de trabalho (estrutura), como os processos relativos à prestação dos cuidados e os resultados do atendimento realizado<sup>21</sup>.

Alguns aspectos, entretanto, comprometem a avaliação e a efetividade da transição dos cuidados, como: ausência de instrumentos válidos e confiáveis que possam expressar a experiência dos pacientes/familiares; características sociais, econômicas, culturais e vulnerabilidades enfrentadas pelos pacientes; além da fragmentação no funcionamento do sistema de saúde<sup>22</sup>.

### **1.3 A gestão do tempo no processo de alta responsável**

Sabe-se da importância do planejamento antecipado e das ações individualizadas para transição dos cuidados e continuidade da assistência após a alta hospitalar, mas o tempo que a equipe dedica ou deveria se dedicar ao processo, ainda, precisa ser explorado.

O enfermeiro atua como mediador nas relações interprofissionais<sup>23</sup> e gerencia ações realizadas durante e após a internação para garantir a continuidade do cuidado e a segurança do paciente<sup>24</sup>. Ele estabelece estreita relação com os pacientes/familiares, avalia as necessidades cuidativas, promove ações educativas, estabelece e formaliza o plano de alta junto às equipes e, também, pode acompanhar/gerenciar o atendimento das demandas do

paciente após a alta<sup>25</sup>. No entanto, a fragilidade na transferência de informações e na articulação das ações entre os diferentes níveis de atenção impactam a gestão em rede e a fragmentação persiste como um importante obstáculo do processo<sup>25-26</sup>.

Para superar este e outros obstáculos, hospitais espanhóis direcionaram enfermeiros, denominados de enlace, para realizar a busca ativa de pacientes que precisam de cuidados continuados e efetuar a avaliação clínica e social interagindo, sobretudo, com a equipe da Atenção Primária à Saúde<sup>27</sup>.

Em Portugal, instituições investem em equipes de gestão da alta (EGA) compostas, minimamente, por enfermeiros, médicos e assistentes sociais e coordenadas, principalmente, por enfermeiros de ligação<sup>28</sup>. Entretanto, em alguns serviços, cabe ao enfermeiro clínico e ao gestor da unidade realizar essa comunicação junto a EGA e, nesses casos, acabam enfrentando sobrecarga no trabalho, além do risco de omissão, perda de informações ou impossibilidade de planejamento da alta em tempo hábil<sup>28</sup>.

Na realidade canadense, enfermeiros de Ligação também coordenam o processo de alta e desenvolvem a função de articuladores entre os profissionais, pacientes/família e serviços de saúde, além de serem os educadores para a continuação dos cuidados<sup>29</sup>. Para auxiliar pacientes oncológicos a navegarem pelo sistema de saúde, outro modelo, reconhecido como enfermeiro navegador, foi implantado na América do Norte e adaptado à realidade brasileira destacando atribuições para desempenho exclusivo dessa função nas instituições<sup>30</sup>.

Estudo recente<sup>31</sup> identificou apenas uma instituição da região sul do Brasil, onde o enfermeiro desenvolve ações exclusivas para a continuidade dos cuidados apoiado em protocolo de contrarreferência e na comunicação direta com a Secretaria Municipal de Saúde. Em outros dois hospitais do Sudeste, contudo, enfermeiros clínicos assumem atividades para a alta junto às outras funções e percebem que a efetividade do processo fica comprometida.

Como intervenção de Enfermagem, reconhecida internacionalmente, o plano de alta pode demandar, em média, entre 46 e 60 minutos<sup>32</sup>. Estudo<sup>33</sup> reitera o longo tempo despendido para a execução desta intervenção. Ao assumir diversas atividades, em alguns casos, o enfermeiro distancia-se do leito, e a relação de vínculo e confiança necessária para uma assistência humanizada, integral e resolutiva fica comprometida<sup>28</sup>. Assim, há necessidade de melhor gestão do tempo para assumir as atividades que o processo de alta e transição dos cuidados requer<sup>33</sup>.

Diversas produções científicas evidenciam atividades desempenhadas pelos enfermeiros e equipe de saúde em diferentes modelos de planejamento da alta e transição dos cuidados, mas não consideram o tempo exigido para a efetividade do processo. Diante desta lacuna no conhecimento e das diretrizes nacionais para funcionamento do sistema de saúde, investigações nessa área são necessárias para explorar como as instituições têm se movimentado para assegurar a continuidade dos cuidados, atentando para a efetividade, o tempo dedicado pela equipe e a carga de trabalho gerada, especialmente, aos enfermeiros.

Este estudo vincula-se ao grupo de pesquisa Gestão de Serviços de Saúde e de Enfermagem (GESTSAÚDE) e procura esclarecer as seguintes questões:

- ✚ *Quais são as atividades realizadas pelo enfermeiro na alta hospitalar responsável?  
Elas são validadas por especialistas?*
- ✚ *Como as ações realizadas pela equipe interprofissional na alta hospitalar responsável contribuem para a melhoria da transição do cuidado ao paciente?*
- ✚ *Qual é a percepção de enfermeiros sobre a operacionalização e tempo estimado para a sua condução?*

---

## ***2 Objetivos***

---

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 Geral

- ✚ Examinar a gestão do processo de alta responsável conforme profissionais que atuam na transição do cuidado em instituições de saúde.

### 2.2 Específicos

- ✚ Desenvolver e validar uma lista de atividades a serem realizadas pelo enfermeiro na alta hospitalar responsável (Estudo 1);
- ✚ Analisar a percepção da equipe interprofissional sobre as ações na alta hospitalar responsável e sua contribuição para a melhoria da efetividade da transição do cuidado ao paciente (Estudo 2);
- ✚ Investigar como enfermeiros de diferentes cenários de prática operacionalizam a alta hospitalar responsável e quanto tempo dedicam ao processo (Estudo 3).

---

***3 Métodos***

---



### 3 MÉTODOS

#### 3.1 Alta responsável na instituição investigada

Seguindo as diretrizes de contratualização dos hospitais no âmbito do SUS em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar<sup>11</sup>, o hospital de ensino, sob investigação, instituiu o processo de alta responsável em junho de 2015, visando assegurar a continuidade e transferência dos cuidados de saúde do paciente. Inicialmente, o projeto piloto foi implantado na unidade de Neurocirurgia, incluindo 87 pacientes<sup>34</sup> expandindo-se, gradativamente, para Cuidados Paliativos e Crônico, Ortopedia, Geriatria, Clínica Médica e Cirúrgica, Doenças Infecto Parasitárias (DIP) e Unidade de Trauma.

Para garantir suporte ao processo institucional foi elaborado o Manual de Planejamento e Gestão de Alta. O enfermeiro foi indicado como coordenador das atividades que deveriam ocorrer horas após a admissão do paciente com reuniões da equipe multiprofissional.

Consideram-se elegíveis para iniciar o plano de alta responsável: pacientes internados com doenças crônicas, em cuidados paliativos, em uso de dispositivos (sondas uretrais ou enterais, cateter central de inserção periférica- PICC, em uso de Pressão Positiva em Vias Aéreas a dois Níveis- BIPAP, Port-a-cath, drenos e estomias) ou cuidados com curativos, recém-nascidos prematuros, gestantes de alto risco e puérperas com alguma comorbidade<sup>35</sup>.

Atualmente, a alta responsável encontra-se implantada em todas as unidades de internação SUS do hospital de ensino, envolvendo aproximadamente 36 enfermeiros e demais membros da equipe multiprofissional como médico, assistente social, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista e fonoaudiólogo apoiados pelo setor de gerenciamento de leitos que atua na articulação com a Atenção Primária do município de origem.

No fluxograma elaborado, encontram-se estabelecidas as seguintes ações: avaliação do paciente quanto aos critérios de elegibilidade, desenvolvimento do projeto terapêutico e do

plano de alta (revisado quando o paciente apresenta alteração nas condições clínicas e necessidades assistenciais pós alta); interação com a equipe interprofissional (intra e extrainstitucional) e com paciente/familiar/cuidador; acompanhamento do processo pelo serviço de gerenciamento de leitos e elaboração da guia de referência e contra referência constando proposta de cuidados pós alta.

Este processo inicia-se no momento em que o enfermeiro identifica os critérios de fragilidade ou elegibilidade definidos pela instituição e dispara as demais ações junto aos profissionais de saúde. No roteiro de planejamento de alta também se encontram disponíveis, atividades educativas para o paciente/família, informações essenciais à conservação da saúde e serviços acessíveis na comunidade, subsidiando os profissionais de saúde no momento da transição dos cuidados para o domicílio.

### **3.2 Delineamento da Pesquisa**

Este estudo utilizou o método misto de estratégia explanatória<sup>36</sup> para investigar a gestão do processo de alta hospitalar responsável e sua efetividade. Nesta abordagem metodológica, dados quantitativos são coletados e analisados, primeiramente, e complementados pelos dados qualitativos<sup>37</sup> de forma a proporcionar interpretação mais aprofundada e em diferentes perspectivas do fenômeno sob investigação<sup>38</sup>. Para obter rigor metodológico, o estudo foi norteado pelos critérios do Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT)<sup>39</sup>.

A primeira etapa constituiu-se no mapeamento e validação de atividades referenciadas para a alta hospitalar responsável. Na etapa subsequente (Etapa 2), entrevistas semiestruturadas foram conduzidas junto à equipe interprofissional envolvida no plano de alta. E, na última (Etapa 3), a partir da validação da listagem, a operacionalização do processo

de alta e tempo estimado para a sua condução foram identificados junto aos enfermeiros. As etapas foram conduzidas, independentemente.

### **3.2.1 Mapeamento e Validação das Atividades de Alta Responsável**

Para o estudo de validação de conteúdo observou-se recomendação internacional<sup>40</sup> abrangendo dois estágios - de desenvolvimento (neste momento denominado mapeamento de atividades) e de julgamento e quantificação. No primeiro, ocorreu identificação do construto (*alta hospitalar responsável*) com busca na literatura e desenvolvimento de uma listagem das atividades/itens. A seguir, um grupo de juízes avaliou a relevância dos itens gerados (parte qualitativa) e o índice de validade de conteúdo (IVC) foi calculado (parte quantitativa) a partir da proporção de concordância dos especialistas.

Através da validade de conteúdo torna-se possível verificar se os itens que compõem uma escala (atividades) representam adequadamente o construto sob análise<sup>41</sup>. Consideram-se atividades, neste estudo, as ações ou comportamentos específicos da equipe de Enfermagem, no desdobramento de uma intervenção, para alcance de resultados<sup>32</sup>.

#### **3.2.1.1 Mapeamento das Atividades**

Utilizou-se diversas fontes de informação para o mapeamento das atividades de alta. Dentre elas destacam-se: a) A Portaria nº 3390 do Ministério da Saúde sobre as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS)<sup>11</sup> e o Manual de planejamento e gestão das altas elaborado pela instituição investigada<sup>35</sup>; b) A Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) - Plano de Alta<sup>32</sup>; c) Padrões e recomendações internacionais sobre planejamento de alta<sup>17,42</sup>; e d) Demais produções científicas sobre a temática<sup>27,43-45</sup>, dentre outras.

A listagem construída a partir destas múltiplas fontes, retiradas as suas duplicidades, seguiu ordem cronológica das etapas da alta responsável. Os 14 itens gerados foram organizados em uma escala Likert de quatro pontos evitando-se o ponto neutro. Os escores para cada item foram: 1. discordo totalmente, 2. discordo, 3. concordo e 4. concordo totalmente.

Os itens abordavam, sequencialmente, a identificação dos critérios de elegibilidade, a comunicação com o médico sobre a previsão da data da alta, o planejamento da alta responsável com a equipe interprofissional, a coleta de informações do paciente e sua família, a inserção e orientação destes nos cuidados em domicílio e a resolutividade de problemas identificados no pós alta.

O formulário gerado pelo mapeamento das atividades foi inserido no aplicativo Google Forms (Apêndices 1 e 2) permitindo autopreenchimento. A utilização desta ferramenta permite construção de tipos de perguntas diversificadas com possibilidade de armazenagem das respostas obtidas em planilhas e, ainda, apresentação gráfica com síntese dos resultados<sup>46</sup>.

Na parte inicial, após explicação dos objetivos da pesquisa, seguiu-se espaço destinado para assinalar aceite em participação; condição requerida para continuação. A seguir, espaço para dados pessoais e profissionais dos participantes, finalizando-se com as 14 atividades propostas no formato Likert. Solicitou-se, também, justificativa e possíveis sugestões para alteração, quando necessária.

### **3.2.1.2 Validação das Atividades**

A Técnica Delphi foi aplicada para validar o conteúdo da listagem gerada. Seu uso abrange várias áreas de conhecimento, como Medicina e Enfermagem<sup>47-48</sup>. A escolha deve-se ao seu baixo custo<sup>48</sup>, praticidade (possibilidade de reunir especialistas em diferentes áreas

geográficas) e confiabilidade<sup>47</sup>. Entretanto, a duração do processo, algumas vezes, torna-se elevada, devido ao número de rodadas necessárias; pode ocorrer, também, dificuldade na análise dos dados devido à grande quantidade de respostas geradas<sup>47</sup>.

Nas rodadas Delphi, questionários estruturados são apresentados, de forma sequencial, a um grupo de profissionais (juízes) com conhecimento específico em um determinado assunto, em busca de consenso<sup>49</sup>. Desta forma, as respostas obtidas entre as rodadas são sumarizadas e comunicadas aos participantes. O processo somente é concluído quando o nível de concordância pré-estabelecido é alcançado ou ocorre diminuição no retorno de respostas<sup>47</sup>. Há variação entre o número de etapas nos estudos; no entanto, é mais frequente se encontrar entre duas a quatro<sup>49</sup>.

Considerou-se elegíveis para composição do grupo de juízes, os profissionais com tempo de atuação de, no mínimo, um ano no processo de alta hospitalar responsável (enfermeiros clínicos) e e/ou com produção científica relacionada à temática (docentes). Estes pesquisadores foram localizados através da Plataforma Lattes no sítio eletrônico do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Já os demais profissionais, através de indicação por pares ou gerentes de serviços de enfermagem.

Os juízes foram contactados por correio eletrônico com envio de link de acesso ao formulário online. Lembretes foram enviados quando excediam o prazo de preenchimento de 15 dias. Solicitou-se apreciação quanto à pertinência do conteúdo e à redação de cada atividade (item) da alta responsável avaliando, simultaneamente, se apresentavam relevância, clareza nos enunciados e ordem sequencial de execução<sup>49</sup>. Ainda, que justificassem sua escolha e apresentassem sugestões para melhoria, caso julgassem necessário. A coleta dos dados ocorreu no período entre os meses de abril e agosto de 2020.

### 3.2.1.3 Análise dos Resultados e Estatística

A análise estatística foi conduzida por meio do programa computacional The SAS System for Windows (Statistical Analysis System), versão 9.2 (SAS Institute Inc, 2002-2008, Cary, NC, USA). Incluiu a análise descritiva das variáveis categóricas (frequência absoluta e percentual) e numéricas (valores de média (M) e desvio padrão (DP), mediana (MD) e quartis (Q1 e Q3).

Na análise quantitativa das respostas avaliou-se o índice de validade de conteúdo dos itens (IVC-I), ou seja, verificou-se a proporção de concordância em cada uma das atividades (itens) da listagem entre os avaliadores (grupo de juízes). Este índice é obtido considerando-se a quantidade de itens que receberam classificação 3 e 4 dividido pelo número de juízes<sup>41</sup>. Estes autores advogam, que neste processo, uma escala ordinal transforma-se em uma escala dicotômica (conteúdo válido x conteúdo inválido) e, portanto, o IVC-I deve ser ajustado através do kappa modificado(K\*) para evitar a concordância ao acaso.

Dessa forma, para cada um dos 14 itens das diversas fases Delphi, foi calculada a probabilidade de concordância por chance (pc), o índice de validade de conteúdo do item (IVC-I) e o kappa modificado (K\*). Adotou-se o valor mínimo de concordância de 0,80 como recomendado<sup>41</sup>. Para a interpretação do Kappa utilizou-se os valores:  $\leq 0,40$  (pobre),  $0,40 - 0,59$  (moderado),  $0,60 - 0,74$  (bom) e  $>0,74$  (excelente)<sup>50</sup>.

### 3.2.2 Contribuição das ações interprofissionais para a efetividade na transição do cuidado

Esta etapa descritiva e exploratória adotou a abordagem qualitativa para explorar experiências individuais<sup>51</sup> sobre o tema “ações da equipe de saúde no processo de alta responsável” utilizando entrevistas semiestruturadas com questões abertas para obter a livre opinião dos participantes e, assim, apresentar o fenômeno de interesse<sup>52</sup>.

As vivências e percepções dos indivíduos sobre a atenção à saúde nem sempre podem ser mensuradas e carregam um significado importante para a prática clínica que é determinado culturalmente para cada indivíduo ou grupo, desafiando os pesquisadores na compreensão da diversidade por meio da pesquisa qualitativa<sup>53</sup>.

Para estruturação desta etapa do estudo, utilizou-se a listagem de critérios para pesquisa qualitativa - *Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ)*<sup>54</sup> - composta por 32 itens relacionados à equipe de pesquisa, desenho do estudo, contexto, coleta, análise e interpretação dos dados.

### **3.2.2.1 Cenário e seleção dos participantes**

A pesquisa foi realizada em um hospital de ensino localizado na região noroeste do estado de São Paulo, Brasil. Esta instituição, de porte especial (708 leitos), é referência em alta complexidade e atende, diretamente, 102 municípios realizando por ano, aproximadamente, 144.000 atendimentos (85% pelo Sistema Único de Saúde - SUS), 43.328 cirurgias, 37.934 internações e, aproximadamente, 18.603 altas. Mantém, atualmente, 4.054 colaboradores, sendo 2.098 profissionais de Enfermagem e, dentre estes, 528 são enfermeiros.

A unidade de internação investigada dispõe de 86 leitos, alocando pacientes de diferentes especialidades médico-cirúrgicas e de cuidados paliativos que demandam atenção quanto ao uso de dispositivos invasivos (sonda nasoenteral, sonda vesical de demora, gastrostomia, entre outros) e cuidados após a alta.

Convidou-se 15 profissionais de saúde entre médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos e assistente social considerando a experiência de, no mínimo, um ano no processo de alta responsável neste cenário de prática. O contato foi realizado pessoalmente e por mensagem via aplicativo telefônico. Neste momento, receberam

esclarecimentos sobre os objetivos da pesquisa, em especial sobre essa fase do estudo e todos aceitaram participar.

### **3.2.2.2 Entrevistas com a equipe interprofissional**

Considerando o período de pandemia por COVID-19, os profissionais foram consultados quanto à melhor estratégia para realização das entrevistas e se optou , conjuntamente, pelo encontro presencial, em local reservado e de fácil acesso dentro da instituição. As medidas de segurança foram devidamente cumpridas e a coleta de dados ocorreu entre outubro e novembro de 2020.

Uma das pesquisadoras, enfermeira há sete anos, com experiência de três anos no processo de alta responsável, mestranda na área de gestão em Enfermagem, foi orientada previamente por docente com experiência em pesquisa qualitativa para condução das sessões.

Participaram, apenas, esta pesquisadora e o profissional convidado. Primeiramente, foram realizados esclarecimentos sobre o estudo e, após consentimento, os participantes responderam às questões sociodemográficas (sexo, idade, profissão, especificações sobre a formação, tempo na instituição e experiência na alta responsável).

Em seguida, os participantes foram questionados: *“1.Como você vê a estruturação/organização do processo de alta responsável nesta instituição em relação aos aspectos favoráveis (para os pacientes, para os profissionais e para a instituição) e aqueles que poderiam melhorar? 2.Existe integração entre os profissionais e articulação entre as ações? Poderia exemplificar? 3.Quantos pacientes, em média, você avalia/acompanha, por dia, no processo de alta responsável? 4.O tempo dedicado por você para cada paciente é suficiente/adequado? 5.O paciente e o familiar/cuidador participam do planejamento da alta responsável/qualificada? Como e em que momentos? e 6. O processo de alta*



*responsável/qualificada prepara, efetivamente, o paciente para a continuidade dos cuidados no domicílio? Poderia detalhar sua resposta?”* (Apêndice 3).

A saturação dos dados foi usada como parâmetro para determinar o número de respostas às questões propostas<sup>55</sup>. Ela foi atingida ao se completar a décima segunda entrevista com dois profissionais de cada área de conhecimento.

Os relatos foram gravados e a entrevistadora também registrou aspectos a serem esclarecidos durante ou ao final de cada encontro. Realizou-se apenas uma entrevista por profissional, no turno da manhã ou tarde, com duração de aproximadamente 10 minutos. A transcrição foi elaborada por uma das pesquisadoras mantendo as falas na íntegra e preservando o anonimato identificando os participantes, de forma aleatória, com letras e números (E1, E2, E3,...E12) e categoria profissional (Enfermeiro, Médico, ...).

### **3.2.2.3 Análise dos dados provenientes das entrevistas**

Adotou-se a análise de conteúdo na modalidade temática<sup>56</sup> para identificar significados profundos das vivências dos participantes<sup>57</sup>. O significado de uma expressão é o eixo condutor de qualquer abordagem qualitativa por representar a pessoa e o contexto de suas experiências<sup>52</sup>. Estes autores defendem que a investigação de um fenômeno resultante da análise empírica requer a articulação desses significados.

Literatura internacional<sup>58</sup> compreende a análise de conteúdo e temática como abordagens qualitativas diferentes, mas com aspectos semelhantes em suas fases. Na fase de preparação do material ou familiarização com os dados, espera-se que o pesquisador transcreva a entrevista e realize leitura do material por diversas vezes para obter o sentido geral. Ao explorar o material, na análise de conteúdo, o pesquisador pode optar entre o conteúdo manifesto (o que o texto diz) e o latente (expressões percebidas); já na análise temática tanto o conteúdo latente quanto manifesto são utilizados na avaliação. Na fase

subsequente, ambas seguem com a organização e tratamento dos dados por meio da codificação, categorização e extração de temas potenciais.

No presente estudo, seguiram-se as etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados<sup>56</sup>. Na pré-análise, o material foi organizado e se realizou a leitura flutuante com destaque dos pontos principais e formulação de hipóteses. Como procedimento de exploração, o material foi codificado em unidades de registro e se adotou o processo dedutivo na identificação das variáveis convergentes. Para tratamento e interpretação dos resultados, procedeu-se com a síntese e seleção dos dados, inferência para extração das categorias temáticas e interpretação dos achados considerando o referencial teórico sobre planejamento da alta, transição do cuidado e continuidade do cuidado ao paciente<sup>4,11,18-19,59-60</sup> e sobre trabalho interprofissional<sup>13-14</sup>.

### **3.2.3 Operacionalização e tempo estimado no processo de alta responsável**

Esta Web Survey foi norteada pelas diretrizes do *Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys (CHERRIES)*<sup>61</sup>. Construído especificamente para formulários administrados pela Internet, este *guideline* encontra-se composto por oito categorias com 30 itens referentes ao desenho do estudo, aspectos éticos/confiabilidade dos participantes, desenvolvimento/aplicação de pré-teste, processo de recrutamento dos participantes e descrição da amostra, administração da pesquisa, taxa de respostas, prevenção de múltiplas respostas do mesmo participante e análise<sup>61-62</sup>.

Este tipo de pesquisa tem por objetivo obter opiniões/experiências de um grupo de pessoas por meio de questionários ou formulários. Na modalidade Web Survey, a aplicação ocorre eletronicamente através de um hiperlink enviado aos participantes<sup>63</sup>.

As vantagens de sua utilização consistem em ter baixo custo<sup>63-64</sup>, alcance geográfico, permitir um grande número de participantes e ser ecologicamente sustentável por não requerer

consumo de papel<sup>63</sup>. No entanto, algumas limitações têm sido elencadas relacionadas a resultados inadequados e viés de respostas<sup>63,65</sup>; problemas de acessibilidade a computadores e internet<sup>63</sup>; o mesmo usuário pode responder ao formulário por diversas vezes<sup>61</sup>; respostas de pessoas que não fazem parte da amostra específica interferindo na taxa de resposta e confiabilidade dos resultados<sup>63</sup>. Ainda, embora, com o uso de tecnologia, as taxas de respostas por survey são menores do que aquelas obtidas por outros métodos de pesquisa convencionais<sup>63</sup>.

### **3.2.3.1 Cenários e Seleção dos Hospitais**

O estudo foi conduzido junto a hospitais do Estado de São Paulo com boas práticas em saúde comprovadas por creditações nacionais e internacionais. A inclusão, na amostra por conveniência, ocorreu mediante os seguintes critérios: 1. Porte médio, grande e/ou capacidade extra; 2. Gerais e especializados em oncologia, pediatria, neurologia e ortopedia; 3. De ensino (HE) certificados pelo Programa Interministerial de Certificação dos Ministérios da Saúde e Educação<sup>66</sup>; 4. Acreditados pela Organização Nacional de Acreditação (ONA)<sup>67</sup> como excelência (nível 3); Accreditation Canada International (ACI)<sup>68</sup> e Joint Commission International (JCI)<sup>69</sup>.

A consulta nos sites destas acreditadoras foi realizada em outubro de 2020 e, retirando as duplicidades, identificaram-se 116 hospitais. Devido ao alto número de instituições encontradas e a dificuldade em identificar/contactar a população de interesse, optou-se por uma amostra de conveniência de 30 hospitais.

Priorizou-se os hospitais de ensino vinculados às universidades e os geridos por escolas médicas e, também, os públicos/privados de forma a abranger, tanto quanto possível, diferentes Departamentos Regionais de Saúde (DRS) do Estado de São Paulo buscando-se

maior representatividade do estudo. Para a cidade de São Paulo, com um vasto complexo hospitalar, elegeu-se a maioria dos hospitais privados credenciados pelo JCI e ACI.

### **3.2.3.2 Recrutamento dos Participantes**

Optou-se por forma mista para contato com os participantes, incluindo contatos via correio eletrônico (e-mail), redes sociais de caráter profissional (Linkedin) e mídia social (WhatsApp). O método de amostragem bola de neve foi aplicado de modo que a pessoa contactada pelo pesquisador indicou outros colegas, a partir de seus contatos, de forma contínua<sup>70</sup>. Houve, também, designação de enfermeiros que atuassem no processo de alta responsável por gerentes do serviço e Enfermagem dos hospitais da amostra.

### **3.2.3.3 Construção do Questionário**

O instrumento foi elaborado a partir de listagem de atividades a serem realizadas pelo enfermeiro na alta hospitalar responsável validadas por especialistas<sup>71</sup>. Esta listagem inclui, sequencialmente: critérios de elegibilidade, comunicação com o médico para previsão de alta, elaboração do projeto terapêutico, obtenção de informações junto ao paciente/família, planejamento da alta responsável com a equipe interprofissional, coordenação da equipe, documentação em prontuário, orientações ao paciente/família e acompanhamento pós alta, formalização da contrarreferência e ações pós alta através de contato telefônico e agendamento de visita domiciliar, para resolução de problemas identificados.

A estrutura contemplou três partes. A primeira explicava do que se tratava o estudo e apresentava o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (Apêndice 4). Para evitar que enfermeiros que não fizessem parte da amostra de interesse respondessem ao questionário, devido à ampla divulgação do hiperlink e evitar viés<sup>63</sup>, uma questão inicial

solicitava que apenas aqueles que atuassem ou tivessem atuado no processo de alta responsável prosseguissem.

Na parte seguinte constavam dados pessoais e profissionais dos respondentes (sexo, idade, tempo de atuação na enfermagem e alta responsável, qualificação, cargo/função, unidade de atuação) e referentes ao hospital (tipo, número de leitos, especialidade, localização).

Seguiu-se um questionário contendo questões fechadas de múltipla escolha e semi-abertas referentes ao processo de alta responsável. Solicitou-se, aos participantes que assinalassem em cada uma das 14 atividades apresentadas: a) Frequência (sempre, frequentemente, às vezes e nunca); b) tempo gasto em minutos; c) momento em que ocorre (na admissão, durante a internação, no dia da alta hospitalar - especificar, não realiza a atividade); d) profissionais envolvidos (enfermeiro, médico, assistente social, fisioterapeuta, nutricionista, fonoaudiólogo, outro (s)).

A atividade 14 - “Realizar acompanhamento do paciente/família através de contato telefônico até sete dias após a alta hospitalar para esclarecer dúvidas e reforçar orientações”, não obteve em estudo prévio<sup>71</sup> valor de consenso mínimo pré-estabelecido e, portanto, não foi validada pelos juízes. Mas, como é referida e valorizada na literatura nacional<sup>17,45</sup> e internacional<sup>7,24,72</sup> foi acrescentada ao questionário. Assim, solicitou-se, além das outras variáveis anteriormente citadas, a opinião dos enfermeiros sobre importância (extremamente importante, muito importante, importante, pouco importante) e praticabilidade nas instituições hospitalares (muito viável, viável, pouco viável, nenhum pouco viável). Ao final, houve inclusão de um campo para o participante registrar algum comentário que considerasse pertinente.

### 3.2.3.4 Aplicação do Instrumento

Inseriu-se o questionário construído no aplicativo Google Forms com disponibilização do link, aos contatos identificados, por e-mail e mídias social e profissional. Redes sociais virtuais têm sido utilizadas na coleta de dados de pesquisas<sup>73</sup> e em pesquisas em saúde, mas implicações éticas têm emergido<sup>74</sup>.

Após assinalar aceite no TCLE, condição requerida para continuação, o participante tinha acesso às questões, e somente poderia ir para o próximo item se respondesse ao anterior. O instrumento foi previamente testado por três enfermeiros atuantes em alta responsável de um hospital de ensino do interior do estado de São Paulo visando avaliar a clareza e objetividade do conteúdo e reajustes foram realizados.

Para os contatos estabelecidos por e-mail estabeleceu-se prazo de retorno e lembretes foram enviados com intervalos de 15 dias após o convite. A coleta ocorreu de forma descontínua no período de fevereiro a setembro de 2021. Houve interrupção na obtenção dos dados por três meses devido ao agravamento da situação da pandemia Covid nos hospitais.

### 3.2.3.5 Análise dos Resultados e Estatística

Os testes estatísticos foram processados através do programa computacional The SAS System for Windows (Statistical Analysis System), versão 9.2 (SAS Institute Inc, 2002-2008, Cary, NC, USA) considerando-se o nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ). Calculou-se:

Estatísticas descritivas das variáveis numéricas (idade, tempo de atuação) com valores de média e desvio padrão – M(DP), mediana (Md) e intervalo interquartil (IIQ; IIQ= Q3-Q1); e variação (mínimo e máximo); para as categóricas (sexo, formação) valores de frequência absoluta (n) e percentual (%);

O teste Qui-Quadrado foi aplicado para comparação das variáveis categóricas entre os tipos de hospitais ou o teste Exato de Fisher (para valores esperados menores que 5).

O teste de Mann-Whitney (duas categorias) e o teste de Kruskal-Wallis (três categorias) para comparação das variáveis numéricas entre os tipos de hospitais devido à ausência de distribuição normal das variáveis seguido do teste post-hoc de Dunn.

As respostas abertas foram categorizadas segundo os objetivos do estudo.

### **3.3 Aspectos Éticos**

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da instituição campo de estudo - CAAE08412019.4.0000.5415 e aprovado através do parecer nº 3.198.240/2019 (Anexo 1). Obteve-se aceite dos participantes das diversas etapas mediante assinatura dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) nos formulários enviados (Apêndices 5-8).

---

## ***4 Resultados***

---



## **4 RESULTADOS**

A apresentação dos achados segue a sequência das etapas conduzidas no estudo.

### **4.1 Mapeamento e Validação das Atividades de Alta Responsável**

Dos 12 profissionais convidados, oito retornaram os questionários. Os avaliadores eram do sexo feminino, com idade média de 36,1 (Dp=6,9; variação 24-43) anos e tempo de atuação profissional (sete enfermeiros clínicos e um gerente) de 11,2 (Dp=6,6; variação 1-20) anos; cinco tinham Especialização e três Mestrado.

A aplicação da Delphi ocorreu em duas fases. A listagem construída e submetida aos juízes, na Delphi 1, estava composta por 14 itens (Quadro 1).

**Quadro 1** – Atividades mapeadas e encaminhadas para parecer dos juízes na fase Delphi 1. São José do Rio Preto, SP 2021.

ATIVIDADES	
1	Identificar critérios de elegibilidade para a alta responsável do paciente.
2	Discutir com o médico a previsão de alta hospitalar.
3	Estabelecer o projeto terapêutico e o plano de alta junto à equipe multiprofissional.
4	Coletar informações do paciente (cuidador principal, município de referência, condições clínicas e cuidados necessários no domicílio, entre outras), fatores facilitadores e restritores para continuar os cuidados no domicílio.
5	Elaborar e documentar o plano de alta em prontuário.
6	Comunicar e envolver paciente e/ou familiar/cuidador no plano de alta.
7	Coordenar os esforços dos diferentes profissionais da saúde consoantes ao plano de alta hospitalar.
8	Documentar os encaminhamentos necessários, guia de referência e contra referência, processo de oxigênio domiciliar e outros) para a assistente social.
9	Compartilhar informações com o município de origem relacionadas às condições clínicas, cuidados, núcleo familiar, entre outras informações pertinentes ao processo.
10	Orientar paciente e/ou familiar/cuidador sobre os cuidados e providencias necessárias após a alta hospitalar, de forma verbal e/ou escrita.
11	Ensinar o paciente e/ou familiar/cuidador a forma de manuseio de equipamentos e/ou materiais especiais para os cuidados necessários no domicílio revisando e certificando sua compreensão.
12	Realizar contato telefônico para acompanhamento após a alta hospitalar.
13	Agendar visita domiciliar para avaliação pós-alta.
14	Avaliar a efetividade do plano de alta analisando os cuidados realizados no domicílio, ocorrência de reinternação, dúvidas do paciente e/ou familiar/cuidador.

A média da concordância sobre as atividades do enfermeiro variou de 3,2 (contato pós alta e agendamento de visita domiciliar) a 4,0 (critérios de elegibilidade; coleta de informação; comunicação paciente e família e ensino de manuseio de equipamentos) (Tabela 1).

**Tabela 1** - Médias e medianas das respostas obtidas dos juízes sobre as atividades do enfermeiro na alta hospitalar responsável na fase Delphi 1. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2021.

<b>Atividades</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>Md</b>	<b>Q1</b>	<b>Q3</b>
1. Critérios de elegibilidade	4,0	0,0	4,0	4,0	4,0
2. Contato médico e previsão de alta	3,9	0,3	4,0	4,0	4,0
3. Projeto terapêutico	3,9	0,3	4,0	4,0	4,0
4. Coleta informações	4,0	0,0	4,0	4,0	4,0
5. Elaboração de plano de alta	3,6	0,7	4,0	3,5	4,0
6. Comunicação paciente/família	4,0	0,0	4,0	4,0	4,0
7. Coordenação equipe profissional	3,7	0,5	4,0	3,5	4,0
8. Documentação e encaminhamentos	3,7	0,5	4,0	3,5	4,0
9. Compartilhamento de informações	3,7	0,5	4,0	3,5	4,0
10. Orientação paciente/família	3,9	0,3	4,0	4,0	4,0
11. Ensino manuseio equipamentos	4,0	0,0	4,0	4,0	4,0
12. Contato pós alta	3,2	0,9	3,5	2,5	4,0
13. Agendamento visita domiciliar	3,2	1,2	4,0	2,5	4,0
14. Efetividade Plano de alta	3,6	0,7	4,0	3,5	4,0

M: média; DP: desvio padrão; Md: mediana; Q1 e Q3: quartis.

Nesta mesma fase, o IVC-I variou de 0,7 (contato pós alta e agendamento de visita domiciliar) a 1,0 (critérios, previsão de alta, projeto terapêutico, coleta e compartilhamento de informações, documentação, comunicação e orientação paciente/família, manuseio equipamentos e coordenação equipe). Os valores do K\* mostraram-se entre 0,72 a 1,0 – considerado excelente (Tabela 2).

**Tabela 2** - Índice de Validade de Conteúdo e Kappa modificado referente às respostas obtidas dos juízes sobre as atividades do enfermeiro na alta hospitalar responsável na fase Delphi 1. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2021.

<b>Atividades</b>	<b>p<sub>c</sub></b>	<b>IVC-I</b>	<b>K*</b>
1.Critérios de elegibilidade	0,004	1,00	1,00
2.Contato médico e previsão de alta	0,004	1,00	1,00
3.Projeto terapêutico	0,004	1,00	1,00
4. Coleta informações	0,004	1,00	1,00
5. Elaboração de plano de alta	0,031	0,87	0,87
6. Comunicação paciente/família	0,004	1,00	1,00
7.Coordenação equipe profissional	0,004	1,00	1,00
8. Documentação e encaminhamentos	0,004	1,00	1,00
9. Compartilhamento de informações	0,004	1,00	1,00
10. Orientação paciente/família	0,004	1,00	1,00
11. Ensino manuseio equipamentos	0,004	1,00	1,00
12. Contato pós alta	0,109	0,75	0,72
13.Agendamento visita domiciliar	0,109	0,75	0,72
14.Efetividade Plano de alta	0,031	0,87	0,87

p<sub>c</sub>: probabilidade de concordância ao acaso; IVC-I: índice de validade de conteúdo dos itens; K\*: Kappa modificado.

A partir das respostas obtidas no primeiro questionário mudanças foram efetuadas na segunda versão da listagem de atividades. Diante de justificativas apontadas pelos juízes alguns termos foram incluídos ou revisados para melhor clareza dos enunciados. Optou-se pela inversão dos itens 5 e 6 considerando que a comunicação e inclusão do paciente/familiar no planejamento da alta deve preceder o registro em prontuário ou eletronicamente, seguindo, assim, uma cronologia na dinâmica do processo. A avaliação da efetividade do plano de alta (item 14) foi validada, mas com extensas ressalvas por parte dos juízes, e assim, optou-se por sua reformulação. Neste segundo momento, apenas cinco juízes retornaram as respostas dos questionários (Quadro 2).

**Quadro 2** – Atividades mapeadas e encaminhadas para parecer dos juízes na fase Delphi 2. São José do Rio Preto, SP 2021.

ATIVIDADES	
1	Identificar critérios de elegibilidade para a alta responsável do paciente através de busca ativa a beira leito.
2	Discutir com o médico a previsão de alta hospitalar.
3	Estabelecer o projeto terapêutico e o plano de alta junto à equipe multiprofissional.
4	Coletar informações do paciente (cuidador principal, rede de atenção à saúde do município, condições clínicas, composição familiar, e cuidados necessários no domicílio, entre outras), fatores facilitadores e restritores para continuar os cuidados no domicílio.
5	Comunicar e envolver paciente e/ou familiar/cuidador no plano de alta.
6	Elaborar o plano de alta e realizar sua documentação em prontuário ou eletronicamente.
7	Alinhar o processo de comunicação e coordenar ações entre a equipe multidisciplinar.
8	Documentar os encaminhamentos necessários, guia de referência e contra referência, processo de oxigênio domiciliar e outros para a assistente social.
9	Compartilhar informações com o município de origem relacionadas às condições clínicas, cuidados, núcleo familiar, entre outras informações pertinentes ao processo.
10	Orientar paciente e familiar/cuidador sobre os cuidados e providencias necessárias após a alta hospitalar, de forma verbal e/ou escrita
11	Ensinar o paciente e familiar/cuidador a forma de manuseio de equipamentos e/ou materiais especiais para os cuidados necessários no domicílio revisando e certificando sua compreensão.
12	Realizar acompanhamento do paciente/família através de contato telefônico até sete dias após a alta hospitalar para esclarecer dúvidas e reforçar orientações.
13	Agendar e realizar visita domiciliar para pacientes com maior demanda de necessidades de cuidados (uso de equipamentos/aparatos ou cuidados de maior complexidade técnica).
14	Identificar problemas após a alta hospitalar, via telefone ou em visita ao domicílio, e estabelecer um plano de cuidados para resolutividade dos mesmos, envolvendo a unidade de atenção primária de referência, quando necessário.

Na fase Delphi 2 (Tabela 3), a média da concordância sobre as atividades do enfermeiro variou de 2,8 (contato telefônico pós alta) a 4,0 (previsão de alta, projeto

terapêutico, orientação e comunicação ao paciente/família, coordenação da equipe e agendamento de visita domiciliar).

**Tabela 3** - Médias e medianas das respostas obtidas dos juízes sobre as atividades do enfermeiro na alta hospitalar responsável na fase Delphi 2. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2021.

<b>Atividades</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>Md</b>	<b>Q1</b>	<b>Q3</b>
1.Critérios de elegibilidade	3,8	0,4	4,0	4,0	4,0
2. Contato médico e previsão de alta	4,0	0,0	4,0	4,0	4,0
3.Projeto terapêutico	4,0	0,0	4,0	4,0	4,0
4. Coleta informações	3,6	0,5	4,0	3,0	4,0
5. Comunicação paciente/família	4,0	0,0	4,0	4,0	4,0
6. Elaboração de plano de alta	3,8	0,4	4,0	4,0	4,0
7.Coordenação equipe profissional	4,0	0,0	4,0	4,0	4,0
8. Documentação e encaminhamentos	3,8	0,4	4,0	4,0	4,0
9. Compartilhamento de informações	3,6	0,5	4,0	3,0	4,0
10. Orientação paciente/família	4,0	0,0	4,0	4,0	4,0
11. Ensino manuseio equipamentos	3,8	0,4	4,0	4,0	4,0
12. Contato telefônico pós alta (até 7 dias)	2,8	0,8	3,0	2,0	3,0
13.Agendamento visita domiciliar *	4,0	0,0	4,0	4,0	4,0
14.Identificação/solução problemas pós alta	3,8	0,4	4,0	4,0	4,0

M: média; DP: desvio padrão; Md: mediana; Q1 e Q3: quartis; \* para pacientes com maior demanda de necessidades de cuidados (uso de equipamentos/aparatos ou cuidados de maior complexidade técnica).

Todos os itens do IVC-I, nesta fase, receberam o valor 1,0 exceto o item 12 relativo ao contato telefônico pós alta que obteve valor de 0,60; já os valores do K\* variaram de 0,42 (moderado) -1,0 (excelente) (Tabela 4).

**Tabela 4** - Índice de Validade de Conteúdo e Kappa modificado referente às respostas obtidas dos juízes sobre as atividades do enfermeiro na alta hospitalar responsável na fase Delphi 2. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2021.

<b>Atividades</b>	<b>p<sub>c</sub></b>	<b>IVC-I</b>	<b>K*</b>
1.Critérios de elegibilidade	0,031	1,00	1,00
2. Contato médico e previsão de alta	0,031	1,00	1,00
3.Projeto terapêutico	0,031	1,00	1,00
4. Coleta informações	0,031	1,00	1,00
5. Comunicação paciente/família	0,031	1,00	1,00
6. Elaboração de plano de alta	0,031	1,00	1,00
7.Coordenação equipe profissional	0,031	1,00	1,00
8. Documentação e encaminhamentos	0,031	1,00	1,00
9. Compartilhamento de informações	0,031	1,00	1,00
10. Orientação paciente/família	0,031	1,00	1,00
11. Ensino manuseio equipamentos	0,031	1,00	1,00
12. Contato telefônico pós alta (até 7 dias)	0,313	0,60	0,42
13.Agendamento visita domiciliar*	0,031	1,00	1,00
14.Identificação/solução problemas pós alta	0,031	1,00	1,00

p<sub>c</sub>: probabilidade de concordância ao acaso; IVC-I: índice de validade de conteúdo dos itens; K\*: Kappa modificado;\*para pacientes com maior demanda de necessidades de cuidados (uso de equipamentos/aparatos ou cuidados de maior complexidade técnica).

A listagem final das 13 atividades validadas a serem realizadas pelos enfermeiros na alta hospitalar responsável encontra-se apresentada no Quadro 3.

**Quadro 3** – Atividades a serem realizadas pelo enfermeiro na alta hospitalar responsável validadas pelos juízes. São José do Rio Preto, SP 2021.

<b>ATIVIDADES</b>	
1	Identificar critérios de elegibilidade para a alta responsável do paciente através de busca ativa a beira leito.
2	Discutir com o médico a previsão de alta hospitalar.
3	Estabelecer o projeto terapêutico e o plano de alta junto à equipe multiprofissional.
4	Coletar informações do paciente (cuidador principal, rede de atenção à saúde do município, condições clínicas, composição familiar, e cuidados necessários no domicílio, entre outras), fatores facilitadores e restritores para continuar os cuidados no domicílio.
5	Comunicar e envolver paciente e/ou familiar/cuidador no plano de alta.
6	Elaborar o plano de alta e realizar sua documentação em prontuário ou eletronicamente.
7	Alinhar o processo de comunicação e coordenar ações entre a equipe multidisciplinar.
8	Documentar os encaminhamentos necessários, guia de referência e contra referência, processo de oxigênio domiciliar e outros para a assistente social.
9	Compartilhar informações com o município de origem relacionadas às condições clínicas, cuidados, núcleo familiar, entre outras informações pertinentes ao processo.
10	Orientar paciente e familiar/cuidador sobre os cuidados e providências necessárias após a alta hospitalar, de forma verbal e/ou escrita
11	Ensinar o paciente e familiar/cuidador a forma de manuseio de equipamentos e/ou materiais especiais para os cuidados necessários no domicílio revisando e certificando sua compreensão.
12	Agendar e realizar visita domiciliar para pacientes com maior demanda de necessidades de cuidados (uso de equipamentos/aparatos ou cuidados de maior complexidade técnica).
13	Identificar problemas após a alta hospitalar, via telefone ou em visita ao domicílio, e estabelecer um plano de cuidados para resolutividade dos mesmos, envolvendo a unidade de atenção primária de referência, quando necessário.

#### **4.2 Contribuição das ações interprofissionais na transição do cuidado**

O estudo contou com a participação de 12 profissionais do sexo feminino, sendo dois de cada área: assistente social (AS), enfermeiro (E), fisioterapeuta (FI), fonoaudiólogo (FO),



médico (ME) e nutricionista (NU), com idade média de 37,7 (Dp= 8,2; variação 27-47) anos. Atuavam na instituição, em média, há 9,5 (Dp=7,5; variação 1-24) anos; oito deles possuíam curso de especialização em diversas áreas e o tempo médio de experiência no processo de alta responsável foi de 4 (Dp=1,9; variação 1-7) anos.

Da análise dos relatos foram extraídas seis categorias temáticas: 1. Sobrecarga de trabalho - demanda de atendimento e tempo dedicado; 2. Interação/Comunicação entre os profissionais; 3. Planejamento antecipado da alta; 4. Orientações ao paciente/familiar/cuidador; 5. Avanços e aspectos restritores das ações interprofissionais e 6. Repercussões das ações para continuidade do cuidado.

Os relatos da equipe, apresentados no Tema 1, demonstram alta demanda de pacientes inseridos na alta responsável com perdas de atendimentos, dificuldade para participar das reuniões interprofissionais e tempo insuficiente dedicado ao processo.

*...a gente tem uma sobrecarga muito grande, são muitos pacientes, então nem sempre eu consigo participar de todas as reuniões de alta qualificada,... as vezes o paciente vai embora e ...a gente perde, não consegue orientar...* [E3 – Fonoaudiólogo]

*...então dá em média, treze pacientes por dia. É.. eu acho que sempre o tempo é curto,...* [E6 – Médico]

*...o tempo poderia ser maior... como a produtividade é cobrada as vezes a gente diminui o tempo..* [E7 – Nutricionista]

*... na maioria das vezes acaba não sendo adequado, até por conta da demanda,... acaba sendo um tempo que varia muito com a demanda, das necessidades, da complexidade de cada paciente.* [E10 - Assistente social]

*...a gente sempre tem uns 2, 3 pra gente acompanhar diariamente... deveria ter um tempo maior pra gente se dedicar nisso. É porque dependendo da demanda...* [E11- Enfermeiro]

A interação/comunicação entre os profissionais (Tema 2) mostrou-se facilitada pelo uso da mídia social WhatsApp, mas, foi considerada, ainda, como fragmentada; Houve reconhecimento do enfermeiro como mediador na relação entre médicos e demais membros da equipe interprofissional.

*...os grupos no WhatsApp facilitam muito essa articulação.* [E3- Fonoaudiólogo]

*...a equipe da enfermagem, ...que faz o link entre o médico e a equipe multiprofissional, ...é uma peça chave nisso, que ajuda bastante nessa alta qualificada...* [E8- Nutricionista]

*...poderia ter mais reunião de equipe... elaborar esse plano em conjunto com todos os profissionais.. ela existe, de forma bem fragmentada,...* [E10- Assistente social]

Os participantes relataram (Tema 3) que a falta de informação precoce do médico para os membros da equipe, sobre a elegibilidade do paciente, dificulta o planejamento da alta responsável tornando o tempo hábil reduzido. Desta forma, sinalizam a necessidade de melhorar o fluxo da comunicação.

*...comunicação entre a equipe poderia melhorar... a gente passa visita multi duas vezes na semana, ...então, as vezes, faltam algumas coisas de organização..* [E2- Fisioterapeuta]

*Eu acho que a equipe médica poderia avisar mais antecipadamente.* [E11- Enfermeiro]

*...muitas vezes a equipe chama de alta qualificada, mas na prática não acontece... o paciente de alta qualificada vai embora daqui a pouco, isso pra mim não é alta qualificada, não houve uma programação.* [E8- Nutricionista]

As narrativas (Tema 4) destacam o envolvimento do paciente/familiar/cuidador no planejamento da alta responsável, as orientações e ensino sobre o manuseio de equipamentos pela equipe interprofissional e apontam dificuldade na identificação do cuidador principal.

*...eles participam durante a hospitalização... principalmente dos pacientes conscientes, orientados, eles têm direito de escolha, se vão usar a sonda, se eles querem a sonda...*[E5- Médico]

*...é muito importante identificar esse cuidador principal... durante toda internação, mas muitas vezes isso não é possível,... então a gente sempre orienta eles, quando não for o cuidador principal, então vamos dividir essas tarefas, para não sobrecarregar apenas um.* [E10-Assistente social]

*A maioria dos cuidadores, familiares que estão acompanhando o paciente, eles participam do planejamento sim. Desde o primeiro momento que já coloca algum dispositivo, ai a gente já começa com as orientações.* [E11-Enfermeiro]

O tema 5 revelou os avanços e aspectos restritores das ações interprofissionais. Na percepção dos profissionais, o trabalho em equipe na alta responsável resulta em desospitalização, maior rotatividade de leitos e prevenção de reinternações. No entanto, alguns pacientes ainda deixam a instituição hospitalar sem orientação para a continuidade dos cuidados no domicílio e a eficácia não é completa devido à falta de acompanhamento pós alta.

*...foi bom para isso, para a gente preparar os acompanhantes, os cuidadores... assim evitando uma reinternação desnecessária.* [E2- Fisioterapeuta]

*...o tratamento em equipe, a gente consegue conduzir o paciente mais rápido, assim desospitalizar, é proveitoso para o hospital, porque a gente dá mais altas, gera menos gastos para o hospital,...* [E5- Médico]

*...eu acho que as vezes ainda ficam falhas, que a gente vê ainda pacientes indo embora, sem receber uma orientação...[E3- Fonoaudiólogo]*

*...eu acho que ela ajuda bastante, mas acredito que não seja 100% eficaz por conta dessa falta de acompanhamento posterior,... [E7-Nutricionista]*

Em relação às repercussões das ações para a continuidade do cuidado (Tema 6) a equipe entende que a concentração das orientações em um único dia/momento, como consequência da informação médica próxima à data de saída do hospital, gera dúvidas ao paciente/família/cuidador no retorno ao domicílio. Também, a falta de feedback da Atenção Primária à Saúde sobre as dificuldades vivenciadas impossibilita o acompanhamento das ações realizadas na comunidade. Há sugestão para contato telefônico e visita domiciliar.

*Então não dá tempo, o médico pede em um dia no outro o paciente vai embora, então é meio que um pouco complicado. E aí a gente não sabe se no município eles estão fazendo porque não tem esse retorno, se eles conseguem fazer....[E12- Enfermeiro]*

*...depende do perfil da família, da condição social, cultural,...do que eles compreendem,...[E10- Assistente social]*

*...se tivesse um tempo maior, mais dias para orientar,...porque as vezes é tudo no mesmo dia,...a família fica cheia de informação e chega em casa e fica a dúvida.[...] fazer orientação por vídeo,...uma coisa que eles pudessem levar para casa...uma forma mais lúdica, ...não só por escrito.[E3- Fonoaudiólogo]*

*...fazer um contato telefônico breve sete dias depois da alta, ou/e fazer visita domiciliar depois da alta... poderia evitar muita reinternação...[E6- Médico]*

#### **4.3 Operacionalização e tempo estimado no processo de alta responsável**

Houve participação de 71 enfermeiros vinculados a 29 instituições de cuidados de saúde localizados em nove cidades do Estado de São Paulo, sendo elas, Barretos, Bauru,

Botucatu, Campinas, Catanduva, Marília, São José do Rio Preto, Ribeirão Preto e São Paulo. Os hospitais eram de natureza geral – 59(83,1%), sendo 12(16,9%) especializados em pediatria, materno-infantil, cuidados paliativos e oncologia. A divulgação do link de acesso à pesquisa através das mídias profissional e social impossibilitou o cálculo da taxa de respostas.

Os profissionais desempenhavam função clínico/assistencial (n=57), de supervisão (n=3), gerencia de enfermagem (n=2), docência (n=1) e residência (n=2). Outras funções (n=6) exercidas foram relatadas como enfermeiro navegador, de kanbam, de desospitalização e especialidade. Dos que responderam, 17 atuavam em unidades de internação, 38 em unidades especializadas e cinco em outros serviços. Na Tabela 5 encontram-se apresentadas as demais características sociodemográficas e profissionais, considerando-se os hospitais de ensino (HE), público (PU) e privado (PV).

**Tabela 5** -Perfil profissional dos enfermeiros participantes do processo de alta hospitalar responsável de acordo com a natureza jurídica. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2021.

Variáveis	Ensino n=46	Público n=11	Privado n=14	Valor p
<b>Sexo</b> -N(%) *				NS
Feminino	43(93,5)	10(90,9)	13(92,9)	
Masculino	3(6,5)	1(9,1)	1(7,1)	
<b>Idade (anos)</b> †				NS
Média (Dp)	35,7(7,0)	37,7(9,0)	35,4(5,6)	
Variação	25-56	23-48	26-45	
<b>Tempo atuação (anos)</b> †				NS
Média (DP)	11,6(7,4)	12,8(8,2)	11,6(5,3)	
Variação	0,8-36	2-26	2-20	
<b>Tempo de atuação alta (meses)</b> †				NS
Média (DP)	47,1(32,7)	55,1(39,0)	62,9(32,8)	
Variação	10-108	6-108	12-104	
<b>Formação</b> - N(%) *				<0.001
Graduação	14(30,4)	1(9,1)	1(7,1)	
Especialização	25(54,3)	3(27,3)	13(92,9)	
Mestrado	6(13,0)	5(45,4)	-	
Doutorado	-	2(18,2)	-	
Pós doutorado	1(2,2)	-	-	

\*Teste Exato de Fischer; †Teste de Kruskal-Wallis e Teste post-hoc de Dunn.

“Identificar critérios de elegibilidade para a alta responsável” (A1) e “estabelecer o projeto terapêutico e o plano de alta”(A3) são sempre realizados nos hospitais de ensino - 27(58,7%) A1 e 23(50%) A3; nos públicos 7(63,6%) A1 e 6(54,5%) A3; nos privados, frequentemente,7(50%) A1 e 9(64,3%) A3. Já a atividade “previsão de alta” (A2) sempre é conduzida nos diversos hospitais - E- 23(50%), PU 6(54,5%) e PV 8(57,1%).

As atividades (A1, A2 e A3) ocorrem durante o período de internação com variação de 6(54,5%) PU - A3 a13(92,9%) PV - A2 nos dias D1-D4 (A1:22 (57,9%) HE e 8 (72,8%)PV); A2:23 (62,1%) E e 11 (84,6%) PV; A3(69,7%) E, 2(40) PU e 7(70%) PV). Ainda, nos dias D1-D2 (A1: 2(33,3%) PV, 3(42,9%) PU) e diariamente (A1: 2(33,3%) PV; A2:2(28,6%) PU; A3:2(40%) PU) (Tabela 6).

**Tabela 6** - Frequência e momento da realização das atividades critérios de elegibilidade, previsão de alta e projeto terapêutico nas instituições investigadas. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2021. N=71.

Variáveis	Ensino (n=46)			Público (n=14)			Privado (n=11)		
	A1	A2	A3	A1	A2	A3	A1	A2	A3
<i>Frequência</i>									
<i>N(%)*</i>									
Nunca	1(2,2)	-	1(2,2)	-	-	-	-	-	-
Às vezes	3(6,5)	7(15,2)	4(8,7)	2(18,2)	1(9,1)	2(18,2)	4(28,6)	2(14,3)	2(14,3)
Frequente	15(32,6)	16(34,8)	18(39,1)	2(18,2)	4(36,4)	3(27,3)	7(50)	4(28,6)	9(64,3)
Sempre	27(58,7)	23(50)	23(50)	7(63,6)	6(54,5)	6(54,5)	3(21,4)	8(57,1)	3(21,4)
<i>Momento-</i>									
<i>N(%)*</i>									
Admissão	3(6,7)	3(6,5)	4(8,9)	1(10)	2(18,2)	1(9,1)	2(14,3)	1(7,1)	2(14,3)
Alta	4(8,9)	4(8,7)	4(8,9)	2(20)	1(9,1)	4(36,4)	-	-	2(14,3)
Internação	38(84,4)	39(84,8)	37(82,2)	7(70)	8(72,7)	6(54,5)	12	13	10
(dia)							(85,7)	(92,9)	(71,4)
1-2	12(31,6)	12(32,4)	12(36,4)	2(33,3)	3(42,9)	1(20)	4(36,4)	5(38,5)	3(30)
3-4	10(26,3)	11(29,7)	11(33,3)	1(16,7)	1(14,3)	2(40)	4(36,4)	6(46,1)	4(40)
5-7	5(13,2)	2(5,4)	3(9,1)	1(16,7)	-	-	2(18,2)	-	-
Diária	2(5,3)	1(2,7)	1(3)	2(33,3)	2(28,6)	2(40)	-	-	-
Perto alta	3(7,9)	1(2,7)	1(3)	-	-	-	-	-	-
Sem data	6(15,8)	10(27)	5(15,1)	-	1(14,3)	-	1(9,1)	2(15,4)	3(30)

\*Teste Exato de Fischer não significativo; A1: Identificar critérios de elegibilidade para a alta responsável do paciente através de busca ativa a beira leito, A2: Discutir com o médico a previsão de alta hospitalar, A3: Estabelecer o projeto terapêutico e o plano de alta junto à equipe multiprofissional.

“Coletar informações do paciente” (A4), “comunicação paciente/família” (A5) e “elaboração de plano de alta” (A6) são sempre realizadas nos hospitais de ensino (A4:24(52,2%); A5: 30(65,2%); A6: 30 (65,2%); nos hospitais públicos (A5: 7(63,6%); A6:6(54,5%) e nos privados (A5:8(57,1%); A6: 7(50%).

Durante a internação é o momento referido para as atividades A4 (33(73,3% - E; 6(66,7% - PU); A5 (35(76,1% - E; 8(61,5) PV) e A6(64,4%- E). Houve menções de durante internação e admissão, respectivamente, 6(50%) e 5(41,7) em hospitais privados e 6(54,5%) e 3(27,3) nos públicos. Também, no momento da alta, para A6 - alta 9(81,8) PU.

Os quatro primeiros dias de internação (D1-D4) são preferencialmente escolhidos para implementação das atividades A4-A6 nos hospitais de ensino (A4: 20(64,2); A5:17(54,9%); 15(60%) e para a A5 nos privados - 5(62,5%). As atividades A5 e A6 ocorrem mais frequentemente nos dias D3-D4 nos hospitais públicos (A5:2(40%); A6: 1(100%) e nos privados (A5:5(62%). A atividade A4, nos privados, é realizada nos dias D5-D7 – 2(33%). O percentual de respostas para a opção sem data estabelecida variou de 5(16,1%) A4/E a 2(40%) para A4 e A5/PU. (Tabela 7).

**Tabela 7-** Frequência e momento da realização das atividades coletar informações, elaboração de plano de alta e comunicação paciente/família nas instituições investigadas. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2021. N=71.

Variáveis	Ensino (n=46)			Público (n=14)			Privado (n=11)		
	A4	A5	A6	A4	A5	A6	A4	A5	A6
<i>Frequência</i>									
N(%)*									
Nunca	-	1(2,2)	1(2,2)	-	-	-	1(7,1)	-	1(7,1)
Às vezes	5(10,9)	2(4,3)	3(6,5)	5(45,4)	1(9,1)	1(9,1)	2(14,3)	3(21,4)	3(21,4)
Frequente	17(37)	13(28,3)	12(26,1)	2(18,2)	3(27,3)	4(36,4)	6(42,9)	3(21,4)	3(21,4)
Sempre	24(52,2)	30(65,2)	30(65,2)	4(36,4)	7(63,6)	6(54,5)	5(35,7)	8(57,1)	7(50)
<i>Momento</i>									
N(%)*									
Admissão	7(15,6)	6(13)	3(6,7)	2(22,2)	3(27,3)	1(9,1)	5(41,7)	2(15,4)	1(7,7)
Alta	5(11,1)	5(10,9)	13(28,9)	1(11,1)	2(18,2)	9(81,8)	1(8,3)	3(23,1)	5(38,5)
Internação (dia)	33(73,3)	35(76,1)	29(64,4)	6(66,7)	6(54,5)	1(9,1)	6(50)	8(61,5)	7(53,8)
1-2	8(25,8)	10(32,3)	6(24)	1(20)	-	-	2(33,3)	3(37,5)	1(14,3)
3-4	12(38,7)	7(22,6)	9(36)	1(20)	2(40)	1(100)	1(16,7)	2(25)	3(42,9)
5-7	4(12,9)	4(12,9)	3(12)	-	-	-	2(33,3)	2(25)	-
Diária	1(3,2)	1(3,2)	1(4)	1(20)	1(20)	-	-	-	2(28,6)
Perto alta	1(3,2)	1(3,2)	1(4)	-	-	-	-	-	-
Sem data	5(16,1)	8(25,8)	5(20)	2(40)	2(40)	-	1(16,7)	1(15)	1(14,3)

\*Teste Exato de Fischer  $p \leq 0,05$  para momento (frequência) A6; dados perdidos para momento; A4: Coletar informações do paciente (cuidador principal, rede de atenção à saúde do município, condições clínicas, composição familiar, e cuidados necessários no domicílio, entre outras), fatores facilitadores e restritores para continuar os cuidados no domicílio, A5: Comunicar e envolver paciente e/ou familiar/cuidador no plano de alta, A6: Elaborar o plano de alta e realizar sua documentação em prontuário ou eletronicamente.

“Coordenação equipe profissional” (A7) e “Documentação/encaminhamentos” (A8) são conduzidas sempre nos hospitais de ensino - 24(52,2%) A7 e 29(63%) A8; nos públicos - 7(63,6) A7 e 5(45,4) A8; e, frequentemente nos hospitais privados -9(64,3%) A7 e 8(57,1%) A8. Encontrou-se dispersão de respostas para “Compartilhamento de informações” A9 nos hospitais de ensino (sempre 21(45,6%) e às vezes 16(34,8%); nos hospitais públicos (nunca 5(45,4%), às vezes 3(27,3%) e sempre 3(27,3%) e nos hospitais privados (às vezes 6(42,9%) e nunca 5(35,7%).

As atividades (A7, A8 e A9) são realizadas durante o período de internação nos hospitais de ensino e públicos (variação 4(57,1%) A8/PU a 37(82,2%) A7/E). Nos privados, durante internação (A7:8(57,1%; A8:4(40%);A9:2(40%) e no momento da alta hospitalar



(A8: 5(50%); A9:2(40%). Ocorrem, nos dias D1-D2 (variação de 6(22,2%) - A8/E a 3(37,5%) A7/PV); D3-D4 (variação 9(27,3%) A7/E a 2(66,7%) A8/PV; D5-D7 1(33,3%) PU; perto da alta (1(50% A9/PU) ou mesmo diariamente (2(33,3%) A7/PU. Destaca-se o percentual de respostas para a opção sem data estabelecida para todas as atividades variando de 5(15,1%) A7/E a 2(66,7%) A8/PU (Tabela 8).

**Tabela 8** - Frequência e momento da realização das atividades coordenação equipe profissional, documentação e encaminhamentos e compartilhamento de informações nas instituições investigadas. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2021. N=71.

Variáveis	Ensino (n=46)			Público (n=14)			Privado (n=11)		
	A7	A8	A9	A7	A8	A9	A7	A8	A9
<i>Frequência</i>									
N(%)*									
Nunca	1(2,2)	-	2(4,3)	-	3(27,3)	5(45,4)	-	2(14,3)	5(35,7)
Às vezes	4(8,7)	10(21,7)	16(34,8)	2(18,2)	2(18,2)	3(27,3)	1(7,1)	2(14,3)	6(42,9)
frequente	17(37,0)	7(15,2)	7(15,2)	2(18,2)	1(9,1)	-	9(64,3)	8(57,1)	2(14,3)
Sempre	24(52,2)	29(63,0)	21(45,6)	7(63,6)	5(45,4)	3(27,3)	4(28,6)	2(14,3)	1(7,1)
<i>Momento</i>									
N(%)*									
Admissão	3(6,7)	2(4,5)	1(2,7)	2(18,2)	1(14,3)	1(33,3)	3(21,4)	1(10,0)	1(20,0)
Alta	5(11,1)	9(20,4)	9(24,3)	2(18,2)	2(28,6)	-	3(21,4)	5(50,0)	2(40,0)
Internação	37(82,2)	33(75,0)	27(73,0)	7(63,6)	4(57,1)	2(66,7)	8(57,1)	4(40,0)	2(40,0)
(dia)									
1-2	12(36,4)	6(22,2)	3(14,3)	1(16,7)	-	-	3(37,5)	1(33,3)	-
3-4	9(27,3)	8(29,6)	8(38,1)	1(16,7)	-	1(50,0)	3(37,5)	2(66,7)	1(50,0)
5-7	4(12,1)	3(11,1)	3(14,3)	-	1(33,3)	-	-	-	-
Diária	2(6,1)	1(3,7)	1(4,8)	2(33,3)	-	-	-	-	-
Perto alta	1(3,0)	3(11,1)	1(4,8)	-	-	1(50,0)	-	-	-
Sem data	5(15,1)	6(22,2)	5(23,8)	2(33,3)	2(66,7)	-	2(25,0)	-	1(50,0)

\*Teste Exato de Fischer:  $p < 0,01$  para frequência A8;  $p < 0,05$  para frequência A9; dados perdidos para frequência e momento; A7: Alinhar o processo de comunicação e coordenar ações entre a equipe multidisciplinar, A8: Documentar os encaminhamentos necessários, guia de referência e contra referência, processo de oxigênio domiciliar e outros para a assistente social, A9: Compartilhar informações com o município de origem relacionadas às condições clínicas, cuidados, núcleo familiar, entre outras informações pertinentes ao processo.

“Orientações ao paciente/família” (A10) são sempre conduzidas nos diversos tipos de hospitais (variação 8(57,1%) no PV a 8(57,1%) no PU). “Ensino ao paciente e familiar/cuidador a forma de manuseio de equipamentos e/ou materiais especiais” (A11) sempre nos HE - 31(67,4%) e PU - 8(72,7) e frequentemente nos PV - 8(57,1%).

São realizadas durante o período de internação nos HE e PU (variação 55,6 - 73,9%); nos privados, no momento da alta (A10 na alta - 8(61,5%), e A11 durante a internação 6(50%) e na alta 5(41,7%); nos dias A10 (D1-D4 (HE); D1-D2 e perto da alta (PU); D1-D4 PV), e, A11(D1-D2 (HE); D3-D4 e sem data definida no PU; D3-D4 (PV) (Tabela 9).

**Tabela 9** - Frequência e momento da realização das atividades orientação paciente/família e ensino manuseio equipamentos nas instituições investigadas. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2021. N=71.

Variáveis	Ensino (n=46)		Público (n=14)		Privado (n=11)	
	A10	A11	A10	A11	A10	A11
<i>Frequência</i> N(%)*						
Nunca	-	-	1(9,1)	2(18,2)	-	1(7,1)
Às vezes	2(4,3)	3(6,5)	-	-	2(14,3)	2(14,3)
Frequente	12(26,1)	12(26,1)	2(18,2)	1(9,1)	4(28,6)	8(57,1)
Sempre	32(69,6)	31(67,4)	8(72,7)	8(72,7)	8(57,1)	3(21,4)
<i>Momento</i> N(%)*						
Admissão	3(6,5)	1(2,2)	1(11,1)	-	1(7,7)	1(8,3)
Alta	9(19,6)	10(21,7)	3(33,3)	1(11,1)	8(61,5)	5(41,7)
Internação (dia)	34(73,9)	35(76,1)	5(55,6)	8(88,9)	4(30,8)	6(50,0)
1-2	6(20,7)	14(46,7)	1(50,0)	-	1(33,3)	1(25,0)
3-4	9(31,0)	4(13,3)	-	2(33,3)	1(33,3)	2(50,0)
5-7	3(10,3)	4(13,3)	-	-	-	-
Diária	1(3,4)	2(6,7)	-	1(16,7)	-	-
Perto alta	2(6,9)	1(3,3)	1(50,0)	1(16,7)	-	-
Sem data	8(27,6)	5(16,7)	-	2(33,3)	1(33,3)	1(25,0)

\*Teste Exato de Fischer  $p < 0,05$  para frequência A11 e momento A10; A10: Orientar paciente e familiar/cuidador sobre os cuidados e providências necessárias após a alta hospitalar, de forma verbal e/ou escrita, A11: Ensinar o paciente e familiar/cuidador a forma de manuseio de equipamentos e/ou materiais especiais para os cuidados necessários no domicílio revisando e certificando sua compreensão.

Considerando todas as instituições, agendamento e visita domiciliar (A12), verificação de problemas/efetividade do plano de alta (A13) e contato telefônico após a alta (A14) nunca foram realizadas, respectivamente, por 44(63,7%), 41(58,6%) e 51(71,8%) enfermeiros. Em hospitais de ensino, somando-se sempre e frequentemente, entre 17,4% (A14) e 28,9% (A13) foram implementadas e A2 ocorreu, após a alta (46,1%) e na internação (38,5%). Hospitais privados (100%), de ensino (88,9%) e públicos (50%) realizaram A13 no pós alta, conforme apresentado na Tabela 10.

**Tabela 10-** Frequência, momento para realização das atividades contato pós alta, agendamento visita domiciliar, efetividade do plano de alta nas instituições investigadas. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2021. N=71.

Variáveis	Ensino (n=46)			Público (n=14)			Privado (n=11)		
	A12	A13	A14	A12	A13	A14	A12	A13	A14
<i>Frequência</i>									
N(%)*									
Nunca	25(55,6)	22(48,9)	31(67,4)	9(81,8)	9(81,8)	7(63,6)	10(76,9)	10(71,4)	13(92,9)
Às vezes	8(17,8)	10(22,2)	7(15,2)	1(9,1)	1(9,1)	3(27,3)	1(7,7)	2(14,3)	-
frequente	3(6,7)	6(13,3)	4(8,7)	-	-	1(9,1)	2(15,4)	-	1(7,1)
Sempre	9(20,0)	7(15,6)	4(8,7)	1(9,1)	1(9,1)	-	-	2(14,3)	-
<i>Momento</i>									
N(%)*									
Admissão	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Alta	2(15,4)	1(11,1)	-	1(100,0)	1(50,0)	-	1(100,0)	-	-
Internação	5(38,5)	-	1(100,0)	-	-	-	-	-	-
(dia)									
1	-	-	1(100,0)	-	-	-	-	-	-
2	2(66,7)	-	-	-	-	-	-	-	-
4	1(33,3)	-	-	-	-	-	-	-	-
Pós Alta	6(46,1)	8(88,9)	-	-	1(50,0)	1(100,0)	-	3(100,0)	-
1-2	1(25,0)	2(40,0)	-	-	1(100,0)	1(100,0)	-	-	-
4-5	1(25,0)	1(20,0)	-	-	-	-	-	-	-
7	1(25,0)	1(20,0)	-	-	-	-	-	-	-
15	1(25,0)	1(20,0)	-	-	-	-	-	1(100,0)	-

\*Teste Exato de Fischer não significativo e não calculado para as amostras homogêneas. Dados perdidos para frequência, momento e tempo; A12: Agendar e realizar visita domiciliar para pacientes com maior demanda de necessidades de cuidados (uso de equipamentos/aparatos ou cuidados de maior complexidade técnica), A13: Identificar problemas após a alta hospitalar, via telefone ou em visita ao domicílio, e estabelecer um plano de cuidados para resolutividade dos mesmos, envolvendo a unidade de atenção primária de referência, quando necessário, A14: Realizar acompanhamento do paciente/família através de contato telefônico até sete dias após a alta hospitalar para esclarecer dúvidas e reforçar orientações.

O contato telefônico após a alta foi considerado muito importante 42(59,1%) e importante 28(39,4%) para enfermeiros das instituições pesquisadas; para 19(26,8%) como muito viável e 8(11,3%) inviável (Tabela 11).

**Tabela 11** - Importância e operacionalidade da atividade “Realizar acompanhamento do paciente/família através de contato telefônico até sete dias após a alta hospitalar para esclarecer dúvidas e reforçar orientações” nas instituições investigadas. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2021. N=71.

<b>Variáveis</b>	<b>Ensino (n=46)</b>	<b>Público (n=14)</b>	<b>Privado (n=11)</b>	<b>Total N(%)</b>
<i>Valor para a prática N(%)*</i>				
Não importante	-	-	-	-
Pouco importante	1(2,2)	-	-	1(1,4)
Importante	21(45,6)	2(18,2)	5(35,7)	28(39,4)
Muito importante	24(52,2)	9(81,8)	9(64,3)	42(59,1)
<i>Operacionalidade N(%)*</i>				
Não viável	3(6,5)	3(27,3)	2(14,3)	8(11,3)
Pouco viável	14(30,4)	4(36,4)	4(28,6)	22(31,0)
Viável	14(30,4)	3(27,3)	5(35,7)	22(31,0)
Muito viável	15(32,6)	1(9,1)	3(21,4)	19(26,8)

\*Teste Exato de Fischer: NS para valor para a prática e operacionalidade.

Encontraram-se várias combinações de profissionais envolvidos nas 14 atividades do processo de alta hospitalar responsável. As mais citadas foram: 1. Enfermeiro (E), médico (M), assistente social (AS), fisioterapeuta (F), nutricionista (N) e fonoaudiólogo (FO) - 27(38,6%); 2. enfermeiro, médico, assistente social - 8(11,4%); 3. enfermeiro, medico, assistente social, fisioterapeuta e nutricionista - 8(11,4%) e, 4. somente enfermeiro - 7(10%). Também foram referidas participação de terapeuta ocupacional, psicólogos, farmacêuticos, odontólogos e pedagogos - 8(11,6%).

O enfermeiro, individualmente, ou como parte da equipe realizou as todas as atividades. Observou-se baixo percentual de respostas para participação exclusiva de outros profissionais: AS (A3-A5, A8, A9, A12-A13), M (A8-A9, A12), AS, M (A4, A7-A9, A13) e N (A2, A9). Houve diferença significativa ( $p \leq 0,05$ ) entre os três tipos de hospitais para A3 – Projeto terapêutico (maior frequência de ‘E, M, AS,FI, N, FO’ no ensino e no público, de ‘E’, ‘E, FI, N, FO’ e ‘E, M, FI, N, FO’ no privado) e A6 - Comunicação paciente/família (maior frequência de ‘E’ e ‘E, M, AS, FI, N, FO’ no ensino, de ‘E, M’, ‘E, M, FI, N’ e ‘E, M, FI, N, FO’ no privado, e de ‘E, M’ no público).

Na percepção dos enfermeiros, o tempo despendido para realização das atividades de alta responsável variou de Md 5 minutos para as atividades compartilhamento de informações (A9) e agendamento visita domiciliar (A13) nos hospitais públicos a Md 52,5(IIQ 72,5) minutos para a atividade coleta de informações (A4) nos hospitais privados. O somatório do tempo estimado para as 14 atividades que compõem o processo de alta responsável foi de 257,5 (variação 205-410) minutos, como apresentado na Tabela 12.

**Tabela 12** - Tempo médio estimado pelos enfermeiros (em minutos) para realização das atividades da alta responsável. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2021. N=71.

Atividades	Ensino	Público	Privado	Valor p
	Md(IIQ)	Md(IIQ)	Md(IIQ)	
1. Critérios elegibilidade	10(10)	20(20)	42,5(40)	PV ≠ HE/PU
2. Contato médico e previsão de alta	10(10)	10(5)	20(50)	PV ≠ HE/PU
3. Projeto terapêutico	20(20)	15(20)	30(30)	PV ≠ HE
4. Coleta informações	20(20)	15(20)	52,5(72,5)	PU ≠ PV
5. Comunicação paciente/família	20(30)	12,5(15)	30(30)	PU ≠ PV
6. Elaboração de plano de alta	15(20)	20(20)	30(45)	NS
7. Coordenação equipe profissional	20(20)	20(20)	45(75)	HE ≠ PV
8. Documentação/encaminhamentos	20(20)	10(18)	30(105)	NS
9. Compartilhamento de informações	17,5(20)	5(20)	20(30)	NS
10. Orientação paciente/família	20(15)	20(20)	20(45)	NS
11. Ensino manuseio equipamentos	30(25)	30(25)	30(45)	NS
12. Contato telefônico pós alta	20(30)	10(10)	10(10)	NS
13. Agendamento visita domiciliar	20(20)	5(0)	20(0)	NS
14. Ident/solução problemas	15(20)	12,5(15)	30(0)	NS
Tempo Médio Total (variação)	257,5	205	410	

Teste de Kruskal-Wallis e Teste post-hoc de Dunn; Valor p < 0,05; NS: não significante; Md - mediana; IIQ - intervalo interquartil (IIQ= Q3-Q1); E- ensino; PU- publico; PV- Privado; 12. Contato telefônico pós alta (até 7 dias); 14. Identificação/solução problemas pós alta

Os participantes registraram algumas considerações na parte final dos questionários. Dentre elas destacam-se a valorização do relacionamento com a rede de atenção primária e o vínculo com a equipe interprofissional através da comunicação e definição clara de papéis. Também, julgaram importante o acompanhamento pós-alta do paciente e família por meio de

ligações e visitas domiciliares a fim de reduzir dúvidas e eventos adversos. Sugerem, que o melhor cenário seria iniciar o processo de alta, a partir da admissão, por meio da coleta de dados e educação ao paciente/família; porém, esta realidade encontra-se um pouco distante das instituições brasileiras, devido ao tempo que os profissionais têm disponível em sua carga horária.

---

## ***5 Discussão***

---

## 5 DISCUSSÃO

### 5.1 Mapeamento e Validação das Atividades de Alta Responsável

A partir do mapeamento das atividades a serem realizadas pelo enfermeiro na alta responsável, um grupo de oito profissionais, selecionados através da técnica Delphi, participou da validação de conteúdo da listagem construída. Em virtude da influência da composição do grupo de profissionais sobre os resultados obtidos e possibilidade de viés na pesquisa<sup>49</sup>, atenção especial foi dada ao conhecimento e experiência profissional dos participantes priorizando-se aqueles com atuação clínica, em instituições públicas e privadas, junto a pacientes em cuidados paliativos, situação de cronicidade e cuidados de maior complexidade assistencial, no processo de alta responsável.

Na fase Delphi 1 foram obtidos escores médios e IVC-I altos para a maioria das atividades mostrando alta concordância entre os juízes. Das 14 atividades listadas, dez apresentaram IVC-I e Kappa\* máximos (1,0). Isto evidencia que aspectos como identificação de critérios de elegibilidade; contato com o médico para previsão de alta hospitalar; estabelecimento do projeto terapêutico junto à equipe multiprofissional, coleta de informações do paciente para verificação dos fatores facilitadores e restritores para a continuação dos cuidados no domicílio; comunicação e orientação paciente/família; coordenação da equipe profissional; documentação, encaminhamentos e compartilhamento de informações com o município de origem e ensino de manuseio de equipamentos encontram-se incorporados na rotina diária do profissional.

Estudos apontaram<sup>23,25,27</sup> que o enfermeiro está diretamente ligado à coordenação do processo de alta responsável, participando ativamente no alinhamento da equipe interprofissional na elaboração do projeto terapêutico. Desta forma, busca entre os membros da equipe, aqueles envolvidos, especificamente, na demanda de cada paciente/família de acordo com o uso de dispositivos e complexidade assistencial, para articulação com o



município de origem e continuação dos cuidados no domicílio. Atividades direcionadas à educação em saúde tanto do paciente como família/cuidador foram identificadas como as mais realizadas por enfermeiros que atuam na transição do cuidado<sup>25</sup>. A importância da escolha do momento adequado - preferencialmente na admissão ou nos primeiros dias de internação - tem sido destacada<sup>17,25,42</sup>.

Não alcançaram o valor mínimo de concordância estabelecido ( $IVC-I \geq 0,80$ )<sup>41</sup> as atividades “Contato pós alta” e “Agendamento da visita domiciliar” ambas com IVC-I de 0,75 e  $K^* 0,72$ . De acordo com os relatos dos juízes, estas atividades apresentam relevância para a continuação do cuidado. No entanto, para alguns elas deveriam ser realizadas pela Atenção Básica em Saúde (ABS), ou seja, o município de origem do paciente; para outros, apenas para pacientes com maior demanda de cuidados na alta hospitalar.

Na segunda rodada Delphi, houve consenso dos juízes quanto à realização pelo enfermeiro de “Agendamento da visita domiciliar” (atividade 13) e “Identificação de problemas pós alta” (atividade 14), ambas com IVC-I e  $K^* 1,0$ . A modificação na redação e na abrangência das ações parece ter se mostrado determinante para a concordância. Assim, o agendamento e realização da visita domiciliar limitaram-se, apenas, à inclusão de pacientes com maior demanda de necessidades de cuidados (uso de equipamentos/aparatos ou cuidados de maior complexidade técnica).

“Identificação de problemas pós alta” originou-se da reestruturação da atividade “Avaliação da efetividade do plano de alta”, aprovada na fase Delphi 1, mas com muitos questionamentos dos juízes. Embora concordassem com a importância desta avaliação como forma de evitar falhas no processo e estabelecer melhorias preocupavam-se quanto à forma de operacionalização. Assim, na nova redação, houve maior especificação incorporando ações como a identificação de problemas após a alta hospitalar e o estabelecimento do plano de

cuidados para sua resolutividade. Ainda, a forma como poderia ocorrer - via telefone ou em visita ao domicílio - e o envolvimento da unidade da ABS de referência, quando necessário.

Parece contraditório que a visita domiciliar tenha alcançado consenso entre os juízes, mas não o acompanhamento do paciente/família através de contato telefônico, até sete dias após a alta, para esclarecer dúvidas e reforçar orientações - IVC-I 0,60 e K\*0,42. Isto pode ser explicado, em parte, pelo número de juízes ter sido reduzido para cinco, na Fase 2, apesar dos vários lembretes enviados. O monitoramento do paciente/família através de contato telefônico e visitas domiciliares contribui sobremaneira para os resultados assistenciais pós alta<sup>45</sup>.

A sobrecarga de trabalho e a conseqüente limitação do tempo para comunicação interprofissional torna o processo de alta responsável vulnerável impactando na qualidade das orientações e informações para a transição do cuidado<sup>25,45</sup>. Para fortalecer a articulação entre a Atenção Hospitalar e a ABS alguns países como Canadá<sup>29</sup>, Espanha<sup>27</sup> e Portugal<sup>28</sup> adotaram o modelo “enfermeiro de ligação”. Este profissional coordena o processo de alta, compartilhando informações entre os dois níveis de atenção, realizando planejamento de cuidados, atividades educativas e monitorando o atendimento das necessidades de atenção do paciente/família<sup>29</sup>.

No Brasil, algumas iniciativas, neste sentido, já despontam<sup>75</sup>. Seriam de grande valia, também, como forma de redução da carga de trabalho dos enfermeiros das unidades de internação; uma vez que a coordenação do processo de alta responsável demanda tempo e eles já se encontram sobrecarregados com as ações assistenciais e gerenciais.

### **5.1.1 Limitações do Estudo**

A redução do número de juízes na fase Delphi 2, poderia ser considerada uma limitação do estudo. Contudo, não existe na literatura critérios estabelecidos para a quantidade de profissionais na composição do grupo<sup>49</sup>. Consideram-se três especialistas como o número

mínimo aceitável para a mensuração da validade de conteúdo<sup>41</sup>. O interesse e o compromisso são considerados aspectos que favorecem a retenção dos juízes durante as fases<sup>41</sup>.

Ainda, a não validação de uma das atividades poderia ter conduzido para uma terceira fase Delphi. Isto não ocorreu devido à perda de juízes diante da situação sanitária ocasionada pela pandemia COVID-19 e o limite temporal para a condução do estudo. A fase Delphi 2 foi conduzida durante a pandemia de COVID-19, com grande impacto nos cenários de prática e na carga de trabalho, segurança física e emocional dos profissionais de saúde. Os juízes eram, em sua maioria, enfermeiros clínicos. Assume-se, nesta técnica que o número de rodadas de questionários (fases) continua até que se obtenha o consenso do grupo ou o número de respostas dos questionários diminuam.

### **5.1.2 Implicações para a área de Enfermagem, Saúde ou Política Pública**

A diversidade de contextos de prática, organização e dinâmicas de trabalho dos juízes contribuíram para uma listagem de atividades em conformidade com a realidade das instituições de saúde brasileiras. O mapeamento validado, em ordem sequencial de realização das atividades, pode ser utilizado como um checklist para nortear o planejamento e avaliação do sistema de alta hospitalar com propostas de melhorias. Possibilita, ainda, a avaliação do tempo dedicado pelo enfermeiro na condução das diversas etapas da alta responsável e mensuração da carga de trabalho para adequação do quadro de pessoal. Desta forma, contribui para o processo de alta segura e humanizada, a continuidade e integralidade do cuidado e, ainda, para a redução das readmissões e gastos hospitalares.

### **5.2 Contribuição das ações interprofissionais na transição do cuidado**

A equipe de saúde investigada reconhece a mediação e coordenação exercidas pelo enfermeiro no processo de alta responsável; corroborando outros estudos<sup>18,24</sup>. O cuidar,

iniciando-se pela identificação de necessidades dos pacientes, configura-se como atividade principal do enfermeiro e se articula às ações educativas e à transferência de informações para outros níveis de atenção no sentido de preparar paciente/família e profissionais para continuar a assistência<sup>76</sup>.

A continuidade dos cuidados é compreendida pela sua complexidade e necessita de profissionais treinados, dedicação de tempo e envolvimento interprofissional e interinstitucional. Nesse sentido, organizações de saúde em todo o mundo investem em equipes para a gestão da alta e, geralmente, posicionam o enfermeiro com dedicação exclusiva às atividades de transição<sup>23,27,29-30</sup>. Entretanto, em alguns serviços, o enfermeiro clínico assume esse processo junto às demais funções. Por sobrecarga de trabalho, informações são perdidas e atividades omitidas, assim, impactando a efetividade da atenção prestada<sup>28,31</sup>.

Na realidade, todos os profissionais de saúde realizam várias atividades na rotina hospitalar e a restrição de tempo parece comprometer a qualidade e a quantidade de avaliações e orientações que deveriam realizar para preparar o paciente/familiar para a alta, o que também foi evidenciado por outros autores<sup>77-78</sup>. Enfermeiros conseguem dedicar apenas 2% de uma jornada de oito horas de trabalho instruindo pacientes/familiares para o autocuidado no domicílio<sup>24</sup>.

A interdependência das ações para a alta responsável fica evidente nos relatos e representa um atributo do trabalho interprofissional marcado, contudo, pela hegemonia médica nas decisões; sobretudo, interferindo na organização do processo<sup>14</sup>. A comunicação da equipe foi facilitada, principalmente, pela mídia social WhatsApp, entretanto, esta interação não está totalmente consolidada.

Esta tecnologia, cada vez mais empregada nos serviços de saúde, contribui no compartilhamento de informações e na agilidade das respostas<sup>79</sup>, porém a confidencialidade dos dados tem sido questionada e aspectos éticos e jurídicos impulsionam a regulamentação

quanto ao seu uso<sup>80</sup>. O reconhecimento dos papéis, o diálogo para convergência de objetivos e delimitação das ações, bem como, o estabelecimento de um coordenador do processo constituem elementos-chave no desenvolvimento de colaboração e maior interação interprofissional<sup>14</sup> e precisam ser aprimorados por meio de educação permanente.

Os pacientes/familiares, de acordo com os relatos, são envolvidos no planejamento da alta e nas decisões sobre os cuidados ao longo da internação, mas a participação do cuidador principal representa uma dificuldade já que nem sempre está presente nos momentos de orientação ou, então, questões sociais comprometem o desenvolvimento da autonomia para o cuidado. Este movimento de inclusão requer alinhamento entre os profissionais e tempo para esclarecer, demonstrar e, por vezes, rever o plano de cuidados atendendo as expectativas/realidade do paciente/familiar.

Além disso, o compartilhamento da proposta terapêutica de forma empática e antecipada favorece a segurança quanto aos cuidados continuados<sup>81</sup>. A concentração de informações no último dia de internação, portanto, não o prepara para a alta e as dúvidas em relação ao receituário médico atestam esse erro<sup>78</sup>. A equipe investigada confirma fragilidades neste sentido.

Outra fragilidade corresponde às ações pós-alta, apenas um dos médicos sugeriu incorporar o contato telefônico e a visita domiciliar na transição dos cuidados. O contato telefônico após a alta tem sido adotado como intervenção educativa e promotora do autogerenciamento do cuidado prevenindo reinternações desnecessárias<sup>7,72</sup>. Este momento também é oportuno para a triagem de casos mais complexos e que necessitam de avaliação profissional no domicílio<sup>45</sup>. Entretanto, mesmo em estudos com equipes hospitalares destinadas à gestão da alta do paciente, esta busca fonada, após a alta não foi mencionada<sup>27-29</sup>.

Instituída há mais de cinco anos, no hospital em estudo, a garantia do cuidado para além da internação permanece desafiadora. Para aprimoramento do processo, a equipe sugere

ações educativas mais ilustrativas e que possam ser disponibilizadas ao paciente/familiar para consulta no domicílio e maior interação com profissionais da atenção primária. Autores<sup>82</sup> destacam a necessidade de se adequar as condições de trabalho, capacitar profissionais, adotar estratégias de comunicação entre equipes, paciente/familiar e serviços e, ainda, realizar a gestão dos resultados a fim de tornar a transição e continuidade dos cuidados mais efetiva.

### **5.2.1 Limitações do Estudo**

Os relatos representam a percepção de profissionais que atuam na alta responsável de um hospital de ensino. Outros cenários podem apresentar estas e/ou outras demandas e novas investigações sobre a alta hospitalar; precisam explorar tanto as percepções profissionais quanto dos pacientes e, também, investigar indicadores de resultados.

### **5.2.2 Implicações para a área de Enfermagem, Saúde ou Política Pública**

Gestores dos diferentes níveis de atenção podem se apoiar nos achados deste estudo para problematizar fatores organizacionais e profissionais envolvidos na alta responsável, tomando decisões em questões que precisam ser aprimoradas. Além dos gestores, este estudo pode auxiliar educadores e pesquisadores no debate e investigação de estratégias para maior integração dos diferentes pontos da RAS e maior participação do paciente/familiar no planejamento da alta refletindo em transição e continuidade dos cuidados mais efetivos.

### **5.3 Operacionalização e tempo estimado no processo de alta responsável**

A maioria das atividades da listagem proposta parece ser implementada pelos enfermeiros das instituições investigadas. Em hospitais públicos e de ensino, a identificação de pacientes elegíveis para a alta responsável sempre é realizada pela maioria dos enfermeiros e, frequentemente, é desenvolvida em instituições privadas. Na realidade canadense,

enfermeiras de ligação participam ativamente do reconhecimento de pacientes internados com necessidades de cuidados continuados após a alta. Esta busca acontece via sistema informatizado, junto ao enfermeiro da unidade, em reunião com a equipe e, também, por solicitação de profissionais e familiares<sup>29</sup>.

Ainda que essa atividade seja incorporada na rotina de enfermeiros clínicos/assistenciais, alguns serviços, dentre os analisados, alocam enfermeiros, exclusivamente, na busca ativa e coordenação do processo de alta e transição dos cuidados. Esta experiência corrobora a prática de hospitais da América do Norte<sup>29-30</sup>, Europa<sup>27-28</sup> e de uma instituição brasileira<sup>31</sup>.

De acordo com os participantes dos diversos hospitais, o diálogo com o médico para definição de uma data provável para a alta é priorizado. Esta previsão do tempo de internação facilita o planejamento interprofissional, o envolvimento precoce do paciente/familiar e a articulação das ações com os demais serviços de saúde<sup>24,78</sup>.

Pesquisa<sup>77</sup> revela, entretanto, dificuldades enfrentadas pela equipe médica para estipular uma data pois, além da avaliação clínica, fatores intra e extra organizacionais precisam ser ajustados para uma alta segura. A instalação de oxigênio no domicílio, por exemplo, requer avaliação social, infraestrutura apropriada e ações do município de referência que precisam ser mobilizadas assim que identificada a demanda de cuidado pós-alta e não estão sob a governabilidade médica.

Nesta dinâmica para continuar cuidando, a colaboração dos demais profissionais para a elaboração do projeto terapêutico e do plano de alta é comum entre os enfermeiros dos cenários examinados. Estudos destacam que esta interação é determinante e, prioritariamente, conduzida por enfermeiros<sup>24,83</sup>.

Identificou-se, também, que grande parte dos respondentes, especialmente, de hospitais de ensino sempre realizam e documentam o plano de alta, obtendo informações e envolvendo

o paciente/familiar. A participação nas decisões e os esclarecimentos realizados no percurso da internação geram confiança ao paciente/cuidador para a alta e continuação dos cuidados no domicílio<sup>81</sup>. Além de reduzir a ansiedade, esta inclusão melhora a satisfação, abrevia a permanência hospitalar e previne reinternações desnecessárias<sup>10</sup>. Salienta-se, contudo, que esta atividade estratégica depende da definição e atuação do(s) cuidador(es) principal(ais) e, em alguns casos, este comprometimento familiar demanda tempo ou não é viabilizado, fragilizando, assim, o processo de desospitalização e continuação dos cuidados.

Depreende-se, ademais, que a identificação do paciente, previsão e planejamento da alta, a coleta de informações, envolvimento do paciente/familiar e a documentação do plano são realizadas, preferencialmente durante a internação, entre o primeiro e o quarto dia. Pesquisas incentivam o início das ações para preparar o paciente/familiar para a alta em 24 ou 48 horas após a admissão, ou seja, nos primeiros dias de internação<sup>17,25,29,37,42</sup>. Mesmo com experiência média além de quatro anos, os enfermeiros atuam em momentos distintos em relação às atividades. Infere-se que os protocolos institucionais não delimitam prazo para início/realização das atividades e/ou falta gerenciamento do processo de alta responsável.

Os participantes referiram, ainda, coordenar as ações interprofissionais e realizar interação/encaminhamentos para a RAS sempre ou frequentemente, sem especificação de data para tais atividades. Ainda que exista predomínio no registro dos encaminhamentos (referência e contrarreferência), a não execução desta atividade em hospitais públicos foi significativa. Legislação nacional<sup>11</sup> determina a organização dos serviços hospitalares no âmbito do sistema de saúde, mas, mesmo assim, identifica-se fragmentação na comunicação com potencial descontinuidade da atenção ao paciente.

Muitos enfermeiros não responderam sobre as orientações realizadas e o ensino do paciente/familiar quanto ao manuseio de equipamentos e materiais especiais, deixando uma lacuna em relação à sistematização dessas ações na prática. Dentre os respondentes, as ações



educativas são desenvolvidas durante a internação, mas, em instituições privadas, sobressai a ocasião da alta.

Acredita-se que o tempo médio de permanência do paciente em instituições privadas pode impactar essas atividades ou as demandas assumidas pelos enfermeiros impossibilitam essa atuação. No entanto, a gestão da complexidade terapêutica e a educação contínua do paciente, além de contribuírem para a transição dos cuidados<sup>19</sup>, são atividades inerentes à profissão. Portanto, cabe ao enfermeiro repensar e priorizar a coordenação das ações para autogerenciamento do cuidado, além de apoiar e orientar no momento da alta<sup>18</sup>, atendendo as necessidades do paciente para além da internação.

Sobretudo, agendamento e visita domiciliar, verificação de problemas/efetividade do plano de alta e contato telefônico, após a alta, não são realizados pelos enfermeiros das diferentes instituições pesquisadas divergindo das recomendações nacionais<sup>17,45</sup> e internacionais<sup>7,24,72</sup>.

O contato telefônico e a visita domiciliar até sete dias, após a alta são consideradas estratégias importantes para avaliar e continuar os cuidados ao paciente e devem ser conduzidas em conjunto com a atenção primária<sup>4</sup>. Ainda que não tenha sido validado anteriormente<sup>71</sup> e não esteja implementado nos hospitais estudados, o contato telefônico para acompanhamento do paciente/familiar, esclarecimento de dúvidas e orientações foi considerado importante e muito importante, assim como, viável e muito viável, para a maioria dos enfermeiros.

A viabilidade dessas atividades, em algumas instituições, pode estar ligada à colaboração dos serviços de atenção domiciliar. Trata-se de um mecanismo para desospitalização, desenvolvimento de autonomia e continuação dos cuidados ao paciente no contexto comunitário, atuando junto à unidade de saúde de referência<sup>84</sup>.

Ratifica-se o papel central do enfermeiro no processo de alta a partir dos achados; uma vez que ele atua, individual ou em grupo, em todas as atividades. A composição de equipes mais citadas inclui, fundamentalmente, o enfermeiro, o médico e o assistente social, além de outros profissionais como fisioterapeuta, nutricionista e fonoaudiólogo. Estudos também destacam a atuação da tríade (médico, enfermeiro e assistente social) no processo de alta e transição dos cuidados<sup>4,28</sup> e outros pesquisadores mencionam, ainda, o importante papel do farmacêutico na reconciliação medicamentosa e avaliação terapêutica, após a alta<sup>4,17</sup>.

O trabalho em equipe na alta hospitalar responsável foi marcado por atividades comuns entre os profissionais demonstrando a interdependência das ações<sup>14</sup>. Em relação à dedicação do enfermeiro, a somatória do tempo destinado às atividades, ainda que intermitentes, foi até seis vezes superior ao indicado na literatura internacional correspondente à intervenção plano de alta<sup>32</sup>.

Enfermeiros de hospitais privados estimam mais tempo dedicado à alta responsável, com diferença significativa entre as atividades A1 e A7. Evidencia-se além de 40 minutos dedicados, em média, às atividades “identificação dos critérios de elegibilidade”, “coleta de informações sobre o paciente” e “coordenação da equipe profissional” em hospitais privados.

Infere-se que aspectos sociais, econômicos e culturais podem influenciar esta relação entre enfermeiros e paciente/familiar no processo de alta em hospitais privados considerando o nível de esclarecimento e de exigência desses consumidores dos serviços de saúde requerendo mais tempo do enfermeiro nessa interação. Outra hipótese seria a própria articulação entre os serviços públicos e privados para continuar o cuidado enquanto rede de atenção à saúde demandando maior conhecimento e tempo dos enfermeiros para integrar as ações necessárias. Não foi possível estabelecer comparação com outros estudos, mas estas atividades impactam a carga de trabalho do enfermeiro e, para qualificar o processo de alta e transição dos cuidados dos pacientes, estes aspectos precisam ser contemplados no

dimensionamento de pessoal e no planejamento da equipe, caso contrário, a sobrecarga pode comprometer a prática profissional.

### **5.3.1 Limitações do Estudo**

Percebeu-se que a alta hospitalar responsável ainda não é um conceito amplamente reconhecido pelos enfermeiros já que no recrutamento dos participantes foram necessários maiores esclarecimentos. Bases de dados constando hospitais que implementam este processo para transição e continuidade dos cuidados não foram identificadas e, apesar de representar uma região do país, a participação das instituições foi limitada, especialmente, quanto aos hospitais privados. Outros estados brasileiros podem se aproximar ou apresentar realidade distinta da evidenciada neste estudo. Apesar da ampla divulgação, considerando a pandemia por COVID-19, a adesão de enfermeiros que atuavam na linha de frente também pode ter sido comprometida.

### **5.3.2 Implicações para a área de Enfermagem, Saúde ou Política Pública**

Este estudo apoia a divulgação e valorização do processo de alta responsável para transição e continuidade dos cuidados ao paciente e permite comparação entre instituições, análise sobre a gestão do processo e fragilidades do trabalho em rede. O tempo requerido para as atividades de alta e a sobrecarga gerada ao enfermeiro quando assume, conjuntamente, as demandas clínicas e da unidade precisam ser poderadas no dimensionamento de pessoal para qualificação do trabalho e da transição e continuidade dos cuidados. Ainda, procura sensibilizar gestores quanto à importância de sua implementação estruturada em modelos que viabilizem a melhor efetividade do processo e estimular educadores na formação de profissionais direcionados para esta prática. Sugere-se a ampliação da abordagem junto a um número mais elevado de hospitais e enfermeiros atuantes na alta responsável.

---

***Conclusão***

---

## CONCLUSÃO

Esta pesquisa possibilitou o mapeamento e validação, por especialistas, de atividades a serem realizadas pelo enfermeiro na alta hospitalar responsável. Além disso, explorou de que forma a equipe interprofissional de saúde percebe suas ações e a sua contribuição para uma transição do cuidado mais efetiva. Investigou, finalmente, em cenários diversificados de prática hospitalar, especificidades sobre a forma de operacionalização deste processo.

Os achados permitiram a análise das fragilidades relativas ao trabalho em rede e comparação entre instituições de cuidados à saúde. Para maior efetividade, questões estruturais e processuais precisam ser aprimoradas e intervenções pós alta sistematizadas. As 13 atividades validadas em conformidade com a realidade hospitalar brasileira podem nortear o planejamento e avaliação da alta segura.

Confirma-se o papel central do enfermeiro na alta hospitalar responsável e o tempo significativo dedicado ao processo (mais de quatro horas, de forma intermitente). A incorporação das atividades de alta, transição e continuidade dos cuidados ao paciente na rotina clínica dos enfermeiros influencia na carga de trabalho no contexto hospitalar. Este modelo de prática, para que seja qualificado, precisa estar associado à provisão de enfermeiros e demais profissionais desenvolvidos enquanto equipe de uma unidade ou à provisão de enfermeiro e/ou equipe específica para atuar institucionalmente na transição e continuidade dos cuidados.

Esta investigação procura, através da sistematização das ações e da estimativa de tempo para realização da alta responsável, apoiar o dimensionamento da força de trabalho, a (re)elaboração de protocolos e o aprimoramento do processo prevenindo readmissões, gastos desnecessários e, sobretudo, a promoção da continuidade e integralidade do cuidado.

Novas pesquisas poderão, ainda, explorar, especialmente, as demandas e o tempo despendido pelo enfermeiro e demais profissionais de saúde nas diversas regiões brasileiras,

fortalecendo o desenvolvimento e a constituição de equipes/profissionais estrategicamente direcionadas para o preparo do paciente/familiar na transição dos cuidados durante a internação e pós alta hospitalar.

---

*Referências*

---

## REFERÊNCIAS

1. De Grood A, Blades K, Pendharkar SR. A Review of Discharge-Prediction Processes in Acute Care Hospitals. *Healthc Policy*. [Internet]. 2016 [cited 2021 May 13];12(2):105-115. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28032828/>
2. Gonçalves-Bradley DC, Lannin NA, Clemson LM, Cameron ID, Shepperd S. Discharge planning from hospital. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;1:CD000313. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000313.pub5>
3. Valente SH, Barbosa SM, Ferro D, Fabríz LA, Schönholzer TE, Pinto IC. Drug-Related Problems in the transitional care of the elderly from hospital to home. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(2):345-353. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0848>
4. Gheno J, Weis AH. Care transtion in hospital discharge for adult patients: integrative literature review. *Texto & contexto enferm*. 2021;30:e20210030. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0030>
5. Kuntz SR, Gerhardt LM, Ferreira AM, Santos MT, Ludwig MCF, Wegner W. Primeira transição do cuidado hospitalar para domiciliar da criança com câncer: orientações da equipe multiprofissional. *Esc Anna Nery*. 2021;25(2):e20200239. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0239>
6. Menezes TMO, Oliveira ALB, Santos LB, Freitas RA, Pedreira LC, Veras SMCB. Cuidados de transição hospitalar à pessoa idosa: revisão integrativa. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(Suppl 2):294-301. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0286>
7. Coffey A, Leahy-Warren P, Savage E, Hegarty J, Cornally N, Day MR, et al. Interventions to promote early discharge and avoid inappropriate hospital (re)admission: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(14):2457. DOI: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph16142457>
8. Hesselink G, Zegers M, Vernooij-Dassen M, Barach P, Kalkman C, Flink M, et al. Improving patient discharge and reducing hospital readmissions by using Intervention Mapping. *BMC Health Serv Res*. 2014;14:389. DOI: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-389>
9. Dyrstad DN, Laugaland KA, Storm M. An observational study of older patients' participation in hospital admission and discharge – exploring patient and next of kin perspectives. *J Clin Nurs*. 2015;24(11-12):1693–1706. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.12773>
10. Shahsavari H, Zarei M, Mamaghani JA. Transitional care: concept analysis using Rodgers' evolutionary approach. *Int J Nurs Stud*. 2019;99:103387. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103387>
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 3390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS) [Internet]. Brasília; 2013. [citado 2022 Jan 02] Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390\\_30\\_12\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html)12. Fagundes



- PF, Scandol EMR. Alta Hospitalar Responsável Sob A Ótica Do Cuidado Em Rede. *Serv. Soc. & Saúde*. V. 17n.1 [25] P 181-204 jan./Jun. 2018. Doi: 10.20396/Sss.V17i1.8655207
12. Fagundes PF, Scandol EMR. Alta Hospitalar Responsável Sob A Ótica Do Cuidado Em Rede. *Serv. Soc. & Saúde*. V. 17n.1 [25] P 181-204 jan./Jun. 2018. Doi: 10.20396/Sss.V17i1.8655207
13. Reeves S, Pelone F, Harrison R, Goldman J, Zwarenstein M. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;6:CD000072. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub3>
14. Peduzzi M, Agreli HLF, Silva JAM, Souza HS. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trab. Educ. Saúde*. 2020;18(s1):e0024678. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>
15. Schot E, Tummers L, Noordegraaf M. Working on working together. A systematic review on how healthcare professionals contribute to interprofessional collaboration. *J Interprof Care*. 2020;34(3):332-342. DOI: <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1636007>
16. Baxter R, Shannon R, Murray J, O'Hara JK, Sheard L, Cracknell A, et al. Delivering exceptionally safe transitions of care to older people: a qualitative study of multidisciplinary staff perspectives. *BMC Health Serv Res*. 2020;20:780. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05641-4>
17. Lima MADS, Magalhães AMM, Oelke ND, Marques GQ, Lorenzini E, Weber LAF, et al. Care transition strategies in Latin American countries: an integrative review. *Rev Gaúcha Enferm*. 2018;39:e20180119. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180119>
18. Backman C, Stacey D, Crick M, Cho-Young D, Marck PB. Use of participatory visual narrative methods to explore older adults' experiences of managing multiple chronic conditions during care transitions. *BMC Health Serv Res*. 2018;18:482. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-018-3292-6>
19. Naylor MD, Shaid EC, Carpenter D, Gass B, Levine C, Li J, et al. Components of comprehensive and effective transitional care. *J Am Geriatr Soc*. 2017;65(6):1119-1125. DOI: <https://doi.org/10.1111/jgs.14782>
20. Seiffert LS, Wolff LDG, Ferreira MMF, Cruz EDA, Silvestre AL. Indicators of effectiveness of nursing care in the dimension of patient safety. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(3):e20180833. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0833>
21. Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care. *Milbank Q*. 2005;83(4):691-729. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>
22. Reeves MJ, Fritz MC, Osunkwo I, Grudzen CR, Hsu LL, Li J, et al. Opening pandora's box: from readmissions to transitional care patient-centered outcome measures. *Medical Care*. 2021; 59:S336-S343. doi: 10.1097/MLR.0000000000001592
23. Thoma J, Waite MA. Experiences of nurse case managers within a central discharge planning role of collaboration between physicians, patients and other healthcare professionals: A sociocultural qualitative study. *J Clin Nurs*. 2018;27:1198-1208. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.14166>

24. Hayajneh, AA, Hweidi IM, Abu Dieh MW. Nurses' knowledge, perception and practice toward discharge planning in acute care settings: A systematic review. *Nursing open*. 2020;7:1313-1320. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/nop2.547>
25. Acosta AM, Câmara CE, Weber LAF, Fontenele RM. Nurse's activities in care transition: realities and challenges. *Rev enferm UFPE on line*. 2018;12(12):3190-7. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a231432p3190-3197-2018>
26. Mauro AD, Cucolo DF, Perroca MG. Hospital – primary care articulation in care transition: both sides of the process. *Rev Esc Enferm USP*. 2021;55:e20210145. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0145>
27. Costa MFBNA, Andrade SR, Soares CF, Pérez EIB, Tomás SC, Bernardino E. The continuity of hospital nursing care for primary health care in Spain. *Rev Esc Enferm USP*. 2019;53:e03477. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018017803477>
28. Martins MM, Auede GK, Ribeiro OMPL, Santos MJ, Lacerda MR, Bernardino E. Discharge management to ensure continuity of care: experience of portuguese liaison nurses. *Cogitare enferm*. 2018;3(23):e58449. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i3.58449>
29. Aued GK, Bernardino E, Lapierre J, Dallaire C. Liaison nurse activities at hospital discharge: a strategy for continuity of care. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2019;27:e3162. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3069.3162>
30. Pautasso FF, Zelmanowicz AM, Flores CD, Caregnato RCA. Role of the nurse navigator: integrative review. *Rev Gaucha Enferm*. 2018;39:e2017-0102. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0102>
31. Costa MFBNA, Perez EIB, Ciosak SI. Practices of hospital nurses for continuity of care in primary care: an exploratory study. *Texto & contexto enferm* [Internet]. 2021 [cited 2022 jan 02];30:e20200401. Available from: <https://www.scielo.br/j/tce/a/5QbqsjFsr6wWsYcwsZD3cXc>
32. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman J, Wagner CM. *NIC: Nursing Interventions Classifications*. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.
33. Jennings BM, Sandelowski M, Higgins MK. Turning over patient turnover: an ethnographic study of admissions, discharges, and transfers. *Res Nurs Health*. 2013;36(6):554-566. doi: <https://doi.org/10.1002/nur.21565>
34. Reis JF. A implantação de alta qualificada em um hospital universitário como processo da integralidade no cuidado. Artigo científico apresentado ao Programa de Aprimoramento Profissional/SES. São José do Rio Preto [internet]. 2015 [cited 2022 jan 09];1-21. Available from: <http://ses.sp.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?jd=6050>
35. Fundação Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto/SP (FUNFARME). *Manual de planejamento e gestão de altas*. São José do Rio Preto, 2015.
36. Creswell JW. *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.

- 37.Oliveira JLC, Magalhães AMM, Misuematsuda L. Mixed methods in nursing research: application according to Creswell. *Texto & contexto enferm.* 2018; 27(2): e0560017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180000560017>
- 38.Shorten A, Smith J. Mixed methods research: expanding the evidence base. *Evid Based Nurs.* 2017;20 (3):74-75. DOI: <https://doi.org/10.1136/eb-2017-102699>
- 39.Hong QN, Pluye P, Fàbregues S, Bartlett G, Boardman F, Cargo M, et al. Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) version 2018: user guide. Montreal (CA): University McGill [internet]; 2018
- 40.Lynn MR. Determination and quantification of content validity. *Nurs Res.*1986;35(6), 382–385. DOI: <https://doi.org/10.1097/00006199-198611000-00017>
- 41.Polit DF, Beck CT, Owen SV. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Res Nurs Health.* 2007;30(4):459-67. DOI: <https://doi.org/10.1002/nur.20199>
- 42.Mennuni M, Gulizia MM, Alunni G, Amico AF, Bovenzi FM, Caporale R, et al. ANMCO Position Paper: hospital discharge planning: recommendations and standards. *Eur Heart J Suppl.* 2017;19(suppl D):244-255. DOI: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/sux011>
- 43.Hestevik CH, Molin M, Debesay J, Bergland A, Bye A. Older persons' experiences of adapting to daily life at home after hospital discharge: a qualitative metasummary. *BMC Health Serv Res.* 2019;19:224. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4035-z>
- 44.Siqueira TH, Vila VSC, Weiss ME. Cross-cultural adaptation of the instrument readiness for hospital discharge scale - adult form. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(3):983-91. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0241>
45. Weber LAF, Lima MADS, Acosta AM, Marques GQ. Care transition from hospital to home: integrative review. *Cogitare Enferm.* 2017;(22)3:e47615. DOI: <https://doi.org/10.5380/ce.v22i3.47615>
- 46.Moraes DAF, Santos ARJ, Oliveira DEMB. Aprendizagem colaborativa na educação superior: desvelando possibilidades com o uso da ferramenta Google Drive. *Revista Tecnologias na Educação.* 2014;6(10):1-11.
- 47.Hasson F, Keeney S, McKenna H. Research guidelines for the Delphi survey technique. *J Adv Nurs.* 2000;32(4):1008-15. DOI: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.t01-1-01567.x>
- 48.Wilkes L. Using the Delphi technique in nursing research. *Nursing Standard.* 2015;29(39):43-49. DOI: <https://doi.org/10.7748/ns.29.39.43.e8804>
- 49.Keeney S, Hasson F, McKenna H. Consulting the oracle: ten lessons from using the Delphi technique in nursing research. *J Adv Nurs.* 2006;53(2):205–212. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03716.x>
- 50.Fleiss JL, Levin B, Paik MC. Statistical methods for rates and proportions. New Jersey; John Wiley & Sons, 2003.

- 51.Silva A, Castro-Silva CR, Moura L. Pesquisa qualitativa em saúde: percursos e percalços da formação para pesquisadores iniciantes. *Saúde Soc. São Paulo.* 2018;27(2):632-645. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902018172700>
- 52.Dahlberg H, Dahlberg K. The question of meaning-a momentous issue for qualitative research. *Int J Qual Stud Health Well-being.* 2019;14(1):1598723. DOI: <https://doi.org/10.1080/17482631.2019.1598723>
- 53.Hammarberg K, Kirkman M, Lacey S. Qualitative research methods: when to use them and how to judge them. *Hum Reprod.* 2016;31(3)498–501. DOI: <https://doi.org/10.1093/humrep/dev334>
- 54.Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care.* 2007;19(6):349-57. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
- 55.Hennink MM, Kaiser BN, Weber MB. What influences saturation? Estimating sample sizes in focus group. *Qual Health Res.* 2019;29(10):1483–1496. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/1049732318821692>
- 56.Bardin L. *Análise de conteúdo.* São Paulo: Edições 70; 2011, 229p.
- 57.Seramim RJ, Walter SA. What does Bardin say that authors do not show? Study of brazilian scientific productions from 1997 to 2015. *Administração: Ensino e Pesquisa.* 2017; 18(2): 271-299. DOI: <https://doi.org/10.13058/raep.2017.v18n2.478>
- 58.Vaismoradi M, Turunen H, Bondas T. Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nurs Health Sci.* 2013;15(3):398-405. DOI: <https://doi.org/10.1111/nhs.12048>
- 59.Werner NE, Tong M, Borkenhagen A, Holden RJ. Performance-shaping factors affecting older adults' hospital-to-home transition success: a systems approach. *Gerontologist.* 2019;59(2):303-314. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/geront/gnx199>
- 60.Bernardino E, Sousa SM, Nascimento JD, Lacerda MR, Torres DG, Gonçalves LS. Cuidados de transição: análise do conceito na gestão da alta hospitalar. *Esc Anna Nery.* 2022;26:e20200435. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0435>
- 61.Eysenbach G. Improving the quality of web surveys: the checklist for reporting results of internet e-surveys (CHERRIES). *J Med Internet Res.* 2004;6(3):e34. DOI: <https://doi.org/10.2196/jmir.6.3.e34>
- 62.Turk T, Elhady MT, Rashed S, Abdelkhalek M, Nasef SA, Khallaf AM, et al. Quality of reporting web-based and non-web-based survey studies: What authors, reviewers and consumers should consider. *PLoS ONE.* 2018;13(6):e0194239. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194239>
- 63.Sammut R, Griscti O, Norman IJ. Strategies to improve response rates to web surveys: a literature review. *Int J Nurs Stud.* 2021;123:104058, DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104058>

- 64.Munn LT, Jones CB. Conducting research in hospitals methods to maximize survey response rates among nurses. *J Nurs Adm.* 2020;50(4):187-189. DOI: <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000865>
- 65.Latour JM, Tume LN. How to do and report survey studies robustly: a helpful mnemonic SURVEY. *Nurs Crit Care.* 2021;26(5)313-314. DOI: <https://doi.org/10.1111/nicc.12669>
- 66.Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 285, de 24 de março de 2015. Redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (HE). Diário Oficial da República Federativa da União. Brasília. 2015. Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0285\\_24\\_03\\_2015.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0285_24_03_2015.html)
- 67.Organização Nacional de Acreditação (ONA). Disponível em: <https://www.ona.org.br/>
- 68.Accreditation Canada International. [Internet]. [cited 2022 jan 09]. Available from: <https://accreditation.ca/>
- 69.Joint Commission International (JCI). [Internet]. [cited 2022 jan 09]. Available from: <https://www.jointcommissioninternational.org/>
- 70.Vinuto J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas.* 2014;22(44)203-220. DOI: <https://doi.org/10.20396/tematicas.v22i44.10977>
71. Zanetoni TC, Cucolo DF, Perroca MG. Responsible hospital discharge: content validation of nurse's activities. *Rev Gaúcha Enferm.* 2022;43:e20210044. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210044>
- 72.Schuller KA, Kash BA, Gamm LD. Enhanced transitions of care: centralizing discharge phone calls improves ability to reach patients and reduces hospital readmissions. *J Healthc Qual.* 2017;39(2): e10–e21. DOI: <https://doi.org/10.1097/JHQ.0000000000000063>
- 73.Costa BRL. Bola de neve virtual: o uso das redes sociais virtuais no processo de coleta de dados de uma pesquisa científica. *Revista Interdisciplinar de Gestão Social* 2018;7:15-37. DOI: <http://dx.doi.org/10.9771/23172428rigs.v7i1.24649>
- 74.Manji K, Hanefeld J, Vearey J, Walls H, Gruchy T. Using WhatsApp messenger for health systems research: a scoping review of available literature. *Health Policy Plan.* 2021;36(5)774-789. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/heapol/czab024>
- 75.Ribas EN, Bernardino E, Larocca LM, Poli Neto P, Aued GK, Silva CPC. Nurse liaison: a strategy for counter-referral. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(1):546-53. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0490>
76. Rustad EC, Cronfalk BS, Furnes B, Dysvik E. Continuity of care during care transition: nurses' experiences and challenges. *Open J Nurs.* 2017;7:277-293. DOI: <http://dx.doi.org/10.4236/ojn.2017.72023>
- 77.Glette MK, Kringeland T, Røise O, Wiig S. Hospital physicians' views on discharge and readmission processes: a qualitative study from Norway. *BMJ Open.* 2019;9:e031297. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031297>

78. Chesani FH, Fontana G. Limites e possibilidades no planejamento da alta hospitalar. *Conexão Ci* [Internet]. 2017 [cited 2022 jan 02];12(2):92-98. Available from: <https://periodicos.uniformg.edu.br:21011/ojs/index.php/conexaociencia/article/view/563>
79. De Benedictis A, Lettieri E, Masella C, Gastaldi L, Macchini G, Santu C, et al. WhatsApp in hospital? An empirical investigation of individual and organizational determinants to use. *PLoS One*. 2019;14(1):e0209873. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0209873>
80. Masoni M., Guelfi MR. WhatsApp and other messaging apps in medicine: opportunities and risks. *Intern Emerg Med*. 2020;15:171-173. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11739-020-02292-5>
81. Mitchell SE, Laurens V, Weigel GM, Hirschman KB, Scott AM, Nguyen HQ, et al. Care transitions from patient and caregiver perspectives. *Ann Fam Med*. 2018;16(3):225-231. DOI: <https://doi.org/10.1370/afm.2222>
82. Santana MJ, Manalili K, Jolley RJ, Zelinsky S, Quan H, Lu M. How to practice person-centred care: a conceptual framework. *Health Expect*. 2018;21(2):p429-440. DOI: <https://doi.org/10.1111/hex.12640>
83. Nicosia FM, Park LG, Gray CP, Yakir MJ, Hung DY. Nurses' Perspectives on Lean Redesigns to Patient Flow and Inpatient Discharge Process Efficiency. *Global Qualitative Nursing Research* [Internet] 2018 [cited 2019 fev 12]: 1-10. DOI: 10.1177/2333393618810658
84. Ministério da Saúde (BR), Portaria N° 825 de 25 de Abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Brasília, DF(BR): Ministério da Saúde [Internet]. 2016. [acesso 2019 Mar 27]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825\\_25\\_04\\_2016.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html)

---

*Apêndices*

---



## APÊNDICE 1 - Técnica Delphi 1 – Atividades do Enfermeiro na Alta Hospitalar Responsável

### 1- Perfil do Respondente

Sexo: ( ) feminino ( ) masculino Idade : .....

Tempo de atuação como enfermeiro:..... (anos)

Formação: ( ) Especialização..... ( )

Mestrado ( ) Doutorado ( ) Outros.....

Instituição:..... Unidade:

..... Cargo/Função:.....

### 2. Avaliação do Instrumento

No quadro abaixo, assinale com um X sua opinião sobre as atividades realizadas pelo enfermeiro na alta hospitalar responsável, justifique sua resposta em relação a cada atividade e dê sugestões para melhoria, se necessário.

A alta hospitalar responsável compreende uma forma para qualificar o atendimento e minimizar riscos de complicações após a internação hospitalar, visto que a hospitalização é um momento importante na vida de pacientes e seus familiares<sup>(1)</sup>. Recomenda-se iniciar o plano de alta responsável nas 24 horas após internação, incluindo o paciente/família nas decisões sobre os cuidados<sup>(2)</sup>, com uma interação interdisciplinar que possam contribuir na educação e aprendizado da família e paciente, sendo o enfermeiros o coordenador que fará o elo com os demais profissionais da saúde, para um alta hospitalar de maior qualidade<sup>(3)</sup>.

### Referência Bibliográfica

1. Mennuni M, Gulizia MM, Alunni G, Amico AF, Bovenzi FM, Caporale R, et al. ANMCO Position Paper: hospital discharge planning: recommendations and standards. *European Heart Journal Supplements* [Internet] 2017 [cited 2019 jan 15]; 19(suppl D): 244-255. DOI:10.1093/eurheartj/sux011
2. Lin CJ, Cheng SJ, Shih SC, Chu CH, Tjung JJ. Discharge planning. [International Journal of Gerontology](https://doi.org/10.1016/j.ijge.2012.05.001) [Internet] 2012 [cited 2019 jan 15]; 6(4): 237-240. <https://doi.org/10.1016/j.ijge.2012.05.001>
3. Pompeo DA, Pinto MH, Cesarino CB, Araújo RRDF, Poletti NAA. Atuação do Enfermeiro na Alta Hospitalar: Reflexões a Partir dos Relatos de Pacientes. *Acta Paul Enferm*



[Internet] 2007[citado 2019 fev 12];20(3):345-50. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n3/pt\\_a17v20n3.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n3/pt_a17v20n3.pdf)

Considerar apenas uma alternativa para expressar sua opinião:

**1.CONCORDO TOTALMENTE** - a redação e o conteúdo da atividade poderia ser mantido da forma como se encontra.

**2.CONCORDO** - a redação e o conteúdo da atividade poderia sofrer pequenas modificações.

**3.DISCORDO** - a redação e o conteúdo da atividade necessita ser muito alterado.

**4.DISCORDO TOTALMENTE** - a redação e o conteúdo da da atividade não está apropriado.

ATIVIDADES	1	2	3	4	Justificativa	Sugestão
1. Identificar critérios de elegibilidade para a alta responsável do paciente.						
2. Discutir com o médico a previsão de alta hospitalar						
3. Estabelecer o projeto terapêutico e o plano de alta junto à equipe multiprofissional.						
4. Coletar informações do paciente (cuidador principal, município de referência, condições clínicas e cuidados necessários no domicílio, entre outras), fatores facilitadores e restritores para continuar os cuidados no domicílio.						
5. Elaborar e documentar o plano de alta em prontuário.						
6. Comunicar e envolver paciente e/ou familiar/cuidador no plano de alta.						
7. Coordenar os esforços dos diferentes profissionais da saúde consoantes ao plano de alta hospitalar.						
8. Documentar os encaminhamentos						

necessários, guia de referência e contra referência, processo de oxigênio domiciliar e outros) para a assistente social.						
9. Compartilhar informações com o município de origem relacionadas às condições clínicas, cuidados, núcleo familiar, entre outras informações pertinentes ao processo.						
10. Orientar paciente e/ou familiar/cuidador sobre os cuidados e providências necessárias após a alta hospitalar, de forma verbal e/ou escrita.						
11. Ensinar o paciente e/ou familiar/cuidador a forma de manuseio de equipamentos e/ou materiais especiais para os cuidados necessários no domicílio revisando e certificando sua compreensão.						
12. Realizar contato telefônico para acompanhamento após a alta hospitalar.						
13. Agendar visita domiciliar para avaliação pós-alta.						
14. Avaliar a efetividade do plano de alta analisando os cuidados realizados no domicílio, ocorrência de reinternação, dúvidas do paciente e/ou familiar/cuidador.						

## APÊNDICE 2 - Técnica Delphi 2 – Atividades do Enfermeiro na Alta Hospitalar Responsável

### 1. Perfil do Respondente

Sexo: ( ) feminino ( ) masculino Idade : .....

Tempo de atuação como enfermeiro:..... (anos)

Formação: ( ) Especialização..... ( )

Mestrado ( ) Doutorado ( ) Outros.....

Instituição:..... Unidade:

..... Cargo/Função:.....

### 2. Avaliação do Instrumento

No quadro abaixo, assinale com um X sua opinião sobre as atividades realizadas pelo enfermeiro na alta hospitalar responsável, justifique sua resposta em relação a cada atividade e dê sugestões para melhoria, se necessário.

A alta hospitalar responsável compreende uma forma para qualificar o atendimento e minimizar riscos de complicações após a internação hospitalar, visto que a hospitalização é um momento importante na vida de pacientes e seus familiares<sup>(1)</sup>. Recomenda-se iniciar o plano de alta responsável nas 24 horas após internação, incluindo o paciente/família nas decisões sobre os cuidados<sup>(2)</sup>, com uma interação interprofissional, tendo o enfermeiro como coordenador dessa prática na qualificação desse processo de planejamento da alta hospitalar<sup>(3)</sup>.

### Referência Bibliográfica

- 1.Mennuni M, Gulizia MM, Alunni G, Amico AF, Bovenzi FM, Caporale R, et al. ANMCO Position Paper: hospital discharge planning: recommendations and standards. *European Heart Journal Supplements* [Internet] 2017 [cited 2019 jan 15]; 19(suppl D): 244-255. DOI:10.1093/eurheartj/sux011
- 2.Lin CJ, Cheng SJ, Shih SC, Chu CH, Tjung JJ. Discharge planning. [International Journal of Gerontology](https://doi.org/10.1016/j.ijge.2012.05.001) [Internet] 2012 [cited 2019 jan 15]; 6(4): 237-240. <https://doi.org/10.1016/j.ijge.2012.05.001>

3.Pompeo DA, Pinto MH, Cesarino CB, Araújo RRDF, Poletti NAA. Atuação do Enfermeiro na Alta Hospitalar: Reflexões a Partir dos Relatos de Pacientes. Acta Paul Enferm [Internet] 2007[citado 2019 fev 12];20(3):345-50. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n3/pt\\_a17v20n3.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n3/pt_a17v20n3.pdf)

Considerar apenas uma alternativa para expressar sua opinião:

**CONCORDO TOTALMENTE** - a redação e o conteúdo da atividade poderia ser mantido da forma como se encontra.

**CONCORDO** - a redação e o conteúdo da atividade poderia sofrer pequenas modificações.

**DISCORDO** - a redação e o conteúdo da atividade necessita ser muito alterado.

**DISCORDO TOTALMENTE** - a redação e o conteúdo da da atividade não está apropriado.

ATIVIDADES	Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente
1. Identificar critérios de elegibilidade para a alta responsável do paciente através de busca ativa a beira leito.				
<b>Justificativa:</b>				
<b>Sugestão:</b>				
2. Discutir com o médico a previsão de alta hospitalar				
<b>Justificativa:</b>				
<b>Sugestão:</b>				
3. Estabelecer o projeto terapêutico e o plano de alta junto à equipe multiprofissional				
<b>Justificativa:</b>				
<b>Sugestão:</b>				
4. Coletar informações do paciente (cuidador principal, rede de atenção à saúde do município, condições clínicas, composição familiar, e cuidados necessários no domicílio, entre outras), fatores facilitadores e restritores para continuar os cuidados no domicílio				
<b>Justificativa:</b>				
<b>Sugestão:</b>				
5. Comunicar e envolver paciente e/ou familiar/cuidador no plano de alta.				
<b>Justificativa:</b>				

<b>Sugestão:</b>				
6.Elaborar o plano de alta e realizar sua documentação em prontuário ou eletronicamente				
<b>Justificativa:</b>				
<b>Sugestão:</b>				
7.Alinhar o processo de comunicação e coordenar ações entre a equipe multidisciplinar.				
<b>Justificativa:</b>				
<b>Sugestão:</b>				
8.Documentar os encaminhamentos necessários, guia de referência e contra referência, processo de oxigênio domiciliar e outros para a assistente social.				
<b>Justificativa:</b>				
<b>Sugestão:</b>				
9.Compartilhar informações com o município de origem relacionadas às condições clínicas, cuidados, núcleo familiar, entre outras informações pertinentes ao processo.				
<b>Justificativa:</b>				
<b>Sugestão:</b>				
10.Orientar paciente e familiar/cuidador sobre os cuidados e providencias necessárias após a alta hospitalar, de forma verbal e/ou escrita.				
<b>Justificativa:</b>				
<b>Sugestão:</b>				
11.Ensinar o paciente e familiar/cuidador a forma de manuseio de equipamentos e/ou materiais especiais para os cuidados necessários no domicílio revisando e certificando sua compreensão.				
<b>Justificativa:</b>				
<b>Sugestão:</b>				
12. Realizar acompanhamento do paciente/família através de contato telefônico até sete dias após a alta hospitalar para esclarecer dúvidas e reforçar				

orientações.				
<b>Justificativa:</b>				
<b>Sugestão:</b>				
13. Agendar e realizar visita domiciliar para pacientes com maior demanda de necessidades de cuidados (uso de equipamentos/aparatos ou cuidados de maior complexidade técnica).				
<b>Justificativa:</b>				
<b>Sugestão:</b>				
14. Identificar problemas após a alta hospitalar, via telefone ou em visita ao domicílio, e estabelecer um plano de cuidados para resolutividade dos mesmos, envolvendo a unidade de atenção primária de referência, quando necessário				
<b>Justificativa:</b>				
<b>Sugestão:</b>				

OUTRAS CONTRIBUIÇÕES E/OU CONSIDERAÇÕES, INCLUIDO A ORDEM CRONOLÓGICA DAS ETAPAS DA ALTA RESPONSÁVEL:

.....

.....

.....

## APÊNDICE 3 – Roteiro Norteador para as Entrevistas

### 1. Caracterização dos participantes:

Atua como (profissão): \_\_\_\_\_

Unidade onde trabalha: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ anos                      sexo: f(  ) m(  )

Ano de conclusão da graduação: \_\_\_\_\_

Pós-graduação:

(  ) especialização (  ) residência (  ) mestrado (  ) doutorado

Qual área: \_\_\_\_\_

Tempo de atuação na instituição: \_\_\_\_\_ anos

Tempo de atuação no processo de alta responsável ou qualificada: \_\_\_\_\_ anos

### 2. Questões abertas – gravadas – opinião de cada profissional:

1. Como você (como assistente social, por exemplo...) vê a estruturação/organização do processo de alta responsável/qualificada nesta instituição em relação a:
  - A- Aspectos favoráveis (para os pacientes, para os profissionais e para a instituição);
  - B - Fragilidades e aspectos que poderiam melhorar
  
2. Existe integração entre os profissionais e articulação entre as ações? Poderia exemplificar?
  
3. Quantos pacientes, em média, você avalia/acompanha, por dia, no processo de alta responsável? O tempo dedicado por você para cada paciente é suficiente/adequado?
  
4. O paciente e o familiar/cuidador participam do planejamento da alta responsável/qualificada? Como e em que momentos?
  
5. O processo de alta responsável/qualificada prepara, efetivamente, o paciente para a continuidade dos cuidados no domicílio? Poderia detalhar sua resposta?

## APÊNDICE 4 - Percepção de Enfermeiros sobre a Operacionalização da Alta Hospitalar Responsável

### *Dados do Respondente*

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

Idade: ..... anos

Tempo de atuação como enfermeiro (anos): .....

Tempo de atuação em alta hospitalar responsável:..... (anos) e ..... (meses)

Formação adicional (considere a mais alta):

( ) Graduação

( ) Especialização

( ) Mestrado

( ) Doutorado

( ) Outros: .....

Cargo/Função:.....

Unidade: .....

Hospital: .....

( ) Público

( ) Privado

( ) Ensino

Nº de leitos:.....

Cidade: .....

( ) Geral

( ) Especializado Qual especialidade? .....

### *Atividades realizadas pelo enfermeiro na alta responsável*

Abaixo existe uma lista de atividades realizadas pelo enfermeiro na alta hospitalar responsável, validada por juízes, apresentadas em ordem sequencial de execução.

Solicitamos que assinale, em cada uma, a frequência e tempo gasto para sua execução, momento em que ocorre e os profissionais envolvidos.



**COM QUE FREQUENCIA REALIZA ESTAS ATIVIDADES? QUANTO TEMPO GASTA, EM MEDIA, PARA SUA REALIZAÇÃO?**

1. *Identificar critérios de elegibilidade para a alta responsável do paciente através de busca ativa a beira leito.* ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) nunca

Tempo estimado: ..... minutos

2. *Discutir com o médico a previsão de alta hospitalar.*

( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) nunca

Tempo estimado: ..... minutos

3. *Estabelecer o projeto terapêutico e o plano de alta junto à equipe multiprofissional.*

( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) nunca

Tempo estimado: ..... minutos

4. *Coletar informações do paciente (cuidador principal, rede de atenção à saúde do município, condições clínicas, composição familiar, e cuidados necessários no domicílio, entre outras), fatores facilitadores e restritores para continuar os cuidados no domicílio.*

( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) nunca

Tempo estimado: ..... minutos

5. *Comunicar e envolver paciente e/ou familiar/cuidador no plano de alta.*

( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) nunca

Tempo estimado: ..... minutos

6. *Elaborar o plano de alta e realizar sua documentação em prontuário ou eletronicamente.*

( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) nunca

Tempo estimado: ..... minutos

7. *Alinhar o processo de comunicação e coordenar ações entre a equipe multidisciplinar.*

( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) nunca

Tempo estimado: ..... minutos

8. *Documentar os encaminhamentos necessários, guia de referência e contra referência, processo de oxigênio domiciliar e outros para a assistente social.*

( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) nunca

Tempo estimado: ..... minutos

9. *Compartilhar informações com o município de origem relacionadas às condições clínicas, cuidados, núcleo familiar, entre outras informações pertinentes ao processo.*

( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) nunca

Tempo estimado: ..... minutos

10. *Orientar paciente e familiar/cuidador sobre os cuidados e providencias necessárias após a alta hospitalar, de forma verbal e/ou escrita.*

( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) nunca

Tempo estimado: ..... minutos

11. *Ensinar o paciente e familiar/cuidador a forma de manuseio de equipamentos e/ou materiais especiais para os cuidados necessários no domicílio revisando e certificando sua compreensão.*

( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) nunca

Tempo estimado: ..... minutos

12. *Agendar e realizar visita domiciliar para pacientes com maior demanda de necessidades de cuidados (uso de equipamentos/aparatos ou cuidados de maior complexidade técnica).*

( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) nunca

Tempo estimado: ..... minutos

13. *Identificar problemas após a alta hospitalar, via telefone ou em visita ao domicílio, e estabelecer um plano de cuidados para resolutividade dos mesmos, envolvendo a unidade de atenção primária de referência, quando necessário.*

( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) nunca

Tempo estimado: ..... minutos

Comentários (opcional):

.....  
 .....

***EM QUE MOMENTO REALIZA ESTAS ATIVIDADES?***

*1. Identificar critérios de elegibilidade para a alta responsável do paciente através de busca ativa a beira leito.*

- ( ) na admissão
- ( ) durante internação : no ..... ( 2º, 3º, 4º, etc.) dia
- ( ) no dia da alta hospitalar
- ( ) após alta: no ..... ( 2º, 3º, 4º, etc.) dia

*2. Discutir com o médico a previsão de alta hospitalar.*

- ( ) na admissão
- ( ) durante internação : no ..... ( 2º, 3º, 4º, etc.) dia
- ( ) no dia da alta hospitalar
- ( ) após alta: no ..... ( 2º, 3º, 4º, etc.) dia

*3. Estabelecer o projeto terapêutico e o plano de alta junto à equipe multiprofissional.*

- ( ) na admissão
- ( ) durante internação : no ..... ( 2º, 3º, 4º, etc.) dia
- ( ) no dia da alta hospitalar
- ( ) após alta: no ..... ( 2º, 3º, 4º, etc.) dia

*4. Coletar informações do paciente (cuidador principal, rede de atenção à saúde do município, condições clínicas, composição familiar, e cuidados necessários no domicílio, entre outras), fatores facilitadores e restritores para continuar os cuidados no domicílio.*

- ( ) na admissão
- ( ) durante internação : no ..... ( 2º, 3º, 4º, etc.) dia
- ( ) no dia da alta hospitalar
- ( ) após alta: no ..... ( 2º, 3º, 4º, etc.) dia

*5. Comunicar e envolver paciente e/ou familiar/cuidador no plano de alta.*

- na admissão
- durante internação : no ..... ( 2º, 3º, 4º, etc.) dia
- no dia da alta hospitalar
- após alta: no ..... ( 2º, 3º, 4º, etc.) dia

*6. Elaborar o plano de alta e realizar sua documentação em prontuário ou eletronicamente.*

- na admissão
- durante internação : no ..... ( 2º, 3º, 4º, etc.) dia
- no dia da alta hospitalar
- após alta: no ..... ( 2º, 3º, 4º, etc.) dia

*7. Alinhar o processo de comunicação e coordenar ações entre a equipe multidisciplinar.*

- na admissão
- durante internação : no ..... ( 2º, 3º, 4º, etc.) dia
- no dia da alta hospitalar
- após alta: no ..... ( 2º, 3º, 4º, etc.) dia

*8. Documentar os encaminhamentos necessários, guia de referência e contra referência, processo de oxigênio domiciliar e outros para a assistente social.*

- na admissão
- durante internação : no ..... ( 2º, 3º, 4º, etc.) dia
- no dia da alta hospitalar
- após alta: no ..... ( 2º, 3º, 4º, etc.) dia

*9. Compartilhar informações com o município de origem relacionadas às condições clínicas, cuidados, núcleo familiar, entre outras informações pertinentes ao processo.*

- na admissão
- durante internação : no ..... ( 2º, 3º, 4º, etc.) dia
- no dia da alta hospitalar
- após alta: no ..... ( 2º, 3º, 4º, etc.) dia

*10. Orientar paciente e familiar/cuidador sobre os cuidados e providencias necessárias após a alta hospitalar, de forma verbal e/ou escrita.*

- ( ) na admissão
- ( ) durante internação : no ..... ( 2º, 3º, 4º, etc.) dia
- ( ) no dia da alta hospitalar
- ( ) após alta: no ..... ( 2º, 3º, 4º, etc.) dia

*11. Ensinar o paciente e familiar/cuidador a forma de manuseio de equipamentos e/ou materiais especiais para os cuidados necessários no domicílio revisando e certificando sua compreensão.*

- ( ) na admissão
- ( ) durante internação : no ..... ( 2º, 3º, 4º, etc.) dia
- ( ) no dia da alta hospitalar
- ( ) após alta: no ..... ( 2º, 3º, 4º, etc.) dia

*12. Agendar e realizar visita domiciliar para pacientes com maior demanda de necessidades de cuidados (uso de equipamentos/aparatos ou cuidados de maior complexidade técnica).*

- ( ) na admissão
- ( ) durante internação : no ..... ( 2º, 3º, 4º, etc.) dia
- ( ) no dia da alta hospitalar
- ( ) após alta: no ..... ( 2º, 3º, 4º, etc.) dia

*13. Identificar problemas após a alta hospitalar, via telefone ou em visita ao domicílio, e estabelecer um plano de cuidados para resolutividade dos mesmos, envolvendo a unidade de atenção primária de referência, quando necessário.*

- ( ) na admissão
- ( ) durante internação : no ..... ( 2º, 3º, 4º, etc.) dia
- ( ) no dia da alta hospitalar
- ( ) após alta: no ..... ( 2º, 3º, 4º, etc.) dia

Comentários (opcional):

.....  
 .....

***QUAIS SÃO OS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS NESTAS ATIVIDADES? (Pode assinalar mais do que uma opção)***

*1. Identificar critérios de elegibilidade para a alta responsável do paciente através de busca ativa a beira leito.*

( ) enfermeiro ( ) médico ( ) assistente social ( ) fisioterapeuta ( ) nutricionista ( ) fonoaudiólogo ( ) Outros (qual?) \_\_\_\_\_

*2. Discutir com o médico a previsão de alta hospitalar.*

( ) enfermeiro ( ) médico ( ) assistente social ( ) fisioterapeuta ( ) nutricionista ( ) fonoaudiólogo ( ) Outros (qual?) \_\_\_\_\_

*3. Estabelecer o projeto terapêutico e o plano de alta junto à equipe multiprofissional.*

( ) enfermeiro ( ) médico ( ) assistente social ( ) fisioterapeuta ( ) nutricionista ( ) fonoaudiólogo ( ) Outros (qual?) \_\_\_\_\_

*4. Coletar informações do paciente (cuidador principal, rede de atenção à saúde do município, condições clínicas, composição familiar, e cuidados necessários no domicílio, entre outras), fatores facilitadores e restritores para continuar os cuidados no domicílio.*

( ) enfermeiro ( ) médico ( ) assistente social ( ) fisioterapeuta ( ) nutricionista ( ) fonoaudiólogo ( ) Outros (qual?) \_\_\_\_\_

*5. Comunicar e envolver paciente e/ou familiar/cuidador no plano de alta.*

( ) enfermeiro ( ) médico ( ) assistente social ( ) fisioterapeuta ( ) nutricionista ( ) fonoaudiólogo ( ) Outros(qual?) \_\_\_\_\_

*6. Elaborar o plano de alta e realizar sua documentação em prontuário ou eletronicamente.*

( ) enfermeiro ( ) médico ( ) assistente social ( ) fisioterapeuta ( ) nutricionista ( ) fonoaudiólogo ( ) Outros (qual?) \_\_\_\_\_

*7. Alinhar o processo de comunicação e coordenar ações entre a equipe multidisciplinar.*

( ) enfermeiro ( ) médico ( ) assistente social ( ) fisioterapeuta ( ) nutricionista ( ) fonoaudiólogo ( ) Outros (qual?) \_\_\_\_\_

8. Documentar os encaminhamentos necessários, guia de referência e contra referência, processo de oxigênio domiciliar e outros para a assistente social.

( ) enfermeiro ( ) médico ( ) assistente social ( ) fisioterapeuta ( ) nutricionista ( ) fonoaudiólogo ( ) Outros(qual?) \_\_\_\_\_

9. Compartilhar informações com o município de origem relacionadas às condições clínicas, cuidados, núcleo familiar, entre outras informações pertinentes ao processo.

( ) enfermeiro ( ) médico ( ) assistente social ( ) fisioterapeuta ( ) nutricionista ( ) fonoaudiólogo ( ) Outros(qual?) \_\_\_\_\_

10. Orientar paciente e familiar/cuidador sobre os cuidados e providências necessárias após a alta hospitalar, de forma verbal e/ou escrita.

( ) enfermeiro ( ) médico ( ) assistente social ( ) fisioterapeuta ( ) nutricionista ( ) fonoaudiólogo ( ) Outros(qual?) \_\_\_\_\_

11. Ensinar o paciente e familiar/cuidador a forma de manuseio de equipamentos e/ou materiais especiais para os cuidados necessários no domicílio revisando e certificando sua compreensão.

( ) enfermeiro ( ) médico ( ) assistente social ( ) fisioterapeuta ( ) nutricionista ( ) fonoaudiólogo ( ) Outros(qual?) \_\_\_\_\_

12. Agendar e realizar visita domiciliar para pacientes com maior demanda de necessidades de cuidados (uso de equipamentos/aparatos ou cuidados de maior complexidade técnica).

( ) enfermeiro ( ) médico ( ) assistente social ( ) fisioterapeuta ( ) nutricionista ( ) fonoaudiólogo ( ) Outros (qual?) \_\_\_\_\_

13. Identificar problemas após a alta hospitalar, via telefone ou em visita ao domicílio, e estabelecer um plano de cuidados para resolutividade dos mesmos, envolvendo a unidade de atenção primária de referência, quando necessário.

( ) enfermeiro ( ) médico ( ) assistente social ( ) fisioterapeuta ( ) nutricionista ( ) fonoaudiólogo ( ) Outros(qual?) \_\_\_\_\_

Comentários (opcional):

.....  
 .....

A atividade abaixo, não obteve valor de consenso mínimo pré-estabelecido e, portanto, não foi validada pelos juízes. Mas, como é referida na literatura nacional e internacional, gostaríamos de obter a sua opinião quanto à frequência, tempo, momento e profissionais envolvidos.

***Realizar acompanhamento do paciente/família através de contato telefônico até sete dias após a alta hospitalar para esclarecer dúvidas e reforçar orientações.***

*Frequência:* ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) nunca

*Tempo médio para realização:* ..... minutos

*Momento:* no ..... (2º, 3º, 4º, etc.) dia pós-alta hospitalar

*Profissionais envolvidos:*

( ) enfermeiro ( ) médico ( ) assistente social ( ) fisioterapeuta ( ) nutricionista ( ) fonoaudiólogo ( ) Outros(qual?) \_\_\_\_\_

*Em sua opinião esta atividade é:*

( ) extremamente importante ( ) muito importante ( ) importante ( ) pouco importante

E sua praticabilidade nas instituições hospitalares, de forma geral, é:

( ) muito viável ( ) viável ( ) pouco viável ( ) nenhum pouco viável

Comentários (opcional):

.....  
 .....

AGRADECEMOS A SUA CONTRIBUIÇÃO!



## APÊNDICE 5 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) Técnica Delphi 1

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “TRANSFERÊNCIA DO CUIDADO NA ALTA HOSPITALAR: TEMPO DEDICADO PELA ENFERMAGEM E EFETIVIDADE DO PROCESSO” realizada pela aluna do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da FAMERP Tatiane Cristina Zanetoni sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marcia Galan Perroca e Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Danielle Fabiana Cucolo, responsáveis pelo projeto.

Esta etapa do estudo objetiva: validar as atividades do enfermeiro visando preparar o paciente/familiar para a alta hospitalar. Essas atividades foram mapeadas considerando os achados de referências nacionais e internacionais e, para validação, será aplicada a Técnica Delphi. Esta Técnica consiste em selecionar uma equipe especialista sobre um tema em questão, no caso a transferência do cuidado na alta hospitalar. Então um questionário estruturado é encaminhado afim de obter respostas/opiniões de cada participante da equipe sobre esse tema, com isso, a partir das respostas o questionário é novamente reformulado e encaminhado para a equipe até obter aprovação do questionário entre a equipe de especialista envolvida neste processo.

Os riscos envolvidos são mínimos. Queremos deixar claro que a sua identidade e a origem das informações não serão divulgadas; não havendo prejuízo pessoal e profissional e também nenhuma despesa com a pesquisa. Você tem direito a recusar ou desistir participar dessa pesquisa, a qualquer momento, sem prejuízo pessoal e/ou profissional. Sua privacidade será preservada e o anonimato garantido. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos ou revistas científicas apenas para fins de estudo.

Poderá tirar qualquer dúvida a respeito do estudo e, se necessário, entrar em contato com as pesquisadoras responsáveis: Av. Brigadeiro Faria Lima 5416 Bairro São Pedro, CEP: 15090-000 fone: (017) 3201-5722 e-mail: [marcia.perroca@famerp.br](mailto:marcia.perroca@famerp.br) e [danielle.fabiana.cucolo@gmail.com](mailto:danielle.fabiana.cucolo@gmail.com) na FAMERP.

Para maiores esclarecimentos, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da FAMERP (CEP/FAMERP) está disponível no telefone: (17) 3201-5813 ou pelo email: [cepfamerp@famerp.br](mailto:cepfamerp@famerp.br), localizado na Avenida Brigadeiro Faria Lima, 5416 em São José do Rio Preto no horário de funcionamento das 7:30 às 16:30 de segunda à sexta. O CEP (Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos) é um grupo formado por pessoas que trabalham ou

não com pesquisa e que realizam a revisão ética inicial e contínua do estudo para manter sua segurança e proteger seus direitos.

Este documento foi feito em duas vias, ficando uma comigo e outra com o pesquisador deste estudo, tendo colocado minha rubrica (assinatura) em todas as páginas deste Termo.

Declaro que entendi este TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

---

ProfªDra Marcia GalanPerroca  
Pesquisadora Responsável

---

ProfªDra Danielle Fabiana Cucolo  
Pesquisadora Responsável

---

Tatiane Cristina Zanetoni

## APÊNDICE 6 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) Técnica Delphi 2

Prezado(a):

Dando continuidade à pesquisa intitulada: “**TRANSFERÊNCIA DO CUIDADO NA ALTA HOSPITALAR: TEMPO DEDICADO PELA ENFERMAGEM E EFETIVIDADE DO PROCESSO**”, tendo por objetivo mapear as atividades referenciadas na literatura sobre a alta hospitalar responsável realizadas pelo enfermeiro, reenvio formulário revisado considerando as respostas dos juízes ao primeiro questionário (Delphi I):

As respostas do primeiro questionário mostraram uma variação no percentual de concordância de 80% a 100%, sendo 90% para os itens 6 e 14 e 80% para os itens 12 e 13.

Diante de justificativas apontadas pelos juízes alguns termos foram incluídos ou revisados para melhor clareza dos enunciados. As autoras optaram, também, pela inversão dos itens 5 e 6 considerando que a comunicação e inclusão do paciente/familiar no planejamento da alta deve preceder o registro em prontuário ou eletronicamente, seguindo, assim, uma cronologia na dinâmica do processo. Ainda dentro das justificativas, juízes questionaram como seria avaliada a efetividade do plano de alta (item 14), colocaram que esta avaliação, talvez, seria realizada pelos serviços de atenção primária após a alta e, enfim, pela abrangência da questão as autoras entenderam pertinente excluir o item 14 dessa listagem. E, por fim, os itens 12 e 13 (80% de concordância) foram reformulados seguindo as sugestões dos juízes e mais um item foi criado com a seguinte atividade: “*Identificar problemas após a alta hospitalar, via telefone ou em visita ao domicílio, e estabelecer um plano de cuidados para resolutividade dos mesmos, envolvendo a unidade de atenção primária de referência, quando necessário*”.

Dessa forma, o instrumento manteve 14 itens relativos às atividades realizadas pelo enfermeiro na alta hospitalar responsável.

Para esta segunda fase (Delphi 2) solicitamos sua apreciação sobre o conteúdo e a redação de cada atividade (item), se existe clareza nos enunciados e se as atividades seguem uma ordem cronológica das etapas da alta responsável.

Os riscos envolvidos são mínimos. Queremos deixar claro que a sua identidade e a origem das informações não serão divulgadas; não havendo prejuízo pessoal e profissional e também nenhuma despesa com a pesquisa. Você tem direito a recusar ou desistir participar dessa pesquisa, a qualquer momento, sem prejuízo pessoal e/ou profissional. Sua privacidade

será preservada e o anonimato garantido. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos ou revistas científicas apenas para fins de estudo.

Poderá tirar qualquer dúvida a respeito do estudo e, se necessário, entrar em contato com as pesquisadoras responsáveis: Av. Brigadeiro Faria Lima 5416 Bairro São Pedro, CEP: 15090-000 fone: (017) 3201-5722 e-mail: [marcia.perroca@famerp.br](mailto:marcia.perroca@famerp.br) e [danielle.fabiana.cucolo@gmail.com](mailto:danielle.fabiana.cucolo@gmail.com) na FAMERP.

Para maiores esclarecimentos, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da FAMERP (CEP/FAMERP) está disponível no telefone: (17) 3201-5813 ou pelo email: [cepfamerp@famerp.br](mailto:cepfamerp@famerp.br), localizado na Avenida Brigadeiro Faria Lima, 5416 em São José do Rio Preto no horário de funcionamento das 7:30 às 16:30 de segunda à sexta. O CEP (Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos) é um grupo formado por pessoas que trabalham ou não com pesquisa e que realizam a revisão ética inicial e contínua do estudo para manter sua segurança e proteger seus direitos.

Este documento foi feito em duas vias, ficando uma comigo e outra com o pesquisador deste estudo, tendo colocado minha rubrica (assinatura) em todas as páginas deste Termo.

Declaro que entendi este TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

---

ProfªDra Marcia GalanPerroca  
Pesquisadora Responsável

---

ProfªDra Danielle Fabiana Cucolo  
Pesquisadora Responsável

---

Tatiane Cristina Zanetoni

## APÊNDICE 7 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Entrevistas

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “TRANSFERÊNCIA DO CUIDADO NA ALTA HOSPITALAR: TEMPO DEDICADO PELA ENFERMAGEM E EFETIVIDADE DO PROCESSO” realizada pela aluna do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da FAMERP Tatiane Cristina Zanetoni sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marcia Galan Perroca e Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Danielle Fabiana Cucolo, responsáveis pelo projeto.

Esta etapa do estudo objetiva: **Avaliar a efetividade da alta responsável para a continuidade do cuidado ao paciente, no olhar dos profissionais que atuam no processo hospitalar.**

Sua participação consiste em responder a uma entrevista a respeito do preparo do paciente para a alta hospitalar e retorno à comunidade. Estima-se duração média de 30 minutos para cada entrevista. As entrevistas serão gravadas e algumas informações serão registradas pelo entrevistador para contribuir na análise e tratamento dos dados. Os riscos envolvidos são mínimos. Queremos deixar claro que as respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome. Será aceita a sua recusa em participar dessa pesquisa, assim como a sua desistência a qualquer momento, sem que lhe haja qualquer prejuízo de continuidade de qualquer tratamento nessa instituição, penalidade ou qualquer tipo de dano à sua pessoa.

Quando for necessário utilizar os seus dados nesta pesquisa, sua privacidade será preservada, já que seus dados não serão divulgados. Os dados coletados serão utilizados apenas NESTA pesquisa e os resultados divulgados em eventos ou revistas científicas apenas para fins de estudo.

Poderá tirar qualquer dúvida a respeito do estudo e, se necessário, entrar em contato com as pesquisadoras responsáveis: Av. Brigadeiro Faria Lima 5416 Bairro São Pedro, CEP: 15090-000 fone: (017) 3201-5722 e-mail: [marcia.perroca@famerp.br](mailto:marcia.perroca@famerp.br) e [danielle.fabiana.cucolo@gmail.com](mailto:danielle.fabiana.cucolo@gmail.com) na FAMERP.

Para maiores esclarecimentos, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da FAMERP (CEP/FAMERP) está disponível no telefone: (17) 3201-5813 ou pelo email: [cepfamerp@famerp.br](mailto:cepfamerp@famerp.br), localizado na Avenida Brigadeiro Faria Lima, 5416 em São José do Rio Preto no horário de funcionamento das 7:30 às 16:30 de segunda à sexta. O CEP (Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos) é um grupo formado por pessoas que trabalham ou

não com pesquisa e que realizam a revisão ética inicial e contínua do estudo para manter sua segurança e proteger seus direitos.

Este documento foi feito em duas vias, ficando uma comigo e outra com o pesquisador deste estudo, tendo colocado minha rubrica (assinatura) em todas as páginas deste Termo.

Declaro que entendi este TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

---

Profa Dra Marcia Galan Perroca  
Pesquisadora Responsável

---

Profa Dra Danielle Fabiana Cucolo  
Pesquisadora Responsável

---

Tatiane Cristina Zanetoni

## APÊNDICE 8 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

### PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS SOBRE OPERACIONALIZAÇÃO DA ALTA HOSPITALAR RESPONSÁVEL

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “TRANSFERÊNCIA DO CUIDADO NA ALTA HOSPITALAR: TEMPO DEDICADO PELA ENFERMAGEM E EFETIVIDADE DO PROCESSO” realizada pela aluna do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da FAMERP Tatiane Cristina Zanetoni sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marcia Galan Perroca e Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Danielle Fabiana Cucolo, responsáveis pelo projeto.

Esta terceira etapa do estudo tem por objetivos obter a opinião de enfermeiros sobre atividades na alta hospitalar responsável. Esta alta tem como alvo pacientes em situação de cronicidade, cuidados paliativos e em uso de dispositivos (sondas, estomias) e equipamentos que demandam mobilização de profissionais da saúde, principalmente enfermeiros.

Queremos deixar claro que a sua identidade e a origem das informações não serão divulgadas, não havendo prejuízo pessoal e profissional e também nenhuma despesa com a pesquisa. Você tem direito a recusar ou desistir de sua participação a qualquer momento. Os dados coletados serão utilizados apenas NESTA pesquisa e os resultados divulgados em eventos ou revistas científicas apenas para fins de estudo. Declaro que entendi este TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto.

Poderá tirar qualquer dúvida a respeito do estudo e, se necessário, entrar em contato com as pesquisadoras responsáveis: Av. Brigadeiro Faria Lima 5416 Bairro São Pedro, CEP: 15090-000 fone: (017) 3201-5722 e-mail: [marcia.perroca@famerp.br](mailto:marcia.perroca@famerp.br) e [danielle.fabiana.cucolo@gmail.com](mailto:danielle.fabiana.cucolo@gmail.com) na FAMERP.

Para maiores esclarecimentos, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da FAMERP (CEP/FAMERP) está disponível no telefone: (17) 3201-5813 ou pelo email: [cepfamerp@famerp.br](mailto:cepfamerp@famerp.br), localizado na Avenida Brigadeiro Faria Lima, 5416 em São José do Rio Preto no horário de funcionamento das 7:30 às 16:30 de segunda à sexta. O CEP (Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos) é um grupo formado por pessoas que trabalham ou

não com pesquisa e que realizam a revisão ética inicial e contínua do estudo para manter sua segurança e proteger seus direitos.

Este documento foi feito em duas vias, ficando uma comigo e outra com o pesquisador deste estudo, tendo colocado minha rubrica (assinatura) em todas as páginas deste Termo.

Declaro que entendi este TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

---

ProfªDra Marcia GalanPerroca  
Pesquisadora Responsável

---


ProfªDra Danielle Fabiana Cucolo  
Pesquisadora Responsável

---

Tatiane Cristina Zanetoni





**ANEXO 1- Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa**

Comitê de Ética em  
Pesquisa em Seres Humanos  
**CEP/FAMERP**

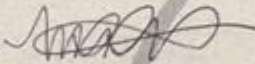
Parecer nº 3.198.240

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

O projeto de pesquisa **CAAE 08412019.4.0000.5415** sob a responsabilidade de **Marcia Galan Perroca** com o título "TRANSFERÊNCIA DO CUIDADO NA ALTA HOSPITALAR: TEMPO DEDICADO PELA ENFERMAGEM E EFETIVIDADE DO PROCESSO" está de acordo com a resolução do CNS 466/12 e foi **aprovado por esse CEP.**

Lembramos ao senhor (a) pesquisador (a) que, no cumprimento da Resolução 251/97, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) **deverá receber relatórios semestrais sobre o andamento do Estudo**, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos e também da notificação da data de inclusão do primeiro participante de pesquisa, para conhecimento deste Comitê. **Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do Estudo.**

São José do Rio Preto, 14 de março de 2019.



**Prof.ª Dr.ª. Maria Rita Rodrigues Vieira**  
Coordenadora do CEP/FAMERP em exercício

17 3201 5813  
cepfamerp@famerp.br  
Av. Brigadeiro Faria Lima 5416 | Vila São Pedro  
15090-000 | São José do Rio Preto SP  
www.famerp.br/cep



## **DIVULGAÇÃO EM EVENTOS**

Os estudos derivados da dissertação foram divulgados, até o momento, nos seguintes eventos:

1. *ALTA HOSPITALAR RESPONSÁVEL: VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DE ATIVIDADES DO ENFERMEIRO* apresentado na forma oral durante o XVII Congresso Anual de Iniciação Científica e V Congresso Científico (CAIC) FAMERP FUNFARME realizado em 21 de outubro de 2020, no Google Meet; e também no formato PÔSTER no XV Encontro de Enfermeiros de Hospitais de Ensino do Estado de São Paulo - ENFHESP (online), realizado nos dias 21 e 22 de outubro de 2021.
2. *CONTINUIDADE DO CUIDADO: AÇÕES DA EQUIPE INTERPROFISSIONAL NA ALTA HOSPITALAR RESPONSÁVEL* apresentado na forma oral durante o XVIII Congresso Anual de Iniciação Científica e V Congresso Científico (CAIC) FAMERP FUNFARME realizado em 20 de outubro de 2021, no Google Meet; e também no formato PÔSTER no XV Encontro de Enfermeiros de Hospitais de Ensino do Estado de São Paulo - ENFHESP (online), realizado nos dias 21 e 22 de outubro de 2021.

Os certificados da divulgação dos estudos encontram-se a seguir.

## Declaração de Apresentação de Trabalho

Declaro que **TATIANE CRISTINA ZANETONI, DANIELLE FABIANA CUCOLO, MARCIA GALAN PERROCA**, apresentaram o trabalho intitulado: **ALTA HOSPITALAR RESPONSÁVEL: VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DE ATIVIDADES DO ENFERMEIRO**, durante o XVII CAIC – Congresso Anual de Iniciação Científica e V Congresso Científico FAMERP/FUNFARME, realizado em 21 de outubro de 2020, no Google Meet.

Profª. Dra. Lucia Marinilza Beccaria  
Presidente do Evento

Profª. Dra. Suzana Margareth Ajeje Lobo  
Diretora Adjunta de Pesquisa

Documento emitido no dia 6 de novembro de 2021.

Código de validação: **4362-CBD7-CD91-474A-81E9**

A autenticidade deste documento pode ser verificada na página da FAMERP

<http://certdec.famerp.br/Valida.aspx>

## Declaração de Apresentação de Trabalho

Declaro que **TATIANE CRISTINA ZANETONI, DANIELLE FABIANA CUCOLO, MÁRCIA GALAN FERROCA**, apresentaram o trabalho intitulado: **CONTINUIDADE DO CUIDADO: AÇÕES DA EQUIPE INTERPROFISSIONAL NA ALTA HOSPITALAR RESPONSÁVEL**, durante o XVIII CAIC – Congresso Anual de Iniciação Científica e VI Congresso Científico FAMERP/FUNFARME, realizado em 20 de outubro de 2021, no Google Meet.

Prof. Dr. Luiz Carlos de Mattos  
Diretor Adjunto de Pesquisa

Documento emitido no dia 6 de novembro de 2021.

Código de validação: **7DE9-C503-871D-4290-9DB6**

A autenticidade deste documento pode ser verificada na página da FAMERP

<http://certdec.famerp.br/Valida.aspx>

## COMPROVANTE ENFHESP

# Certificado

XV Encontro de Enfermeiros de Hospitais de Ensino  
do Estado de São Paulo - ON LINE

Protagonismo da Enfermagem no Enfrentamento da  
Pandemia da Covid-19



Certificamos que o trabalho

**VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DE ATIVIDADES DO ENFERMEIRO NA ALTA HOSPITALAR RESPONSÁVEL**, dos autores DANIELLE FABIANA CUCOLO, TATIANE CRISTINA ZANETONI, MARCIA GALAN PERROCA, foi apresentado no formato PÔSTER no XV Encontro de Enfermeiros de Hospitais de Ensino do Estado de São Paulo (online), realizado nos dias 21 e 22 de outubro de 2021.

São Paulo, 22 de outubro de 2021.

Enfª Drª Ieda Aparecida Carneiro  
Diretora de Enfermagem do Hospital São Paulo  
Presidente do XV ENFHESP

Profª Drª Alexandre Pazetto Balsanelli  
Diretor da Escola Paulista de Enfermagem  
Vice-Presidente do XV ENFHESP

Enfª Drª Caio Sussumu M. Motoyama  
Gerente Executivo de Educação Permanente do HSP  
Coordenador da Comissão Científica do XV ENFHESP





## COMPROVANTE ENFHESP

# Certificado

XV Encontro de Enfermeiros de Hospitais de Ensino  
do Estado de São Paulo – ON LINE

Protagonismo da Enfermagem no Enfrentamento da  
Pandemia da Covid-19



Certificamos que o trabalho

**CONTINUIDADE DO CUIDADO: AÇÕES DA EQUIPE INTERPROFISSIONAL NA ALTA HOSPITALAR RESPONSÁVEL**, dos autores DANIELLE FABIANA CUCOLO, TATIANE CRISTINA ZANETONI, MARCIA GALAN PERROCA, foi apresentado no formato PÔSTER no XV Encontro de Enfermeiros de Hospitais de Ensino do Estado de São Paulo (online), realizado nos dias 21 e 22 de outubro de 2021.

São Paulo, 22 de outubro de 2021.

**Enª Drª Teda Aparecida Carneiro**  
Diretora de Enfermagem do Hospital São Paulo  
Presidente do XV ENFHESP

**Profª Drª Alexandre Pazetto Balsanelli**  
Diretor da Escola Paulista de Enfermagem  
Vice-Presidente do XV ENFHESP

**Enª Drª Caio Sussumú M Motoyama**  
Gerente Executivo de Educação Permanente do HSP  
Coordenador da Comissão Científica do XV ENFHESP



Ativar c  
Acesse Cc





## MANUSCRITOS

Os achados desse estudo possibilitaram a produção de três manuscritos abordando a validação das atividades realizadas por enfermeiros na alta hospitalar responsável, as ações interprofissionais - aspectos restritores e avanços e, ainda, a forma de operacionalização e tempo estimado neste processo.

O primeiro manuscrito intitulado “*Alta hospitalar responsável: validação de conteúdo de atividades do enfermeiro*” encontra-se publicado na Revista Gaúcha de Enfermagem (RGENF) em 2022 - <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210044>.

Os demais manuscritos gerados “*Ações interprofissionais na alta responsável: contribuições para melhoria da efetividade da transição do cuidado*” e “*Operacionalização e tempo dedicado pelo enfermeiro na alta hospitalar responsável*” serão revisados, mediante os comentários da banca e submetidos, respectivamente, para a Revista da Escola de Enfermagem da USP (REEUSP) e Revista Brasileira de Enfermagem (REBEN).

O primeiro manuscrito está apresentado a seguir.

## MANUSCRITO 1

Artigo Original

Zanetoni TC, Cucolo DF, Perroca MG

Alta hospitalar responsável: validação de conteúdo de atividades do enfermeiro

Rev Gaúcha Enferm. 2022;43:e20210044

doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210044>

### **Alta hospitalar responsável: validação de conteúdo de atividades do enfermeiro**

Responsible hospital discharge: content validation of nurse's activities

Alta hospitalaria responsable: validación de contenido de las actividades de enfermeira

Tatiane Cristina Zanetoni<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-1369-916X>

Danielle Fabiana Cucolo<sup>2</sup> <https://orcid.org/0000-0002-9926-1192>

Marcia Galan Perroca<sup>a</sup> <https://orcid.org/0000-0003-2931-8429>

### **Como citar este artigo:**

Zanetoni TC, Cucolo DF, Perroca MG. Alta hospitalar responsável: validação de conteúdo de atividades do enfermeiro. Rev Gaúcha Enferm. 2022;43:e20210044. doi:

<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210044>

## **RESUMO**

**Objetivo:** Desenvolver e validar uma lista de atividades a serem realizadas pelo enfermeiro na alta hospitalar responsável.

**Método:** Estudo de validação de conteúdo. Os 14 itens gerados foram organizados em uma escala Likert e submetidos à apreciação de juízes, através da Técnica Delphi. Avaliou-se relevância, clareza nos enunciados e ordem sequencial de execução. O consenso para as respostas foi pré-estabelecido em 0,80 e calculado o índice de validade de conteúdo dos itens.

**Resultados:** Oito profissionais participaram da validação da listagem construída. Na Delphi 1, o índice de validade de conteúdo variou de 0,70 (contato pós alta e agendamento de visita domiciliar) a 1,0 e, na Delphi 2, encontrou-se variação de 0,60 (contato telefônico pós alta) a 1,0.

**Conclusão:** Foram validadas 13 das 14 atividades propostas. A listagem de atividades construída pode contribuir para o processo de alta segura, a continuidade e integralidade do cuidado e, ainda, para a redução das readmissões.

**Palavras-chave:** Alta do paciente. Continuidade da assistência ao paciente. Avaliação de processos em cuidados de saúde. Avaliação em enfermagem. Estudo de validação.

## **ABSTRACT**

<sup>1</sup> Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). Curso de Mestrado Acadêmico. São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil.

<sup>b</sup> Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC). Programa de Pós-Graduação - Residência Multiprofissional em Saúde. Campinas, São Paulo, Brasil.

<sup>c</sup> Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil.

**Objective:** To develop and validate a list of activities to be performed by the nurse in a responsible hospital discharge.

**Method:** Content validation study. The 14 generated items were organized on a Likert scale and submitted to judges' appreciation, using the Delphi Technique. Relevance, explicitness of the statements and the sequence arrangement of execution were evaluated. The consensus for the answers was pre-established at 0.80 and the content validity index was calculated.

**Results:** Eight professionals participated in the validation of the created list. In Delphi 1, the content validity index ranged from 0.7 (post-discharge contact and home visit scheduling) to 1.0 and in Delphi 2, a range from 0.60 (post-discharge telephone contact) to 1.0.

**Conclusion:** 13 of the 14 proposed activities were validated. The created list of activities can contribute to the safe discharge process, the continuity and entirety of care and, also, to the reduction of readmissions.

**Keywords:** Patient discharge. Continuity of patient care. Process assessment, health care. Nursing assessment. Validation study.

## RESUMEN

**Objetivo:** Ejecutar y validar una lista de actividades que deben realizar las enfermeiras en el alta hospitalaria responsable.

**Método:** Estudio de validación de contenido. Los 14 ítems producidos fueron organizados en una escala Likert y sometidos a apreciación de jueces, mediante la Técnica Delphi. Se evaluó relevancia, claridad de los enunciados y orden secuencial de ejecución. El consenso para las respuestas fue preestablecido en 0,80 y calculado el índice de validación de contenido.

**Resultados:** Ocho profesionales participaron en la validación de la lista construida. En Delphi 1, el índice de validación de contenido varió de 0,7 (contacto post-alta y programación de visita domiciliaria) a 1,0 y en Delphi 2, se encontró variación de 0,60 (contacto telefónico post-alta) a 1,0.

**Conclusión:** Fueron validadas 13 de las 14 actividades propuestas. El listado de actividades obtenido puede contribuir con el proceso de alta segura, con la continuidad e integralidad del cuidado y, también, con la reducción de reingresos en los hospitales.

**Palabras clave:** Alta del paciente. Continuidad de la atención al paciente. Evaluación de procesos, atención de salud. Evaluación en enfermería. Estudio de validación.

## INTRODUÇÃO

O planejamento da alta tem sido descrito como um caminho para qualificar o atendimento e minimizar riscos de complicações após a internação hospitalar<sup>(1)</sup>. Recomenda-se seu início precoce, com abordagem interprofissional e sistêmica, incluindo o paciente/família nas decisões sobre os cuidados, e elegendo um coordenador para articular os recursos e transferir as informações entre os níveis de atenção à saúde<sup>(2)</sup>. Além disso, defende-se um pacote de medidas envolvendo práticas padronizadas, orientações e acompanhamento domiciliar ao paciente/familiar, intervenções educativas junto aos profissionais de saúde e discussões periódicas entre os serviços<sup>(3)</sup>.

Entretanto, no cenário de prática, este plano inicia-se, geralmente, próximo à data de alta do paciente<sup>(4)</sup> e restrita aos cuidados habituais sem conexão com um coordenador formal

do processo<sup>(1)</sup>. Os pacientes e familiares, muitas vezes, não são inseridos no planejamento dos cuidados dificultando a adesão e a manutenção da assistência no domicílio<sup>(5)</sup>.

A alta responsável está prevista na legislação brasileira<sup>(6)</sup> e pode ser compreendida como um processo de transição do cuidado do paciente hospitalizado para outros níveis de atenção à saúde, em especial para a Atenção Primária. Este modelo de continuidade da assistência considera a participação e o desenvolvimento da autonomia do paciente/família sobre os cuidados; a articulação entre os diferentes pontos da rede e a adoção de mecanismos de desospitalização<sup>(6)</sup>.

O enfermeiro exerce papel central para garantir a continuidade do tratamento e a segurança do paciente no autocuidado liderando e coordenando este processo. Desta forma, atua como mediador nas ações interprofissionais atentando para as necessidades e preocupações do paciente/família<sup>(7)</sup>. No planejamento da alta, este profissional gerencia, junto à equipe interprofissional, situações que requerem maior demanda de atenção no domicílio<sup>(8)</sup>, dentre elas, condição de cronicidade, cuidados paliativos e utilização de dispositivos e equipamentos para a saúde<sup>(9)</sup>.

Embora a transição do cuidado na alta hospitalar (responsável) esteja legitimada, cada instituição hospitalar estabelece seu próprio fluxo de trabalho. Assim, as várias atividades desenvolvidas pelo enfermeiro durante o plano de alta podem diferir entre as instituições de saúde. Apesar de existir referência internacional<sup>(10)</sup> quanto às atividades desempenhadas pelo enfermeiro no plano da alta não foram identificados, até o momento, estudos abordando este modelo (alta responsável), proposto nacionalmente, para a continuidade do cuidado após a internação hospitalar. Faz-se necessário, então, mapear e obter consenso de especialistas para a realidade brasileira.

Os achados aqui apresentados constituem-se em parte inicial de uma investigação mais abrangente denominada “Transferência do cuidado na alta hospitalar: tempo dedicado pela enfermagem e efetividade do processo”, de um programa de mestrado, e vincula-se ao grupo de pesquisa Gestão de Serviços de Saúde e de Enfermagem (GESTSAÚDE). O presente estudo procura esclarecer a questão: Quais atividades os enfermeiros deveriam realizar no processo de alta responsável? Elas são validadas por especialistas? E para tanto, tem por objetivo desenvolver e validar uma lista de atividades a serem realizadas pelo enfermeiro na alta hospitalar responsável.

## MÉTODO

Este estudo de validação de conteúdo seguiu as duas etapas propostas na literatura<sup>(11)</sup>, ou seja, estágio de desenvolvimento (aqui denominado mapeamento de atividades) e estágio de julgamento e quantificação. No primeiro, ocorreu identificação do construto (*alta hospitalar responsável*) com busca na literatura e desenvolvimento de uma listagem das atividades/itens a serem realizadas pelo enfermeiro durante o processo de alta. A seguir, um grupo de juízes avaliou a relevância dos itens gerados (parte qualitativa) e o índice de validade de conteúdo dos itens (IVC-I) foi calculado (parte quantitativa) a partir da proporção de concordância dos especialistas.

A validade de conteúdo possibilita verificar se os itens que compõem uma escala (atividades) representam adequadamente o construto sob análise<sup>(12)</sup>. Atividades, neste estudo, são consideradas as ações ou comportamentos específicos da equipe de enfermagem, no desdobramento de uma intervenção, para alcance de resultados<sup>(10)</sup>.

Constituíram-se em fontes de informação para o mapeamento das atividades de alta: a) Portaria nº 3390 do Ministério da Saúde sobre as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS)<sup>(6)</sup> e o manual de planejamento e gestão das altas elaborado pela instituição investigada; b) a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) Plano de Alta (7370)<sup>(10)</sup>; c) padrões e recomendações internacionais sobre planejamento de alta<sup>(2-4)</sup>; e, d) demais produção científica sobre a temática<sup>(5,13-15)</sup>, dentre outros.

A listagem construída a partir destas múltiplas fontes, retiradas as duplicidades, seguiu ordem cronológica das etapas da alta responsável. Os 14 itens gerados foram organizados em uma escala Likert de quatro pontos evitando-se o ponto neutro. Os escores para cada item foram: 1. discordo totalmente, 2. discordo, 3. concordo e 4. concordo totalmente.

Os itens abordavam, sequencialmente, a identificação dos critérios de elegibilidade, a comunicação com o médico sobre a previsão da data da alta, o planejamento da alta responsável com a equipe interprofissional, a coleta de informações do paciente e sua família, a inserção e orientação destes nos cuidados em domicílio, o registro em prontuário, a coordenação da equipe, a formalização da contrarreferência e ações pós alta para resolução de problemas identificados.

O formulário gerado pelo mapeamento das atividades foi inserido no aplicativo Google Forms permitindo auto preenchimento. Na parte inicial, após explicação dos objetivos da pesquisa, seguiu-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para assinalar

aceite, espaço para dados pessoais e profissionais dos participantes finalizando-se pelas 14 atividades propostas no formato Likert.

Para validar o conteúdo da listagem gerada empregou-se a técnica Delphi. Nela, questionários estruturados são apresentados, de forma sequencial, a um grupo de profissionais (juízes) com conhecimento específico em um determinado assunto, em busca de consenso. O número de fases varia em cada estudo, mas geralmente encontra-se entre duas e quatro<sup>(16)</sup>.

Como critérios de elegibilidade para compor o grupo de juízes consideraram-se atuação de, no mínimo, um ano no processo de alta hospitalar responsável e/ou produção científica relacionada à temática. Os pesquisadores foram localizados na Plataforma Lattes no sítio eletrônico do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Já os demais profissionais, através de indicação por pares ou gerentes de serviços de enfermagem.

Os juízes foram contactados por correio eletrônico com envio de link de acesso ao formulário online. Lembretes foram enviados quando excediam o prazo de preenchimento de 15 dias. Solicitou-se apreciação quanto à pertinência do conteúdo e a redação de cada atividade (item) da alta responsável avaliando se apresentavam relevância, clareza nos enunciados e ordem sequencial de execução<sup>(16)</sup>. Ainda, que justificassem sua escolha e apresentassem sugestões para melhoria, caso julgassem necessário. A coleta dos dados ocorreu entre os meses de abril e agosto de 2020.

A análise estatística foi conduzida por meio do programa computacional The SAS System for Windows (Statistical Analysis System), versão 9.2 (SAS Institute Inc, 2002-2008, Cary, NC, USA). Incluiu a análise descritiva das variáveis categóricas (frequência absoluta e percentual) e numéricas (valores de média (M) e desvio padrão (DP), mediana (MD) e quartis (Q1 e Q3).

Na análise quantitativa das respostas avaliou-se o IVC-I, ou seja, mensurou-se a proporção de concordância em cada um dos itens (atividades) da listagem entre os avaliadores (grupo de juízes). Este índice é mensurado considerando-se a quantidade de itens que receberam classificação de 3 e 4 dividido pelo número de juízes<sup>(12)</sup>. Estes autores advogam, que neste processo, uma escala ordinal transforma-se em uma escala dicotômica (conteúdo válido x conteúdo inválido) e, portanto, o IVC-I deve ser ajustado através do kappa modificado (K\*) para evitar a concordância ao acaso<sup>(12)</sup>.

Dessa forma, para cada um dos 14 itens das diversas fases Delphi, foi calculada a probabilidade de concordância por chance (pc), o índice de validade de conteúdo do item (IVC-I) e o kappa modificado (K\*). Adotou-se o valor mínimo de concordância de 0,80,

como recomendado<sup>(12)</sup>. Para a interpretação do Kappa utilizou-se os valores:  $\leq 0,40$  (pobre),  $0,40 - 0,59$  (moderado),  $0,60 - 0,74$  (bom) e  $>0,74$  (excelente)<sup>(17)</sup>.

Antecipando a coleta de dados, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da instituição campo de estudo - CAAE08412019.4.0000.5415 e parecer nº 3.198.240/2019. Obteve-se aceite dos participantes por meio da assinatura do TCLE através do formulário enviado.

## RESULTADOS

Dos profissionais convidados, oito retornaram os questionários. Os avaliadores eram do sexo feminino, com idade média de 36,1 (Dp=6,9; variação 24-43) anos e tempo de atuação profissional (sete enfermeiros clínicos e um gerente) de 11,2 (Dp=6,6; variação 1-20) anos; cinco tinham especialização e três mestrado.

A aplicação da Delphi ocorreu em duas fases. Na Delphi 1, apresentada na Tabela 1, a média da concordância sobre as atividades do enfermeiro variou de 3,2 (contato pós alta e agendamento de visita domiciliar) a 4,0 (critérios de elegibilidade; coleta de informação; comunicação paciente e família e ensino de manuseio de equipamentos).

**Tabela 1** - Médias e medianas das respostas obtidas dos juízes sobre as atividades do enfermeiro na alta hospitalar responsável na fase Delphi 1. São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil, 2020

Atividades	M	DP	Md	Q1	Q3
1. Critérios de elegibilidade	4,0	0,0	4,0	4,0	4,0
2. Contato médico e previsão de alta	3,9	0,3	4,0	4,0	4,0
3. Projeto terapêutico	3,9	0,3	4,0	4,0	4,0
4. Coleta informações	4,0	0,0	4,0	4,0	4,0
5. Elaboração de plano de alta	3,6	0,7	4,0	3,5	4,0
6. Comunicação paciente/família	4,0	0,0	4,0	4,0	4,0
7. Coordenação equipe profissional	3,7	0,5	4,0	3,5	4,0
8. Documentação e encaminhamentos	3,7	0,5	4,0	3,5	4,0
9. Compartilhamento de informações	3,7	0,5	4,0	3,5	4,0
10. Orientação paciente/família	3,9	0,3	4,0	4,0	4,0
11. Ensino manuseio equipamentos	4,0	0,0	4,0	4,0	4,0
12. Contato pós alta	3,2	0,9	3,5	2,5	4,0
13. Agendamento visita domiciliar	3,2	1,2	4,0	2,5	4,0
14. Efetividade Plano de alta	3,6	0,7	4,0	3,5	4,0

M: média; DP: desvio padrão; Md: mediana; Q1 e Q3: quartis.



Nesta mesma fase, o IVC-I variou de 0,7 (contato pós alta e agendamento de visita domiciliar) a 1,0 (critérios, previsão de alta, projeto terapêutico, coleta e compartilhamento de informações, documentação, comunicação e orientação paciente/família, manuseio equipamentos e coordenação equipe). Os valores do K\* mostraram-se entre 0,72 a 1,0 – considerado excelente (Tabela 2).

**Tabela 2** - Índice de Validade de Conteúdo e Kappa modificado referente às respostas obtidas dos juízes sobre as atividades do enfermeiro na alta hospitalar responsável na fase Delphi 1. São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil, 2020

Atividades	pc	IVC-I	K*
1. Critérios de elegibilidade	0,004	1,00	1,00
2. Contato médico e previsão de alta	0,004	1,00	1,00
3. Projeto terapêutico	0,004	1,00	1,00
4. Coleta informações	0,004	1,00	1,00
5. Elaboração de plano de alta	0,031	0,87	0,87
6. Comunicação paciente/família	0,004	1,00	1,00
7. Coordenação equipe profissional	0,004	1,00	1,00
8. Documentação e encaminhamentos	0,004	1,00	1,00
9. Compartilhamento de informações	0,004	1,00	1,00
10. Orientação paciente/família	0,004	1,00	1,00
11. Ensino manuseio equipamentos	0,004	1,00	1,00
12. Contato pós alta	0,109	0,75	0,72
13. Agendamento visita domiciliar	0,109	0,75	0,72
14. Efetividade plano de alta	0,031	0,87	0,87

pc: probabilidade de concordância ao acaso; IVC-I: índice de validade de conteúdo dos itens; K\*: Kappa modificado.

A partir das respostas obtidas no primeiro questionário mudanças foram efetuadas na segunda versão da listagem de atividades. Diante de justificativas apontadas pelos juízes alguns termos foram incluídos ou revisados para melhor clareza dos enunciados. Optou-se pela inversão dos itens 5 e 6 considerando que a comunicação e inclusão do paciente/familiar no planejamento da alta deve preceder o registro em prontuário ou eletronicamente, seguindo, assim, uma cronologia na dinâmica do processo. A avaliação da efetividade do plano de alta (item 14) foi validada, mas com extensas ressalvas por parte dos juízes, e assim, optou-se por sua reformulação. Neste segundo momento, apenas cinco juízes retornaram as respostas dos questionários.

Na fase Delphi 2 (Tabela 3), a média da concordância sobre as atividades do enfermeiro variou de 2,8 (contato telefônico pós alta) a 4,0 (previsão de alta, projeto terapêutico, orientação e comunicação ao paciente/família, coordenação da equipe e agendamento de visita domiciliar).

**Tabela 3** - Medias e medianas das respostas obtidas dos juizes sobre as atividades do enfermeiro na alta hospitalar responsável na fase Delphi 2. São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil, 2020

Atividades	M	DP	Md	Q1	Q3
1. Critérios de elegibilidade	3,8	0,4	4,0	4,0	4,0
2. Contato médico e previsão de alta	4,0	0,0	4,0	4,0	4,0
3. Projeto terapêutico	4,0	0,0	4,0	4,0	4,0
4. Coleta informações	3,6	0,5	4,0	3,0	4,0
5. Comunicação paciente/família	4,0	0,0	4,0	4,0	4,0
6. Elaboração de plano de alta	3,8	0,4	4,0	4,0	4,0
7. Coordenação equipe profissional	4,0	0,0	4,0	4,0	4,0
8. Documentação e encaminhamentos	3,8	0,4	4,0	4,0	4,0
9. Compartilhamento de informações	3,6	0,5	4,0	3,0	4,0
10. Orientação paciente/família	4,0	0,0	4,0	4,0	4,0
11. Ensino manuseio equipamentos	3,8	0,4	4,0	4,0	4,0
12. Contato telefônico pós alta (até 7 dias)	2,8	0,8	3,0	2,0	3,0
13. Agendamento visita domiciliar *	4,0	0,0	4,0	4,0	4,0
14. Identificação/solução problemas pós alta	3,8	0,4	4,0	4,0	4,0

M: media; DP: desvio padrão; Md: mediana; Q1 e Q3: quartis; \* para pacientes com maior demanda de necessidades de cuidados (uso de equipamentos/aparatos ou cuidados de maior complexidade técnica).

Quanto aos resultados do IVC-I, da fase Delphi 2 (Tabela 4), todos os itens receberam o valor 1,0 exceto o item 12 relativo ao contato telefônico pós alta que obteve valor de 0,60; Já os valores do K\* variaram de 0,42 (moderado) -1,0 (excelente).

**Tabela 4** - Índice de Validade de Conteúdo e Kappa modificado referente às respostas obtidas dos juizes sobre as atividades do enfermeiro na alta hospitalar responsável na fase Delphi 2. São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil, 2020

Atividades	pc	IVC-I	K*
1. Critérios de elegibilidade	0,031	1,00	1,00
2. Contato médico e previsão de alta	0,031	1,00	1,00
3. Projeto terapêutico	0,031	1,00	1,00
4. Coleta informações	0,031	1,00	1,00
5. Comunicação paciente/família	0,031	1,00	1,00
6. Elaboração de plano de alta	0,031	1,00	1,00
7. Coordenação equipe profissional	0,031	1,00	1,00
8. Documentação e encaminhamentos	0,031	1,00	1,00
9. Compartilhamento de informações	0,031	1,00	1,00
10. Orientação paciente/família	0,031	1,00	1,00
11. Ensino manuseio equipamentos	0,031	1,00	1,00
12. Contato telefônico pós alta (até 7 dias)	0,313	0,60	0,42
13. Agendamento visita domiciliar*	0,031	1,00	1,00
14. Identificação/solução problemas pós alta	0,031	1,00	1,00

p<sub>c</sub>: probabilidade de concordância ao acaso; IVC-I: índice de validade de conteúdo dos itens; K\*: Kappa modificado; \*para pacientes com maior demanda de necessidades de cuidados (uso de equipamentos/aparatos ou cuidados de maior complexidade técnica).

A listagem final das 13 atividades validadas a serem realizadas pelos enfermeiros na alta hospitalar responsável encontra-se apresentada no Quadro 1.

**Quadro 1** - Atividades a serem realizadas pelo enfermeiro na alta hospitalar responsável validadas pelos juízes. São José do Rio Preto, São Paulo 2021

ATIVIDADES	
1	Identificar critérios de elegibilidade para a alta responsável do paciente através de busca ativa a beira leito.
2	Discutir com o médico a previsão de alta hospitalar.
3	Estabelecer o projeto terapêutico e o plano de alta junto à equipe multiprofissional.
4	Coletar informações do paciente (cuidador principal, rede de atenção à saúde do município, condições clínicas, composição familiar, e cuidados necessários no domicílio, entre outras), fatores facilitadores e restritores para continuar os cuidados no domicílio.
5	Comunicar e envolver paciente e/ou familiar/cuidador no plano de alta.
6	Elaborar o plano de alta e realizar sua documentação em prontuário ou eletronicamente.
7	Alinhar o processo de comunicação e coordenar ações entre a equipe multidisciplinar.
8	Documentar os encaminhamentos necessários, guia de referência e contra referência, processo de oxigênio domiciliar e outros para a assistente social.
9	Compartilhar informações com o município de origem relacionadas às condições clínicas, cuidados, núcleo familiar, entre outras informações pertinentes ao processo.
10	Orientar paciente e familiar/cuidador sobre os cuidados e providências necessárias após a alta hospitalar, de forma verbal e/ou escrita
11	Ensinar o paciente e familiar/cuidador a forma de manuseio de equipamentos e/ou materiais especiais para os cuidados necessários no domicílio revisando e certificando sua compreensão.
12	Agendar e realizar visita domiciliar para pacientes com maior demanda de necessidades de cuidados (uso de equipamentos/aparatos ou cuidados de maior complexidade técnica).
13	Identificar problemas após a alta hospitalar, via telefone ou em visita ao domicílio, e estabelecer um plano de cuidados para resolutividade dos mesmos, envolvendo a unidade de atenção primária de referência, quando necessário.

Fonte: Elaborado pelos autores.

## DISCUSSÃO

Esta investigação teve por propósito desenvolver e validar uma lista de atividades realizadas pelo enfermeiro na alta hospitalar responsável. As múltiplas fontes de informação utilizadas, reunindo diretrizes e recomendações internacionais, nacionais, institucionais e achados de pesquisas sobre a temática permitiram o mapeamento, em ordem sequencial de execução, de 14 atividades integrantes deste processo.

Um grupo de oito profissionais, selecionados através da técnica Delphi, participou da validação de conteúdo da listagem construída. Este método iterativo de múltiplas fases para obtenção de consenso é considerado prático, possibilita a inclusão de elevado número de especialistas, eliminando barreiras geográficas e preservando o anonimato<sup>(16)</sup>. Em virtude da influência da composição do grupo de profissionais sobre os resultados obtidos e possibilidade de viés na pesquisa<sup>(16)</sup>, atenção especial foi dada ao conhecimento e experiência profissional dos participantes priorizando-se aqueles com atuação clínica, em instituições públicas e privadas, junto a pacientes em cuidados paliativos, situação de cronicidade e cuidados de maior complexidade assistencial, no processo de alta responsável.

Já na fase Delphi 1 foram obtidos escores médios e IVC-I altos para a maioria das atividades mostrando alta concordância entre os juízes. Das 14 atividades listadas, dez apresentaram IVC-I e Kappa\* máximos (1,0). Isto evidencia que aspectos como identificação de critérios de elegibilidade; contato com o médico para previsão de alta hospitalar; estabelecimento do projeto terapêutico junto à equipe multiprofissional, coleta de informações do paciente para verificação dos fatores facilitadores e restritores para a continuação dos cuidados no domicílio; comunicação e orientação paciente/família; coordenação da equipe profissional; documentação, encaminhamentos e compartilhamento de informações com o município de origem e ensino de manuseio de equipamentos encontram-se incorporados na rotina diária do profissional.

Estudos apontaram<sup>(7,15,18)</sup> que o enfermeiro está diretamente ligado à coordenação do processo de alta responsável participando ativamente no alinhamento da equipe interprofissional na elaboração do projeto terapêutico. Desta forma, busca entre os membros da equipe, aqueles envolvidos, especificamente, na demanda de cada paciente/família de acordo com o uso de dispositivos e complexidade assistencial, para articulação com o município de origem e continuação dos cuidados no domicílio. Atividades direcionadas à educação em saúde tanto do paciente como família/cuidador foram identificadas como as mais realizadas por enfermeiros que atuam na transição do cuidado<sup>(18)</sup>. A importância da

escolha do momento adequado - preferencialmente na admissão ou nos primeiros dias de internação - tem sido destacada<sup>(2,4,18)</sup>.

Não alcançaram o valor mínimo de concordância estabelecido ( $IVC-I \geq 0,80$ )<sup>(12)</sup> as atividades “Contato pós alta” e “Agendamento da visita domiciliar” ambas com IVC-I de 0,75 e  $K^* 0,72$ . De acordo com os relatos dos juízes, estas atividades apresentam relevância para a continuação do cuidado. No entanto, para alguns elas deveriam ser realizadas pela Atenção Básica em Saúde (ABS), ou seja, o município de origem do paciente; para outros, apenas para pacientes com maior demanda de cuidados na alta hospitalar.

Na segunda rodada Delphi, houve consenso dos juízes quanto à realização pelo enfermeiro de “Agendamento da visita domiciliar” (atividade 13) e “Identificação de problemas pós alta” (atividade 14), ambas com IVC-I e  $K^* 1,0$ . A modificação na redação e na abrangência das ações parece ter se mostrado determinante para a concordância. Assim, o agendamento e realização da visita domiciliar limitou-se, apenas, à inclusão de pacientes com maior demanda de necessidades de cuidados (uso de equipamentos/aparatos ou cuidados de maior complexidade técnica).

“Identificação de problemas pós alta” originou-se da reestruturação da atividade “Avaliação da efetividade do plano de alta”, aprovada na fase Delphi 1, mas com muitos questionamentos dos juízes. Embora concordassem com a importância desta avaliação como forma de evitar falhas no processo e estabelecer melhorias preocupavam-se quanto à forma de operacionalização. Assim, na nova redação, houve maior especificação incorporando ações como a identificação de problemas após a alta hospitalar e o estabelecimento do plano de cuidados para sua resolutividade. Ainda, a forma como poderia ocorrer - via telefone ou em visita ao domicílio - e o envolvendo da unidade da ABS de referência, quando necessário.

Parece contraditório que a visita domiciliar tenha alcançado consenso entre os juízes, mas não o acompanhamento do paciente/família através de contato telefônico, até sete dias após a alta, para esclarecer dúvidas e reforçar orientações - IVC-I 0,60 e  $K^*0,42$ . Isto pode ser explicado, em parte, pelo número de juízes ter sido reduzido para cinco, na Fase 2, apesar dos vários lembretes enviados. O monitoramento do paciente/família através de contato telefônico e visitas domiciliares contribui sobremaneira para os resultados assistenciais pós alta<sup>(14)</sup>.

A sobrecarga de trabalho e a conseqüente limitação do tempo para comunicação interprofissional torna o processo de alta responsável vulnerável impactando na qualidade das orientações e informações para a transição do cuidado<sup>(14,18)</sup>. Para fortalecer a articulação entre a Atenção Hospitalar e a ABS alguns países como Canadá<sup>(19)</sup>, Espanha<sup>(15)</sup> e Portugal<sup>(20)</sup> adotaram o modelo “enfermeiro de ligação”. Este profissional coordena o processo de alta,

compartilhando informações entre os dois níveis de atenção, realizando planejamento de cuidados, atividades educativas e monitorando o atendimento das necessidades de atenção do paciente/família<sup>(19)</sup>.

No Brasil, algumas iniciativas, neste sentido, já despontam<sup>(21)</sup>. Seriam de grande valia, também, como forma de redução da carga de trabalho dos enfermeiros das unidades de internação uma vez que a coordenação do processo de alta responsável demanda tempo e eles já se encontram sobrecarregados com as ações assistenciais e gerenciais.

A redução do número de juízes na fase Delphi 2, poderia ser considerada uma limitação do estudo. Contudo, não existe na literatura critérios estabelecidos para a quantidade de profissionais na composição do grupo<sup>(16)</sup>. Considera-se três especialistas como o número mínimo aceitável para a mensuração da validade de conteúdo<sup>(12)</sup>. O interesse e o compromisso são considerados aspectos que favorecem a retenção dos juízes durante as fases<sup>(12)</sup>.

Ainda, a não validação de uma das atividades poderia ter conduzido para uma terceira fase Delphi. Isto não ocorreu devido a perda de juízes frente à situação sanitária ocasionada pela pandemia COVID-19 e o limite temporal para condução do estudo. A fase Delphi 2 foi conduzida durante a pandemia de COVID-19, com grande impacto nos cenários de prática e na carga de trabalho, segurança física e emocional dos profissionais de saúde. Os juízes eram, em sua maioria, enfermeiros clínicos. Assume-se, nesta técnica que o número de rodadas de questionários (fases) continua até que se obtenha o consenso do grupo ou o número de respostas dos questionários diminuam.

A diversidade de contextos de prática, organização e dinâmicas de trabalho dos juízes contribuíram para uma listagem de atividades em conformidade com a realidade das instituições de saúde brasileiras. O mapeamento validado, em ordem sequencial de realização das atividades, pode ser utilizado como um checklist para nortear o planejamento e avaliação do sistema de alta hospitalar com propostas de melhorias. Possibilita, ainda, a avaliação do tempo dedicado pelo enfermeiro na condução das diversas etapas da alta responsável e mensuração da carga de trabalho para adequação do quadro de pessoal. Desta forma, contribui para o processo de alta segura e humanizada, a continuidade e integralidade do cuidado e, ainda, para a redução das readmissões e gastos hospitalares.

## CONCLUSÃO

Foram validadas 13 das 14 atividades propostas para a alta hospitalar responsável. “Realizar acompanhamento do paciente/família através de contato telefônico até sete dias após a alta hospitalar para esclarecer dúvidas e reforçar orientações”, não obteve consenso

pré-estabelecido para as respostas. Recomenda-se novas pesquisas junto à maior número de enfermeiros, atuantes no processo de alta responsável, para estudar a viabilidade do enfermeiro hospitalar realizar o acompanhamento do paciente/família após a internação.

## REFERENCIAS

1. Gonçalves-Bradley DC, Lannin NA, Clemson LM, Cameron ID, Shepperd S. Discharge planning from hospital. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;(1):CD000313. doi: <https://doi.org/10.1002%2F14651858.CD000313.pub5>
2. Mennuni M, Gulizia MM, Alunni G, Amico AF, Bovenzi FM, Caporale R, et al. ANMCO position paper: hospital discharge planning: recommendations and standards. *Eur Heart J Suppl*. 2017;19(suppl D):D244-D255. doi: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/sux011>
3. Hesselink G, Zegers M, Vernooij-Dassen M, Barach P, Kalkman C, Flink M, et al. Improving patient discharge and reducing hospital readmissions by using Intervention Mapping. *BMC Health Serv Res*. 2014;14:389. doi: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-389>
4. Lima MADS, Magalhães AMM, Oelke ND, Marques GQ, Lorenzini E, Weber LAF, et al. Care transition strategies in Latin American countries: an integrative review. *Rev Gaúcha Enferm*. 2018;39:e20180119. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180119>
5. Hestevik CH, Molin M, Debesay J, Bergland A, Bye A. Older persons' experiences of adapting to daily life at home after hospital discharge: a qualitative metasummary. *BMC Health Serv Res*. 2019;19:224. doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4035-z>
6. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013 [citado 2019 jan 15]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390\\_30\\_12\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html)
7. Thoma JE, Waite MA. Experiences of nurse case managers within a central discharge planning role of collaboration between physicians, patients and other healthcare professionals: a sociocultural qualitative study. *J Clin Nurs*. 2019;27:224. doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.14166>
8. Hayajneh AA, Hweidi IM, Abu Dieh MW. Nurses' knowledge, perception and practice toward discharge planning in acute care settings: a systematic review. *Nurs Open*. 2020;7(5):1313-20. doi: <https://doi.org/10.1002/nop2.547>

9. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Diário Oficial União. 2016 abr 26 [citado 2021 jul 13];153(78 Seção 1): 33-38. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=26/04/2016&jornal=1&pagina=33&totalArquivos=112>
10. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman J, Wagner CM. NIC: Nursing Interventions Classifications [Internet]. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2019.
11. Lynn MR. Determination and quantification of content validity. Nurs Res.1986;35(6), 382-5. doi: <https://doi.org/10.1097/00006199-198611000-00017>
12. Polit DF, Beck CT, Owen SV. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. Res Nurs Health. 2007;30(4):459-67. doi: <https://doi.org/10.1002/nur.20199>
13. Siqueira TH, Vila VSC, Weiss ME. Cross-cultural adaptation of the instrument readiness for hospital discharge scale - adult form. Rev Bras Enferm. 2018;71(3):983-91. doi: <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0241>
14. Weber LAF, Lima MADS, Acosta AM, Marques GQ. Care transition from hospital to home: integrative review. Cogitare Enferm. 2017;(22)3:e47615. doi: <http://doi.org/10.5380/ce.v22i3.47615>
15. Costa MFBNA, Andrade SR, Soares CF, Ballesteros Pérez EI, Capilla Tomás S, Bernardino E. The continuity of hospital nursing care for primary health care in Spain. Rev Esc Enferm USP. 2019;53:e03477. doi: <http://doi.org/10.1590/S1980-220X2018017803477>
16. Keeney S, Hasson F, McKenna H. Consulting the oracle: ten lessons from using the Delphi technique in nursing research. J Adv Nurs. 2006;53(2):205-12. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03716.x>.
17. Fleiss JL, Levin B, Paik MC. Statistical methods for rates and proportions. New Jersey: John Wiley & Sons; 2003.
18. Acosta AM, Câmara CE, Weber LAF, Fontenele RM. Nurse's activities in care transition: realities and challenges. J Nurs UFPE online. 2018;12(12):3190-7. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a231432p3190-3197-2018>



19. Aued GK, Bernardino E, Lapierre J, Dallaire C. Liaison nurse activities at hospital discharge: a strategy for continuity of care. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2019;27:e3162. doi: <http://doi.org/10.1590/1518-8345.3069.3162>.
20. Martins MM, Aued GK, Ribeiro OMPL, Santos MJ, Lacerda MR, Bernardino E. Discharge management to ensure continuity of care: experience of portuguese liaison nurses. *Cogitare Enferm*. 2018;(23)3:e58449. doi: <http://doi.org/10.5380/ce.v23i3.58449>
21. Ribas EN, Bernardino E, Larocca LM, Poli Neto P, Aued GK, Silva CPC. Nurse liaison: a strategy for counter-referral. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(Suppl 1):546-53. doi: <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0490>

**Contribuição de autoria:**

Conceituação: Marcia Galan Perroca e Danielle Fabiana Cucolo

Curadoria de dados: Tatiane Cristina Zanetoni

Análise formal: Marcia Galan Perroca e Danielle Fabiana Cucolo

Investigação: Tatiane Cristina Zanetoni

Metodologia: Marcia Galan Perroca e Danielle Fabiana Cucolo

Administração de projeto: Marcia Galan Perroca e Danielle Fabiana Cucolo

Escrita - rascunho original: Marcia Galan Perroca, Danielle Fabiana Cucolo e Tatiane Cristina Zanetoni

Escrita - revisão e edição: Marcia Galan Perroca e Danielle Fabiana Cucolo

Os autores declaram que não existe nenhum conflito de interesses.

**Autor correspondente:**

Marcia Galan Perroca

E-mail: [marcia.perroca@gmail.com](mailto:marcia.perroca@gmail.com)

Recebido: 18.02.2021

Aprovado: 22.09.2021

**Editor associado:**

Graziella Badin Aliti

**Editor-chefe:**

Maria da Graça Oliveira Crossetti