

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

LUCIANA ANDRESSA FEIL WEBER

**AVALIAÇÃO DA TRANSIÇÃO DO CUIDADO DE PACIENTES COM DOENÇAS
CRÔNICAS DO HOSPITAL PARA O DOMICÍLIO**

PORTO ALEGRE

2018

LUCIANA ANDRESSA FEIL WEBER

**AVALIAÇÃO DA TRANSIÇÃO DO CUIDADO DE PACIENTES COM DOENÇAS
CRÔNICAS DO HOSPITAL PARA O DOMICÍLIO**

Dissertação de Mestrado Acadêmico em Enfermagem apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Enfermagem e Saúde Coletiva

Orientadora: Profa. Dr^a Maria Alice Dias da Silva Lima

PORTO ALEGRE

2018

CIP - Catalogação na Publicação

Weber, Luciana Andressa Feil
Avaliação da transição do cuidado de pacientes com
doenças crônicas do hospital para o domicílio / Luciana
Andressa Feil Weber. -- 2018.
86 f.
Orientador: Maria Alice Dias da Silva Lima.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2018.

1. Cuidado transicional. 2. Alta do paciente. 3.
Continuidade da assistência ao paciente. I. Lima,
Maria Alice Dias da Silva, orient. II. Título.

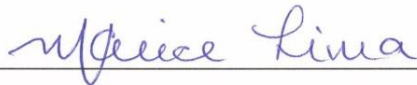
LUCIANA ANDRESSA FEIL WEBER

Avaliação da transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas do hospital para o domicílio

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestra em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 26 de março de 2018.

BANCA EXAMINADORA



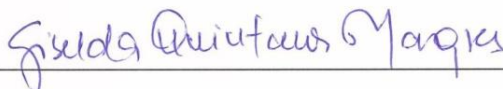
Profa. Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima
Presidente - PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Ana Maria Müller de Magalhães
Membro - PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Aline Marques Acosta
Membro – UniRitter



Dra. Giselda Quintana Marques
Membro – PMPA

Dedico esse trabalho ao meu sobrinho Vinicius Weber da Silva (in memoriam) o qual me incentivou em momentos difíceis e mostrou como a vida pode ser alegre mesmo com tantas adversidades.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por permitir que esta realização fosse concluída e por estar comigo em todos os momentos de minha vida.

À minha mãe por me acolher em momentos difíceis durante a elaboração desta pesquisa e por me dar incentivo a continuar.

Aos meus irmãos Divanei, Marnilson e Eliana por entender os momentos de ausências devido à dedicação a conclusão deste trabalho. E em especial ao meu irmão Vanderlei pelo incentivo a educação e a realização dos meus objetivos e sonhos, pois foram fundamentais para minha formação pessoal e profissional.

Aos meus sobrinhos Vinicius Weber da Silva (in memorian) e Maria Eduarda Weber da Silva pelos momentos alegres e de descontração que me auxiliaram emocionalmente para poder concluir este trabalho.

À minha cunhada Gisele Sayuri Hashida, pela amizade e incentivo em momentos importantes de minha vida, que possibilitou meu crescimento como pessoa.

Às minhas amigas Jéssica, Angélica e Daniele, pelo companherismo e apoio nos momentos mais difíceis.

À minha orientadora Maria Alice, pela compreensão quanto as minhas escolhas acadêmicas e profissionais. Pela dedicação para me auxiliar na construção, elaboração e finalização desta pesquisa, pois com seu conhecimento e paciência o percurso tornou-se mais fácil e tranquilo.

Às integrantes da banca Ana Magalhães, Aline Marques Acosta e Giselda Quintana Marques pela participação e contribuições para aprimoramento deste trabalho.

Aos demais integrantes do Grupo de Estudos em Saúde Coletiva, pelas conversas e conhecimentos compartilhados durante nossas reuniões.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e aos docentes, pelo conhecimento transmitido e pelos bons momentos de discussão e oportunidades de aprendizado.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio financeiro, o qual possibilitou minha dedicação exclusiva ao curso por um ano e à Universidade Federal do Rio Grande do Sul pelo ensino público de excelência

E a todos os pacientes e familiares das unidades de internação clínica que participaram da pesquisa, pela disponibilidade e generosidade nas informações prestadas.

RESUMO

WEBER, Luciana Andressa Feil. **Transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas de unidades de internação clínica para o domicílio**. 2018. 85 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.

Introdução: A alta hospitalar é um momento de vulnerabilidade para os pacientes, pois podem ocorrer mudanças no tratamento clínico, principalmente em pacientes com doenças crônicas que necessitam de cuidados contínuos. A transição do cuidado é uma importante estratégia para realizar a continuidade do cuidado desses pacientes. **Objetivo:** Analisar a transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis na alta de unidades de internação clínica para o domicílio. **Método:** Estudo epidemiológico, observacional e transversal. A amostra foi composta por 210 pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, que possuíam doenças crônicas não transmissíveis e que tiveram alta das unidades de internação clínica para o domicílio. A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação do instrumento *Care Transitions Measure-15* Brasil, por contatos telefônicos. Para a análise das respostas do instrumento foi atribuída uma pontuação para cada item. A média final da soma dos instrumentos foi transformada em um escore de 0 a 100, quanto maior a pontuação média do instrumento, melhor é a transição do cuidado. Nos testes estatísticos foi utilizada uma margem de erro de 5% ($p \leq 0,05$) e nível de confiança de 95%. **Resultados:** Os pacientes responderam a 67,1% das entrevistas e os cuidadores participaram de 42,9%. Houve prevalência do sexo masculino (52,4%), média de idade de 60,9 anos ($\pm 15,0$) e baixa escolaridade. Dos participantes do instrumento, 12,3% reinternaram em até 30 dias após a alta hospitalar. Destaca-se que 30,8% internaram pelo mesmo motivo da internação anterior e 61,5% internaram pela doença inserida no mesmo grupo de doença crônica. A qualidade da transição do cuidado foi de 74,7 pontos, considerada como moderada. O fator com média mais baixa foi o referente a assegurar as preferências dos pacientes para decidirem seus cuidados. Já o fator com melhor média foi o referente ao plano de cuidado, como a entrega de um plano de alta e agendamento de consultas de acompanhamento após a alta. No entanto, os itens deste fator obtiveram as maiores taxas de esquecimento quanto ao recebimento dessas informações. Destaca-se a baixa média quanto ao entendimento dos efeitos colaterais dos medicamentos de uso contínuo e sobre as informações recebidas dos sinais e sintomas de alerta da doença. Não foram identificadas associações entre a qualidade da transição do cuidado com as variáveis demográficas, clínicas dos pacientes e com reinternações em até 30 dias. **Conclusões:** A qualidade da transição do cuidado foi considerada moderada, no entanto ainda há aspectos importantes que necessitam de aprimoramento, como as informações prestadas aos pacientes e familiares, principalmente sobre as medicações, além de promover a inserção dos pacientes nas decisões do tratamento. Assim, faz-se importante superar desafios diários para proporcionar uma melhor continuidade dos cuidados durante transições do hospital para o domicílio.

Palavras-chave: Cuidado transicional. Alta do paciente. Continuidade da assistência ao paciente.

ABSTRACT

WEBER, Luciana Andressa Feil. **Care transition for patients with chronic diseases from clinical units to home.** 2018. 85 f. Dissertation (Master in Nursing) – School of Nursing, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.

Introduction: Patients are often at a vulnerable state at the moment of hospital discharge because of possible changes in their clinical treatment, especially for those who require continuity of care. The transition of care is an important strategy to ensure continuity of care to these patients. **Objective:** To analyze the transition of care for patients with chronic noncommunicable diseases during discharge from clinical units to home. **Method:** Epidemiological, observational and cross-sectional study. The sample consisted of 210 patients aged 18 years or older who had chronic noncommunicable diseases and were discharged from clinical units to home. Data were collected through the administration of the Brazilian version of the 15-item Care Transitions Measure tool by telephone. For the analysis, a score was assigned to each item. The final mean of the sum of the response scores was transformed into a 0-100 score: the higher the mean score of the tool, the more effective the care transition. A margin of error of 5% ($p \leq 0.05$) and a confidence level of 95% were used in the statistical tests. **Results:** The patients answered 67.1% of the interviews and the caregivers participated in 42.9% of them. There was a prevalence of males (52.4%), with a mean age of 60.9 years (± 15.0) and low educational level. Of the total participants, 12.3% were readmitted within 30 days after discharge. It should be noted that 30.8% of them were readmitted for the same condition that led to their original hospitalization and 61.5% were readmitted to treat a condition of the same group of chronic diseases. The quality of care transition was moderate (74.7 points). The factor that obtained the lowest mean concerned respecting the patients' right to decide about their care. On the other hand, the factor with the highest mean was related to the care plan, such as the delivery of a discharge plan and follow-up appointments after discharge. However, the items of this factor obtained the highest incidence rates of forgetfulness regarding the availability of such information. No associations were identified between the quality of care transition and the demographic and clinical variables of the patients. **Conclusions:** The quality of care transition was considered moderate, but there are still important aspects that need to be improved such as those regarding the information provided to patients and their families, especially about medication, and ensuring the patients' rights to make decisions about their medical treatment options. Thus, providing continuity of care to patients during transitions from hospital to home involves a daily process of overcoming obstacles.

Key words: Transitional care. Patient discharge. Continuity of patient care.

RESUMEN

WEBER, Luciana Andressa Feil. **Transición del cuidado de pacientes con enfermedades crónicas de unidades de internación clínica para el domicilio.** 2018. 85 f. Tesina (Maestría en Enfermería) – Escuela de Enfermería, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.

Introducción: El alta hospitalario es un momento de vulnerabilidad para los pacientes, ya que es posible que ocurran cambios en el tratamiento clínico, principalmente en pacientes con enfermedades crónicas que necesitan de cuidados continuos. La transición del cuidado es una importante estrategia para la continuidad del cuidado de esos pacientes. **Objetivo:** Analizar la transición del cuidado de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles en el alta de unidades de internación clínica para el domicilio. **Método:** Estudio epidemiológico, observacional y transversal. La muestra se compuso por 210 pacientes de edad igual o superior a 18 años con enfermedades crónicas no transmisibles y que tuvieron alta de las unidades de internación clínica para el domicilio. La colecta de los datos se realizó a través de la aplicación del instrumento *Care Transitions Measure-15 Brasil* por contactos telefónicos. Para el análisis de las respuestas del instrumento, se indicó una puntuación para cada ítem. Se convirtió la media final de la suma de los instrumentos en un score de 0 a 100, así, cuanto mayor la puntuación media del instrumento, mejor la transición del cuidado. En los testes estadísticos fue utilizado un margen de error de 5% ($p \leq 0,05$) y nivel de confianza de 95%. **Resultados:** Los pacientes contestaron a 67,1% de las entrevistas y los cuidadores participaron de 42,9%. Hubo prevalencia del sexo masculino (52,4%), media de edad de 60,9 años ($\pm 15,0$) y bajo nivel de escolaridad. De los participantes del instrumento, 12,3% fueron reinternados en hasta 30 días después del alta hospitalario. Se destaca que 30,8% tuvieron reinternaciones por el mismo motivo de la internación anterior y 61,5% por enfermedad del mismo grupo de enfermedad crónica. La cualidad de la transición del cuidado fue de 74,7 puntos, considerada como moderada. El factor con media más baja fue aquél referente a garantizar las preferencias de los pacientes para decidir sus cuidados. Ya el factor con mejor media fue el referente al plan de cuidado, como la entrega de un plan de alta y agendamiento de consultas de acompañamiento después del alta. Sin embargo, los ítems de este factor obtuvieron las mayores tasas de olvido en cuanto al recibimiento de esas informaciones. Se destaca la media baja acerca del entendimiento de los efectos colaterales de los medicamentos de uso continuo y sobre las informaciones obtenidas de las señales y síntomas de alerta de la enfermedad. No se identificaron asociaciones entre la cualidad de la transición del cuidado con las variables demográficas y clínicas de los pacientes. **Conclusiones:** La cualidad de la transición del cuidado fue considerada moderada, pero todavía hay aspectos importantes que necesitan de perfeccionamiento, como las informaciones dadas a los pacientes y familiares, principalmente sobre las medicaciones, además de promover la inserción de los pacientes en las decisiones del tratamiento. Así, es importante superar desafíos diarios para proporcionar una mejor continuidad de los cuidados durante transiciones del hospital para el domicilio.

Palabras clave: Cuidado de transición. Alta del paciente. Continuidad de la atención al paciente.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Representação gráfica de ponte com componentes principais para transição do cuidado ideal.	18
Figura 2 – Distribuição da amostra quanto ao motivo da internação. Porto Alegre, 2017.	39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características dos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis das unidades de internação clínica. Porto Alegre, 2017.	38
Tabela 2 - Frequência das doenças crônicas dos pacientes, conforme Código Internacional de Doenças (CID-10). Porto Alegre, 2017.	40
Tabela 3 - Características da utilização do serviço hospitalar na internação clínica dos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis. Porto Alegre, 2017.	41
Tabela 4 - Características dos pacientes que reinternaram em até 30 dias após a alta. Porto Alegre, 2018.	41
Tabela 5 - Mínima, máxima, média e desvio padrão dos itens do CTM 15-Brasil (n=210). Porto Alegre, 2017.	42
Tabela 6 - Distribuição da frequência de opções de resposta por item do CTM 15-Brasil. Porto Alegre, 2017.	43
Tabela 7 - Distribuição das médias e desvio padrão do CTM 15-Brasil total e por fatores. Porto Alegre, 2017.	44
Tabela 8 - Correlação entre os escores total e por fator do CTM 15-Brasil e variáveis contínuas. Porto Alegre, 2017.	44
Tabela 9 - Associação dos escores total e por fator do CTM 15-Brasil com variáveis categóricas nominais. Porto Alegre, 2017.	45
Tabela 10 - Associação dos escores total e por fator do CTM 15-Brasil com a variável de doenças crônicas não transmissíveis segundo grupos de causas. Porto Alegre, 2017.	46
Tabela 11 - Associação dos escores total e por fator do CTM 15-Brasil com a reinternação em até 30 dias após a alta. Porto Alegre, 2017.	46

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	16
2.1 Objetivo geral	16
2.2 Objetivos específicos	16
3 REVISÃO DA LITERATURA	17
3.1 Transição do Cuidado: uma estratégia para a continuidade dos cuidados	17
3.2 Transição do Cuidado e pacientes com doenças crônicas	23
3.3 O Instrumento <i>Care Transitions Measure</i> (CTM)	27
4 MÉTODO	31
4.1 Tipo de Estudo	31
4.2 Campo do Estudo	31
4.3 Participantes do Estudo	32
4.4 Coleta dos Dados	34
4.5 Análise dos Dados	35
4.6 Aspectos Éticos	36
5 RESULTADOS	38
5.1 Caracterização demográfica e de utilização do serviço dos participantes do estudo	38
5.2 Qualidade da transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis	42
6 DISCUSSÃO	48
7 CONCLUSÕES	60
REFERÊNCIAS	63
APÊNDICE A – Ficha de identificação do participante	77
APÊNDICE B – Roteiro de Telefonema para coleta de dados	79
ANEXO A – Versão adaptada e validada do <i>Care Transitions Measure</i> (CTM-15 Brasil)	80
ANEXO B – Cálculo do escore das respostas do CTM-15	83
ANEXO C – Carta de Aprovação do CEP – HCPA	84
ANEXO D - Termo de Compromisso para Utilização de Dados	85

1 INTRODUÇÃO

A transição do cuidado é definida como um conjunto de ações destinadas a assegurar a coordenação e a continuidade dos cuidados entre diferentes locais de saúde ou entre diferentes níveis de cuidado dentro do mesmo local (COLEMAN; BOULT, 2007). O processo inicia-se na admissão do paciente, abrangendo ações de planejamento de alta e educação em saúde do paciente e família, coordenação e comunicação entre os profissionais de saúde envolvidos no cuidado do paciente e articulação com os demais serviços de saúde (HIRSCHMAN et al., 2015).

Esse processo é essencial para pessoas com doenças crônicas, necessidades de saúde complexas, múltiplos regimes terapêuticos e frágeis condições de saúde, as quais necessitam de informações precisas durante as transferências entre diferentes locais de saúde (DUSEK et al., 2015; ARBAJE et al., 2014; HESSELINK et al., 2012; COLEMAN; BOLT, 2007).

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são doenças multifatoriais que se desenvolvem no decorrer da vida e são de longa duração, necessitando de cuidados contínuos (BRASIL, 2014a). Pacientes com doenças crônicas utilizam vários serviços de saúde e consultam com diversos profissionais, acarretando em cuidados fragmentados (ANATCHKOVA et al., 2014), o que pode gerar forte impacto na qualidade de vida dos indivíduos, além de trazer efeitos econômicos adversos para as famílias, comunidades e sociedade em geral (BRASIL, 2014a). Além disso, as DCNT são consideradas como um grave problema de saúde pública mundial, sendo responsáveis por 67% das mortes no mundo em 2012 (WHO, 2014) e 72,6% dos óbitos no Brasil em 2013 (BRASIL, 2014b).

Na alta hospitalar, a transição do cuidado é considerada essencial para a segurança do paciente (MARQUES; ROMANO-LIEBER, 2014), sendo entendida como um momento de vulnerabilidade, pois comumente ocorrem diversas mudanças no seu cotidiano, incluindo novos cuidados e medicamentos diferentes do habitual (MEYERS et al., 2014). Quando a transição do cuidado é realizada de modo efetivo, melhora a qualidade dos resultados assistenciais, influencia a qualidade de vida dos usuários (TROMPETER et al., 2015), promove o gerenciamento dos cuidados domiciliares, diminui efeitos adversos, erros de medicamentos (HESSELINK et al., 2012) e evita reinternações hospitalares desnecessárias, além de reduzir os custos das instituições de saúde (FLEMMING; HANEY, 2013).

No entanto, informações sobre os cuidados necessários no pós-alta são fornecidos em um curto período de tempo durante a internação hospitalar, e muitos dos pacientes, idosos,

com necessidades de cuidados complexas e multicomorbidades em hospitais, são enviados para casa antes de serem totalmente esclarecidos sobre aspectos da sua doença (BUURMAN et al., 2016; DUSEK et al., 2015). Em sua maioria, não são preparados para assumir o gerenciamento dos seus cuidados, recebendo informações conflitantes sobre os cuidados com a doença crônica e pouca ou nenhuma orientação sobre locais de saúde adequados para atendimento, ocorrendo uma fragmentação do cuidado após a alta hospitalar (ANATCHKOVA et al., 2014). Além disso, estudos identificam que, no momento da alta, há uma transferência da responsabilidade dos cuidados para a família, que diversas vezes não possui conhecimentos necessários para cuidar do paciente no ambiente domiciliar (COLEMAN; ROMAN, 2015; RODRIGUES et al., 2013).

A coordenação da transição do cuidado deve ser realizada pelo profissional que está em maior contato com o paciente no hospital, podendo avaliar e acompanhar sua situação clínica e psicológica e facilitar a educação necessária para o autocuidado enquanto o paciente está internado (DUSEK et al., 2015; BURKE et al., 2013). O enfermeiro é reconhecido como um dos profissionais responsáveis pela transição do cuidado, pois está na assistência direta ao paciente e possui conhecimentos clínicos e gerenciais necessários para realizar transições de forma ordenada, eficaz, eficiente e adequada (DUSEK et al., 2015).

Muitas vezes, a transição do cuidado não é priorizada (SOUZA; QUELUCI, 2013), o que pode gerar implicações para qualidade dos cuidados e segurança dos pacientes (ULIN et al., 2016; MARQUES, ROMANO-LIBER, 2014a). Estudos mostram que, quando a transição do cuidado não é adequada, pode gerar angústia e ansiedade nos pacientes e familiares (HESSELINK et al., 2012), má aderência do tratamento, erros e efeitos adversos das medicações (TROMPETER et al., 2015), baixa qualidade de vida (COUZNER; RATCLIFFE; CROTTY, 2012) e reinternações hospitalares desnecessárias (FLEMING; HANEY, 2013).

As causas mais frequentes de reinternações são o gerenciamento ineficaz dos cuidados domiciliares e a não identificação de preditores da exacerbação da doença crônica, ocasionando a procura pelo serviço de saúde após a instalação da agudização da doença (ARBAJE et al., 2014). As reinternações hospitalares acarretam maior tempo de internação do idoso e mais tempo longe da família e comunidade, gerando angústias e ansiedades a esses pacientes (KEPPING-BURKE et al., 2013). No Brasil, estudo que avaliou a qualidade da transição do cuidado de um serviço de emergência para o domicílio identificou que 33% dos pacientes com doenças crônicas foram readmitidos em até 90 dias após a alta (ACOSTA, 2016).

Assim, é crescente o reconhecimento da relevância da transição do cuidado. No âmbito internacional, estudos têm sido realizados para identificar fatores que influenciam o sucesso das transições (MEYERS et al., 2014; BURKE et al., 2013), avaliar o desempenho dos serviços de saúde (HESSELINK et al., 2012) e propor mudanças práticas para melhoria da qualidade das transições de cuidado (SHAMJI et al., 2014; KESSLER et al., 2013). Nos Estados Unidos da América, Gerhard e colaboradores (2013) identificaram que, após incentivos privados e parcerias para melhorar a qualidade da transição do cuidado, houve redução das taxas de readmissões em até 30 dias após a alta hospitalar.

A avaliação da qualidade das transições do cuidado tem gerado preocupação aos gestores das instituições de saúde, visto que transições malsucedidas acarretam aumento das reinternações em até 30 dias e, portanto, geram um aumento dos custos a essas instituições (FLEMING; HANEY, 2013). Além disso, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a *Joint Commission International* (JCI) estão utilizando a qualidade das transições como um critério para avaliação de desempenho dos hospitais (THE JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2013; WHO, 2009).

O instrumento *Care Transitions Measure* (CTM) tem como propósito avaliar a qualidade da transição do cuidado do hospital para o domicílio, na perspectiva do paciente (COLEMAN et al., 2002). É um instrumento de fácil compreensão e aplicação, e possui uma versão adaptada e validada para uso no Brasil (ACOSTA et al., 2016). O instrumento é utilizado mundialmente por diversos serviços de saúde para avaliar a gestão hospitalar, por meio da qualidade da assistência prestada aos pacientes quando saem do hospital e são transferidos para outros serviços de saúde e também para o domicílio (THE CARE TRANSITIONS INTERVENTION, 2014).

Estudos internacionais que utilizaram o CTM identificaram a prevalência de pacientes idosos e com doenças crônicas, em sua maioria doenças cardiovasculares, pulmonares e neoplasias (CHAN et al., 2015; HORWITZ et al., 2013). Em estudo de HORWITZ e colaboradores (2013), os pacientes avaliaram a qualidade da transição do cuidado do hospital para seu domicílio como boa, porém quando questionados sobre o entendimento de seu diagnóstico 59,6% souberam explicar sua doença e apenas 32,2% puderam descrever os sintomas relacionados à patologia. Além disso, quase 11% dos pacientes relataram que gostariam que o hospital prestasse serviços adicionais após a alta, pois sentiam-se inseguros.

No âmbito nacional, existem poucas propostas institucionais com enfoque na transição do cuidado e escassas publicações com foco nessa temática. Os estudos que são encontrados avaliam apenas ações pontuais que fazem parte da transição do cuidado, tais como o

planejamento da alta hospitalar (DELATORRE et al., 2013; REIS; COBUCCI, 2011), educação sobre autocuidado e medicamentos (MARQUES; ROMANO-LIBER, 2014 A), acompanhamento domiciliar após a alta (MANTOVANI et al., 2015; COSTA et al., 2013; MUSSI et al., 2013).

Acosta (2016) desenvolveu o primeiro estudo brasileiro, por meio da utilização do CTM, para avaliação da qualidade das transições do cuidado de pacientes com DCNT do serviço de emergência para o domicílio. Conforme os escores obtidos, a transição do cuidado foi considerada com nível moderado de qualidade. Foram constatadas fragilidades no fornecimento de orientações sobre medicações, principalmente sobre os efeitos colaterais dos medicamentos, na preparação para alta e para o autogerenciamento em saúde. Os pacientes não se sentiam seguros para realizar os cuidados pós-alta, embora compreendessem as orientações para gerenciamento de sua saúde (ACOSTA, 2016).

Novas pesquisas para verificação da qualidade das transições do cuidado são necessárias. Portanto, a avaliação da qualidade da transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas do hospital para o domicílio mostra-se relevante, pois efetivas transições geram repercussões positivas aos pacientes, como melhor gerenciamento dos cuidados, empoderamento do paciente e família, aumento da adesão do plano terapêutico, maior segurança do paciente, diminuição dos eventos adversos e das taxas de reinternações e melhor qualidade de vida.

Diante desse contexto, a questão norteadora do estudo é: Qual é a qualidade da transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas do hospital para o domicílio e sua associação com a readmissão hospitalar em até 30 dias? Portanto, pretende-se avaliar a transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas de um hospital público para o domicílio e verificar associação da qualidade da transição do cuidado com readmissão hospitalar.

Os resultados do estudo poderão subsidiar o aprimoramento das práticas de transição do cuidado e de políticas de atenção voltadas à avaliação e gerenciamento dos cuidados dos pacientes com doenças crônicas na alta hospitalar. Além disso, espera-se colaborar com a produção e divulgação do conhecimento na temática e propiciar a elaboração de estratégias para implementação da transição do cuidado no ambiente hospitalar.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Avaliar a qualidade da transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis de unidades de internação clínica para o domicílio e sua associação com a readmissão hospitalar.

2.2 Objetivos específicos

- Verificar a qualidade da transição do cuidado das unidades de internação clínica para o domicílio;
- Identificar características demográficas e de utilização dos pacientes com DCNT associadas à qualidade da transição do cuidado nas unidades de internação clínica;
- Verificar associação entre a qualidade da transição do cuidado com readmissão hospitalar em até 30 dias.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Neste capítulo será abordada a fundamentação teórica da pesquisa, em que serão exploradas e aprofundadas evidências da literatura.

3.1 Transição do Cuidado: uma estratégia para a continuidade dos cuidados

Como dito anteriormente, a transição do cuidado é definida como um conjunto de intervenções projetadas para coordenar os cuidados durante a transferência do paciente entre os serviços de saúde, inclusive para o domicílio (COLEMAN; BOLT, 2007).

A inadequada coordenação dos cuidados durante as transições entre diferentes serviços de saúde ameaça a segurança do paciente, aumenta o custo dos cuidados devido às reinternações (FLEMMING; HANEY, 2013), e pode gerar sobrecargas de cuidados, angústia e ansiedade não somente no paciente, mas também aos cuidadores e familiares (HESSELINK et al., 2012; BENCH; DAY, 2010). Para evitar isso, é fundamental uma efetiva coordenação dos cuidados com foco no paciente, considerando suas escolhas e necessidades de saúde e de seus familiares, pois cada paciente é único, possuindo dificuldades e facilidades que devem ser avaliadas para proporcionar melhores cuidados após a alta (NYWEIDE et al., 2013; ELWYN et al., 2013).

O processo da transição do cuidado deve ser centrado nas necessidades do paciente e do familiar ou cuidador (GUERRERO; PULS; ANDREW, 2014). Para que isso ocorra é necessário um planejamento adequado e cuidadoso em todos os serviços da rede de atenção em saúde, com atuação de uma equipe interdisciplinar (GRAHAM; GALLAGHER; BOTHE, 2013). Porém, quando o gerenciamento dos cuidados é precário, o atendimento é realizado em diversas estruturas assistenciais e propicia fragmentação do cuidado (ANATCHKOVA, 2014), ou seja, o mesmo paciente recebe cuidados em diversos locais que não atuam em conjunto, o que gera consequências tais como aumento dos gastos e lotação dos serviços.

Burke e colaboradores (2013) propuseram alguns domínios focados na atenção integral do paciente para a ideal transição do cuidado do hospital para o domicílio. A estruturação dos domínios foi elaborada simbolicamente como uma ponte: de um lado há o hospital e no outro o domicílio, e os dez domínios sustentam a ponte (Figura 1). Quando um domínio não é abordado ou é pouco desenvolvido, a transição do cuidado pode ser deficiente

quando o paciente chega ao ambiente domiciliar. Esses aspectos incluem o planejamento da alta, comunicação adequada, segurança das medicações, suporte psicossocial, coordenação dos cuidados e acompanhamento após a alta.

Figura 1 - Representação gráfica de ponte com componentes principais para transição do cuidado ideal.



Fonte: Adaptado de Burke, et al., 2013.

O **planejamento da alta** envolve uma organização antecipada de cuidados e orientações enquanto o paciente está internado no hospital (DUSEK et al., 2015). O planejamento inicia no momento da admissão do paciente, obtendo-se informações acerca de suas doenças e cuidados anteriores à internação.

Porém, estudo realizado no Reino Unido apontou que, apesar dos enfermeiros entenderem a importância dos planejamentos de alta, apenas 23% das altas foram planejadas (GRAHAM; GALLAGHER; BOTHE, 2013). Em estudo realizado no Brasil, identificou-se que as enfermeiras prestavam informações durante procedimentos e cuidados das suas rotinas diárias em seu turno de trabalho, não havendo momento específico para a educação em saúde e esclarecimentos sobre o autocuidado aos pacientes internados (REIS; COBUCCI, 2011).

Para realização de planejamentos de alta sistematizados, a utilização de planos de alta estruturados e sistematizados já é implementada em hospitais de diversos países. São preenchidas informações sobre doenças prévias, motivo da internação, medicamentos de uso

domiciliar, situação psicossocial e localização demográfica da moradia (BALABAN et al., 2008). Também necessitam ser abrangentes, detalhados e sistematizados para obter o maior número de questões relevantes sobre a situação clínica anterior à internação a serem abordadas com o paciente (ULIN et al., 2016). O plano de alta deve ser elaborado entre paciente, família e profissional durante o período da internação e pode ser modificado em qualquer momento, sendo consideradas as preferências e necessidades de saúde que os pacientes e familiares relatam durante a internação (BIESI et al., 2014).

Estudos internacionais identificam que o enfermeiro realiza o planejamento de alta, visando reconhecer aspectos físicos, clínicos e psicossociais que os pacientes possuem durante o período da internação, para realizar as intervenções cabíveis diante dos resultados encontrados (BRADLEY et al., 2013; BARNASON et al., 2010).

Contudo, no Brasil, pacientes referem que informações e orientações prestadas a eles no momento da alta partiram da equipe médica em 48,84% das vezes e da enfermagem apenas 2,32% (POMPEO et al., 2007), demonstrando uma menor participação do enfermeiro nesse processo. Além disso, cuidadores de pacientes acometidos por AVC não sabiam identificar quem lhes havia prestado orientações sobre os cuidados domiciliares, se enfermeiro ou outro membro da equipe de enfermagem, generalizando todos como sendo enfermeiros (REIS; COBUCCI, 2011).

Outro domínio importante para promover a continuidade segura e eficaz dos cuidados é a **comunicação de informações**. Nesse domínio é incluída a transferência de informações dentro da instituição, entre os profissionais do serviço, com o paciente e a família, como também para outros serviços fora da instituição (GUERRERO; PULS; ANDREW, 2014).

É preconizado que as comunicações sejam claras, objetivas e padronizadas, especialmente para o fluxo de informações tanto escritas quanto verbais (GUERRERO; PULS; ANDREW, 2014). Assim, os diversos profissionais que assistem o paciente conseguem identificar e avaliar os cuidados realizados por outros profissionais, promovendo a continuidade do atendimento. Em pesquisa de Young e colaboradores (2015), após intervenção educacional aos pacientes e familiares, houve diminuição de 13% nas discrepâncias no tratamento, identificando a importância da comunicação adequada com instruções claras e precisas antes da alta.

A troca de informações entre os membros da equipe de saúde é intermediada pelo enfermeiro, pois é o profissional que destina maior tempo aos cuidados no ambiente hospitalar. Para isso é importante que o profissional se comunique constantemente com a equipe interdisciplinar, conheça os pacientes e familiares para propiciar a melhor recuperação

do paciente e compreensão das informações prestadas no momento da alta (MEYERS et al., 2014). Estudo na Inglaterra mostrou que depois de introduzidas reuniões multiprofissionais, nas áreas de internações de um hospital, os profissionais afirmaram que a comunicação e o entendimento da equipe sobre os cuidados realizados nos pacientes melhoraram, além de aumentar a integração e a confiança entre os membros da equipe (BAILLEI et al., 2014).

Quanto à comunicação com os pacientes, um dos principais cuidados durante as orientações fornecidas é uma abordagem clara e com a não utilização de termos técnicos. Além disso, é proposto que informações sobre autogerenciamento dos cuidados sejam abordadas diversas vezes e em momentos diferentes da internação, tanto com os pacientes quanto com os familiares e cuidadores para melhor captação do informado (BLACK et al., 2014; PORTILLO et al., 2009). Na Holanda, com a implementação de um sumário de alta personalizado, mais pacientes receberam a combinação de informações escritas e verbais para os temas de medicação e possíveis complicações após a alta, identificando a comunicação como uma estratégia válida para a diminuição das taxas de reinternações (BUURMAN et al., 2016).

Com o propósito de facilitar e avaliar a compreensão do paciente quanto às orientações, há estratégias sendo utilizadas, como o uso de encartes ilustrativos e a solicitação do feedback das orientações, para assim, verificar o quanto do conteúdo foi entendido e possibilitar maiores orientações sobre o assunto não compreendido (KEPPING-BURKE et al., 2013). Para a promoção dos cuidados após a internação, a compreensão dos cuidados é fundamental. Em estudo realizado com idosos com doença crônica, utilizou-se auxílio de encartes ilustrativos e uso de feedback das informações durante a internação, o que proporcionou maior compreensão dos cuidados domiciliares, refletindo na redução das taxas de reinternações e dos gastos dos serviços de saúde (BLACK et al., 2014).

O domínio **organização, clareza e disponibilidade, em tempo hábil de informações** é essencial para a comunicação ser efetiva. Esse domínio é importante para a finalização do sumário de alta e transmissão de informações durante as transições do cuidado, para que os profissionais que irão acompanhar o paciente tenham acesso às informações (BURKE et al., 2013).

Para o domínio **segurança das medicações**, um processo estruturado e sistemático é necessário no momento da entrevista ao paciente e seus familiares e cuidadores. As orientações que os pacientes necessitam saber são os nomes dos medicamentos em uso, a via de administração, os horários, as dosagens e possíveis efeitos colaterais (HESSELINK et al., 2012). Porém, uma das maiores causas das reinternações hospitalares em até 30 dias é por uso

inadequado das medicações (YOUNG et al., 2015; ENGLANDER et al., 2014). Alguns pacientes referem possuir dificuldade para lembrar os nomes dos medicamentos, além de não terem certeza da dosagem e horário de cada um (BARNASON et al., 2010).

Outro motivo para os elevados números de reinternações é o uso de medicamentos que possuem interação (YOUNG et al., 2015; KIND et al., 2013). Para evitar esse tipo de evento adverso, uma técnica que está sendo utilizada é a reconciliação medicamentosa. Esse método consiste em avaliar todos os medicamentos que o paciente faz uso, ou seja, avaliar os medicamentos anteriores à internação com os novos em uso, para que após a alta do hospital não haja interação entre eles, evitando eventos adversos após a alta hospitalar (MUELLER et al., 2012).

Em uma revisão sistemática, foram encontrados estudos realizados na América do Norte, Europa e Oceania nos quais foi identificado que as informações mais detalhadas das medicações no sumário de alta, melhoram a interação entre os profissionais e pacientes, aperfeiçoam o acompanhamento pós alta, ocasionando diminuição das dúvidas, dos eventos adversos e das reinternações desnecessárias (CHHABRA et al., 2012). Por outro lado, estudo realizado nos Estados Unidos, as causas mais comuns de readmissão incluem erros de medicação, devido à falta da reconciliação medicamentosa e desconhecimento pelo paciente para realizar o autocuidado no pós-alta (GUERRERO; PULS; ANDREW, 2014).

Após a alta hospitalar, diversas mudanças ocorrem na vida diária dos pacientes, inclusive suas medicações e cuidados em geral. Assim, o domínio **educação do paciente e promoção do autogerenciamento** mostra-se essencial durante o período de internação. A prestação de orientações é importante, nas quais se incluem o diagnóstico, medicações em uso, bem como o motivo para possíveis mudanças de medicamentos e cuidados, esclarecimento sobre sinais de alerta e preditores da exacerbação da doença, a quem o paciente deve chamar ou qual serviço procurar caso necessite de ajuda, conforme a mudança do quadro clínico (DUSEK et al., 2015; SAMJI et al., 2014).

Estudo realizado nos Estados Unidos da América realizou intervenção com pacientes com insuficiência cardíaca, mostrou que após educação sobre alimentação, sinais e sintomas e uso das medicações, pacientes do grupo de intervenção tiveram diminuição das readmissões hospitalares (BLACK et al., 2014). No entanto, enfermeiras da atenção primária relatam que pacientes com diabetes mellitus e doenças cardiovasculares possuem dificuldades de compreensão quanto à gestão dos cuidados no ambiente domiciliar. Algumas dessas incluem a gravidade de sua doença e conseqüentemente a importância da restrição de alimentos e adesão medicamentosa, o que demandou maior atenção dos profissionais e maior número de

atividades educativas a esses pacientes após a alta (ROMAGNOLI et al., 2013).

O domínio **suporte social** tem papel fundamental para a promoção da continuidade do cuidado, o qual requer ajuda dos pacientes, familiares e também da comunidade (BURKE et al., 2013), preparando o paciente para retornar as suas atividades no ambiente domiciliar. Os profissionais devem avaliar a facilidade do paciente para aceitar a mudança física, perguntar e ouvir o paciente para observar aspectos psicológicos e cognitivos que possam auxiliar ou dificultar a compreensão dos cuidados (GRAHAM; GALLAGHER; BOTHE, 2013).

Infelizmente, as equipes hospitalares, muitas vezes, avaliam de forma imprecisa os pacientes, e superestimam suas capacidades funcionais e conhecimentos necessários para administrar seu autocuidado (CONNOLLY et al., 2009). Essas atitudes podem ocasionar um gerenciamento ineficaz dos cuidados, como administração de medicações incorretas, resultando em procura por serviços de saúde inadequados e até mesmo novas internações hospitalares (BURKE et al., 2013).

O domínio **planejamento antecipado dos cuidados** é relacionado ao estabelecimento de um documento que determina atendimento e metas para a assistência. Esse recurso é muito utilizado em cuidados paliativos, pois a reinternação desses pacientes, muitas vezes, não resulta em melhores resultados clínicos (BURKE et al., 2013). Revisão sistemática identificou que o planejamento prévio dos cuidados com pacientes em estado terminal pode diminuir as hospitalizações desnecessárias, nas quais o tratamento para esses indivíduos não modifica seu quadro clínico, mas apenas mantém a vida (BRINKMAN-STOPPELENBURG; RIETJENS; HEIDE, 2014).

O componente **coordenação do cuidado entre os membros da equipe de saúde** é referente à troca de informações entre os profissionais dos diferentes serviços (BURKE et al., 2013). A integração da equipe é fundamental para coordenação das informações que serão transferidas à outra equipe de saúde. Em estudo envolvendo transferência de pacientes do hospital para o domicílio, as equipes da atenção primária à saúde reclamaram da falta de articulação do hospital com a comunidade, pois eles não sabem que seus pacientes foram internados e que possivelmente precisarão de algum auxílio com os cuidados domiciliares (HESSELINK et al., 2013).

O domínio referente ao **monitoramento e gerenciamento de sintomas após a alta** é um ponto essencial para efetivas transições do cuidado. O monitoramento e gerenciamento dos sintomas pode ser realizado por meio de ligações telefônicas e visitas ao domicílio, possibilitando a detecção antecipada de dúvidas e resolução eficaz, diminuindo os riscos de reinternações (BURKE et al., 2013).

Os principais problemas enfrentados são quanto aos sintomas de exacerbação da doença, dificuldades de adesão medicamentosa, efeitos adversos e incapacidades de autogerenciamento dos cuidados (HARRISON et al., 2014). Buscando a diminuição dessas dificuldades, enfermeiros normalmente realizam ligações telefônicas ou visitas domiciliares para identificar possíveis dúvidas sobre o tratamento prescrito no hospital. Estudo em que a transição de pacientes foi acompanhada por enfermeira, cuja função foi o contato telefônico para reforçar instruções do plano de alta e esclarecer possíveis dúvidas, demonstrou que pacientes sob intervenção tiveram menores taxas de reinternação, quando comparadas ao grupo controle (KIND et al., 2013).

O **acompanhamento ambulatorial** após a alta é crucial para efetivas transições do cuidado. A consulta de acompanhamento requer rapidez, com um tempo estimado na literatura de 7 dias após a alta e por um profissional com o qual o paciente tenha vínculo (BURKE et al., 2013, COLEMAN; BOULT, 2007).

Várias estratégias têm sido divulgadas para promover efetiva transição do cuidado na alta hospitalar, e há evidências de que algumas intervenções podem ter impacto positivo sobre a segurança do paciente, especialmente aquelas com componentes educacionais e que combinam intervenções pré e pós-alta (DUSEK et al., 2015; BRADLEY et al., 2013; KIND et al., 2013; BARNASON et al., 2010). O enfermeiro é um importante profissional para desenvolver diversas estratégias para a transição, as quais incluem: reconciliação medicamentosa, orientação ao paciente e/ou cuidador, seguimento domiciliar do paciente após alta hospitalar, comunicação efetiva entre hospital e demais serviços de saúde, e articulação do cuidado entre o hospital e os demais serviços de atendimento à saúde do paciente (WEBER, 2015; MARQUES; ROMANO-LIEBER, 2014 A; BRADLEY et al., 2013; BURKE et al., 2013).

3.2 Transição do Cuidado e pacientes com doenças crônicas

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são doenças multifatoriais que se desenvolvem de modo gradual no decorrer da vida e são de longa duração, por isso exigem atenção continuada, medidas de prevenção e promoção de saúde e grande envolvimento de recursos humanos e financeiros do sistema (BRASIL, 2014a). Dados da Organização Mundial da Saúde alertam uma epidemia mundial, no qual o número de mortes por DCNT aumentou no mundo inteiro e em todas as regiões, obtendo um aumento de 7 milhões de óbitos entre os

anos 2000 a 2012. Além disso, estima-se que o número anual total de mortes por DCNT aumente para 52 milhões até 2030 (WHO, 2014).

Ainda, a OMS identificou quatro grupos de maior prevalência de DCNT, sendo as neoplasias em primeiro lugar, seguidas de doenças cardiovasculares, doenças respiratórias e diabetes (WHO, 2014). No Brasil, os dados não diferem muito, em 2009 as DCNT foram responsáveis por 72,4% do total de óbitos e os mesmos grupos de doenças prevalentes são encontradas, os quais responderam por 80,7% dos óbitos no mesmo ano (SCHMIDT; DUNCAN, 2011).

Além da alta mortalidade, as DCNT apresentam forte carga de doença no Brasil. Dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas (BRASIL, 2014a), analisados segundo as capitais do país, identificaram que o diagnóstico de pressão arterial na capital gaúcha foi de 28% e o diagnóstico de diabetes foi de 8,7%, sendo mais prevalentes no sexo feminino. Em ambos os sexos, o diagnóstico dessas doenças foi mais comum a partir do avanço da idade e foi maior entre os indivíduos com menor nível de escolaridade (BRASIL, 2015).

No Brasil, a partir da década de 50, houve uma transição demográfica na população, deixando de ser uma sociedade rural e tradicional para uma urbana e moderna, com diminuição das taxas de natalidade e mortalidade (VASCONCELOS; GOMES, 2012). Assim, a transição demográfica acelerada produziu uma pirâmide etária com mais adultos e idosos do que crianças e jovens. Em decorrência disso, teve-se uma modificação do perfil epidemiológico da população, com diminuição das doenças infectocontagiosas e aumento das doenças crônicas (DUARTE; BARRETO, 2012; VASCONCELOS; GOMES, 2012).

A partir disso, há um aumento considerável de idosos no Brasil e no mundo. Projeções estimam, para o Brasil, um aumento ainda maior para 2060, chegando a mais 73 milhões acima de 60 anos, sendo que as projeções indicam que mais de 33% da população do Brasil seja de idosos em 2060 (IBGE, 2013). Atualmente, Porto Alegre é a capital brasileira com a maior população, sendo 15% de pessoas acima dos 60 anos (PREFEITURA DE PORTO ALEGRE, 2015). Dados dos Censos do IBGE de 2000 e 2010 mostraram que o total de idosos aumentou cerca de 30% nesse intervalo de 10 anos (IBGE, 2013).

Ainda, a atual diminuição significativa de nascimentos e de jovens causa alerta aos serviços de saúde, os quais recebem idosos dependentes e sem familiares para auxílio na reabilitação e para gerenciamento dos cuidados. O aumento de internações de idosos com doenças crônicas é preocupante, pois essa população necessita de mais cuidados domiciliares

e acompanhamentos regulares, seja pelo atendimento ambulatorial ou na rede básica de saúde (SOUSA et al., 2015).

Os idosos são os pacientes mais vulneráveis perante a alta hospitalar, pois comumente necessitam ser lembrados sobre os cuidados com medicações e autocuidado no ambiente domiciliar (HARRISON et al., 2014, HESSELINK et al., 2012). Estudo identificou que a maioria dos pacientes idosos possuíam discrepâncias medicamentosas, devido à interação dos medicamentos, além de não entenderem as diferenças entre as medicações de uso contínuo e de uso pontual, como, por exemplo, os opioides para o controle da dor. Assim, a educação continuada no ambiente domiciliar mostra-se de fundamental importância para esses pacientes, pois auxilia na compreensão dos cuidados e diminuição de eventos adversos e reinternações desnecessárias a esse grupo (YOUNG et al., 2015).

No entanto, apesar de avanços do sistema de saúde em relação à estruturação de uma Rede de Atenção à Saúde e à consolidação dos princípios do SUS, ainda predominam fragilidades na transição do cuidado. Tais fragilidades são evidenciadas pelas elevadas taxas de reinternação hospitalar (MOREIRA, 2010), pelo elevado número de reinternações por ano (LINN; AZZOLIN; SOUZA, 2016), pelos altos percentuais de usuários frequentes em serviços de emergência (ACOSTA, 2012), pela falta de comunicação entre profissionais do hospital e os das unidades de atenção primária (DAY; WITT; OELKE, 2016; SILVA; RAMOS, 2011), pela quase inexistência da contrarreferência (COSTA et al., 2013; MACHADO; COLOMÉ; BECK, 2011), o que sugere um sistema fragmentado entre os diferentes pontos da rede de saúde.

O sistema de referência e contrarreferência em saúde é um importante mecanismo administrativo-gerencial para operacionalizar os fluxos dos usuários entre os serviços da rede assistencial e também promover a integração entre os serviços (BRASIL, 2011). Porém, são identificadas dificuldades quanto à sua realização, principalmente a comunicação ineficaz entre os serviços de saúde e a entrega da responsabilidade ao usuário de procurar o atendimento no outro ponto da rede (COSTA et al., 2013).

Em estudo realizado em Minas Gerais, os usuários relataram dificuldades para o atendimento em outros níveis de atenção após terem sido referenciados pela atenção básica e profissionais reclamam da não existência da contrarreferência desses usuários encaminhados (COSTA et al., 2013). Já em estudo realizado no Rio Grande do Sul, identificou-se que profissionais de um serviço de emergência não sabiam quais eram as atividades dos profissionais da atenção básica e, por isso, não realizavam a contrarreferência dos pacientes. Após intervenção de contato telefônico dos profissionais da emergência para os da atenção

básica, obteve-se melhor comunicação entre os profissionais e maior confiança entre o serviço de emergência e a atenção básica (DAY; WITT; OELKE, 2016), fortalecendo a rede de cuidados e promovendo a continuidade do cuidado após a alta hospitalar.

Essas deficiências não são recentes, e diversos estudos se propõem a avaliar os serviços de saúde e sugerir estratégias para aprimoramento das práticas assistenciais. Muitos estudos são realizados com foco nas orientações da alta hospitalar propondo diferentes modelos, tentando promover melhores cuidados após a saída do hospital e promover a continuidade dos cuidados após a alta (MARQUES, ROMANO-LIBER, 2014 A; REIS; COBUCCI, 2011; CASTRO et al., 2010).

No contexto nacional, os principais problemas identificados nas altas hospitalares são a falta ou inadequação de orientação, falta de preparo para o autocuidado (DELATORRE et al., 2013), descontinuidade do cuidado na interface do atendimento hospitalar e comunidade (DAY; WITT; OELKE, 2016), transferência incorreta ou incompleta de informações para a Atenção Primária, além de ausência de um sistema integrado com os diferentes serviços de atendimento à saúde (COSTA et al., 2013).

Em estudo de Pompeo e colaboradores (2007), identificou-se que as informações referentes aos cuidados domiciliares eram realizadas somente no momento da alta, de modo verbal e com muitas orientações em pouco tempo, dificultando a compreensão dos pacientes e familiares, o que poderia acarretar em danos evitáveis no ambiente domiciliar. Em estudo realizado com cuidadores, é relatada insegurança com os cuidados domiciliares, pois as informações recebidas foram pouco claras e generalizadas durante a alta hospitalar (REIS; CABUCCI, 2011).

A Atenção Domiciliar (AD) surgiu como uma proposta de garantir o cuidado continuado no domicílio, minimizar intercorrências clínicas, a partir da manutenção de cuidado sistemático, além de diminuir os riscos de infecções hospitalares por longo tempo de permanência de pacientes no ambiente hospitalar, principalmente em idosos (BRASIL, 2013; BRASIL, 2012a). A AD brasileira assemelha-se com um dos componentes propostos na ponte de transição dos cuidados, no que diz respeito ao acompanhamento após a alta. Para Burke e colaboradores (2013) o acompanhamento após a saída do hospital deve ser realizado de modo contínuo, transferido para outro ponto da assistência da saúde. A AD assume os cuidados de alguns pacientes no ambiente domiciliar e após a melhora do quadro clínico é encaminhado para a unidade básica de referência (BRASIL, 2013).

As altas precoces são cada vez mais comuns e exigem dos profissionais um planejamento adequado dos cuidados. É indicado que o profissional avalie os conhecimentos

do paciente, bem como a compreensão do gerenciamento dos cuidados e monitoramento dos sinais e sintomas no ambiente domiciliar (ULIN et al., 2016). Segundo Pompeo *et al.*, (2007), é preciso uma avaliação das necessidades de saúde do paciente, considerando os aspectos emocionais, financeiros e o ambiente familiar, porém o que tem sido feito é uma avaliação de forma simplificada, direcionada apenas para as necessidades físicas e individuais dos usuários.

Assim, verifica-se a necessidade de aprimorar aspectos relacionados à transição do cuidado não só no âmbito nacional, mas também internacional. No Brasil, alguns aspectos relacionados a transições do cuidado são realizados em diversos âmbitos da rede de saúde. No entanto, a articulação entre os diferentes pontos da rede de saúde ainda é insuficiente, contribuindo para a fragmentação dos cuidados após as internações hospitalares.

3.3 O Instrumento *Care Transitions Measure* (CTM)

O instrumento *Care Transitions Measure* (CTM) foi desenvolvido por Eric Coleman e colaboradores em 2002, pois não havia um instrumento confiável e validado para avaliar a qualidade da transição do cuidado. Assim, o CTM tem por objetivo avaliar a qualidade das transições do cuidado, a partir da perspectiva do paciente e atualmente, ele é muito utilizado para avaliação de desempenho e qualidade dos serviços de saúde (THE CARE TRANSITIONS PROGRAM, 2014).

Atualmente, o CTM possui duas versões: uma completa com 15 afirmações (CTM-15) e outra resumida com 3 afirmações (CTM-3). A versão com 3 itens aborda questões principais da versão completa que são consideradas importantes para o cuidado após a alta: as preferências incorporadas no plano de cuidado, a compreensão do papel do autocuidado e a administração de medicamentos (PARRY et al., 2008).

As duas versões do CTM foram adaptadas e validadas para uso no Brasil por Acosta et al. (2016). O processo de adaptação e validação assegurou as propriedades psicométricas do instrumento, demonstrando validade de face e conteúdo, confiabilidade. Em estudo realizado por Acosta e colaboradores (2016), o CTM-15 Brasil apresentou uma linguagem clara para aplicação na população brasileira, com variação de 80% a 100% no índice de clareza. A estabilidade no tempo, calculada por meio de teste e reteste com utilização do teste t de *Student*, foi considerada boa, verificando-se que não houve diferença significativa das respostas entre as duas aplicações do instrumento. Quanto à fidedignidade do instrumento, foi

calculado o Alfa de Cronbach considerando-se as 15 afirmações, o qual obteve um coeficiente de 0,929, demonstrando uma boa consistência interna. Neste estudo foi utilizada a versão completa do instrumento, denominada Medida de Transições do Cuidado (CTM-15 Brasil).

O CTM-15 Brasil é composto por 15 afirmações sobre aspectos relacionados à transição do cuidado. As afirmações são divididas em quatro conjuntos, os quais identificam momentos diferentes da transição do cuidado, desde a internação até o acompanhamento pós-alta: informações prestadas antes de sair do hospital (3 itens), informações prestadas durante o preparo para sair do hospital (8 itens), informações sobre consultas de acompanhamento (1 item) e informações recebidas sobre os medicamentos (3 itens). Possui opções de respostas do tipo Likert: “concordo muito”, “concordo”, “discordo” e “discordo muito”, além de uma opção de resposta neutra “não sei/não me lembro/não se aplica”.

Durante a etapa de validação e adaptação do CTM-15 Brasil, as questões do instrumento foram agrupadas em quatro fatores, denominados como “Preparação para autogerenciamento”, “Entendimento sobre medicações”, “Preferências asseguradas” e “Plano de cuidado” (ACOSTA et al., 2017). O Quadro 1 identifica os itens que pertencem a cada fator.

Quadro 1 – Agrupamento dos itens do CTM-15 Brasil por fatores. Porto Alegre. 2017.

Fatores	Item
Fator 1 - Preparação para autogerenciamento	4. Teve informações que precisava para autocuidado 5. Entende claramente como cuidar da saúde 6. Entende sinais de alerta e sintomas 8. Compreende o que melhora ou piora sua condição de saúde 9. Compreende o que é de sua responsabilidade 10. Sente-se seguro de que sabe o que fazer 11. Sente-se seguro de que consegue fazer o que é necessário
Fator 2 - Entendimento sobre medicações	13. Entende o motivo de tomar os medicamentos 14. Entende como tomar os medicamentos 15. Entende os efeitos colaterais dos medicamentos
Fator 3 - Preferências asseguradas	1. Concordou com a equipe de saúde sobre objetivos para sua saúde e como eles seriam alcançados 2. Preferências consideradas para decidir as necessidades de saúde 3. Preferências consideradas para decidir onde as necessidades de saúde são atendidas
Fator 4 - Plano de cuidado	7. Recebeu um plano escrito de cuidados 12. Recebeu lista escrita das consultas ou exames

O instrumento é aplicado após a alta do hospital, por meio de contatos telefônicos, visto que os participantes estarão em seus domicílios quando forem contatados. Além disso, há a recomendação de que seja aplicado em até 30 dias após a alta (THE CARE TRANSITIONS PROGRAM, 2014), no entanto, em pesquisas recentes, os contatos foram realizados de uma a seis semanas (ACOSTA, 2016; SHADMI, 2013; McLEOD, et al., 2013).

O instrumento CTM tem se mostrado confiável, preciso e válido para avaliar a transição do cuidado na perspectiva dos usuários em diferentes países (McLEOD et al., 2013; SHADMI, 2013; SHADMI; ZISBERG; COLEMAN, 2009; COLEMAN; MAHONEY; PARRY, 2005; COLEMAN et al., 2002). Atualmente, o instrumento CTM possui versões em 13 idiomas: espanhol, árabe, chinês, hebraico, japonês, malaio, russo, sueco, finlandês, francês, indiano, italiano e português (Brasil), embora nem todas as versões tenham sido adaptadas transculturalmente (THE CARE TRANSITIONS PROGRAM, 2016).

Apesar do instrumento CTM ter sido inicialmente destinado a avaliar a qualidade das transições do cuidado de pacientes idosos, ele tem sido empregado em pesquisas com diversas populações, como pacientes com doenças coronarianas (GOLDSTEIN et al., 2016), doenças musculoesqueléticas (McLEOD et al., 2013), imigrantes (SHADMI, 2013), crianças (BERRY et al., 2013), entre outros.

O CTM foi empregado em estudos para verificar a qualidade das transições do cuidado após intervenções em diferentes grupos clínicos. As intervenções são referentes à preparação para a alta por equipe multidisciplinar (HUNG et al., 2013), à coordenação dos cuidados (HORWITZ et al., 2013; DEDHIA et al., 2009), à educação para o autocuidado (ARBAJE et al., 2014) e ao acompanhamento domiciliar e ligações telefônicas após a alta hospitalar (RECORD et al., 2015). Nessas pesquisas, os grupos de pacientes que receberam as intervenções tiveram escores maiores do CTM que os grupos controle, ou seja, infere-se que as intervenções favorecem melhores transições do cuidado, na perspectiva dos pacientes.

Além disso, o CTM é utilizado para verificar associação com reinternação hospitalar. Recentemente, foi realizado um estudo nos Estados Unidos da América (EUA) utilizando o CTM para avaliar a qualidade da transição do cuidado e a sua associação com reinternação hospitalar em até 30 dias em pacientes que necessitaram de revascularização do miocárdio. Os resultados identificaram que os escores do CTM foram significativamente menores entre os pacientes que tiveram uma admissão prévia e aqueles com múltiplas comorbidades. O CTM mostrou-se válido para verificar a associação entre a qualidade das transições com reinternação após a alta, no entanto, os escores podem ter sido influenciados pelas características dos pacientes e não apenas pelos grupos clínicos (GOLDSTEIN et al., 2016).

Frente a isso, o uso do CTM mostra-se preciso e, sobretudo, relevante para avaliar a qualidade das transições do cuidado e sua associação com a readmissão hospitalar aos pacientes crônicos e com diferentes morbidades.

4 MÉTODO

A seguir será apresentado o percurso metodológico do presente estudo.

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico observacional e transversal. Nesse tipo de estudo o pesquisador verifica um fenômeno em determinado ponto temporal, em um curto período de tempo (ALMEIDA FILHO, ROUQUAYROL, 2003). São realizados para descrever variáveis e seus padrões de distribuição, a fim de estabelecer variáveis preditoras e de desfecho, além de ser útil para testar associações entre as variáveis em estudo (NEWMAN, et al, 2008).

4.2 Campo do Estudo

O estudo foi realizado em unidades de internação clínica do Serviço de Enfermagem Clínica (SECLIN) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). O HCPA é um hospital geral, público e universitário que atende pacientes em mais de 60 especialidades, em sua maioria pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), oferece desde procedimentos simples até os mais complexos. É uma instituição vinculada academicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, contribuindo para formação de profissionais altamente qualificados e para o desenvolvimento de pesquisas e disseminação de conhecimentos na área da saúde (HCPA, 2016A).

Visando garantir a qualidade da assistência prestada e satisfação dos pacientes, o hospital obteve Acreditação Hospitalar Internacional, concedido pela *Joint Commission International* (JCI), no ano de 2013. Assim, identifica-se que o hospital segue padrões internacionais de qualidade e segurança do paciente, sendo considerado um hospital de excelência na assistência, pesquisa e ensino.

Indicadores anuais do HCPA identificam que, no ano de 2014, houve 32.056 internações, tendo uma taxa de ocupação dos leitos de 88,78%, e média de permanência de 8,84 dias. Já dados de 2015 identificam uma mudança no contexto hospitalar, apresentando

34.161 internações, taxa de ocupação dos leitos de 90,63%, identificando-se um aumento nessas taxas. No entanto, o tempo de permanência dos pacientes diminuiu, resultando em 8,13 dias de internação (HCPA, 2016B). Esses dados demonstram um aumento do número de internações e a alta rotatividade dos leitos do hospital.

O SECLIN conta com uma equipe de 63 enfermeiros, 120 técnicos em enfermagem e 74 auxiliares de enfermagem. Atualmente, é constituído por cinco unidades de internação, duas localizadas na ala Sul (4°S e 6°S) e três na ala Norte (5°N, 6°N e 7°N), totalizando 194 leitos. As unidades atendem pacientes de diversas especialidades clínicas, nas áreas de cardiologia, endocrinologia, gastroenterologia, hematologia, neurologia, nefrologia, pneumologia, reumatologia e oncologia (HCPA, 2016C).

Assim, a escolha do campo se justifica pelo elevado número de internações, conseqüentemente pela grande quantidade de altas e por ser um hospital de referência na assistência de qualidade.

4.3 Participantes do Estudo

A população foi composta por pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, que possuem doenças crônicas não transmissíveis e que tiveram alta das unidades de internação clínica para o domicílio.

A população foi identificada a partir do sistema informatizado Aplicativo de Gestão Hospitalar (AGH). Foi solicitado à Coordenadoria de Gestão de Tecnologia da Informação (CGTI) e ao Serviço de Arquivo Médico e Informações em Saúde (SAMIS) do hospital um relatório (*query*) com o movimento por paciente. O *query* foi solicitado a cada duas semanas para que a coleta de dados ocorresse em período de uma até quatro semanas após a alta dos pacientes, conforme o intervalo de tempo recomendado para aplicação do instrumento que foi utilizado.

Para a realização da busca no sistema AGH, é necessário informar o código da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) das doenças crônicas de interesse. Para isso, foram elencados os quatro grupos de maior prevalência de DCNT: neoplasias, doenças cardiovasculares, diabetes mellitus e doenças respiratórias (WHO, 2013; DUNCAN et al., 2012; CARRET et al., 2011). Além disso, estudos identificam que os cuidados relacionados às doenças crônicas abrangem outros problemas de saúde, como as doenças

neuropsiquiátricas e musculoesqueléticas (WHO, 2013; SHIMIDT; DUNCAN, 2011). As doenças crônicas de interesse estão apresentadas no Quadro 2.

Para obter uma amostra com representatividade numérica que possibilite a generalização, foi utilizada uma amostra aleatória simples. Esse tipo de amostragem assegura que cada indivíduo da população tenha a mesma probabilidade de ser selecionado. Para isso, enumeram-se os nomes de cada sujeito que compõe a população e seleciona-se aleatoriamente um subconjunto representativo (HULLEY; NEWMAN; CUMMINGS, 2008).

Para o cálculo do tamanho da amostra foi utilizado um erro absoluto de 4 pontos, média 69 ± 27 de desvio padrão, segundo estudo anterior que utilizou o CTM-15 no Brasil (ACOSTA et al., 2016) e nível de confiança de 95%. Assim, foi definida uma amostra de 210 pacientes com doenças crônicas, que tiveram alta do hospital.

Quadro 2 - Lista códigos de Doenças Crônicas Não Transmissíveis incluídas no estudo conforme Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

Doenças	Código (CID-10)
Câncer	
Neoplasias malignas	C00-C97
Neoplasias in situ	D00-D09
Diabetes mellitus	E10-E14
Doenças neurológicas	
Doença de Parkinson	G20-G21
Doença de Alzheimer e outras demências	F01-F03, G30-G31
Esclerose múltipla	G35
Epilepsia	G40-G41
Paralisia cerebral e outras síndromes paralíticas	G80-G83
Doenças cardiovasculares	
Doença reumática crônica do coração	I05-I09
Doenças hipertensivas	I10-I15
Doenças isquêmicas do coração	I20-I25
Outras doenças cardiovasculares	I26-I28, I34-I37, I44-I51, I70-I89
Doenças cerebrovasculares	I60-I69
Doenças respiratórias	
Doença pulmonar obstrutiva crônica	J40-J44
Asma	J45-J46
Cirroze hepática	K70, K74
Doenças musculoesqueléticas	
Artrite reumatóide	M05-M06
Artroses	M15-M19
Doenças renais	N03-N8, N11, N18-N19

A seleção da amostra foi realizada por meio de sorteio dos pacientes que constam da lista do *query*, utilizando a ferramenta de randomização do programa *Statistical Package for*

the Social Science (SPSS). Foram considerados como critérios de inclusão: ter 18 anos ou mais e permanecer internado, no mínimo, por 72 horas no hospital e 24 horas nas unidades de internação clínica.

Caso o paciente não tivesse condições físicas e/ou psicológicas para responder o instrumento, o familiar/cuidador que acompanhou as orientações sobre os cuidados domiciliares, fornecidas durante o período de internação, poderia responder pelo paciente, conforme descrito em estudos que aplicaram o CTM (ACOSTA, 2016; BERRY et al., 2013). Ressalta-se que no estudo de Acosta (2016) não foi encontrada diferença significativa no escore do CTM quando o cuidador ou o paciente responderam o instrumento. A opção por coletar dados com pacientes e cuidadores se justifica, também, porque muitos pacientes com doenças crônicas necessitam de auxílio para os cuidados no ambiente domiciliar (COUTO; CASTRO; CALDAS, 2016; OLIVEIRA et al., 2012; VIEIRA et al., 2011). Foram excluídos da amostra os pacientes que, no momento do contato telefônico, tinham reinternado no hospital ou foram a óbito.

4.4 Coleta dos Dados

Para a coleta de dados, foi utilizada a versão adaptada e validada para uso no Brasil do instrumento *Care Transitions Measure* (CTM-15 Brasil) (ANEXO A). A coleta dos dados ocorreu no período de março a agosto de 2017, por meio de contatos telefônicos, conforme recomendado pelos autores do instrumento original (COLEMAN et al., 2002). As ligações foram realizadas entre uma e quatro semanas após o paciente ter recebido alta do hospital, considerando-se o período preconizado para aplicação do instrumento, conforme descrito por Parry e colaboradores (2008). As ligações foram realizadas nos turnos da manhã e da tarde, em uma sala do Centro de Pesquisa Clínica do HCPA, onde são disponibilizados telefones para realização de pesquisas vinculadas ao hospital.

Os pacientes e/ou cuidadores que não aceitaram participar do estudo ou não foram localizados em até três tentativas telefônicas, realizadas em dias e horários diferentes, foram substituídos, conforme o ordenamento de randomização da lista.

Após a aplicação do instrumento, foi preenchida pela pesquisadora, uma ficha de identificação (APÊNDICE A), com informações dos pacientes registradas no *query*, tais como sexo, idade, cidade de residência, bairro, grau de escolaridade, doenças crônicas, motivo da

internação, unidade de internação, turno da alta hospitalar, dia da semana da alta hospitalar, tempo de permanência na unidade e número de internações no hospital do último ano.

Posteriormente, foram coletadas informações referentes às reinternações dos pacientes em até 30 dias após a alta. Foi solicitado à Coordenadoria de Gestão de Tecnologia da Informação (CGTI) e ao Serviço de Arquivo Médico e Informações em Saúde (SAMIS) do hospital um relatório (*query*), com informações sobre reinternações, data da reinternação, motivo, unidade em que reinternou, tempo de permanência na unidade e no hospital.

Os dados foram coletados pela pesquisadora, que contou com o auxílio de uma bolsista de Iniciação Científica que era vinculada ao projeto. Para garantir a qualidade da coleta de dados, foram realizados treinamentos com a bolsista, por meio de reuniões com a pesquisadora, para orientações sobre o modo de aplicação do instrumento e esclarecimento de dúvidas.

4.5 Análise dos Dados

Os dados coletados foram exportados para o programa Excel e a análise foi realizada por meio do Programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 18.

Para descrever o perfil da amostra foi utilizada estatística descritiva, por meio de tabelas de frequência absoluta (n) e percentual (%) das variáveis categóricas e cálculo de medidas de posição e dispersão (média, mediana, desvio padrão, valores mínimo e máximo) para as variáveis contínuas.

Para a análise das respostas do CTM-15, foram respeitadas as instruções dos autores do instrumento (THE CARE TRANSITIONS PROGRAM, 2014; COLEMAN et al., 2002). A cada item foi atribuída uma pontuação conforme a resposta do participante, da seguinte forma: Discordo muito=1 ponto; Discordo=2 pontos; Concordo=3 pontos; Concordo muito=4 pontos. A opção de resposta “Não sei/não me lembro/não se aplica” não recebe pontuação por não ser incluída no cálculo do escore final, porém é codificada diferencialmente para analisar essa resposta nos itens do instrumento. Após isso, foi obtida uma média simples dos escores de cada respondente, por meio da divisão dos escores obtidos nas respostas e o número de perguntas respondidas. Os autores do instrumento original sugerem que as médias obtidas sejam transformadas em escores de 0 a 100 para cada respondente, por meio da fórmula $[(\text{média do instrumento}-1) / 3] \times 100$ (ANEXO B). Quanto maior a pontuação média, melhor é a transição do cuidado (THE CARE TRANSITIONS PROGRAM, 2014).

Para a análise dos dados do instrumento foram utilizados os fatores identificados na pesquisa de adaptação do CTM-15 Brasil. Os itens foram agrupados em quatro fatores, denominados como “Preparação para autogerenciamento”, “Entendimento sobre medicações”, “Preferências asseguradas” e “Plano de cuidado” (ACOSTA et al., 2017).

Com o propósito de identificar características dos participantes associadas à qualidade da transição do cuidado, foi definida como variável dependente a média de pontuação do CTM-15. As variáveis independentes foram: idade, cidade de residência, bairro, grau de escolaridade, doenças crônicas, unidade de internação, dia da semana da internação, motivo da internação, tempo de permanência na unidade, número de internações do último ano e reinternações em até 30 dias após a alta.

Foram utilizados os testes t-Student, análise de variância (ANOVA), correlação não-paramétrico de Pearson ou Spearman. Nos testes estatísticos foi utilizada uma margem de erro de 5% ($p \leq 0,05$), nível de confiança de 95%.

4.6 Aspectos Éticos

A pesquisa foi conduzida de acordo com a Resolução 466 de 2012 envolvendo pesquisa em seres humanos (BRASIL, 2012b) e foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ/EE) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA (CEP-HCPA), sob número de Projeto 170020, CAAE 63817417.5.0000.5327 (ANEXO C).

Para a utilização dos dados obtidos por meio de consulta ao *query* fornecido pelo hospital, foi preenchido o Termo de Compromisso para Utilização de Dados (ANEXO D). Foi preservada a privacidade e confidencialidade dos dados utilizados, assim como o anonimato dos pacientes.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi substituído pelo consentimento verbal do participante, no momento do contato telefônico que foi realizado para a coleta de dados. Foi utilizado um roteiro de telefonema (APÊNDICE C), contendo informações sobre os objetivos do estudo e sua finalidade, bem como informações referentes ao tempo destinado a responder o instrumento, os benefícios e possíveis desconfortos ao participar da pesquisa. Assim, o consentimento dos pacientes para participação na pesquisa foi obtido de modo tácito.

O consentimento tácito não requer a assinatura do indivíduo que aceite participar da pesquisa, porém o pesquisador deve informar todos os procedimentos de coleta, os riscos, os benefícios e os direitos envolvidos na pesquisa (FERNANDES et al., 2010). Essa forma de concordância oral já foi utilizada em estudos anteriores (ACOSTA, 2016; ACOSTA, 2012; BARRETO; FIGUEIREDO, 2009).

Foi garantida a confidencialidade e a privacidade dos participantes, com o uso criterioso das informações, apenas para fins deste estudo. O anonimato dos participantes foi preservado por meio da adoção de códigos, com as iniciais do nome do paciente seguido do número da sequência de realização do telefonema.

Foi garantido o direito de recusa a participar e/ou desistência em qualquer momento do estudo, sem que isso representasse qualquer tipo de prejuízo ou dano. Os riscos aos participantes foram mínimos, sendo relacionados ao tempo dedicado para participar das etapas do estudo, além da possibilidade de ocorrência de certo desconforto em responder alguma questão referente ao tema. Não houve benefícios previstos para os participantes da pesquisa, porém há possíveis benefícios para a população em geral, a médio e longo prazo, como aprimoramento das práticas assistenciais, maior continuidade dos cuidados após a alta hospitalar e melhor qualidade de vida na comunidade.

As informações coletadas neste estudo são de responsabilidade das pesquisadoras, as quais garantirão proteção das informações e manutenção de todos os dados do projeto. O material impresso e gravado será guardado em ambiente seguro por cinco anos, sendo descartado após essa data, conforme recomendado pela Resolução 466 de 2012 (BRASIL, 2012B).

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização demográfica e de utilização do serviço dos participantes do estudo

Participaram da pesquisa 210 pacientes de unidades de internação clínica que apresentavam doenças crônicas não transmissíveis. O instrumento foi respondido por 67,1% pacientes e os cuidadores participaram em 32,9%. Salienta-se que os dados apresentados na caracterização da amostra são referentes ao paciente que esteve internado.

As características demográficas dos participantes deste estudo e as características da utilização das unidades de internação clínica são apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1 - Características dos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis das unidades de internação clínica. Porto Alegre. 2017.

Variáveis	n=210
Paciente respondeu o instrumento*	141 (67,1)
Idade (anos) [†]	60,9 ± 15,0
Sexo masculino*	110 (52,4)
Municípios mais frequentes*	
Porto Alegre	109 (51,9)
Viamão	16 (7,6)
Alvorada	14 (6,7)
Canoas	8 (3,8)
Gravataí	7 (3,3)
Bairros mais frequentes POA*	
Vila Nova	6 (5,6)
Lomba do Pinheiro	6 (5,6)
Sarandi	6 (5,6)
Restinga	6 (5,6)
Rubem Berta	6 (5,6)
Escolaridade*	
Nenhum	9 (4,3)
Ensino fundamental incompleto	106 (50,5)
Ensino fundamental completo	25 (11,9)
Ensino médio incompleto	13 (6,2)
Ensino médio completo	27 (12,9)
Superior incompleto	2 (1,0)
Superior completo	18 (8,6)
Ignorado/Não registrado	10 (4,8)

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

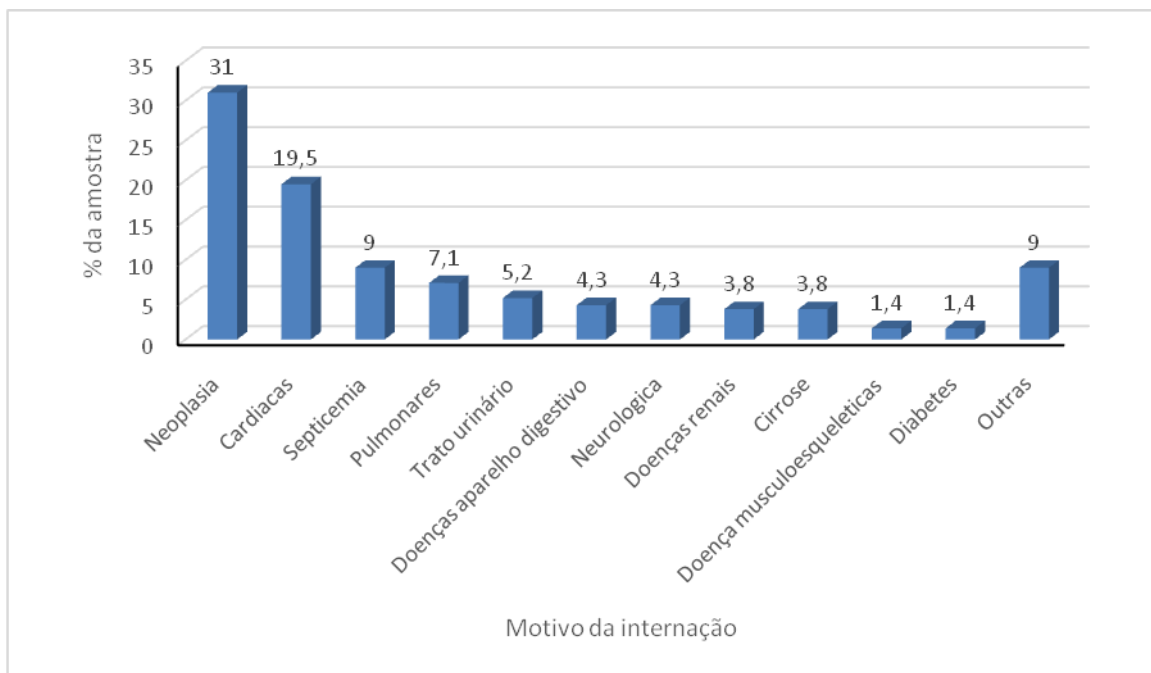
*Variáveis categóricas expressas como n (%); [†]Variáveis contínuas expressas como média ± desvio padrão.

Encontrou-se prevalência do sexo masculino (52,4%) e média de idade de 60,9 anos ($\pm 15,0$), sendo o valor mínimo de 21 anos e o máximo de 94 anos, sendo que mais da metade (56,6%) foi acima de 60 anos (dados não mostrados em tabela). O grau de escolaridade da maioria dos participantes foi abaixo do ensino fundamental (66,7%) e a minoria (8,6%) cursou o ensino superior.

A maioria dos participantes residia em Porto Alegre (51,9%) e foram identificados 46 bairros do município (dados não mostrados em tabela), sendo cinco os mais frequentes.

Diante as doenças selecionadas neste estudo, o motivo mais frequente das internações foi doenças neoplásicas (31%), seguido de doenças cardíacas (19,5%). Ressalta-se que os motivos de internação correspondem aos grupos de doenças crônicas, elencadas conforme Classificação Internacional de Doenças (CID-10). A Figura 2 mostra os demais motivos de internação dos pacientes da amostra.

Figura 2 – Distribuição da amostra quanto ao motivo da internação. Porto Alegre, 2017.



Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Com relação às morbidades dos pacientes, identificou-se maior prevalência dos grupos de causas cardiovasculares (47,6%) e câncer (45,7%). Salienta-se que os pacientes poderiam obter mais de uma doença e para a verificação das porcentagens dos grupos de causas foram identificadas apenas uma doença do grupo em questão. As doenças mais frequentes, conforme classificação apresentada na Tabela 2, são as relacionadas a neoplasias malignas (42,8%),

outras doenças cardiovasculares (26,6%), doenças cerebrovasculares (18,0%), doenças hipertensivas (10,9%), doenças isquêmicas do coração (10,9%), doenças renais (9,0%) e diabetes mellitus (8,5%). Quase 25% dos pacientes tinham mais de uma doença crônica.

Tabela 2 - Frequência das doenças crônicas dos pacientes, conforme Código Internacional de Doenças (CID-10). Porto Alegre, 2017.

Doenças* †	n=210
Neoplasias malignas	90 (42,8)
Outras doenças cardiovasculares	56 (26,6)
Doenças hipertensivas	23 (10,9)
Doenças isquêmicas do coração	23 (10,9)
Doenças renais	19 (9,0)
Diabetes mellitus	18 (8,5)
Cirrose hepática	13 (6,1)
Doença pulmonar obstrutiva crônica	12 (5,7)
Esclerose múltipla	9 (4,2)
Neoplasias in situ	8 (3,8)
Asma	6 (2,8)
Paralisia cerebral e outras síndromes paralíticas	5 (2,3)
Doença de Alzheimer e outras demências	3 (1,4)
Epilepsia	3 (1,4)
Doença reumática crônica do coração	3 (1,4)
Artrite reumatóide	1 (0,47)
Doença de Parkinson	0 (0)

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

*Variáveis expressas como n(%). †Mais de uma resposta.

Quanto ao dia da semana e turno da alta, houve prevalência de alta em dias de semana (87,6%) e durante o turno da manhã (43,8%). Os dias da semana foram agrupados em duas categorias, pois não havia diferença significativa entre os dias de segunda-feira a sexta-feira e os dias do final de semana.

No que se refere ao tempo de permanência na unidade, identifica-se mediana de quatro dias (intervalo interquartil de três a seis), tendo um mínimo de um e máximo de 18 dias (dados não mostrados em tabela). Quanto ao tempo de permanência no hospital, observa-se mediana de seis dias (intervalo interquartil de quatro a oito), apresentando mínimo de três e máximo de 20 dias (dados não mostrados em tabela). As características da utilização do serviço hospitalar na internação clínica são descritos na Tabela 3.

Tabela 3 - Características da utilização do serviço hospitalar na internação clínica dos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis. Porto Alegre. 2017.

Variáveis	n=210
Tempo de permanência (dias) na unidade [‡]	4 (3 – 6)
Tempo de permanência (dias) no hospital [‡]	6 (4 – 8)
Número de internações prévias [‡]	4 (3 – 6)

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

*Variáveis categóricas expressas como n(%); [‡]Variáveis assimétricas apresentadas como mediana e intervalo interquartil.

Em relação ao número de internações prévias, verificou-se uma mediana de quatro com intervalo interquartil de três a seis vezes, com mínimo de um e máximo de 28 vezes em um ano (dados não mostrados em tabela). Ainda, constata-se que 28,5% tiveram mais de quatro internações prévias e 3,33% superiores a dez (dados não mostrados em tabela).

As características dos pacientes que reinternaram em até 30 dias após a alta são apresentadas na tabela 4.

Tabela 4 - Características dos pacientes que reinternaram em até 30 dias após a alta. Porto Alegre. 2018.

Variáveis	n=26
Unidade de internação*	
Clínica	10 (38,5)
Cirúrgica	4 (15,4)
Emergência	12 (46,2)
Tempo de permanência (dias) no hospital [‡]	6 (3 – 12)
Tempo (dias) decorrido da alta até reinternação*	
< 7 dias	4 (15,4)
8 a 14 dias	5 (19,2)
15 a 21 dias	11 (42,3)
Acima de 21 dias	6 (23,1)

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

*Variáveis categóricas expressas como n(%); [‡]Variáveis assimétricas apresentadas como mediana e intervalo interquartil.

Foi possível identificar que 12,3% dos pacientes reinternaram em até 30 dias após a alta hospitalar. Destaca-se que 30,8% internaram pelo mesmo motivo da internação anterior e 61,5% internaram pela doença inserida no mesmo grupo de classificação, além disso, em 46,2% dos casos, os pacientes procuraram o serviço de emergência.

5.2 Qualidade da transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis

No que se refere à consistência interna do instrumento, verificou-se que o coeficiente alfa de Cronbach do CTM 15-Brasil foi 0,789. A média de escore total do CTM 15-Brasil, na escala de 0 a 100, foi de 74,7.

Em relação às médias por itens do instrumento, observa-se que as menores médias foram no item 15 (Entende os efeitos colaterais dos medicamentos) e 2 (Preferências consideradas para decidir as necessidades de saúde), que se referem respectivamente aos fatores 2 (Entendimento sobre medicações) e 4 (Plano de cuidado). O item 9 (Compreende o que é de sua responsabilidade) obteve a melhor média, seguido dos itens 12 (Recebeu lista escrita das consultas ou exames), constituindo os fatores 1 (Preparação para autogerenciamento) e 4 (Plano de cuidados) respectivamente. A tabela 5 demonstra os valores mínimos, máximos, média e desvio padrão dos itens do instrumento.

Salienta-se que para o cálculo das médias por item a opção “Não sei/não lembro/ não se aplica” não é calculada com as demais opções de resposta.

Tabela 5 - Mínima, máxima, média e desvio padrão dos itens do CTM 15-Brasil (n=210). Porto Alegre, 2017.

Item	Mínimo	Máximo	Média ± DP
1. Concordou com a equipe de saúde sobre objetivos para sua saúde e como eles seriam alcançados	1	4	3,12±0,830
2. Preferências consideradas para decidir as necessidades de saúde	1	4	2,96±0,847
3. Preferências consideradas para decidir onde as necessidades de saúde são atendidas	1	4	3,10±0,923
4. Teve informações que precisava para autocuidado	1	4	3,27±0,840
5. Entende claramente como cuidar da saúde	1	4	3,35±0,776
6. Entende sinais de alerta e sintomas	1	4	3,17±0,974
7. Recebeu um plano escrito de cuidados	1	4	3,31±0,842
8. Compreende o que melhora ou piora sua condição de saúde	1	4	3,35±0,863
9. Compreende o que é de sua responsabilidade	1	4	3,52±0,636
10. Sente-se seguro de que sabe o que fazer	1	4	3,31±0,808
11. Sente-se seguro de que consegue fazer o que é necessário	1	4	3,23±0,789
12. Recebeu lista escrita das consultas ou exames	1	4	3,40±0,809
13. Entende o motivo de tomar os medicamentos	1	4	3,24±0,965
14. Entende como tomar os medicamentos	1	4	3,34±0,895
15. Entende os efeitos colaterais dos medicamentos	1	4	2,56±1,145

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

A distribuição da frequência por opção de resposta por item do instrumento está apresentada na Tabela 6. Os itens que obtiveram maior percentual de concordância (agrupando opções “concordo” e “concordo muito”) foram 09 (Compreende o que é de sua responsabilidade), 05 (Entende claramente como cuidar da saúde) e 14 (Entende como tomar os medicamentos), com 95,7%, 89,0% e 86,6%, respectivamente, enquanto que os com maior percentual de discordância (soma das opções “discordo” e “discordo muito”) foram 15 (Entende os efeitos colaterais dos medicamentos), 02 (Preferências consideradas para decidir as necessidades de saúde) e 03 (Preferências consideradas para decidir onde as necessidades de saúde são atendidas) com 46,6%, 27,7% e 22,8%, respectivamente.

Já as maiores frequências de resposta “concordo muito” foram nos itens 09 (Compreende o que é de sua responsabilidade) com 57,6% e 14 (Entende como tomar os medicamentos) com 55,2% e de “discordo muito”, nos itens 02 (Preferências consideradas para decidir as necessidades de saúde) com 22,9% e 15 (Entende os efeitos colaterais dos medicamentos) com 21,4%. Observa-se que o item 12 (Recebeu lista escrita das consultas ou exames) teve 7,6% das respostas, sendo o maior percentual de resposta na opção neutra, valor superior ao restante dos itens do instrumento quanto a esta opção de resposta.

Tabela 6 - Distribuição da frequência de opções de resposta por item do CTM 15-Brasil. Porto Alegre, 2017.

Item CTM-15*	Discordo Muito	Discordo	Total	Concordo	Concordo Muito	Total	Não sei/não lembro/não se aplica
1	13 (6,2)	21 (10,0)	34 (27,7)	101 (48,1)	72 (34,3)	173 (71)	3 (1,4)
2	10 (4,8)	48 (22,9)	58 (22,8)	89 (42,4)	60 (28,6)	14 (77,1)	3 (1,4)
3	16 (7,6)	32 (15,2)	48 (14,7)	78 (37,1)	84 (40,0)	162 (85,2)	0 (0,0)
4	11 (5,2)	20 (9,5)	31 (10,9)	80 (38,1)	99 (47,1)	179 (89,0)	0 (0,0)
5	8 (3,8)	15 (7,1)	23 (20,0)	82 (39,0)	105 (50,0)	187 (79,6)	0 (0,0)
6	21 (10,0)	21 (10,0)	42 (14,8)	69 (32,9)	98 (46,7)	167 (80,0)	1 (0,5)
7	9 (4,3)	22 (10,5)	31 (12,9)	67 (31,9)	101 (48,1)	168 (85,7)	11 (5,2)
8	13 (6,2)	14 (6,7)	27 (3,8)	67 (31,9)	113 (53,8)	180 (95,7)	3 (1,4)
9	4 (1,9)	4 (1,9)	8 (12,9)	80 (38,1)	121 (57,6)	201 (85,2)	1 (0,5)
10	9 (4,3)	18 (8,6)	27 (14,3)	80 (38,1)	99 (47,1)	179 (85,2)	4 (1,9)
11	8 (3,8)	22 (10,5)	30 (11,4)	92 (43,8)	87 (41,4)	179 (80,9)	1 (0,5)
12	8 (3,8)	16 (7,6)	24 (19,0)	61 (29,0)	109 (51,9)	170 (81,0)	16 (7,6)
13	19 (9,0)	21 (10,0)	40 (13,3)	60 (28,6)	110 (52,4)	170 (86,6)	0 (0,0)
14	16 (7,6)	12 (5,7)	28 (46,6)	66 (31,4)	116 (55,2)	182 (53,3)	0 (0,0)
15	53 (25,2)	45 (21,4)	98 (16,2)	54 (25,7)	58 (27,6)	108 (82,4)	0 (0,0)

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

*Variável categórica expressa como n(%)

A tabela 7 mostra a média de escore total do CTM 15-Brasil e os escores médios de cada fator, na escala de 0 a 100. O Fator 4 (Plano de cuidados) foi identificado como a melhor média entre os fatores do instrumento e o Fator 2 (Entendimento sobre as medicações) obteve a pior média. Na análise por dimensões, identificou-se que os Fatores 1 (Preparação para autogerenciamento) e Fator 2 (Entendimento sobre medicações) obtiveram coeficientes entre (0,875 e 0,789, respectivamente). No entanto, os Fatores 3 (Preferências asseguradas) e Fator 4 (Plano de cuidado) tiveram coeficientes 0,651 e 0,569, respectivamente.

Tabela 7 - Distribuição das médias e desvio padrão do CTM 15-Brasil total e por fatores. Porto Alegre, 2017.

	Escore	(n=210)
Total		74,7 ± 17,1
Por fatores		
Fator 1 - Preparação para autogerenciamento		78,1 ± 19,7
Fator 2 - Entendimento sobre medicações		69,0 ± 28,1
Fator 3 - Preferências asseguradas		69,7 ± 21,2
Fator 4 - Plano de cuidado		78,8 ± 23,3

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

*Variáveis expressas como média ± desvio padrão.

A tabela 8 apresenta a correlação entre os escores total e por fator do CTM 15-Brasil com as variáveis contínuas do estudo.

Tabela 8 - Correlação entre os escores total e por fator do CTM 15-Brasil e variáveis contínuas. Porto Alegre, 2017.

Variáveis	Coefficiente de correlação				
	Total	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4
Idade (anos)*	0,027	0,086	-0,035	0,001	-0,064
Nível de escolaridade [†]	-0,042	-0,022	-0,084	-0,001	-0,039
Tempo de permanência na unidade (dias) [†]	0,113	0,054	0,095	0,168 [‡]	0,032
Tempo de permanência hospitalar (dias) [†]	0,103	0,028	0,112	0,143 [‡]	-0,010
Nº de internações/ano [†]	0,089	0,023	0,146 [‡]	0,117	-0,027
Nº de comorbidades	0,073	0,091	0,020	0,123	0,016

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

*Utilizado o teste de correlação de Pearson. [†] Utilizado o teste de correlação de Spearman. [‡] Significância estatística (p≤0,05).

Não houve correlação significativa entre o escore total e escore dos quatro fatores com as variáveis de idade, nível de escolaridade e número de comorbidades. Na associação entre o fator 3 (Preferências asseguradas) com as variáveis tempo de permanência na unidade e no hospital, observam-se correlações positivas de baixa magnitude ($r_s=0,168$ e $r_s=0,143$,

respectivamente). Além disso, foi identificada correlação positiva entre o número de internações prévias com o fator 2 (Entendimento sobre medicações), mas também de baixa magnitude ($r_s=0,146$).

A associação entre os escores do CTM 15-Brasil com variáveis categóricas é demonstrada na tabela 9.

Tabela 9 - Associação dos escores total e por fator do CTM 15-Brasil com variáveis categóricas nominais. Porto Alegre, 2017.

Variáveis	Total*	Fator 1*	Fator 2*	Fator 3*	Fator 4*
Quem respondeu [†]					
Paciente	72,5±17,9	76,1±21,4	65,4±29,6	67,4±22,1	78,7±22,4
Cuidador	76,3±17,5	79,0±19,7	74,1±24,0	71,3±22,5	77,8±25,4
P	0,151	0,330	0,036 [§]	0,226	0,791
Sexo [†]					
Masculino	72,2±19,8	75,7±22,2	65,9±30,0	65,4±24,1	79,5±24,5
Feminino	75,5±15,4	78,5±19,3	70,8±25,8	72,3±19,5	77,2±22,1
P	0,176	0,328	0,216	0,025 [§]	0,469
Cidade de residência [‡]					
Porto Alegre	74,2±18,4	77,4±22,8	69,4±27,6	69,9±21,6	78,5±23,1
Outro	73,3±17,3	76,7±18,6	68,1±28,9	67,3±22,9	78,2±23,7
P	0,707	0,802	0,938	0,398	0,919

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

*Valores expressos como média ± desvio padrão. [†]Utilizado o teste T-student. [‡]Utilizado o teste Análise de Variância (ANOVA) complementada por Tukey. [§]Significância estatística ($p \leq 0,05$).

No que se refere a quem respondeu o instrumento, identifica-se que os cuidadores tiveram uma média significativamente maior no fator 2 (Entendimento sobre medicações) quando comparados aos pacientes. Já os pacientes do sexo feminino tiveram média significativamente maior no fator 3 (Preferências asseguradas) do que os pacientes do sexo masculino.

Com relação à cidade de residência, verifica-se que moradores de Porto Alegre tiveram escores maiores que os demais. Porém, as diferenças não foram significativas. Não foram identificadas correlações significativas (dados não mostrados em tabela) quanto às variáveis dia da alta, turno da alta e unidade de internação clínica.

Quanto aos grupos de causas das DCNT, não houve associação significativa com o CTM-15, conforme descrito na tabela 10.

Tabela 10 - Associação dos escores total e por fator do CTM 15-Brasil com a variável de doenças crônicas não transmissíveis segundo grupos de causas. Porto Alegre, 2017.

Grupos de causas	Total*	Fator 1*	Fator 2*	Fator 3*	Fator 4*
Câncer					
Sim	72,5±17,6	76,2±21,4	66,6±28,2	66,6±21,2	78,2±21,5
Não	75,2±18,2	78,0±20,2	70,3±28,1	71,1±23,3	78,6±25,4
P	0,276	0,520	0,346	0,144	0,884
Diabetes Mellitus					
Sim	74,0±18,0	77,3±20,9	69,2±27,7	68,6±22,7	77,8±23,7
Não	71,3±17,0	74,7±20,4	58,6±32,3	69,1±16,9	84,3±18,5
P	0,550	0,619	0,130	0,927	0,184
Doenças Neurológicas					
Sim	67,9±21,8	69,0±28,4	64,8±30,5	66,6±22,2	69,4±29,2
Não	74,3±17,4	77,8±19,9	68,6±27,9	68,8±22,2	79,2±22,6
P	0,149	0,089	0,589	0,689	0,089
Doenças Cardiovasculares					
Sim	74,8±18,5	79,0±19,6	66,8±29,2	70,2±21,9	79,3±21,7
Não	72,7±17,0	75,1±21,7	69,4±27,2	67,2±22,5	77,5±24,7
P	0,409	0,178	0,504	0,321	0,596
Doenças Respiratórias					
Sim	72,9±10,8	75,0±12,4	77,0±20,5	65,9±16,9	70,8±25,4
Não	73,8±18,3	77,2±21,4	67,6±28,6	68,9±22,6	79,0±23,1
P	0,774	0,685	0,193	0,614	0,178
Doenças musculoesqueléticas					
Sim	79,5±18,5	92,3±14,5	64,4±45,4	68,8±21,3	73,3±23,3
Não	73,6±17,8	76,6±20,8	68,3±27,7	68,6±22,3	78,5±25,2
P	0,464	0,096	0,857	0,983	0,625
Doenças Renais					
Sim	78,6±17,8	83,9±18,6	64,9±36,7	74,8±22,1	86,1±16,4
Não	73,2±17,8	76,3±20,9	68,5±27,2	68,0±22,2	77,6±23,7
P	0,209	0,129	0,676	0,205	0,057

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

*Valores expressos como média ± desvio padrão. † Utilizado o teste t-student. ‡Significância estatística (p≤0,05).

Dados da associação dos escores total e por fator do instrumento com a reinternação dos pacientes são apresentados na Tabela 11.

Tabela 11 - Associação dos escores total e por fator do CTM 15-Brasil com a reinternação em até 30 dias após a alta. Porto Alegre, 2017.

Variáveis	Total*	Fator 1*	Fator 2*	Fator 3*	Fator 4*
Reinternação[†]					
Sim	79,2±13,4	83,7±13,6	74,4±26,8	71,4±19,4	82,7±18,5
Não	72,9±18,3	76,1±21,5	67,4±28,3	68,3±22,6	77,8±23,9
P	0,096	0,082	0,238	0,511	0,316

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

*Valores expressos como média ± desvio padrão. † Utilizado o teste t-student.

Não houve associação significativa entre a qualidade da transição do cuidado com as reinternações. Também não houve associação estatisticamente significativa entre o tempo da alta até a reinternação (dados não mostrados em tabela), assim como não houve associação significativa entre o tempo de intervalo da alta até a reinternação com a qualidade da transição do cuidado (dados não mostrados em tabela).

6 DISCUSSÃO

A maioria dos respondentes do instrumento nesta pesquisa foram os pacientes, semelhante ao encontrado em estudos recentes realizados em unidades de internação clínica (FORD, INGERSOL-DAYTON, BURGIO, 2016; GOLDTEIN et al., 2016; LAMANNA et al., 2016; CHAN et al., 2015; SOONG et al., 2014) e em serviço de emergência (ACOSTA, 2016). Conforme Coleman e Bolt (2007), os cuidadores podem responder o instrumento, pois os familiares devem ser inseridos no contexto dos cuidados para facilitar a continuidade dos cuidados após a alta hospitalar. Neste estudo, não foram encontradas diferenças significativas nas respostas, quanto ao escore total do instrumento, entre os pacientes e cuidadores, confirmando dados de estudos anteriores que utilizaram o CTM (ACOSTA, 2016; FORD, INGERSOL-DAYTON, BURGIO, 2016; GOLDTEIN et al., 2016; CHAN et al., 2015; SOONG et al., 2014).

Em estudo de revisão foram encontradas evidências que reforçam que pacientes idosos necessitam da presença de um cuidador no ambiente domiciliar, sendo esse cuidador, muitas vezes, algum membro da família, como esposas/maridos e filhos (FERREIRA; BANSI; PASCHOAL, 2014), achados que corroboram com o presente estudo visto que o número para contato telefônico no prontuário, na maioria das vezes, era do familiar. Além disso, alguns pacientes sentem-se impossibilitados de responder adequadamente aos questionamentos devido à indisposição ocasionada pela doença ou pelo seu agravamento, solicitando que o cuidador respondesse o instrumento.

A maioria dos participantes era do sexo masculino, semelhante ao encontrado em estudos realizados nos Estados Unidos e China, que utilizaram o CTM (FORD, INGERSOL-DAYTON, BURGIO, 2016; CHAN et al., 2015; CAO et al., 2015). Essa predominância do sexo masculino pode ser pelo fato de que os homens procuram atendimento somente quando sua condição clínica está agudizada ou mais severa (COSTA-JÚNIOR; MAIA, 2009), necessitando de uma atenção mais curativa e medicalizada por parte dos serviços de saúde (ARRUDA, MARCON, 2016; CASTRO, SILVA, MARQUES, 2016).

Referente à idade, identificou-se prevalência de idosos, dado semelhante a estudos recentes com a utilização do CTM (ACOSTA, 2016, FORD, INGERSOL-DAYTON, BURGIO, 2016, GOLDTEIN et al., 2016; SOONG et al 2014). Ainda, Porto Alegre é a capital com maior população de idosos no Brasil, apresentando em 2010 uma taxa de 15,04%

de idosos (PREFEITURA DE PORTO ALEGRE, 2016), e conseqüentemente o HCPA atende a um alto número dessa população.

Em relação ao grau de escolaridade, identifica-se a predominância de poucos anos de estudos, achado que corrobora com pesquisas realizadas sobre o perfil de pacientes com doenças crônicas (ACOSTA, 2016; THEME FILHA et al., 2015; SANTOS JUNIOR; OLIVEIRA; SILVA, 2014). Theme Filha e colaboradores (2015) identificaram associação entre pacientes com baixa escolaridade com aumento da idade e de doenças crônicas, ou seja, quanto menor a escolaridade maior a idade e também o número de comorbidades apresentada pelos pacientes. Além disso, outros estudos sugerem que menos anos de estudos está associado com menores taxas de adesão aos tratamentos e menor gestão do autocuidado (BARBOSA et al., 2014; TANQUEIRO, 2013).

Quanto aos municípios de residência dos pacientes, a maioria residia em Porto Alegre e região metropolitana. Outros estudos confirmam que a população frequentemente atendida é a que reside na cidade do próprio hospital ou cidades próximas (ACOSTA, 2016).

Foi verificado que os principais motivos de internação foram doenças neoplásicas, cardíacas e septicemia. Dados similares foram encontrados em estudo realizado em um hospital público de médio porte no sul do país, no qual verificou-se que há mais internações decorrentes de algumas doenças crônicas, entre elas estão as doenças circulatórias e cardíacas em homens e doenças neoplásicas em mulheres (ARRUDA et al., 2014).

A falta de mecanismos para prevenção e acompanhamento de doenças crônicas mostra-se prejudicial à continuidade dos cuidados, principalmente para os idosos, que são mais vulneráveis para obter agravos em sua saúde. Estudo qualitativo, realizado recentemente com hipertensos no nordeste brasileiro, identificou que a maioria dos pacientes descobriu que possuía hipertensão arterial após alguma complicação da doença ou quando necessitou de uma internação hospitalar (ABREU, MOREIRA, 2014).

Já pesquisa realizada ao norte do estado do Rio Grande do Sul identificou que maioria dos casos de internações era de indivíduos que possuíam doenças crônicas não transmissíveis sensíveis a Atenção Primária (SANTOS et al., 2013), o mesmo encontrado neste estudo. Assim, identifica-se que há certo desconhecimento da doença por parte desta população, sendo necessárias estratégias mais efetivas e factíveis durante a internação para promover o acompanhamento contínuo na atenção primária, qualificando assim a transição do cuidado do hospital para o domicílio.

Já os grupos de doenças crônicas não alteraram muito dos motivos da internação, as mais prevalentes foram as doenças cardiovasculares e neoplásicas. Estas são as principais

causas de morbimortalidade no Brasil e no mundo (MALTA et al., 2014; DUNCAN et al., 2012) e também foram as mais frequentes em pesquisa que utilizou o CTM em um serviço de emergência do sul do país (ACOSTA, 2016). Esses grupos de doenças são identificados pela Organização Mundial da Saúde como os principais causadores de mortes, nos últimos anos, em indivíduos com menos de 70 anos de idade (WHO, 2015).

Em relação ao turno da alta não houve diferença entre os três turnos de trabalho, no entanto, houve mais alta durante o dia do que à noite. No que se refere aos dias da semana da alta, identificou-se prevalência de altas nos dias de semana (de segunda-feira a sexta-feira), comparando-se com os dias do final de semana. Dados semelhantes foram encontrados em estudo realizado em uma emergência do sul do país, no qual os pacientes eram idosos e possuíam doenças crônicas (ACOSTA, 2016). Essas duas ocorrências podem estar relacionadas às escalas de trabalho dos médicos, pois em dias da semana e no turno diurno há mais rotatividade de médicos nas unidades do que à noite e em finais de semana, nos quais as equipes trabalham em forma de plantão, apenas alguns médicos trabalham e atendem os pacientes dos demais que estão de folga ou já cumpriram seu horário durante o dia.

Quanto ao tempo de permanência na unidade de internação identificou-se mediana de quatro dias e a mediana do tempo de permanência no hospital foi de seis dias. Salienta-se que foram selecionados pacientes que permaneceram, no mínimo, três dias internados no hospital, portanto, a mediana de dias de internação no hospital pode ser elevada por esse motivo. Estudo que utilizou o CTM no Canadá com doentes crônicos identificou dados semelhantes, no qual os pacientes ficaram internados em média oito dias no hospital (SOONG et al., 2014).

Foram encontrados números elevados de internações prévias, com mediana de quatro internações, identificando usuários que frequentemente são atendidos no hospital. Dados similares foram encontrados em outros estudos brasileiros e internacionais, onde as internações prévias de indivíduos com doenças crônicas variaram de duas até dez vezes em um ano (ACOSTA, 2016; TESTON et al., 2016; LINN; AZZOLIN; SOUZA, 2016). Apesar do número elevado de internações prévias, estudo identifica que quando um paciente é readmitido no mesmo hospital, há oportunidades para uma melhor coordenação de cuidados, como o mesmo registro, mesmos profissionais envolvidos no cuidado, havendo uma menor chance de duplicação de serviços e consequente fragmentação dos cuidados (HENKE et al., 2017).

Quanto às reinternações foi identificado que 12,4% dos pacientes reinternaram em até 30 dias, em alguma unidade do hospital. Valores superiores foram encontrados em estudo realizado em unidades de internação clínica dos Estados Unidos, com 17% de reinternações

em até 30 dias da alta, sendo em sua maioria pacientes idosos e com multicomorbidades (MIXON et al., 2016), e em estudo brasileiro realizado em um Serviço de Emergência, com 15,6% de reinternações (ACOSTA, 2016).

Em estudo realizado no estado do Paraná os pacientes atribuíram as suas reinternações devido às suas condições de vida e a determinantes sociais, no entanto, os autores inferem que essas causas poderiam ser significativamente minimizadas caso os pacientes tivessem um planejamento de alta mais efetivo, pois não são fatores que podem impedir mudanças de hábitos de vida e da realização de novas ações de autocuidado (TESTON et al., 2016). Outro estudo identificou que a maioria dos pacientes negou um papel ativo quanto à exacerbação da sua condição clínica antes da readmissão, e muitos acreditavam que ser readmitido estava fora de seu controle (RUBIN et al., 2014).

Ressalta-se que 30,8% dos pacientes da amostra reinternaram pelo mesmo motivo da internação, no entanto quando se avaliou os grupos de DCNT na reinternação verificou-se que 61,5% eram do mesmo grupo de classificação. Estudo realizado com pacientes com doenças crônicas e com multicomorbidades identificou que 47,9% foram readmitidos em até 30 dias após a alta, sendo a maioria pela mesma razão da internação anterior, havendo destaque para doenças cardíacas e doenças congênitas (RICCI; ARAÚJO; SIMONETTI, 2016). Outro estudo, realizado com pacientes com insuficiência cardíaca, verificou que 96% dos pacientes foram readmitidos em decorrência da persistência ou recorrência do episódio que motivou a primeira internação hospitalar (REIS et al., 2015). Assim, no âmbito nacional é prevalente casos de readmissões hospitalares de doentes crônicos pelo mesmo motivo da internação, percebendo-se a importância da continuidade dos cuidados após a alta hospitalar.

A qualidade da transição do cuidado, nas unidades de internação clínica, foi considerada moderada, com 74,7 pontos. Valor similar foi encontrado em estudo que utilizou o CTM para melhorar a experiência da transição do cuidado em pacientes de unidades clínicas de um hospital canadense, com ligação telefônica pós alta, encontrando pontuação moderada, com 73,1 pontos no grupo intervenção e 71,3 pontos no grupo controle, identificando pequena diferença significativa entre os dois grupos (SOONG et al., 2014). Já diversos estudos realizados nos Estados Unidos em pacientes internados com doenças crônicas encontraram variações nas médias, estando entre 66,6 e 82,4 pontos no CTM (FORD, INGERSOL-DAYTON, BURGIO, 2016; CHAN et al., 2015; RECORD et al., 2015).

No entanto, autores sugerem que o CTM seja utilizado com precaução e associado a outros indicadores de qualidade assistencial, pois avaliar apenas as percepções do paciente pode produzir uma imagem falsamente otimista (ANATCHKOVA et al., 2014; HORWITZ et

al., 2013). Em estudo realizado nos Estados Unidos, pacientes e cuidadores expressaram gratidão pela equipe que forneceu as orientações para a alta hospitalar. Ambos agradeceram o tempo que a equipe reservou para falar com eles, demonstrando relutância em criticar qualquer membro da equipe ou do sistema de cuidados do hospital (FORD, INGERSOL-DAYTON, BURGIO, 2016). Assim, identifica-se que o viés de gratidão pode estar presente em estudos que utilizam instrumentos que analisam somente a percepção dos pacientes e cuidadores, o que pode gerar dados não condizentes com a qualidade das informações fornecidas aos pacientes.

A média total do CTM-15 Brasil obtida no presente estudo foi superior em 5,2 pontos quando comparado com estudo realizado em uma unidade de emergência do sul do Brasil (ACOSTA, 2016). Esse valor pode ser devido ao fato de que nas unidades de internação há mais possibilidades para realizar um planejamento de alta mais efetivo, por meio de atividades educativas de autocuidado e terapêutica, visando um retorno mais qualificado do hospital para o domicílio.

Referente ao preparo do paciente para retorno ao domicílio, o fator 1 (Preparação para o Autogerenciamento) obteve a segunda maior média entre os fatores (78,1 pontos), sendo inclusive superior a média final do instrumento. Esse fator é relacionado às informações de autocuidado recebidas durante a internação do paciente. Dados similares foram encontrados em estudo recente que utilizou o CTM 15 – Brasil em um serviço de emergência, o qual identificou esse fator com a melhor média entre os fatores e maior que o escore total do instrumento (ACOSTA, 2016).

Apesar da boa média apresentada no fator 1 (Preparação para o Autogerenciamento), os itens 6 (Quando eu saí do hospital, eu entendi claramente os sinais de alerta e os sintomas que eu deveria observar para monitorar a minha condição de saúde) e o item 4 (Quando eu saí do hospital, eu tive todas as informações que precisava para que eu pudesse cuidar de mim mesmo) obtiveram médias baixas (respectivamente). Isso demonstra que apesar da média do fator ser melhor que os demais itens do instrumento, os pacientes não obtiveram todas as informações que necessitavam, por exemplo, os sinais e sintomas que deveriam observar para monitorar sua saúde no ambiente domiciliar, o que pode gerar exacerbação de sinais e sintomas com conseqüente necessidade de reavaliações nos serviços de saúde.

Em estudo de intervenção, realizado nos Estados Unidos, com pacientes que possuíam doença cardíaca congestiva, enfermeiros realizaram educação dos pacientes, sobre sinais e sintomas da doença crônica, antes da alta. Após 30 dias, quando se comparou os grupos controle e intervenção, identificou-se que houve redução do tempo de permanência no

hospital e também diminuição das reinternações no grupo intervenção (BLACK et al., 2014). Em outro estudo, após intervenção educativa realizada com pacientes com doenças crônicas em Curitiba, houve maior adesão ao tratamento proposto no grupo intervenção, além de melhor entendimento sobre sua doença, sabendo como agir diante dos problemas cotidianos (MANTOVANI et al., 2015).

Outro item que se destaca é o 9 (Quando eu saí do hospital, eu compreendi bem o que era de minha responsabilidade para cuidar da minha saúde), que identifica que os pacientes sabem o que é da sua responsabilidade para gerenciar seus cuidados no ambiente domiciliar, porém o item 10 (Quando eu saí do hospital, eu me senti seguro de que eu sabia o que fazer para cuidar da minha saúde) e o item 11 (Quando eu saí do hospital, eu me senti seguro de que conseguiria fazer as coisas necessárias para cuidar da minha saúde), obtiveram médias menores. Com isso, podemos inferir que os pacientes, apesar de saberem suas responsabilidades quanto a sua saúde, ainda sentem-se inseguros para realizar os seus cuidados no ambiente domiciliar.

Dados similares foram encontrados em estudo realizado nos Estados Unidos, que utilizou o CTM-15, identificando como uma das piores médias o item referente aos pacientes e cuidadores sentirem-se seguros para gerir os cuidados no ambiente domiciliar (FORD, INGERSOL-DAYTON, BURGIO, 2016). Assim, a educação em saúde mostra-se como um fator importante para preparar o paciente e família para as dificuldades diárias quanto aos seus cuidados e sua doença no ambiente domiciliar, possibilitando a diminuição do tempo de permanência desses pacientes no hospital, menores taxas de readmissões hospitalares, além de uma melhor qualidade de vida (FOX et al., 2013).

Entretanto, estudo brasileiro realizado em São Paulo com cuidadores de pacientes pós AVC, verificou que os profissionais de saúde transferem a responsabilidade dos cuidados para os cuidadores, sem verificar se possuem dúvidas e qual a sua verdadeira compreensão quanto aos cuidados domiciliares (RODRIGUES et al., 2013). Outro estudo brasileiro realizado com enfermeiros do estado do Rio Grande do Sul identificou o desenvolvimento de atividades educacionais com os pacientes durante a alta hospitalar, porém os enfermeiros raramente elaboram um plano de alta escrito e individualizado para cada paciente, além de relatarem não haver um planejamento de alta prévio entre os membros da equipe de saúde do hospital (CAMARÁ, 2017).

Os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros, são responsáveis por transmitir informações aos pacientes e familiares, propiciando o envolvimento do paciente com a equipe de saúde e a exposição de problemas e dúvidas quanto ao autocuidado e

tratamento terapêutico (DUSEK et al., 2015; GUERRERO; PULS; ANDREW, 2014). O empoderamento do paciente e família, sobre as doenças e possíveis desfechos de saúde, diminui as dificuldades sentidas a respeito da aceitação da doença e da capacidade de gerir seus cuidados e tratamento de forma eficaz ao longo da vida, colaborando para melhor continuidade dos cuidados após altas hospitalares (MANTOVANI et al., 2015).

As orientações sobre as medicações são essenciais para o gerenciamento do cuidado no domicílio, porém o Fator 2 (Entendimento sobre Medicações) obteve a segunda pior média entre os fatores. Dados similares foram encontrados em estudo realizado em uma emergência do sul do país, no qual também foi utilizado o CTM 15 – Brasil com pacientes idosos e com doenças crônicas (ACOSTA, 2016).

Todavia, cabe salientar que foram encontradas boas médias nos itens 13 (Quando eu saí do hospital, entendi claramente o motivo de tomar cada um dos meus medicamentos) e 14 (Quando eu saí do hospital, entendi claramente como tomar cada um dos medicamentos, inclusive quantidade e horários) identificando bom entendimento quanto ao porquê do uso de cada um dos medicamentos em casa e seu modo de administração. No entanto, o item 15 (Quando eu saí do hospital entendi claramente os possíveis efeitos colaterais de cada um dos meus medicamentos), foi identificado com a pior média dos itens do instrumento, mostrando que os pacientes não sabem os efeitos colaterais das medicações, o que pode gerar dúvidas devido à falta de conhecimento frente às medicações de uso contínuo e conseqüentemente ocasionar em reinternações.

Dados semelhantes foram encontrados em estudo realizado no Canadá com pacientes idosos com DCNT com alta hospitalar de unidades de internação clínica, o qual identificou o item 15 como a pior média entre os itens do instrumento (McNEIL, 2015). Ainda, estudo realizado nos Estados Unidos apontou que, na percepção dos pacientes e cuidadores, as orientações sobre uso de medicamentos foram insuficientes, principalmente sobre efeitos colaterais das medicações (FORD, INGERSOL-DAYTON, BURGIO, 2016).

Nos últimos anos há uma crescente preocupação com a administração dos medicamentos e também com o uso de medicamentos no ambiente domiciliar por pacientes crônicos (COLEMAN 2015; MANTOVANI et al., 2015). No entanto, estudo brasileiro, realizado em um hospital paulista, identificou que informações sobre o uso de medicamentos são fornecidas apenas aos pacientes pediátricos e, em casos críticos de pacientes adultos, que possuem alta programada (MARQUES, ROMANO-LIBER, 2014 B), mostrando certa dificuldade de aplicação a todos os pacientes internados. Ainda, outro estudo brasileiro mostrou que metade dos pacientes conheciam a finalidade do uso de todos os medicamentos

prescritos e afirmaram que seus conhecimentos sobre os medicamentos eram “completos”, porém quando questionados se tinham recebido orientação sobre reações adversas, apenas 23% discordaram (LUPATINI, MUNCK, VIEIRA, 2014).

Outro problema que afeta diretamente as reinternações são as prescrições da terapia farmacológica, que podem conter duplicação de medicamentos, presença de interações medicamentosas com medicações prévias à internação e manutenção de medicamentos desnecessários, o que pode ocasionar eventos adversos após a alta (MARQUES, ROMANO-LIBER, 2014 A). Ainda, sabe-se que os pacientes idosos são mais suscetíveis a sofrerem eventos adversos às medicações, além de interação medicamentosa. Estudo realizado com indivíduos com insuficiência cardíaca, em que a maioria era idosa e utilizava, em média sete medicações diferentes durante o dia, apontou dificuldades dos pacientes no gerenciamento das medicações no domicílio (MANTOVANI et al., 2015).

Visando reduzir o risco de interações medicamentosas e eventos adversos, uma das estratégias implementadas em serviços de diversos países, é a reconciliação medicamentosa (WEBER ET al., 2017; YOUNG et al., 2015; KWAN et al., 2013). Enfermeiras realizaram reconciliação medicamentosa em pacientes idosos e com doença cardíaca que estavam se preparando para sair do hospital. A educação do paciente e do cuidador sobre as medicações de uso mostrou reduzir as discrepâncias de medicamentos durante a transição do hospital para o domicílio (YOUNG et al., 2015). Ainda, em revisão de literatura, identificou-se que a reconciliação medicamentosa reduz as procuras ao serviço de emergência e reinternações em até 30 dias após a alta (KWAN et al., 2013).

O cuidado centrado no paciente e o envolvimento nas decisões do tratamento clínico são elementos relevantes para a realização de planejamentos de alta efetivos (GUERRERO; PULS; ANDREW, 2014). Contudo, o Fator 3 (Preferências Asseguradas), que se refere ao envolvimento dos pacientes nas decisões sobre seus cuidados, obteve média baixa, identificando uma dificuldade durante o planejamento de alta dos pacientes.

Observa-se que o item 2 (A equipe do hospital considerou as minhas preferências e as da minha família ou cuidador para decidir quais seriam as minhas necessidades de saúde para depois que eu saísse do hospital) obteve média baixa, identificando que os pacientes e família não são inseridos nas decisões dos cuidados para depois da alta hospitalar. Dados semelhantes foram encontrados em estudo realizado no sul do Brasil (ACOSTA, 2016) e também em estudos internacionais (FORD, INGERSOL-DAYTON, BURGIO, 2016; DYRSTAD, LAUGALAND, STORM, 2015), apontando que há dificuldade em inserir pacientes e cuidadores no planejamento de alta, em diversos contextos.

Revisão da literatura sugere que o planejamento de alta seja individual, elaborado juntamente com o paciente e a família. A participação ativa na tomada de decisão quanto aos cuidados e a facilitação na troca de informações com a equipe de saúde contribui para o autogerenciamento e continuidade dos seus cuidados após a alta hospitalar (SOONG et al., 2013). Estudo realizado na Noruega com pacientes idosos e com doenças crônicas mostrou que quando o paciente e família estão de acordo com o tratamento proposto há maiores chances de adesão terapêutica, continuidade dos cuidados após a alta e diminuição das reinternações (DYRSTAD, LAUGALAND, STORM, 2015). Deste modo, identifica-se a importância da elaboração de planejamento de alta adequado, juntamente com os pacientes e familiares.

Assim, é necessário propiciar um ambiente no qual o paciente possa expressar suas preferências e auxiliar na decisão para a continuidade do tratamento, o que aumenta o conhecimento da doença, evitando agudização de doenças crônicas e fragmentação dos cuidados (GUERRERO; PULS; ANDREW, 2014). No entanto, no Brasil, os usuários têm pouca participação na elaboração do planejamento de alta. Por exemplo, diversas vezes não podem escolher o local de sua preferência para realizar consultas e acompanhamento da sua saúde na Atenção Primária.

O Fator 4 (Plano de cuidado), que identifica os planos de alta entregues aos pacientes e familiares, bem como documentos de consultas ou exames fornecidos para uso depois da alta hospitalar, obteve a melhor média entre os fatores do instrumento. Os planos de alta são essenciais para melhor gerenciamento dos cuidados e afetam positivamente a transição do paciente para o próximo nível de assistência, proporcionando a continuidade do cuidado na rede de saúde (COLEMAN; BOULT, 2007).

Estudos recentes relatam que os planos de cuidados são elementos chave para a continuidade dos cuidados de paciente idosos com condições de saúde crônicas (RODRIGUES et al., 2013; VERAS et al., 2014). Em revisão de literatura identificou-se que planos de cuidados são uma estratégia efetiva para reduzir o uso da atenção hospitalar, o que resulta em economia para o sistema, além de haver redução da prevalência da perda funcional, melhor satisfação e maior qualidade de vida dos usuários e de seus familiares (VERAS et al., 2014).

Apesar dos percentuais de concordância serem elevados nos itens 7 (Recebeu um plano escrito de cuidados) com 85,7 % e 12 (Recebeu lista escrita das consultas ou exames) com 81,0%, as taxas de resposta não sei/não lembro foram de 5,2% e 7,6% respectivamente,

fato que pode dificultar o acompanhamento da doença crônica após a alta devido ao esquecimento dos pacientes e cuidadores.

Em estudo qualitativo, doentes crônicos relataram que no momento da saída do hospital não compreenderam o motivo da entrega de diversos papéis, e no momento que chegaram em casa, não leram e esqueceram que havia informações importantes sobre os cuidados no domicílio, tratamento e consultas de acompanhamento (FORD, INGERSOL-DAYTON, BURGIO, 2016). Outro estudo identificou que há fragmentação dos cuidados desde o nível de atenção hospitalar, no qual o processo de alta geralmente inclui diversas orientações da equipe multidisciplinar e cada profissional entrega uma cópia em papel com orientações do tratamento aos pacientes e/ou familiares (GUERRERO; PULS; ANDREW, 2014).

Outro fator importante para o acompanhamento após a alta é a comunicação das informações aos pacientes e familiares, sendo realizada, diversas vezes, pelo enfermeiro (DUSEK et al., 2015; WEBER ET al., 2017). No entanto, estudo brasileiro identificou que muitas vezes a alta é realizada sem o conhecimento do enfermeiro, pois ele fica ciente da alta no momento em que ela acontece, o que torna inadequada a transmissão dos cuidados domiciliares, pois o tempo para realizar essa atividade torna-se curto e nesse momento os pacientes ficam ansiosos para retornarem para casa (MARQUES, ROMANO-LIBER, 2014 A). Em outro estudo realizado nos Estados Unidos, pacientes relatam que o enfermeiro forneceu informações sobre cuidados domiciliares quando ele estava se organizando para retornar ao domicílio, e que não se mantiveram atentos o quanto deveriam para receber as informações naquele momento (FORD, INGERSOL-DAYTON; BURGIO, 2016).

Sabe-se que pacientes com doenças crônicas necessitam de acompanhamento continuado longo do tempo. Estudos identificam que o agendamento de consultas previamente à alta hospitalar e articulação com os serviços de saúde auxilia na continuidade dos cuidados no ambiente domiciliar (TESTON et al., 2016; DREYER, 2014). No Brasil, o mecanismo de referência e contrarreferência é utilizado para encaminhar os pacientes para outros serviços de saúde, no entanto, essa estratégia é vista como uma burocracia e é pouco utilizada, o que impede determinadas ações e intervenções em saúde, facilitando a descontinuidade dos cuidados (MARQUES, ROMANO-LIEBER, 2014 A; MACHADO; COLOMÉ; BECK, 2011).

Estudo realizado em um serviço de emergência do sul do país identificou que após implementar a realização de contatos telefônicos com a Atenção Primária à Saúde, os profissionais do hospital obtiveram maiores conhecimentos da rede de cuidados e aumentaram

sua confiança nos serviços prestados na comunidade, o que facilitou a continuidade do atendimento para as necessidades dos pacientes com alta do hospital para a casa (DAY et al., 2014). Em estudo realizado na Inglaterra, enfermeiros hospitalares identificaram que quando há comunicação e colaboração entre o hospital e comunidade a transição dos cuidados é mais efetiva, por vezes diminuindo o tempo de permanência do paciente no hospital, pois a equipe de saúde da comunidade tem conhecimento do quadro clínico do paciente e assim mantém acompanhamento da condição de saúde em casa, evitando reinternações (BAILLIE, et al., 2014).

Em termos de fatores demográficos associados à qualidade da transição do cuidado na alta de unidades clínicas para casa, não houve correlação estatística significativa entre o escore total e escore dos quatro fatores com as variáveis sexo, idade, local de residência e nível de escolaridade. A literatura aponta resultados divergentes (CAO, et al., 2015; CHAN, et al., 2015; ANATCHKOVA, et al., 2014; SHADMI, 2013). Em estudo com doentes crônicos não foram encontradas diferenças entre os escores do CTM entre o sexo masculino e feminino (CHAN, et al., 2015). Entretanto, estudo realizado em Israel mostrou que há associação entre a média do instrumento com o sexo feminino (SHADMI et al., 2013). Já estudo executado nos Estados Unidos apontou que pacientes masculinos e adultos jovens apresentaram escores mais altos no CTM (ANATCHKOVA, et al., 2014). Já estudo desenvolvido com pacientes internados em unidades clínicas da Ásia identificou que a baixa escolaridade está associada a baixos escores no CTM e pacientes provenientes do país obtiveram melhores escores quando comparados aos imigrantes (SHADMI et al., 2013).

Quanto aos fatores clínicos dos pacientes, neste estudo não houve correlação significativa entre o escore total e escore dos quatro fatores com número de comorbidades. Contudo, em estudo realizado com doentes crônicos hospitalizados nos Estados Unidos identificou-se que os escores do CTM foram significativamente menores nos pacientes que possuíam cinco ou mais comorbidades (GOLDSTEIN et al., 2016). Quanto aos grupos de DCNT, não houve associação significativa com o CTM-15. Estudos sugerem que a procura por serviços de saúde pode estar relacionada à exacerbação de doenças, por isso os motivos das reinternações nem sempre são os mesmos da internação (SOONG et al., 2015; LAMANNA et al., 2015).

Goldstein e colaboradores (2016) identificaram escores menores no CTM em pacientes que tiveram pelo menos uma internação prévia, mas no presente estudo, não houve tal diminuição, e sim identificou-se correlação positiva entre o número de internações prévias com o fator 2 (Entendimento sobre medicações). Esse fato pode estar relacionado porque

pacientes que reinternam diversas vezes podem receber as mesmas orientações durante as várias internações, e as medicações de uso no domicílio não mantiveram-se após a alta, o que acarreta em melhor compreensão sobre o uso dos medicamentos.

Ainda, o presente estudo identificou a associação entre o fator 3 (Preferências asseguradas) com as variáveis tempo de permanência na unidade e no hospital. Esse achado pode ocorrer porque pacientes internados por mais tempo tem maior oportunidade para explicitar dúvidas de seus cuidados e obter mais informações durante o tempo de internação.

No presente estudo não foram encontradas diferenças significativas entre a qualidade da transição do cuidado com as reinternações em até 30 dias, diferentemente do encontrado na literatura, que sinaliza que pacientes que reinternam possuem escores do CTM mais baixos que os demais (CAO, et al, 2015). Em estudo realizado nos Estados Unidos foi identificado que a diminuição do escore do CTM não foi associado a readmissões em até 30 dias após a alta, porém foi observado que a cada aumento de 10 pontos no escore do CTM houve diminuição de 6% nas taxas de readmissão em até 90 dias após alta (MIXON et al., 2016).

Ainda, em outro estudo realizado nos Estados Unidos com a utilização do CTM, identificou-se que pacientes que obtiveram acompanhamento após a alta por meio de uma ligação telefônica, resultou em média maior no escore do CTM quando comparado com os que não receberam a ligação (RECORD et al., 2015). Outro estudo inferiu que a elaboração de estratégias que garantam o encaminhamento para outros serviços e uma adequada transição dos cuidados entre os serviços de saúde pode melhorar as condições clínicas e sociais dos usuários (KUMAR, KLEIN, 2013).

Estudo identificou três elementos que podem interferir na alta hospitalar: as características dos pacientes, características clínicas e características do sistema de saúde (GREENWALD, DENHAM, JACK, 2007). No entanto, neste estudo não foram encontradas associações significativas do escores do CTM com as características clínicas dos pacientes e com as variáveis demográficas apresentada por eles, demonstrando assim que estes não possuem influência sobre a qualidade da transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas de unidades de internação clínica, porém as características do sistema de saúde podem estar relacionadas a isso, principalmente pelo processo de trabalho e práticas assistenciais, bem como pelas políticas de saúde nacionais.

7 CONCLUSÕES

Os participantes do estudo foram em sua maioria homens, idosos, com baixa escolaridade e moradores da cidade onde o hospital se localiza. Os motivos mais frequentes de internação foram com doenças cardíacas e neoplásicas, dados semelhantes às doenças prévias à internação. Ressalta-se que os pacientes apresentavam múltiplas comorbidades. O tempo de internação apresentou mediana de quatro dias na unidade clínica e de seis dias no hospital. O percentual dos pacientes que reinternaram no hospital em até 30 dias após a alta foi de 12,3%. Identificou-se que a maioria não reinternou pelo mesmo motivo da internação, porém enquadra-se no mesmo grupo de DCNT.

A qualidade da transição do cuidado de unidades de internação clínica para o domicílio foi considerada como moderada. Algumas fragilidades foram identificadas no planejamento de alta e continuidade dos cuidados no retorno para casa, como a falta de informações necessárias para gerenciar a doença, principalmente orientações de sinais e sintomas, além de esclarecimentos insuficientes sobre efeitos colaterais das medicações de uso domiciliar. Ainda, identificou-se que pacientes e cuidadores sabem o que é da sua responsabilidade para cuidar da saúde, porém não têm segurança para realizar os cuidados no domicílio.

Além disso, as preferências dos pacientes e familiares para definir as metas e objetivos para a saúde foram pouco consideradas. No entanto, essa questão é importante para diminuição dos riscos após a alta e promover maior adesão ao tratamento terapêutico, favorecendo o gerenciamento da doença no ambiente domiciliar, promover a continuidade dos cuidados e diminuir reinternações desnecessárias.

Constatou-se associação significativa entre o fator 3 (Preferências asseguradas) com as variáveis tempo de permanência na unidade e no hospital e correlação positiva entre o número de internações prévias com o fator 2 (Entendimento sobre medicações). No entanto, não foram identificadas associações do escore do CTM com as variáveis demográficas, com as características clínicas dos pacientes ou com as reinternações em até 30 dias após a alta do hospital.

Torna-se importante elaborar novas estratégias para prevenção e promoção da saúde, visando o empoderamento dos pacientes e família, tornando-os corresponsáveis pelo tratamento e pela continuidade dos cuidados e, assim, promover maior adesão ao tratamento

terapêutico e segurança quanto aos cuidados no ambiente domiciliar, tornando a transição do cuidado do hospital para o domicílio mais efetiva.

A transição do cuidado é uma prática implementada em diversos países, a qual possui vários aspectos positivos, tais como o planejamento de alta, educação do paciente e família, promove a autogestão dos cuidados, contribui para a segurança quanto à administração das medicações no ambiente domiciliar e integração entre os serviços de saúde. Assim, essa estratégia poderá auxiliar na prática clínica e também na organização dos serviços de saúde.

O enfermeiro é um dos profissionais que está em maior contato com o paciente e também tem o papel de articulador entre os membros da equipe, o que poderia facilitar a realização de estratégias de transição do cuidado de pacientes do hospital para o domicílio. Entretanto, frequentemente há pacientes em unidades de internação com maiores níveis de complexidade e também de dependência, o que pode dificultar efetivos planejamentos de alta e orientações com qualidade, devido à grande demanda de trabalho em sua rotina hospitalar.

Os resultados da avaliação da qualidade da transição do cuidado por meio do instrumento CTM poderão auxiliar os profissionais da saúde, gestores e formuladores de políticas a identificar as facilidades e dificuldades dos pacientes e familiares nas transições do hospital para o domicílio, a fim de aprimorar essas experiências. A partir dos resultados obtidos, novas práticas assistenciais e mecanismos de processo de trabalho das equipes de saúde podem ser sugeridos, tais como a elaboração de planejamento de alta, através de planos de alta e check-list para efetivas transições do cuidado, tanto no ambiente hospitalar como na comunidade.

Novos estudos são essenciais para identificar aspectos positivos e negativos da transição do cuidado no âmbito nacional. Sugerem-se novos estudos em diferentes localidades e serviços de saúde, a fim de identificar fatores e comparar dados com o presente estudo. Também é essencial a elaboração de estudos, tanto com os pacientes quanto com os profissionais de saúde, para identificar potencialidades e fragilidades da transição do cuidado, nos diferentes serviços de saúde, a fim de promover aprimoramento das práticas já realizadas como rotina nas instituições de saúde. Além disso, estudos de intervenção são fundamentais para identificar as melhores práticas e ações que possam melhorar as transições do cuidado do hospital para o domicílio.

Atualmente, não há políticas públicas ou institucionais de transição do cuidado, mas há incentivos visando aprimoramento do planejamento de alta, redução do tempo de permanência de internação e também continuidade dos cuidados dos doentes crônicas na rede de Atenção Primária à Saúde. Diante disso, faz-se importante superar desafios diários para

proporcionar uma assistência de qualidade aos pacientes, propiciar maior envolvimento entre a equipe de saúde, paciente e cuidador com o objetivo de promover uma efetiva transição do cuidado e continuidade dos cuidados no domicílio.

REFERÊNCIAS

ABREU, R. N. D. C.; MOREIRA, T. M. M. Estilo de vida de pessoas com hipertensão após o desenvolvimento de complicações ligadas à doença. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v.3, n.1, p. 26-38, 2014.

ACOSTA, A.M. **Transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas: do serviço de emergência para o domicílio**. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

ACOSTA, A. M., et al. Brazilian version of the Care Transitions Measure: translation and validation. **International Nursing Review**, Oxford, [Epub ahead of print]. 2016. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/inr.12326/abstract>>. Acesso em: 16 nov 2016.

ACOSTA, A.M. **Usuários frequentes de um serviço de urgência: perfil e motivos de busca por atendimento**. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. Elementos da metodologia epidemiológica. In: _____; _____ (Org.). **Epidemiologia e Saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2003. p. 149-177.

ANATCHKOVA, M. D. et al. Psychometric evaluation of the care transition measure in TRACE-CORE: do we need a better measure? **Journal of the American Heart Association**, Oxford, v. 4, n. 3, e001053, 2014.

ARBAJE, et al, 2014. Regardless of Age: Incorporating Principles from Geriatric Medicine to Improve Care Transitions for Patients with Complex Needs. **Society of General Internal Medicine**, Philadelphia, v. 29, n. 6, p.932-939, 2014.

ARRUDA, O. A.; et al. Morbidade hospitalar em município de médio porte: diferenciais entre homens e mulheres. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** [on line], v. 22, n.1, 2014. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281429912004>>. Acesso em: 28 fev. 2018.

ARRUDA, G. O.; MARCON, S. S. Inquérito sobre a utilização dos serviços de saúde por homens adultos: prevalências e fatores associados. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** [on line], v.24, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-0296-2685.pdf>. Acesso em: 17 out. 2017.

BALABAN, R.B., et al. Redefining and redesigning hospital discharge to enhance patient care: a randomized controlled study. **Journal of General Internal Medicine**, Philadelphia, v.23, n.8, p.1228-1233, 2008.

BAILLIE, L., et al. Care transitions for frail, older people from acute hospital wards within an integrated healthcare system in England: a qualitative case study. **International Journal of Integrated Care**, London, v.14, n.27, e009, 2014.

BARBOSA, B. R., et al. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.8, p.3317-3325, 2014.

BARNASON, S., et al. Pilot Testing of a Medication Self- Management Transition Intervention for Heart Failure Patients. **Western Journal of Nursing Research**, Columbia, v.32, n.7, p.849-870, 2010.

BARRETO, S. M.; FIGUEIREDO, R. C. Doença crônica, auto-avaliação de saúde e comportamento de risco: diferença de gênero. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, suppl.2, p.38-47, 2009.

BECKER, J. B., et al. Triagem no Serviço de Emergência: associação entre as suas categorias e os desfechos do paciente. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n.5, p. 783-789, 2015.

BENCH, S.; DAY, T. The user experience of critical care discharge: A meta-synthesis of qualitative research. **International Journal of Nursing Studies**, Oxford, v.47, n.4, p. 487-499, 2010.

BERRY, J. G. et al. Hospital readmission and parent perceptions of their child's hospital discharge. **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v. 25, n. 5, p. 573-581, 2013.

BLACK, G.T., et al. A remote monitoring and telephone nurse coaching intervention to reduce readmissions among patients with heart failure: study protocol for the Better Effectiveness After Transition – Heart Failure (BEAT-HF) randomized controlled trial. **Trials**, Londres, v.15, p.124, 2014.

BIESE, K., et al. A randomized trial exploring the effect of a telephone call follow-up on care plan compliance among older adults discharged home from the emergency department. **Academic Emergency Medicine**, Philadelphia, v.21, n.2, p.188-195, 2014.

BRADLEY, E.H., et al. Hospital Strategies Associated With 30-Day Readmission Rates for Patients With Heart Failure. **Circulation: Cardio Vascular Quality and Outcomes**, Hagerstown, v.6, p.444-450, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância das Doenças Crônicas Não Transmissíveis.**

Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em:

<<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/671-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/doencas-cronicas-nao-transmissiveis/14125-vigilancia-das-doencas-cronicas-nao-transmissiveis>>. Acesso em: 12 nov 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **VIGITEL Brasil 2013:**

vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.

Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 963, de 27 de Maio de 2013.** Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da] União, Brasília,

DF, 28 mai. 2013. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html>. Acesso em: 06 maio 2016. Brasília (DF): 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção

Básica. **Caderno de Atenção Domiciliar.** v. 1. Disponível em:

<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1>.pdf. Acesso em: 06 maio 2016. Brasília (DF): 2012A.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012.** Brasília (DF): 2012B.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.508, de 28 de Junho de 2011.** Regulamenta a Lei nº 8.080. Brasília (DF): 2011B.

BRINKMAN-STOPPELENBURG, A.; RIETJENS, J. A.C.; HEIDE, A. V. D. The effects of advance care planning on end-of-life care: A systematic review. **Palliative Medicine**, London, v. 28, n. 8, p. 1000-1025, 2014.

BURKE, R. E. et al. Moving beyond readmission penalties: creating an ideal process to improve transitional care. **Journal of Hospital Medicine**, Hoboken, v. 8, n. 2, p. 102-109, 2013.

BUURMAN, et al. Improving handoff communication from hospital to home: the development, implementation and evaluation of a personalized patient discharge letter. **International Journal for Quality in Health Care**, Kidlington, v. 28, n. 3, p. 384-390, 2016.

CÂMARA, C. E. **Atividades do enfermeiro na transição do cuidado na alta hospitalar: realidades e desafios.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Ritter dos Reis, Porto Alegre, 2017.

CAO, X; et al. Validity and Reliability of the Chinese Version of the Care Transition Measure. **Plos One**, v. 10, n. 5, p. 1-12, 2015.

CARRET, M. L. V. et al. Características da demanda do serviço de saúde de emergência no Sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl1, p. 1069-1079, 2011.

CASTRO, R. C., et al. Educação em saúde, elaboração de plano de alta hospitalar: um relato de experiência. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 2, supl., p. 312-315, 2010.

CASTRO, M. A.; SILVA, K. L.; MARQUES, R. C. Itinerários terapêuticos de homens acometidos por acidente vascular encefálico. **Journal of Nursing UFPE**, Pelotas, v. 10, n. 7, p.2488-2495, 2016.

CHAN, B., et al. The Effect of a Care Transition Intervention on the Patient Experience of Older Multi-Lingual Adults in the Safety Net: Results of a Randomized Controlled Trial. **Journal of General Internal Medicine**, Philadelphia, v.30, n.12, p.1788-1794, 2015

CHIAVEGATTO FILHO, A. D. P; et al. Determinantes do uso de serviços de saúde: análise multinível da Região Metropolitana de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, n. 15, 2015. Disponível em:

<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102015000100301&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 Jan 2018.

CHHABRA, P. T., et al. Medication reconciliation during the transition to and from long-term care settings: A systematic review. **Research in Social and Administrative Pharmacy**, New York, v.8, n.1, p.60-75, 2012.

COLEMAN, E. A.; BOULT, C. Improving the Quality of Transitional Care for Persons with Complex Care Needs. **American Geriatrics Society Health Care Systems Committee**, New York, v. 51, n. 4, 556-557, 2007.

COLEMAN, E. A; ROMAN, S. P. Family Caregivers' Experiences During Transitions Out of Hospital. **Journal for Healthcare Quality**, Skokie, v. 37, n. 1, p. 12-21, 2015.

COLEMAN, E. A.; MAHONEY, E.; PARRY, C. Assessing the Quality of Preparation for Posthospital Care from the Patient's Perspective. **Medical Care Research and Review**, Washington, v. 43, n. 3, 2005.

COLEMAN, E. A. et al. Development and testing of a measure designed to assess the quality of care transitions. **International Journal of Integrated Care**, London, v. 2, n. 1, e02, 2002.

CONNOLLY, M. et al. Systems and people under pressure: the discharge process in an acute hospital. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 18, n. 4, p. 549-58, 2009.

COSTA, S. M, et al. Referência e contrarreferência na saúde da família: percepção dos

profissionais de saúde. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v.16, n.3, p. 287-293, 2013.

COSTA-JUNIOR, F. M.; MAIA, A. C. B. Concepções de homens hospitalizados sobre a relação entre gênero e saúde. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v.25, n.1, p.55-63, 2009.

COUTO, A. M.; CASTRO, E. A. B.; CALDAS, C. P. Vivências de ser cuidador familiar de idosos dependentes no ambiente domiciliar. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v.17, n.1, p.76-85, 2016.

COUZNER, L.; RATCLIFFE, J.; CROTTY, M. The relationship between quality of life, health and care transition: an empirical comparison in an older post-acute population. **Health and Quality of Life Outcomes**, Londres, v. 10, n. 69, 2012.

CRESWELL, J. W. **Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

CRESWELL, J. W.; CLARK, V. L. P. **Designing and Conducting Mixed Methods Research**. Estados Unidos: SAGE Publications, 2011.

DAY, C. B.; WITT, R. R.; OELKE, N. D. Integrated care transitions: emergency to primary health care. **Journal of Integrated Care**, Brighton, v. 24, n. 4, p. 225-232, 2016.

DEDHIA, P. et al. A Quality Improvement Intervention to Facilitate the Transition of Older Adults from Three Hospitals Back to Their Homes. **Journal of the American Geriatrics Society**, Filadelfia, v. 57, n. 9, p. 1540–1546, 2009.

DELATORRE, P. G. et al. Planejamento para a alta hospitalar como estratégia de cuidado de enfermagem: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE OnLine**, Recife, v. 7, p. 7151-9, 2013.

DREYER, T. Care transitions: best practices and evidence-based programs. **Home Healthcare Nurse**, Estados Unidos, v. 32, n. 5, p. 309-316, 2014.

DYRSTAD, D. N.; LAUGALAND, K. A.; STORM, M. An observational study of older patients' participation in hospital admission and discharge-exploring patient and next of kin perspectives. **Journal of Clinical Nursing**, Boston, v.24, n.11-12, p. 1693-1706, 2015.

DUARTE, E. C.; BARRETO, S. M. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. **Epidemiologia e Serviço de Saúde**, Brasília, v.21, n.4, p. 529-532, 2012.

DUNCAN, B. B. et al. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, Supl, p. 126-134, 2012.

DUSEK, B. et al. Care transitions a systematic review of best practices. **Journal of Nursing Care Quality**, Frederick, Maryland, v.30, n. 3, p. 233-239, 2015.

ELWYN, G. et al. Developing CollaboRATE: A fast and frugal patient-reported measure of shared decision making in clinical encounters. **Patient Education and Counseling**, Princeton, v.93, n.1, p.102-107, 2013.

ENGLANDER, H. et al. The Care Transitions Innovation (C-TraIn) for Socioeconomically Disadvantaged Adults: Results of a Cluster Randomized Controlled Trial. **Journal of General Internal Medicine**, Philadelphia, v.29, n.11, p.1460-1467, 2014.

FERNANDES, M. S. et al. Aspectos éticos, jurídicos e metodológicos na pesquisa envolvendo o uso de álcool e outras drogas. In: PECHANSKY, F; DUARTE, P. C. A. V; BONI, R. B. (Org.). **Uso de bebidas alcóolicas e outras drogas nas rodovias brasileiras e outros estudos**. Porto Alegre: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010.

FERREIRA, F.P.C.; BANSI, L.O.; PASCHOAL, S.M.P. Serviços de atenção ao idoso e estratégias de cuidado domiciliares e institucionais. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p.911-926, 2014.

FETTERS, M. D; CURRY, L. A; CRESWELL, J. W. Achieving Integration in Mixed Methods Designs: Principles and Practices. **Health Services Research**, Chicago, v. 48, n. 6, p. 2134-2156, 2013.

FLEMMING; HANEY. Improving patient outcomes with better care transitions: The role for home health. **Cleveland Clinic Journal of Medicine**, Cleveland, v.80, Sup. 1:eS2-6, 2013.

FORD, B. K.; INGERSOLL-DAYTON, B.; BURGIO, K. Care Transition Experiences of Older Veterans and Their Caregivers. **National Association of Social Workers**, Washington, v.41, n.2, p.129-138, 2016.

FOX, M. R. et al. Effectiveness of early discharge planning in acutely ill or injured hospitalized older adults: a systematic review and meta-analysis. **BioMed Central Geriatrics**, London, v.13, n.70, 2013. Disponível em: <<https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2318-13-70>>. Acesso em: 04 fev 2018.

FUJI, K.T; ABBOTT, A.A; NORRIS, J.F. Exploring Care Transitions From Patient, Caregiver, and Health-Care Provider Perspectives. **Clinical Nursing Research**, Newbury Park, v. 22, n. 3, p. 258-274, 2013.

GERHARD, G.; et al. Data Shows Reduction in Medicare Hospital Readmission Rates During 2012. **Medicare & Medicaid Research Review**, Washington, v.3, n.2, p. E1-E12, 2013.

GOLDSTEIN, J. N., et al. Is the Care Transitions Measure Associated with Readmission Risk? Analysis from a Single Academic Center. **Journal of General Internal Medicine**, Philadelphia, v.31, n.7, p.732-738, 2016.

GRAHAM, J.; GALLAGHER, R.; BOTHE, J. Nurses' discharge planning and risk assessment: behaviours, understanding and barriers. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v.22, p. 2338–2346, 2013.

GREENWALD, J. L; DENHAM, C. R; JACK, B. W. The hospital discharge: a review of a high risk care transition with highlights of a reengineered discharge process. **Journal of Patient Safety**, v. 3, p. 97–106, 2007.

GUERRERO, K. S.; PULS, S. E.; ANDREW, D. A. Transition of care and the impact on the environment of care. **Journal of Nursing Education and Practice**, Toronto, v. 4, n. 6, 2014.

HARRISON, J. D. et al, Assessing the Impact of Nurse Post-Discharge Telephone Calls on 30-Day Hospital Readmission Rates. **Journal of General Internal Medicine**, Philadelphia, v.29, n.11, p.1519-1525, 2014.

HCPA. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Características**. 2016A. Disponível em: <<https://www.hcpa.edu.br/content/view/7768/2176/>>. Acesso em: 09 Out 2016.

HCPA. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Principais números**. 2016B. Disponível em: <<https://www.hcpa.edu.br/content/view/441/2617/>>. Acesso em: 09 Out 2016.

HCPA. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Enfermagem Clínica**. 2016C. Disponível em: <<https://www.hcpa.edu.br/content/view/7913/2417/>>. Acesso em: 09 Out 2016.

HENKE, R. M., et al. Discharge Planning and Hospital Readmissions. **Medical care research and review**, Thousand Oaks, v.74, n.3, p.345-368, 2017.

HESSELINK, G., et al. Are patients discharged with care? A qualitative study of perceptions and experiences of patients, family members and care providers. **BMJ Quality and Safety**, Londres, v. 21, Suppl 1, p. 39-49, 2012.

HESSELINK, G., et al. Quality and safety of hospital discharge: a study on experiences and perceptions of patients, relatives and care providers. **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v. 25, n. 1, p. 66–74, 2013.

HIRSCHMAN, K., et al. Continuity of care: the Transitional Care Model. **Online Journal of Issues in Nursing**, Ohio, v.20, n.3, 2015. Disponível em: <<http://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-20-2015/No3-Sept-2015/Continuity-of-Care-Transitional-Care-Model.html?css=print>>. Acesso em: 28 fev. 2018.

HORWITZ, L. I, et al. Quality of discharge practices and patient understanding at an academic medical center. **JAMA Internal Medicine**, Chicago, v.173, n.18, p.1715-1722, 2013.

HULLEY, S. B.; NEWMAN, T. B.; CUMMINGS, S. R. Escolhendo os sujeitos do estudo: especificação, amostragem e recrutamento. *In*: HULLEY, S. B. et al. **Delineando a pesquisa Clínica: uma abordagem epidemiológica**. Porto Alegre: Artmed, 2008. 384 p. p.45-54.

HUNG, W. W. et al. Evaluation of the Mobile Acute Care of the Elderly (MACE) Service. **JAMA Internal Medicine**, Chicago, v. 173, n. 11, p. 990-999, 2013.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da População do Brasil por sexo e idade: 2000-2060**. 2013. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013/default_tsb.shtm>. Acesso em: 12 nov 2016.

JAYASEKARA, R. S. Focus groups in nursing research: Methodological Perspectives. **Nursing Outlook**, New York, v.60, n.6, p. 411-416, 2012.

KESSLER, C., et al. Transitions of care for the geriatric patient in the Emergency Department. **Clinics in Geriatric Medicine**, Philadelphia, v. 29, n.1, p. 49-69, 2013.

KEPPING-BURKE, L. et al. Bridging the transition from hospital to home: effects of the VITAL telehealth program on recovery for CABG surgery patients and their caregivers. **Research in Nursing and Health**, New York, v.36, n.6, p.540-553, 2013.

KIND, A.J.H., et al. Low-cost transitional care with nurse managers making mostly phone contact with patients cut rehospitalization at a VA hospital. **Health Affairs**, Millwood, v.31, n.12, p.2659-2668, 2013.

KUMAR, G. S; KLEIN, R. Effectiveness of case management strategies in reducing emergency department visits in frequent user patient populations: a systematic review. **The Journal of Emergency Medicine**, v. 44, n. 3, p. 717-29, 2013.

KWAN, J. L. et al. Medication reconciliation during transitions of care as a patient safety strategy: a systematic review. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, v. 158, n. 5 (Pt 2), p. 397-403, 2013.

LAMANNA, J. B.; et al. Early and Intermediate Hospital-to-Home Transition Outcomes of Older Adults Diagnosed With Diabetes. **The Diabetes Educator**, Chicago, v.42, n.1, p.72-86, 2016.

LINN, A. C.; AZZOLIN, K.; SOUZA, E. N. Associação entre autocuidado e reinternação hospitalar de pacientes com insuficiência cardíaca. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.69, n.3, p.500-506, 2016.

LUPATINI, E. O; MUNCK, A. K. R; VIEIRA, R. C. P. A. Percepções dos pacientes de um hospital de ensino quanto à farmacoterapia e à orientação farmacêutica na alta. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**, São Paulo, v. 5, n. 3, p. 28-33, 2014.

MACHADO, L. M.; COLOMÉ, J. S.; BECK, C. L. C. Estratégia de saúde da família e o sistema de referência e de contrarreferência: um desafio a ser enfrentado. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 1, n. 1, p. 31-40, 2011.

MALTA, D. C.; et al. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Epidemiologia e Serviço de Saúde**, Brasília, v.23, n.4, p.599-608, 2014.

MANTOVANI, V. M. et al. Adesão ao tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca em acompanhamento domiciliar por enfermeiros. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 28, n.1, p. 41-47, 2015.

MARQUES, L. F. G.; ROMANO-LIBER, N. S. R. (A). Estratégias para a segurança do paciente no processo de uso de medicamentos após alta hospitalar. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.24, n.2, p. 401-420, 2014.

MARQUES, L. F. G.; ROMANO-LIBER, N. S. R. (B). Segurança do paciente no uso de medicamentos após a alta hospitalar: estudo exploratório. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v.23, n.4, p.1431-1444, 2014.

McLEOD, J. et al. Measuring Care Transition Quality for Older Patients with Musculoskeletal Disorders. **Musculoskeletal Care**, Londres, v.12, n.1, p.13-21, 2013.

McNEIL, D. **The Effectiveness of a Care Transitions and Rapid Response Nurse Intervention at Reducing Readmissions and Emergency Department Use for High Risk Patients: A Mixed Methods Study**. 2015. Tese (Doutorado em Filosofia) - Faculty of Graduate Studies, Laurentian University, Sudbury, Ontario, Canada, 2015.

MEYERS, A. G. et al. Determinants of health after hospital discharge: rationale and design of the Vanderbilt Inpatient Cohort Study (VICS). **Bio Med Central Health Services Research**, Londres, v. 14, n. 10, p. 14-10, 2014.

MINAYO, M. C. S.; organizadora. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 20. ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

MIXON, A. S.; et al. Preparedness for Hospital Discharge and Prediction of Readmission. **Journal of Hospital Medicine**, Hoboken, v.11, n.9, p.603-609, 2016.

MOREIRA, M. L. **Readmissões nos Sistemas de Serviços Hospitalares no Brasil**. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

MUELLER, S.K. et al. Hospital-based medication reconciliation practices: a systematic review. **Archives of Internal Medicine**, Chicago. Eletrônico 2012. Disponível em: <<http://archinte.jamanetwork.com>>. Acesso em: 08 Out 2016.

MUSSI, C. M. et al. Home visit improves knowledge, self-care and adherence in heart failure: randomized Clinical Trial HELEN-I. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. sp., p. 20-28, 2013.

NEWMAN, T. B., et al. Delineando estudos transversais e de caso-controle. In: HULEY, S. B. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. Porto Alegre: Artmed, 2008. 384 p. p.127-144.

NYWEIDE, D. J. et al. Continuity of care and the risk of preventable hospitalization in older adults. **JAMA Internal Medicine**, Chicago, v.173, n.20, p.1879-1885, 2013.

NUNES, E. C. D.; MENEZES FILHO, N. A. Sistematização da alta de enfermagem - uma análise fundamentada em Roy. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 21, n. 2, p. 1-9, 2016. Acesso em: 2018 fev 07. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45875/28547>.

OLIVEIRA, D.C. Análise de conteúdo temático categorial: uma proposta de sistematização. **Revista Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v.16, n.4, p.569-576, 2008.

OLIVEIRA, W. T. et al. Vivência do cuidador familiar na prática do cuidado domiciliar ao doente crônico dependente. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.11, n.1, p.129-137, 2012.

PARRY, C. et al. Assessing the quality of transitional care: further applications of the Care Transitions Measure. **Medical Care Research and Review**, Philadelphia, v. 46, n. 3, p. 317-322, 2008.

POMPEO, D.A. et al. Atuação do enfermeiro na alta hospitalar: reflexões a partir dos relatos de pacientes. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.20, n.3, p.345-350, 2007.

PORTILLO, M.C. et al. Evaluation of a nurse-led social rehabilitation programme for neurological patients and carers: An action research study. **International Journal of Nursing Studies**, Oxford, v.46, n.2, p.204-219, 2009.

PREFEITURA DE PORTO ALEGRE. **Saúde**. Apresentação. 2015. Acesso em: 27 Out 2017. Disponível em: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=426.

PREFEITURA DE PORTO ALEGRE. Secretária de Governança Local. **Informação Demográfica e Socioeconômica População Idosa de Porto Alegre**. Porto Alegre, 2016. Acesso em: 01 Jan 2018. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/observatorio/usu_doc/informacao_demografica_e_socioeconomica-populacao_idosa02.pdf.

RECORD, J. D, et al. Telephone calls to patients after discharge from the hospital: an important part of transitions of care. **Medical Education Online**, Philadelphia, v. 20, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4417079/pdf/MEO-20-26701.pdf>>. Acesso em: 21 dez 2016.

REIS, A. M. F., COBUCCI, R. A. S. Preparo para a alta hospitalar do paciente acometido por acidente vascular encefálico: visão do cuidador familiar. **Revista Enfermagem Integrada**, Ipatinga, v.4, n.1, p.648-660, 2011.

REIS, M. B., et al. Readmissão Hospitalar por Insuficiência Cardíaca em um Hospital de Ensino do Interior do Estado de São Paulo-SP. **Medicina (Ribeirão Preto. Online)**, Ribeirão Preto, v. 48, n. 2, p. 138-142, 2015.

RESSEL, L. B., et al. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 79-86, 2008.

RICCI, H.; ARAÚJO, M. N.; SIMONETTI, S. H. Readmissão precoce em hospital público de alta complexidade em cardiologia. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 17, n 6, p.828-834, 2016.

RODRIGUES, R. A. P., et al. Transição do cuidado com o idoso após acidente vascular cerebral do hospital para casa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. Espec, 09 telas, 2013.

ROMAGNOLI, K. M., et al. Home-Care Nurses' Perceptions of Unmet Information Needs and Communication Difficulties of Geriatric Patients in the Immediate Post-hospital Discharge Period. **BMJ Quality and Safety**, Londres, v.22, n.4, p. 324–332, 2013.

RUBIN, D. J., et al. Early readmission among patients with diabetes: a qualitative assessment of contributing factors. **Journal of Diabetes Complications**, New York, v. 28, n. 6, p. 869-873, 2014.

- SADMI, E. Quality of hospital to community care transitions: the experience of minority patients. **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v.25, n.3, p. 255–260, 2013.
- SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B. O enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis: um desafio para a sociedade brasileira. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.20, n.4, p.421-423, 2011.
- SANTOS, V. C. F., et al. Perfil das internações por doenças crônicas não-transmissíveis sensíveis à atenção primária em idosos da metade sul do RS. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.34, n.3, p.124-131, 2013.
- SANTOS JÚNIOR, E. B.; OLIVEIRA, L. P. A. B.; SILVA, R. A. R. Doenças crônicas não transmissíveis e a capacidade funcional de idosos. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p.516-524, 2014.
- SHADMI, E; ZISBERG, A; COLEMAN, E. A. Translation and validation of the Care Transition Measure into Hebrew and Arabic. **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v. 21, n. 2, p. 97-102, 2009.
- SHAMJI, H. H., et al. Improving the Quality of Care and Communication During Patient Transitions: Best Practices for Urgent Care Centers. **The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**, Oakbrook Terrace, v. 40, n. 7, 2014.
- SILVA, R.V.G.O.; RAMOS, F. R. S. Processo de alta hospitalar da criança: percepções de enfermeiros acerca dos limites e das potencialidades de sua prática para a atenção integral. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 247-54, 2011.
- SOONG, C. et al. Do post discharge phone calls improve care transitions? A cluster randomized trial. **Plos One**, San Francisco, v. 9, no. 11, e112230, 2014.
- SOUSA, et al. Condições de vida e saúde de usuários idosos do programa de saúde da família. **Estudo Interdisciplinar sobre Envelhecimento**, Porto Alegre, v.20, n.1, p.219-234, 2015.
- SOUZA, P.M.B.B.; QUELUCI, G.C. Considerations on nursing care to patients at hospital discharge: integrative review. **Journal of Nursing UFPE on line**, Recife, v.7, n.10, p. 6238-6244, 2013.
- TANQUEIRO, M. T. O. S. A gestão do autocuidado nos idosos com diabetes: revisão sistemática da literatura. **Revista de Enfermagem Referencia**, Coimbra, v. serIII, n. 9, p. 151-160, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832013000100016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 03 Jan 2018.

TEDDLIE, C.; YU, F. Mixed Methods Sample: A Typology with Examples. **Journal of Mixed Methods Research**, Thousand Oaks, v. 1, n. 1, p. 77-100, 2007.

TESTON, E. F.; et al. Reinternação hospitalar precoce na perspectiva de doentes crônicos. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v.17, n.3, p.330-337, 2016.

THE CARE TRANSITIONS PROGRAM. **The Care Transitions Intervention: health care services for improving quality and safety during care hand-offs**. 2014. Disponível em <<http://www.caretransitions.org/>>. Acesso em: 25 out 2016.

THE JOINT COMISSION INTERNATIONAL. **Transitions of Care: The need for collaboration across entire care continuum**. Hot Topics In Health Care: Transitions of Care, v. 2, 2013. 8 p.

THEME FILHA, M. M; et al. Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e associação com autoavaliação de saúde: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 18, supl. 2, p. 83-96, 2015.

TROMPETER, J. M. et al. Medication Discrepancies during Transitions of Care: A Comparison Study. **Journal for Healthcare Quality**, Skokie, v. 37, n.6, p. 325-332, 2015.

ULIN, K., et al. Person-centred care – An approach that improves the discharge process. **European Journal of Cardiovascular Nursing**, Amsterdam, v.15, n.3, p. e19-26, 2016.

UNROE, K.T. et al. Inpatient medication reconciliation at admission and discharge: a retrospective cohort study of age and other risk factors for medication discrepancies. **The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy**, Hillsborough, v. 8, n.2, p. 115-126, 2010.

VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.21, n.4, p.539-348, 2012.

VERAS, R. P. et al. Integração e continuidade do cuidado em modelos de rede de atenção à saúde para idosos frágeis. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.48, n.2, p.357-365, 2014.

VIEIRA, C. P. B. et al. Práticas do cuidador informal do idoso no domicílio. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.64, n.3, p.570-579, 2011.

WEBER, L. A. F. **Atividades dos enfermeiros na transição do cuidado da alta do hospital para o domicílio: revisão integrativa**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

WEBER, L. A. F. et al. Transição do cuidado do hospital para o domicílio: revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.22, n.3, 2017. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/47615>>. Acesso em: 28 nov 2017.

WHO, World Health Organization. **Global status report on noncommunicable diseases 2014**. Acesso em: 04 dez 2016. Disponível em: <<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>>.

WHO. World Health Organization. **Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020**. Geneva: WHO Press, 2013.

WHO. World Health Organization. **The Performance Assessment Tool for quality improvement in Hospitals (PATH'09): Call for participation**. 2009.

YOUNG, L., et al. Nurse Practitioner - led medication reconciliation in critical access hospitals. **The Journal of Nurse Practitioners**, v.11, n.5, p.511-518, 2015.

APÊNDICE A – Ficha de identificação do participante

Preenchimento pelo pesquisador na data da coleta:

Participante nº _____. Data: ___/___/____. Turno: MANHÃ () TARDE ()
 Dia da semana: () SEG () TER () QUA () QUI () SEX () SÁB () DOM

1. Idade: _____ anos

2. Sexo:

() FEM () MASC

3. Município em que reside:

() Porto Alegre () Outro, qual? _____.

4. Bairro (se Porto Alegre): _____.

5. Grau de Escolaridade:

- | | |
|------------------------|-----------------------------|
| () Nenhum | () 2º grau completo |
| () 1º grau incompleto | () Superior incompleto |
| () 1º grau completo | () Superior completo |
| () 2º grau incompleto | () Ignorado/não registrado |

6. Unidade de Internação Clínica:

- | | |
|--------------|--------------|
| () 4º Sul | () 6º Norte |
| () 5º Norte | () 7º Norte |
| () 6º Sul | |

7. Motivo da internação: _____

8. Turno que teve alta da unidade:

- () Manhã () Tarde () Noite

9. Dia da semana que teve alta da unidade de internação clínica:

- () Segunda-feira () Sexta-feira
 () Terça-feira () Sábado
 () Quarta-feira () Domingo
 () Quinta-feira

10. Tempo de permanência na unidade: _____

11. Número de internações no último ano: _____

12. Morbidades:

Presença de Doença	Doenças	Código (CID-10)
()	Câncer	
()	Neoplasias malignas	C00-C97
()	Neoplasias in situ	D00-D09
()	Diabetes mellitus	E10-E14
()	Doenças neurológicas	
()	Doença de Parkinson	G20-G21
()	Doença de Alzheimer e outras demências	F01-F03, G30-G31
()	Esclerose múltipla	G35
()	Epilepsia	G40-G41
()	Paralisia cerebral e outras síndromes paralíticas	G80-G83
()	Doenças cardiovasculares	
()	Doença reumática crônica do coração	I05-I09
()	Doenças hipertensivas	I10-I15
()	Doenças isquêmicas do coração	I20-I25
()	Outras doenças cardiovasculares	I26-I28, I34-I37, I44-I51, I70-I89
()	Doenças cerebrovasculares	I60-I69
()	Doenças respiratórias	
()	Doença pulmonar obstrutiva crônica	J40-J44
()	Asma	J45-J46
()	Cirrose hepática	K70, K74
()	Doenças musculoesqueléticas	
()	Artrite reumatóide	M05-M06
()	Artroses	M15-M19
()	Doenças renais	N03-N8, N1, N18-N19

APÊNDICE B – Roteiro de Telefonema para coleta de dados

Bom dia/boa tarde, Sr(a) _____.

Meu nome é _____, sou pesquisadora do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e estou ligando para convidá-lo a participar da pesquisa chamada “Transição do Cuidado de pacientes com doenças crônicas de unidades de internação clínica para o domicílio” porque você esteve recentemente internado no HCPA.

O objetivo da pesquisa é analisar como foi a transição do cuidado dos pacientes com doenças crônicas que tiveram alta do hospital para a casa. Ou seja, avaliar as ações realizadas no hospital para dar continuidade aos seus cuidados em casa. Se você aceitar participar, será realizada uma entrevista por telefone, sobre as orientações e cuidados que foram realizados durante sua internação no Hospital de Clínicas, por exemplo, sobre como cuidar da sua saúde, as medicações que você deve utilizar, cuidados necessários após a alta hospitalar, consultas de acompanhamento, encaminhamentos para outros serviços, etc. O tempo de duração da entrevista é, em média, 15 minutos.

A participação é totalmente voluntária e caso você não queira ou desista de participar da pesquisa, não haverá qualquer prejuízo em seu atendimento atual ou futuro no HCPA.

As informações coletadas e os resultados da pesquisa servirão para compor o relatório da pesquisa e serão divulgadas em trabalhos científicos de maneira agrupada. Em nenhum momento seu nome será citado nos resultados apresentados e será garantido o caráter confidencial das informações recebidas.

A partir dessas considerações, você aceita participar deste estudo?

() Sim () Não

Preenchimento pelo pesquisador na data da coleta:

Participante nº _____. Data: ___/___/____. Turno: MANHÃ () TARDE ()

Dia da semana: () SEG () TER () QUA () QUI () SEX () SÁB () DOM

ANEXO A – Versão adaptada e validada do *Care Transitions Measure* (CTM-15 Brasil)

Código do paciente: _____ Data: _____

Quem participou da entrevista? () Paciente () Cuidador

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

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

Discordo	Discordo	Concordo	Concordo	Não sei/não me
Muito			Muito	lembro/não se
				aplica

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

Discordo	Discordo	Concordo	Concordo	Não sei/não me
Muito			Muito	lembro/não se
				aplica

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

Discordo	Discordo	Concordo	Concordo	Não sei/não me
Muito			Muito	lembro/não se
				aplica

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

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

Discordo	Discordo	Concordo	Concordo	Não sei/não me
Muito			Muito	lembro/não se
				aplica

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

Discordo	Discordo	Concordo	Concordo	Não sei/não me
Muito			Muito	lembro/não se
				aplica

A próxima afirmação é sobre suas consultas de acompanhamento médico...

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

Discordo	Discordo	Concordo	Concordo	Não sei/não me
Muito			Muito	lembro/não se
				aplica

As próximas afirmações são sobre seus medicamentos...

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

Discordo	Discordo	Concordo	Concordo	Não sei/não me
Muito			Muito	lembro/não se
				aplica

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

Discordo	Discordo	Concordo	Concordo	Não sei/não me
Muito			Muito	lembro/não se
				aplica

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

Discordo	Discordo	Concordo	Concordo	Não sei/não me
Muito			Muito	lembro/não se
				aplica

ANEXO B – Cálculo do escore das respostas do CTM-15¹

Scoring the CTM®-15

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

Scoring Protocol

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

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

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

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

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

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

COMPUTE CTM15_0_100 = (((ctm15)-(1))/(3))*100. EXECUTE .

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

¹ Fonte: THE CARE TRANSITIONS PROGRAM (2014). Disponível em: <http://caretransitions.org/wp-content/uploads/2015/08/CTM-15-SCORING.pdf>.

ANEXO C – Carta de Aprovação do CEP – HCPA**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO****COMISSÃO CIENTÍFICA**

A Comissão Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre analisou o projeto:

Projeto: 170020

Data da Versão do Projeto: 12/01/2017

Pesquisadores:

MARIA ALICE DIAS DA S LIMA

LUCIANA ANDRESSA FEIL

WEBER NICOLLE ROMANI

SERAU

Título: TRANSIÇÃO DO CUIDADO DE PACIENTES COM DOENÇAS CRÔNICAS DE UNIDADES DE INTERNAÇÃO CLÍNICA PARA O DOMICÍLIO

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos, metodológicos, logísticos e financeiros para ser realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Esta aprovação esta baseada nos pareceres dos respectivos Comitês de Ética e do Serviço de Gestão em Pesquisa.

- Os pesquisadores vinculados ao projeto não participaram de qualquer etapa do processo de avaliação de seus projetos.
- O pesquisador devera apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG)

Prof. José Roberto Goldim
Coordenador CEP/HCPA

Porto Alegre, 14 de março de 2017.

