

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

ALINE MARQUES ACOSTA

**TRANSIÇÃO DO CUIDADO DE PACIENTES COM DOENÇAS CRÔNICAS: DO
SERVIÇO DE EMERGÊNCIA PARA O DOMICÍLIO**

**Porto Alegre
2016**

ALINE MARQUES ACOSTA

**TRANSIÇÃO DO CUIDADO DE PACIENTES COM DOENÇAS CRÔNICAS: DO
SERVIÇO DE EMERGÊNCIA PARA O DOMICÍLIO**

Tese apresentada ao Programa 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 Doutor em Enfermagem.

Área de Concentração: Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Enfermagem e Saúde Coletiva

Orientadora: Profa. Dra. Maria Alice da Silva Lima

**Porto Alegre
2016**

CIP - Catalogação na Publicação

Acosta, Aline Marques

Transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas: do serviço de emergência para o domicílio / Aline Marques Acosta. -- 2016.
162 f.

Orientadora: Maria Alice Dias da Silva Lima. Tese

(Doutorado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2016.

1. Cuidado transicional. 2. Alta do paciente. 3. Continuidade da assistência ao paciente. 4. Enfermagem em emergência. I. Lima, Maria Alice Dias da Silva, orient. II. Título.

ALINE MARQUES ACOSTA

Transição do Cuidado de Pacientes com Doenças Crônicas: do Serviço de Emergência para o Domicílio.

Tese 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 Doutora em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 14 de setembro de 2016.

BANCA EXAMINADORA



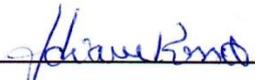
Profa. Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima

Presidente – PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Lisiane Manganelli Girardi Paskulin

Membro – PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Idiane Rosset

Membro – PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Ione Carvalho Pinto

Membro – USP/RP



Profa. Dra. Alisia Helena Weis

Membro – UFCSPA

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, aos meus pais, Gisele e Clovis, pelo amor, carinho e doação. Muito obrigada pelo incentivo ao estudo desde muito cedo e por comemorarem comigo cada conquista alcançada. Agradeço à minha irmã, Mariana, por estar sempre comigo e por me dar força quando mais preciso.

Ao meu noivo, Gabriel, pelo amor, carinho, companheirismo e compreensão. Obrigada por incentivar e apoiar minha opção de desenvolvimento profissional.

À Prof^a Dr^a Maria Alice Dias da Silva Lima, orientadora deste trabalho, pela oportunidade confiada, pelos conhecimentos ensinados e pela experiência compartilhada, fundamentais para o desenvolvimento do estudo. Obrigada pelo constante incentivo, carinho e compreensão durante esta trajetória. Considero-a minha inspiração para sempre buscar ser melhor, com ética, sabedoria e dedicação. A ela dedico grande admiração.

Às professoras Ione Pinto, Alisia Weis, Lisiane Paskulin e Idiane Rosset, por aceitarem compor a banca examinadora desta tese e pelas contribuições para aprimorá-la.

À professora Nelly Oelke, orientadora do meu período sanduíche na University of British Columbia, Okanagan campus (UBCO), pelo acolhimento, convívio, sabedoria e atenção dispensada.

Aos usuários do Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), motivadores e participantes desta pesquisa, pela disponibilidade, generosidade e informações prestadas. Agradeço, também, à equipe de Enfermagem do Serviço de Emergência do HCPA, pela acolhida e auxílio nos momentos de reflexões e dúvidas.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da UFRGS pelos momentos de aprendizagem.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão da minha Bolsa de Doutorado e pelo incentivo à educação e pesquisa científica no Brasil. Também agradeço ao governo canadense pela disponibilização de Bolsa de Estudo para realização período sanduíche na UBCO pelo Emerging Leaders in the Americas Program.

Aos colegas do PPGENF, pelos momentos de convivência e aprendizagem. Agradeço, em especial, minhas amigas Carolina Day, Andrea Bandeira, Naiana Oliveira e Cristiane Trivisiol pelo constante companheirismo.

Aos colegas do Grupo de Estudo em Saúde Coletiva, pelas discussões e pelo trabalho em parceria e às pesquisadoras do “Gescinho” pela confiança e apoio durante o período de

realização desta pesquisa. Agradeço, em especial, à colega Luciana Weber, pela fundamental contribuição na coleta de dados.

Aos amigos e familiares pelo incentivo constante e pela compreensão da minha ausência em diversos momentos durante minha formação.

À Maya, minha cachorra, pelo companheirismo, pela alegria e pela disposição em todos os momentos.

RESUMO

ACOSTA, A. M. **Transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas**: do serviço de emergência para o domicílio. 2016. 162 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

Introdução: A transição do cuidado é uma estratégia para assegurar a continuidade dos cuidados na alta hospitalar, contribuindo na prevenção de readmissões hospitalares e redução de custos. As ações desenvolvidas durante a transição do cuidado são importantes para pacientes com doenças crônicas que apresentam períodos de exacerbação da doença e necessitam de cuidados em serviços de emergência. **Objetivos:** Realizar a adaptação transcultural e avaliação psicométrica do instrumento Care Transitions Measure (CTM-15 e CTM-3) para o uso no Brasil; analisar a transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis que tiveram alta de serviço de emergência para o domicílio. **Método:** Estudo foi desenvolvido em duas etapas. A primeira trata de investigação metodológica para adaptação transcultural e avaliação de propriedades psicométricas do Care Transitions Measure, versão completa (CTM-15) e simplificada (CTM-3). Foram realizados os estágios de tradução do instrumento para o português, síntese das traduções, retrotradução, avaliação por um comitê de cinco especialistas e pré-teste com 30 pacientes internados em hospital de Porto Alegre/RS. Posteriormente, o instrumento foi aplicado em 150 pacientes com alta hospitalar para verificar confiabilidade interna, estabilidade temporal, análise fatorial e efeitos de teto e chão. Na segunda etapa realizou-se uma investigação epidemiológica observacional e transversal com 81 cuidadores e 117 pacientes com doenças crônicas que tiveram alta de serviço de emergência em Porto Alegre/RS. A coleta de dados foi realizada por telefone, utilizando a versão adaptada do CTM-15. **Resultados:** As duas versões do CTM apresentaram equivalência semântica com o original, boa aplicabilidade e fácil compreensão. No CTM-15, a consistência interna e a estabilidade temporal foram satisfatórias e não foi observado efeito de teto e chão, denotando propriedades psicométricas adequadas. A análise fatorial exploratória extraiu quatro fatores: preparação para autogerenciamento, entendimento sobre medicações, preferências asseguradas e plano de cuidado. Na segunda etapa, identificou-se que a maioria dos pacientes era do sexo feminino, idosa, tinha baixa escolaridade, foi classificada com risco alto e intermediário pelo protocolo utilizado no serviço. Quase 36% dos pacientes tinham mais de uma doença crônica, sendo as cardiovasculares as mais prevalentes. Evidenciou-se que 33,3% dos pacientes reinternaram no serviço após a alta. A média de escore do CTM-15 foi 69,5. O fator com melhor escore foi o que valoriza a preparação para gerenciamento da saúde no domicílio e o pior escore foi o que trata do entendimento sobre uso de medicações após a alta. Não houve diferença significativa entre médias de escore dos pacientes que reinternaram e os que não tiveram reinternação na emergência. **Conclusão:** O processo de adaptação transcultural assegurou propriedades psicométricas para utilização do CTM-15 e CTM-3 para avaliar a transição do cuidado no Brasil. A qualidade da transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas na alta do serviço de emergência tem nível moderado. Constataram-se fragilidades no fornecimento de orientações sobre medicações, na inclusão do paciente na tomada de decisão e no encaminhamento para consultas ou exames após a alta.

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

ABSTRACT

ACOSTA, A. M. **Care transitions of patients with chronic disease:** from emergency department to home. 2016. 162 f. Thesis (Doctorate in Nursing) – School of Nursing, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

Introduction: Care transition is a strategy to guarantee the continuity of care after hospital discharge, contributing to prevent hospital readmissions and to reduce costs. The actions developed during transitional care are important for patients with chronic diseases who present periods in which the disease is exacerbated and requires emergency department care. **Aim:** To perform a cross-cultural adaptation and psychometric evaluation of the Care Transitions Measure (CTM-15 and CTM-3) for its use in Brazil; to analyze care transitions of patients with chronic non-communicable diseases who were discharged from the emergency department to home. **Method:** This study was developed in two phases. The first phase treated the methodological investigation for the transcultural adaptation and assessment of the psychometric properties of the complete (CTM-15) and reduced (CTM-3) versions of the Care Transitions Measure. This study followed the stages of the translation of the instrument into Portuguese, synthesis of the translation, back-translation, review by a committee of five specialists, and a pre-test with 30 patients who had been admitted to a hospital in Porto Alegre, RS. Later, the instrument was applied with 150 patients who had received hospital discharge in order to verify the instrument's internal reliability, temporal stability, factorial analysis, and floor and ceiling effects. In the second phase, an observational and cross-sectional epidemiological investigation was performed with 81 caregivers and 117 patients with chronic diseases who had been discharged from an emergency department in Porto Alegre, RS. Data collection was conducted by telephone, using the adapted version of the CTM-15. **Results:** Both CTM-3 and CTM-15 presented a semantic equivalence to the original instrument, good applicability, and easy comprehension. CTM-15's internal consistency and temporal stability were satisfactory and no floor and ceiling effects were observed, denoting appropriate psychometric properties. The exploratory factorial analysis extracted four factors: preparation for self-management, understanding about medications, guaranteed preferences, and care plan. In the second phase, this study found that the majority of the patients were female, elderly, and of a low educational level, and were classified as high and intermediate level risks by the protocol used in the emergency service. Nearly 36% of the patients presented more than one chronic disease, with cardiovascular diseases being the most prevalent. It was found that 33.3% of the patients were re-admitted to the emergency services after having received hospital discharge. The average score of the CTM-15 was 69.5. The factor with the highest score was that which valued the preparation for home healthcare management, while the worst score was that which treated the understanding of the use of medications after receiving hospital discharge. No significant difference between the score averages from patients that were re-hospitalized and those who were not re-admitted to the emergency service. **Conclusion:** The process of transcultural adaptation guaranteed the psychometric properties necessary to use the CTM-15 and CTM-3 to evaluate the quality of care transitions in Brazil. The quality of care transition of patients with chronic diseases discharged from the emergency department has moderate level. There were found some difficulties in providing instructions for medication use, including the patient in decision-making and referring the patient for consultations or exams after discharge.

Keywords: Transitional care. Patient discharge. Continuity of patient care. Emergency nursing.

RESUMEN

ACOSTA, A. M. **Transición del cuidado de pacientes con enfermedades crónicas: del servicio de emergencias al domicilio.** 2016. 162 f. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Escuela de Enfermería, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

Introducción: La transición del cuidado es una estrategia para asegurar la continuidad del cuidado luego del alta hospitalaria, contribuyendo a prevenir las reinternaciones y reduciendo los costos. Las acciones desarrolladas durante la transición del cuidado son importantes para pacientes con enfermedades crónicas con períodos de exacerbación del padecimiento que precisan de cuidados en servicios de urgencias. **Objetivos:** Realizar la adaptación transcultural y evaluación psicométrica del instrumento *Care Transitions Measure* (CTM-15 e CTM-3) para su uso en Brasil; analizar la transición del cuidado de pacientes con enfermedades crónicas no contagiosas con alta de servicio de urgencias a su domicilio. **Método:** Estudio desarrollado en dos etapas. La primera consiste en investigación metodológica para adaptación transcultural y evaluación de propiedades psicométricas del *Care Transitions Measure*, versión completa (CTM-15) y simplificada (CTM-3). Se completaron las etapas de traducción del instrumento al portugués, síntesis de las traducciones, retrotraducción, evaluación por comité de cinco expertos y prueba piloto con 30 pacientes internados en hospital de Porto Alegre/RS. Posteriormente, el instrumento fue aplicado a 150 pacientes con alta hospitalaria para verificar confiabilidad interna, estabilidad temporal, análisis factorial y efectos de piso y techo. En la segunda etapa se realizó investigación epidemiológica observacional y transversal con 81 cuidadores y 117 pacientes de enfermedades crónicas con alta de servicio de urgencias en Porto Alegre/RS. Datos recolectados telefónicamente, utilizando versión adaptada del CTM-15. **Resultados:** Ambas versiones del CTM expresaron equivalencia semántica con el original, buena aplicabilidad y fácil comprensión. En CTM-15, la consistencia interna y la estabilidad temporal fueron satisfactorias. No se observó efecto de piso y techo, denotando propiedades psicométricas adecuadas. El análisis factorial exploratorio extrajo cuatro factores: preparación para autogestión, comprensión sobre medicaciones, preferencias aseguradas y plan de cuidados. La segunda etapa identificó que la mayoría de los pacientes era del sexo femenino, ancianos, de baja escolarización, clasificados con riesgos alto e intermedio por protocolo aplicado en servicio. Casi 36% de los pacientes sufría más de una enfermedad crónica, prevaleciendo las cardiovasculares. Se evidenció que 33,3% de los pacientes se reinternaron en el servicio luego del alta. El puntaje promedio del CTM-15 fue 69,5. El factor con mejor puntaje fue el que valora la preparación para gestión de la salud en domicilio, y el peor puntaje lo obtuvo el que trata sobre la comprensión del uso de medicación después del alta. No hubo diferencia significativa entre promedios de puntaje de los pacientes reinternados y los no reinternados en servicio de urgencias. **Conclusión:** El proceso de adaptación transcultural aseguró propiedades psicométricas para utilización del CTM-15 y CTM-3 para evaluar la transición del cuidado en Brasil. La calidad de la transición del cuidado de pacientes con enfermedades crónicas de alta de un servicio de emergencia tiene nivel moderado. Se observaron deficiencias en el suministro de orientación sobre los medicamentos, en la inclusión del paciente en la toma de decisiones y en el encaminamiento a consulta o examen después del alta.

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

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Representação gráfica de ponte com componentes principais para transição do cuidado ideal.....	24
Figura 2 – Etapas metodológicas do estudo. Porto Alegre, 2016.....	50
Figura 3 – Gerências Distritais de Porto Alegre. Porto Alegre, 2016.....	82
Figura 4 – Diagrama de dispersão da correlação entre o escore total e a variável de número de atendimentos prévios. Porto Alegre, 2016.....	88

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Itens e domínios do instrumento <i>Care Transitions Measure</i> , versão completa (CTM-15), Porto Alegre, Brasil, 2016.....	39
Quadro 2 – Itens do instrumento <i>Care Transitions Measure</i> , versão resumida (CTM-3), Porto Alegre, Brasil, 2016.....	40
Quadro 3 – Artigos encontrados na base de dados Pubmed que utilizaram o CTM, Porto Alegre, Brasil, 2016.....	43
Quadro 4 - Lista códigos de Doenças Crônicas Não Transmissíveis incluídas no estudo conforme Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Porto Alegre, 2016.....	61
Quadro 5 – Versão original do instrumento, síntese das traduções e versão pré-final da versão em português. Porto Alegre, 2016.....	68

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização da amostra do pré-teste. Porto Alegre, 2016.....	74
Tabela 2 – Clareza dos itens da Medida de Transições do Cuidado (CTM-15 Brasil). Porto Alegre, 2016.....	75
Tabela 3 – Caracterização da amostra da etapa de avaliação psicométrica da Medida de Transições do Cuidado (CTM-15 Brasil). Porto Alegre, 2016.....	76
Tabela 4 – Mínima, máxima, média e desvio padrão dos itens da Medida de Transições do Cuidado (n=150). Porto Alegre, 2016.....	77
Tabela 5 – Associação entre média total e por itens da Medida de Transições do Cuidado no teste-reteste (n=30). Porto Alegre, 2016.....	78
Tabela 6 – Estrutura da análise fatorial por extração de componentes principais da Medida de Transições do Cuidado (CTM-15). Porto Alegre, 2016.....	79
Tabela 7 – Características demográficas dos pacientes. Porto Alegre, 2016.....	80
Tabela 8 – Características clínicas dos pacientes. Porto Alegre, 2016.....	81
Tabela 9 – Frequência das doenças crônicas dos pacientes, conforme Código Internacional de Doenças (CID-10). Porto Alegre, 2016.....	83
Tabela 10 – Distribuição das médias e desvio padrão do CTM-Brasil total e por fatores. Porto Alegre, 2016.....	84
Tabela 11 – Distribuição das médias e desvio padrão por item do CTM-Brasil. Porto Alegre, 2016.....	85
Tabela 12 – Distribuição da frequência de opções de resposta por item do CTM- Brasil. Porto Alegre, 2016.....	86
Tabela 13 – Correlação entre os escores total e por fator do CTM-Brasil e variáveis contínuas. Porto Alegre, 2016.....	87
Tabela 14 - Associação dos escores total e por fator do CTM-Brasil com variáveis categóricas nominais. Porto Alegre, 2016.....	89
Tabela 15 - Associação dos escores total e por fator do CTM-Brasil com a variável de doenças crônicas não transmissíveis segundo grupos de causas. Porto Alegre, 2016.....	90
Tabela 16 – Comparação dos escores total e por fator do CTM-Brasil entre as amostras de unidades de internação (n=150) e do serviço de emergência (n=198). Porto Alegre, 2016.....	91

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	18
2.1 Objetivo geral	18
2.2 Objetivos específicos	18
3 REVISÃO DE LITERATURA	19
3.1 Epidemiologia e estratégias de enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis	19
3.2 Transição do cuidado: da teoria à prática	23
3.3 A transição do cuidado no contexto da atenção às urgências no Brasil	33
3.4 O instrumento Care Transitions Measure (CTM)	38
3.5 O processo de adaptação transcultural de instrumentos	44
4 MÉTODO	49
4.1 Delineamento	49
4.2 Primeira etapa: Adaptação transcultural e avaliação psicométrica do Care Transition Measure	51
4.2.1 Tipo de estudo	51
4.2.2 Tradução inicial do CTM para a língua portuguesa	51
4.2.3 Síntese das traduções	52
4.2.4 Retrotradução.....	52
4.2.5 Avaliação por comitê de especialistas	52
4.2.6 Pré-teste	53
4.2.7 Submissão do instrumento final aos autores.....	53
4.2.8 Avaliação das propriedades psicométricas	53
4.2.9 Campo de estudo	54
4.2.10 População e amostra	55
4.2.11 Coleta de dados.....	56
4.2.12 Análise de dados.....	57
4.3 Segunda etapa: Avaliação da qualidade da transição do cuidado na alta do serviço de emergência	58
4.3.1 Tipo de estudo	58
4.3.2 Campo de estudo	58
4.3.3 População e amostra	60

4.3.4 Coleta de dados.....	62
4.3.5 Análise de dados.....	62
4.4 Aspectos éticos.....	63
5 RESULTADOS.....	66
5.1 Primeira etapa: adaptação transcultural e validação do Care Transitions Measure para uso no Brasil.....	66
5.1.1 Adaptação transcultural.....	66
5.1.2 Avaliação psicométrica da Medida de Transições do Cuidado (CTM-15 Brasil).....	75
5.2 Segunda etapa: transição do cuidado na percepção dos pacientes em serviço de emergência.....	80
5.2.1 Características da amostra.....	80
5.2.2 Qualidade da transição do cuidado.....	84
6 DISCUSSÃO.....	92
6.1 Adaptação transcultural e validação do Care Transitions Measure para uso no Brasil.....	92
6.2 Transição do cuidado na percepção dos pacientes em serviço de emergência.....	96
6.3 Limitações do estudo.....	106
7 CONCLUSÕES.....	107
7.1 Implicações para a prática, políticas de saúde e futuras pesquisas.....	108
REFERÊNCIAS.....	111
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE REGISTRO DO PROCESSO DE TESTAGEM DA VERSÃO PRÉ-FINAL DO CARE TRANSITIONS MEASURE.....	129
APÊNDICE B - FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE DA PRIMEIRA ETAPA.....	132
APÊNDICE C – VERSÃO ADAPTADA DO CARE TRANSITIONS MEASURE (CTM-15 BRASIL).....	133
APÊNDICE D - FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE DA SEGUNDA ETAPA.....	136
APÊNDICE E - MANUAL DE ORIENTAÇÕES PARA COLETA DE DADOS.....	138
APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – COMITÊ DE ESPECIALISTAS.....	144
APÊNDICE G - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - PARTICIPANTES DO PROCESSO DE TESTAGEM DA VERSÃO PRÉ-FINAL DO CARE TRANSITION MEASURE.....	146

APÊNDICE H – ROTEIRO DE TELEFONEMA PARA COLETA DE DADOS DA PRIMEIRA ETAPA	148
APÊNDICE I – ROTEIRO DE TELEFONEMA PARA COLETA DE DADOS DA SEGUNDA ETAPA	150
ANEXO A – VERSÃO ORIGINAL DO <i>CARE TRANSITIONS MEASURE</i> (CTM-15)	152
ANEXO B - E-MAIL COM PERMISSÃO DO AUTOR DO CTM PARA REALIZAR PRIMEIRA ETAPA	155
ANEXO C - TERMO DE COMPROMISSO PARA USO DE DADOS	157
ANEXO D - E-MAIL COM APROVAÇÃO DO PROCESSO DE ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO PELO AUTOR DO CTM.....	158

1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem um problema de saúde de grande magnitude, compondo as principais causas de morbimortalidade, as maiores razões para a demanda de serviços de saúde e responsáveis por parte considerável dos gastos efetuados no setor (AQUINO et al., 2012; BRASIL, 2013a; SHIMIDT et al., 2011). Apresentam, em geral, um curso clínico que muda ao longo do tempo, com períodos de remissão e de exacerbação dos sinais e sintomas, necessitando de cuidados contínuos em toda rede assistencial (BRASIL, 2013a; MENDES, 2012). Nos últimos anos, tem-se discutido formas para alcançar e operacionalizar a continuidade do cuidado e, para essa finalidade, a transição do cuidado é considerada uma importante estratégia (BAILLIE et al., 2014; COLEMAN; BOULT, 2007; THE JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2013).

A transição do cuidado é definida como um conjunto de ações destinadas a assegurar a coordenação e a continuidade dos cuidados de saúde na transferência de pacientes entre diferentes serviços de saúde ou diferentes unidades dentro de um mesmo local (COLEMAN; BOULT, 2007). Trata-se do intervalo de tempo que inicia com a preparação do indivíduo para alta e conclui quando ele é recebido no próximo serviço, envolvendo desde o planejamento de alta e a educação em saúde do paciente e da família, até a organização logística, a articulação com os serviços de saúde e a comunicação entre os profissionais atuantes no processo (BURKE et al., 2013; COLEMAN, 2003; PARRY et al., 2008).

Por utilizarem múltiplos serviços e terem contato com diferentes profissionais de saúde, as pessoas portadoras de DCNT podem receber cuidados fragmentados, o que afetaria negativamente a saúde desses indivíduos (ANDERSON, 2010). Como uma das consequências, observa-se uma crescente demanda de pacientes com problemas agudizados de doenças crônicas nos serviços de emergência.

Um estudo realizado em Florianópolis identificou que 54,3% dos indivíduos que utilizaram um serviço de emergência possuíam alguma morbidade crônica (LAGO et al., 2010). Já em Porto Alegre, Acosta (2012) identificou que os usuários frequentes de uma unidade de emergência eram, em grande parte, idosos e portadores de condições crônicas que demandavam atendimento por agudização dos problemas crônicos. O mesmo tem sido reportado em outros países do mundo, como Singapura e Estados Unidos (MILBRETT; HALM, 2009; PAUL et al., 2010; PEPPE et al., 2007; SCHRIJVERS, 2008).

Apesar do atendimento pontual prestado pelos serviços de emergência responder, momentaneamente, às demandas dos pacientes, não garante a resolução do problema. Quando

não há continuidade da atenção, as agudizações e a utilização das emergências podem se tornar eventos mais frequentes, num processo cíclico (ACOSTA, 2012; MARQUES, 2010). Episódios agudizados de doenças crônicas podem indicar fragmentação da assistência e o uso frequente de serviços de emergência pode ser entendido como um evento sentinela de que o cuidado não está adequado (COLEMAN et al., 2001; SCHRIJVERS, 2008).

Contudo, Malta e Merhy (2010) citam que as emergências hospitalares têm papel fundamental na ligação e articulação da rede assistencial, ao passo que a alta de cada paciente poderia ser um momento privilegiado para se produzir a continuidade do processo de cuidado no domicílio e na rede de atenção onde o indivíduo é vinculado. Dessa forma, a transição do cuidado se destaca não apenas como uma opção, mas como uma necessidade para a assistência a pessoas com doenças crônicas nos serviços de emergência.

No Brasil, a discussão sobre a transição do cuidado é recente e, portanto, ainda incipiente. O tema está ligado aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), tais como universalidade de acesso aos serviços de saúde, hierarquização da rede de serviços de saúde e integralidade da atenção (BRASIL, 1988). Segundo a legislação brasileira, o atendimento à população é prestado por todas as portas de entrada dos serviços de saúde do SUS, que possibilitam resolutividade à demanda, ou transferem para um serviço de maior/menor densidade tecnológica que possa dar resolutividade por meio dos mecanismos de referência e contra referência (BRASIL, 2011a).

No entanto, a realização de efetivas transições é, ainda, um desafio, principalmente no que se refere à alta do serviço de emergência para o domicílio. Esses serviços possuem peculiaridades que incluem a grande demanda por atendimento, a superlotação, a sobrecarga de trabalho nas equipes de saúde, a elevada rotatividade e a pressão para liberação de leitos, as quais acarretam inúmeras dificuldades de atendimento, sendo a transição do cuidado uma delas.

Esses problemas não são limitados ao território nacional. No Canadá, estudo demonstrou que enfermeiros têm preocupação com o processo de alta de idosos em serviços de emergência, ainda considerado como inseguro para os pacientes. Devido à falta de tempo e sobrecarga de trabalho, os enfermeiros não conseguem preparar e estabelecer os cuidados necessários no pós alta, sendo um desafio o encaminhamento para fontes apropriadas de cuidado (BOLTZ et al., 2013).

Apesar dos enfermeiros desempenharem importante papel na prestação do cuidado e terem como responsabilidade a preparação dos pacientes para o retorno à comunidade, o planejamento de alta e a transição do cuidado, muitas vezes, não são levados em consideração

nos serviços de emergência. A enfermagem reconhece como principal finalidade do trabalho o atendimento da urgência imediata, de forma que, após a estabilização do paciente, a preparação para alta é posta como de baixa prioridade frente às demais atividades que estão sob a responsabilidade dos enfermeiros (HAN; BARNARD; CHAPMAN, 2009). Santos (2010) concorda que a principal preocupação dos serviços de emergência recai sobre a entrada dos pacientes, sendo que pouca atenção é dada à saída da unidade.

Em estudos realizados nos Estados Unidos, Canadá, Nova Zelândia e Turquia, foram apontadas algumas fragilidades no desenvolvimento da transição do cuidado nos serviços de emergência. Kessler et al. (2013a) identificaram que a maioria das altas era dada rapidamente, em um ou dois minutos, numa emergência dos Estados Unidos. Parke e Chappell (2010) e Richardson e colaboradores (2007) constataram nas suas pesquisas que pacientes idosos não eram consultados nem envolvidos no processo de alta, de forma que saíam do serviço com pouca preparação para voltar ao domicílio e sem uma efetiva transição do cuidado. Outros estudos evidenciam que é comum ter indivíduos saindo de serviço de emergência com pouca orientação para a administração de medicamentos, para as consultas de acompanhamento e outras informações necessárias para que os cuidados pós-alta sejam bem-sucedidos (BULUT et al., 2013; ENGEL et al., 2009; FRIEDMAN; DIOS; HANNEMAN, 2010; VASHI; RHODES, 2011).

A alta hospitalar é, especialmente, um período crítico para qualidade dos cuidados e segurança dos pacientes (KRIPALANI et al., 2007a; PARRY et al., 2008). Quando retornam para casa, os pacientes precisam se adaptar às novas medicações e lidar com os desafios da recuperação no domicílio (MEYERS et al., 2014), sendo comum o surgimento de diversas incertezas acerca do tratamento e da recuperação (MILLER; PIACENTINE; WEISS, 2008). Estudos mostram que a inadequada transição do cuidado nesse momento traz repercussões que incluem desde erros, efeitos adversos e discrepâncias de medicação (KANAN et al., 2013; TROMPETER et al., 2014), até pouca aderência ao tratamento (KRIPALANI et al., 2009) e baixa qualidade de vida (COUZNER; RATCLIFFE; CROTTY, 2012). Além disso, há maiores riscos para readmissão em hospitais e em serviços de emergência (COLEMAN; MAHONEY; PARRY, 2005; KESSLER et al., 2013b; MEYERS et al., 2014).

Jencks, Williams e Coleman (2009) encontraram que 20% dos pacientes do *Medicare* nos Estados Unidos são readmitidos dentro de um mês após a alta e um terço retorna dentro de 90 dias. Os autores estimam o custo de readmissões evitáveis em torno de 17 bilhões de dólares. Outros estudos mostram que de oito a 12% dos pacientes em serviços de emergência são readmitidos e, muitas vezes, por afecções evitáveis (ACOSTA, 2012; BORGES;

TURRINI, 2011). Embora ações de prevenção de readmissão em hospitais e em serviços de emergência ocorram, na sua maioria, na comunidade, os cuidados podem iniciar já na internação. Gardner et al. (2014) e Weiss, Yakusheva e Bobay (2011) afirmam que os custos do sistema de saúde poderiam ser minimizados se fossem implementadas intervenções de transição do cuidado mais efetivas.

Nos últimos anos, pesquisadores e gestores de saúde têm despertado o interesse na garantia de transições seguras e eficientes de serviços hospitalares para o domicílio. Considera-se que aspectos relacionados à preparação da alta, educação de pacientes e familiares, continuidade dos cuidados no domicílio e acompanhamento pós-alta são importantes indicadores para avaliação da qualidade do atendimento prestado nos serviços de saúde. Tanto a Organização Mundial da Saúde (OMS) como a *Joint Commission International* (JCI) têm utilizado a qualidade das transições do cuidado como um dos componentes para avaliação de desempenho de hospitais (PARRY et al., 2008; THE JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2013; WHO, 2009).

Para avaliar a transição do cuidado, Coleman e colaboradores (2002) desenvolveram o *Care Transitions Measure* (CTM), com o propósito de mensurar a qualidade do processo de transição, na perspectiva do paciente. São medidos domínios referentes ao entendimento crítico sobre os cuidados pós-alta, importância das preferências do paciente na tomada de decisão, preparação para gerenciamento do cuidado no domicílio e existência de um plano de cuidado. É um instrumento de fácil compreensão e aplicação, que tem auxiliado profissionais e gestores de saúde a identificar aspectos que precisam ser melhorados no processo de transição do cuidado. Atualmente, existem duas versões do instrumento, uma completa com 15 itens (CTM-15) e uma simplificada com três itens (CTM-3). Ambas versões têm sido amplamente utilizadas em diversos países para pesquisa e para gestão hospitalar (THE CARE TRANSITIONS INTERVENTION, 2014). No entanto, não há, ainda, uma versão em português.

O interesse em conhecer melhor a transição do cuidado no âmbito internacional é crescente. Estudos têm sido realizados para identificar fatores que influenciam o sucesso das transições (BURKE et al., 2013; MEYERS et al., 2014; TREGUNNO, 2013), avaliar o desempenho dos serviços de saúde (BERRY et al., 2013; PARRY et al., 2008; SHADMI, 2013) e propor mudanças práticas para melhoria da qualidade das transições de cuidado (CAWTHON et al., 2012; DESLISLE, 2013). Entretanto, essas pesquisas são focadas em pacientes hospitalizados e pouca atenção tem sido dada aos pacientes de serviços de emergência (HAN; BARNARD; CHAPMAN, 2009).

No Brasil, embora tenham sido obtidos progressos nas políticas voltadas à continuidade do cuidado na rede de atenção à saúde, pesquisas em relação à transição do cuidado ainda são incipientes. Os estudos existentes são direcionados a alguns dos componentes da transição do cuidado, tais como o planejamento da alta (ANDRIETTA; MOREIRA; BARROS, 2011; DELATORRE et al., 2013), as orientações de alta (MIASSO; CASSIANI, 2005) e os mecanismos de referência e contrarreferência (DAY, 2013; DIAS, 2012; FRATINI; SAUPE; MASSAROLI, 2008). Apenas um estudo aborda a transição do cuidado de pacientes que tiveram acidente vascular cerebral, mas tem como foco o processo de cuidar do idoso dependente, impacto e aceitação das limitações e as dificuldades encontradas pelos familiares e cuidadores após a alta hospitalar (RODRIGUES et al., 2013). Não foram encontradas, até o momento, publicações brasileiras sobre a avaliação da transição do cuidado como um todo, nem em serviços de saúde em geral, nem em serviços de emergência especificamente, demonstrando uma importante lacuna no conhecimento. Ainda, não existem instrumentos disponíveis no território nacional para avaliar a transição do cuidado.

Supõe-se que existem fragilidades que interferem na qualidade da transição do cuidado na alta do paciente com doença crônica do serviço de emergência para o domicílio, tais como falta de planejamento de alta, pouca participação do paciente na elaboração do plano de cuidado, falta de orientações de alta e inexistência de contra referência para continuação do atendimento na atenção primária.

Frente ao exposto, questões relacionadas ao processo de alta dos pacientes em serviços de emergência, à continuidade dos cuidados no domicílio de pessoas com DCNT e à articulação dos serviços de emergência com os demais serviços da rede de atenção à saúde justificam o estudo da transição do cuidado no contexto brasileiro. Entende-se que em um país onde quase 15% das internações hospitalares ocorridas são decorrentes de readmissões (MOREIRA, 2010) e que parcela significativa dos atendimentos de serviços de emergência são demandados por usuários frequentes e por doentes crônicos agudizados (ACOSTA, 2012; CARRET et al., 2011; FREITAS, 2013), esforços devem ser intensificados para implantação e implementação da transição do cuidado.

Para avaliar a qualidade da transição do cuidado, é necessário o uso de instrumento válido e confiável para este fim. A partir da inexistência de um instrumento no Brasil que contemple a transição do cuidado, torna-se relevante a disponibilização do *Care Transition Measure* para uso no país. É necessário submetê-lo ao processo de adaptação transcultural e validação das propriedades psicométricas, em que é analisada rigorosamente a tradução do

instrumento e é verificada sua adaptação para o contexto local, produzindo uma equivalência entre a versão original e a adaptada do instrumento (BEATON et al., 2000).

Assim, pretende-se desenvolver duas etapas neste estudo. A primeira terá a finalidade de realizar o processo de adaptação e validação do CTM-15 e CTM-3 para uso no Brasil, o que possibilitará a realização da segunda etapa, a qual se propõe a analisar a transição do cuidado de pacientes com DCNT do serviço de emergência para o domicílio.

Esta investigação torna-se particularmente relevante para enfermeiros, que, segundo Fuji, Abbott e Norris (2013), são reconhecidos como coordenadores do cuidado e responsáveis pela garantia de transições seguras e efetivas. Conforme Dusek (2014), os enfermeiros são profissionais que precisam assumir um papel crítico e ativo na transição do cuidado. Portanto, compreender as percepções de pacientes e cuidadores sobre o processo de transição do hospital para o domicílio pode auxiliar na elaboração de estratégias para modificar práticas e tomada de decisões em nível local e nacional, contribuindo no desenvolvimento e na implementação de transições do cuidado mais qualificadas. Os resultados podem fornecer contribuições para identificação de necessidades para transições bem-sucedidas, oferecendo subsídios para formulação de intervenções baseadas em evidências para melhorar a continuidade e a qualidade do cuidado.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Analisar a transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis que tiveram alta de serviço de emergência para o domicílio.

2.2 Objetivos específicos

- Realizar a adaptação transcultural e avaliação psicométrica do instrumento *Care Transitions Measure*, nas versões completa (CTM-15) e simplificada (CTM-3), para o uso no Brasil;
- Identificar características clínicas e demográficas de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis que tiveram alta de serviço de emergência para o domicílio;
- Avaliar, na perspectiva de pacientes ou cuidadores, a qualidade da transição do cuidado na alta do serviço de emergência;
- Identificar fatores associados à qualidade da transição do cuidado na alta do serviço de emergência;
- Verificar associação entre a qualidade da transição do cuidado com readmissão hospitalar e do serviço de emergência.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo trata da fundamentação teórica da investigação, em que são exploradas e aprofundadas evidências na literatura. São apresentados quatro tópicos: 1) Epidemiologia e estratégias de enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis; 2) Transição do cuidado: da teoria à prática; 3) A transição do cuidado no contexto da atenção às urgências no Brasil, e 4) O instrumento *Care Transition Measure* (CTM).

3.1 Epidemiologia e estratégias de enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) estão, geralmente, relacionadas a causas múltiplas, são caracterizadas por início gradual, de prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração. Essas doenças fazem parte da vida das pessoas, com fases de exacerbação e remissão de sinais e sintomas, porém, o indivíduo nem sempre se sente doente (MENDES, 2012; SOUZA; LIMA, 2007). As lesões ocasionadas pela doença são geralmente irreversíveis e podem evoluir para diferentes graus de incapacidade e morte (CAMPOS; RODRIGUES NETO, 2009; MENDES, 2012).

Os principais fatores de risco comportamentais para as DCNT são a alimentação não saudável, o sedentarismo, o tabaco e o consumo nocivo de álcool, os quais impactam nos principais fatores de risco metabólicos, como excesso de peso e obesidade, hipertensão arterial e, aumento da glicose sanguínea, lipídios e colesterol (MALTA; SILVA JR, 2013).

As DCNT são um problema de saúde global, consideradas a principal ameaça para a saúde e para o desenvolvimento humano e social, por desenvolverem repercussões para o indivíduo, sua família e a sociedade (AQUINO et al., 2012; CAMPOS; RODRIGUES NETO, 2009). Segundo a Organização Pan Americana de Saúde, o aumento na carga das DCNT em todo mundo é um quadro bastante evidente e dos mais preocupantes pelo seu potencial negativo em termos de saúde e de economia (GOULART, 2011).

No Brasil, aspectos relacionados ao desenvolvimento econômico e social e o aumento da expectativa de vida levaram a uma transição demográfica acelerada, que produziu uma pirâmide etária com maior peso relativo para adultos e idosos. Como consequência, teve-se uma mudança do perfil epidemiológico da população, com um forte declínio das doenças infectocontagiosas, mas que ainda estão presentes no cotidiano dos serviços de saúde, e o aumento quase hegemônico das doenças crônicas (MENDES, 2008; PAIM et al., 2011). Além

do envelhecimento populacional, outros fatores como crescimento da renda, industrialização, urbanização, maior acesso a alimentos, especialmente aos processados, e hábitos não saudáveis expõem a população brasileira ao risco de DCNT (SHIMIDT et al., 2011).

Atualmente, as DCNT são importante causa de mortalidade e incapacidade em vários países do mundo, inclusive no Brasil (ANDERSON, 2010; SHIMIDT et al., 2011; WHO, 2013). A Organização Mundial da Saúde estima que as quatro principais doenças crônicas – cardiovasculares, câncer, respiratórias e diabetes – são responsáveis por cerca de 60% das mortes no mundo, sendo que 80% dessas ocorrem em países de baixa e média renda, onde a adesão ao tratamento pode chegar a apenas 20% (WHO, 2013).

No Brasil, as DCNT respondem por 72,4% do total de óbitos, sendo que as quatro principais doenças totalizam 80,7% dos óbitos por doenças crônicas (DUNCAN et al., 2012; SHIMIDT et al., 2011). Destaca-se que as doenças cardiovasculares são as principais causas de morte no país, com taxas maiores do que as relatadas em países norte-americanos, sul americanos e europeus (SHIMIDT et al., 2011).

Além da alta mortalidade, as DCNT apresentam forte carga de doença no país. Dados obtidos pelo Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas (VIGITEL) apontam que a hipertensão arterial atinge 24,1% dos adultos brasileiros, enquanto a dislipidemia atinge 20,3% e o diabetes 6,9% (BRASIL, 2013b). A carga associada às doenças crônicas pode ser exemplificada com dados da evolução negativa do diabetes: 7,8% dos casos registrados tinham doença renal, 7,8% infarto do miocárdio, 8,0% derrame cerebral, 4,3% transtorno do pé diabético e 2,2% amputação prévia (SHIMIDT et al., 2011).

No estudo conduzido por Schramm e colaboradores (2004) foi identificado que doenças não transmissíveis responderam por 66,3% da carga de doença no país, sendo responsáveis pelas maiores proporções de anos de vida perdidos por morte prematura (YLL – *Years of Life Lost*), anos de vida vividos com incapacidade (YLD – *Years Lived with Disability*) e anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (DALY – *Disability Adjusted Life of Years*). As doenças que se destacaram foram os transtornos neuropsiquiátricos (19%), as doenças cardiovasculares (13%), as respiratórias crônicas (8%), as musculoesqueléticas (6%), os cânceres (6%) e diabetes (5%). Em outro estudo, foi identificado que as DCNT corresponderam a uma taxa de DALY de 161,3 para cada 1.000 habitantes (OLIVEIRA; VALENTE; LEITE, 2010).

Dessa forma, as DCNT passaram a representar uma expressiva demanda aos serviços de saúde, visto que as pessoas acometidas por esses problemas necessitam de avaliação de seu estado de saúde com maior frequência e, quando não gerenciadas adequadamente, necessitam

de assistência com maior incorporação tecnológica, sendo responsáveis por grande número de internações (ALMEIDA et al., 2002; BARROS et al., 2006; BRASIL, 2013a). Estudo realizado na região Sul do país demonstrou a considerável participação das DCNT nas internações por todas as causas e nas internações por causas sensíveis a atenção primária em idosos, sendo as doenças pulmonares e a insuficiência cardíaca as causas mais prevalentes (SANTOS et al., 2013).

Além dos custos significativos relacionados diretamente à assistência a pessoas com DCNT (internações e atendimento ambulatorial), há ainda o efeito macroeconômico, traduzido principalmente pela queda da produtividade da força de trabalho e pelas aposentadorias precoces (GOULART, 2011; VERAS, 2011). A perda de produtividade no trabalho e a diminuição da renda familiar resultantes de apenas três DCNT (diabetes, doença do coração e acidente vascular cerebral) resultam em uma perda na economia brasileira de US\$ 4,18 bilhões (GOULART, 2011).

Assim, o constante crescimento das DCNT demanda uma revisão sobre o modelo de assistência praticado, priorizando modelos que deem conta de uma necessidade tão ampla e heterogênea (LOUVISON, 2011; MALTA; MERHY, 2010). Melhorar a qualidade, eficácia e eficiência dos cuidados prestados aos pacientes crônicos tornou-se um dos principais desafios para os sistemas de saúde (NUÑO; SAUTO; TORO, 2012).

Mendes (2012) afirma que os sistemas de saúde devem dar respostas às necessidades de saúde das populações e que, por consequência, deve haver uma sintonia muito fina entre essas necessidades e a forma como o sistema se organiza para respondê-las. Para o autor, isso não está ocorrendo nos sistemas de saúde em todo o mundo. Da mesma forma, a Organização Mundial da Saúde sustenta que o cuidado às doenças crônicas precisa ser inovado, com uma atenção planejada e capaz de prever as necessidades de saúde dos usuários, tendo como finalidade a redução da morbimortalidade e manutenção da qualidade de vida das pessoas acometidas (OMS, 2003).

No Brasil, as DCNT estão se tornando prioridade em saúde pública e políticas têm sido implementadas para conhecer sua magnitude, tendência, fatores de risco e para apoiar sua prevenção e controle (FREITAS, 2013; SHIMIDT et al., 2011). Dentre as iniciativas elaboradas, destacam-se as abordagens para prevenção primária, como o controle do tabagismo e do consumo excessivo de álcool, a promoção de dietas saudáveis e estilos de vida ativos, a expansão da atenção primária, o rastreamento de câncer de colo do útero e de mama, a distribuição gratuita de medicamentos para hipertensão e diabetes (BRASIL, 2011b; SHIMIDT et al., 2011).

O Ministério da Saúde publicou em 2011 o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT para o período de 2011 a 2022, que tem como objetivo promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção, controle e cuidado das DCNT e seus fatores de risco. Além disso, o plano pretende fortalecer os serviços de saúde voltados para a atenção aos portadores de doenças crônicas (BRASIL, 2011b).

Nesse contexto, a atenção primária assume um papel essencial na prevenção e controle de DCNT. Além de ser porta de entrada prioritária no SUS, desenvolve atividades com o indivíduo e com a comunidade de prevenção primária de fatores de risco para doenças crônicas e de reabilitação e prevenção de futuras complicações (MACINKO; DOURADO; GUANAIS, 2011). Conforme Starfield (2002), a atenção primária tem como característica central a longitudinalidade, em que a equipe acompanha o paciente ao longo do tempo para os múltiplos episódios de doença e cuidados preventivos.

Nos últimos anos discute-se a efetivação da rede de atenção para prestar assistência contínua às pessoas com doenças crônicas, sendo a atenção primária responsável pela coordenação dos fluxos na rede (BRASIL, 2011b; MENDES, 2012). Evidências sugerem que pessoas com DCNT melhoram ao receber tratamento eficiente, regular e contínuo (CRAMM; MÖLKEN; NIEBOER, 2012; MOREIRA, 2013; MUSSI et al., 2013; NAYLOR; SOCHALSKI, 2010).

Embora muitas políticas públicas se detenham ao estabelecimento de uma rede de atenção à saúde, observa-se que os serviços permanecem funcionando como componentes à parte da rede, com pouca ou nenhuma interlocução. Apesar do SUS ter a proposta e estar estruturado para prestar assistência em uma rede integrada, na prática ainda funciona de forma fragmentada e responde às demandas sociais com ações reativas, episódicas e voltadas, principalmente, para as condições agudas e para os episódios agudos de doenças crônicas. A resposta à situação epidemiológica do país é fortemente concentrada nas consultas de urgência (FREITAS, 2013; MENDES, 2012).

Consequentemente, os serviços de emergência têm apresentado uma demanda progressiva de pacientes com problemas agudizados de doenças crônicas, como tem sido reportado em diversos estudos (ACOSTA, 2012; BORGES; TURRINI, 2011; CARRET et al., 2011; FREITAS, 2013; LAGO et al., 2010; MARQUES, 2010). Segundo Borges e Turrini (2011), muitas das readmissões em serviços de emergência poderiam ser evitadas, principalmente àquelas relacionadas a algumas DCNT, como as insuficiências cardíacas, doenças obstrutivas pulmonares crônicas, doenças hipertensivas e diabetes. Marques (2010)

complementa que o atendimento pontual dos episódios agudos de doenças crônicas traz, com o passar do tempo, incapacidades e sequelas irreversíveis aos doentes, o que aumenta a necessidade de recursos de saúde e de atendimento de urgência.

Assim, em um contexto de intensa fragmentação do sistema de saúde e de uma crescente necessidade de prestar atendimento continuado às pessoas com DCNT nos diversos serviços da rede assistencial, reconhece-se a importância da transição do cuidado como componente do processo de integração de práticas de cuidado e de serviços de saúde na assistência a pessoas com doenças crônicas.

3.2 Transição do cuidado: da teoria à prática

A discussão sobre a transição do cuidado surgiu nas últimas décadas como uma resposta à crescente prevalência de doenças crônicas, ao envelhecimento populacional e à atual tendência de redução do tempo de permanência hospitalar e de aumento da atenção na comunidade (HESSELINK et al., 2013). É, portanto, uma forma de superar a fragmentação da atenção e garantir a continuidade dos cuidados na rede de atenção à saúde, sendo uma importante estratégia para a efetivação de um sistema integrado de saúde.

Conforme já descrito anteriormente, a transição do cuidado trata de diversas ações para dar seguimento à assistência na transferência de pacientes de um serviço de saúde para outro. Ocorre tanto entre diferentes localidades (do hospital para unidade da atenção primária, por exemplo), quanto entre diferentes níveis de cuidado no mesmo local, como da unidade de internação para unidade de tratamento intensivo no mesmo hospital (COLEMAN; BOULT, 2007).

A transição do cuidado ocorre em um contexto de múltiplos relacionamentos, incluindo o paciente, seus familiares e cuidadores, os profissionais que prestaram o atendimento e os que continuarão a assistência (GEARY; SCHUMACHER, 2012). Portanto, é um processo complexo que exige coordenação e comunicação entre pessoas de diferentes formações, experiências e habilidades (TREGUNNO, 2013).

Os conceitos e os modelos de transição do cuidado descritos na literatura são geralmente fundamentados no princípio do cuidado centrado no paciente, que diz respeito ao cuidado focado nas suas necessidades e preferências, ao invés de ser concentrado nos desejos e nos interesses dos profissionais e do sistema de saúde (LEAVITT, 2001). Autores de publicações referentes a transições entre os serviços de saúde apropriam-se muitas vezes de elementos considerados essenciais para o cuidado centrado no paciente, tais como o

engajamento do paciente e familiar no processo de cuidado, educação e compartilhamento de conhecimento, respeito às necessidades e preferências do paciente, colaboração da equipe de saúde e acesso a serviços de saúde (COLEMAN et al., 2006; NAYLOR; SOCHALSKI, 2010; PARRY; KRAMER; COLEMAN, 2006). Destaca-se o importante papel da família no processo de transição dos pacientes e, portanto, o cuidado também deve ser centrado nas preferências e necessidades da família (COLEMAN; ROMAN, 2015). O cuidado centrado no paciente e sua família possibilita que os valores dos principais afetados guiem todas as decisões sobre seu tratamento, de forma que as transições entre profissionais, programas e serviços de saúde sejam respeitadas, coordenadas, eficientes e efetivas (JACKSON et al., 2012).

Burke e colaboradores (2013) desenvolveram recentemente uma extensa revisão de literatura e identificaram os principais componentes para a transição do cuidado ideal, os quais podem auxiliar na identificação de problemas e guiar no planejamento de mudanças na prática. Os autores descrevem dez domínios que suportam uma “ponte”, a qual representa a transição dos pacientes de um serviço para outro (figura 1):

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



Fonte: Adaptado de Burke et al. (2013, p. 12).

Segundo os autores, a falta de um dos componentes enfraquece a ponte e, portanto, predispõe a ter lacunas no cuidado, comprometendo os resultados de saúde. Isso significa que, quanto maior o número de componentes presentes no cuidado, mais segura é a ponte e mais efetivo terá sido o processo de transição do cuidado (BURKE et al., 2013).

O primeiro domínio diz respeito ao planejamento da alta, que deve iniciar enquanto o paciente ainda está em tratamento, alguns dias antes da alta (BURKE et al., 2013). Trata-se de uma estratégia em que se aproveita o momento da hospitalização para desenvolver atividades de educação e de preparo para a alta, com objetivo de aumentar a capacidade de autocuidado do paciente em seu domicílio e fortalecer a adesão ao tratamento proposto (DELATORRE et al., 2013; GLANZNER; ZINI; LAUTERT, 2006).

Estudos indicam que quanto melhor o planejamento da alta e o preparo do paciente, maior o sucesso das transições (FOX et al., 2013; WEISS et al., 2007). Em revisão sistemática, Fox et al. (2013) identificaram que o planejamento de alta antecipado diminuía significativamente as readmissões hospitalares e o tempo de permanência dessas readmissões por idosos, como também estava associado com a melhora da qualidade de vida. Para os autores, esses resultados poderiam ser usados por gestores e formuladores de políticas públicas para desenvolver e implementar o planejamento de alta antecipado como prática rotineira em hospitais que atendem idosos.

É essencial que os pacientes e suas famílias sejam envolvidos no planejamento da alta, com suas opiniões sendo consultadas e consideradas durante esse processo. Estudos apontam que a participação dos indivíduos nas tomadas de decisões clínicas os beneficia para gerenciamento dos cuidados após a alta e é importante para a segurança dos pacientes, pois pode auxiliar na prevenção de eventos adversos (FOSS; ASKAUTRUD, 2010; LONGTIN et al. 2010). Segundo Burke e colaboradores (2013), a escuta das preferências e necessidades dos pacientes e familiares no agendamento de consultas pós-alta pode garantir melhor acompanhamento ambulatorial.

Outro componente importante para a transição do cuidado é a comunicação de informações, que se refere ao conteúdo a ser incluído no sumário de alta e/ou mecanismos de transferência de informação do hospital aos serviços que dispensarão os cuidados pós-alta (BURKE et al., 2013). O sumário de alta tem como finalidade orientar a transição de informações sobre o cuidado dos pacientes para a equipe de assistência pós-hospitalar e, por isso, deve conter dados essenciais sobre o período de internação, apresentados de forma estruturada, organizada e objetiva (KRIPALANI et al., 2007a).

Atualmente, não existe uma padronização do conteúdo de sumário de alta, tanto no âmbito nacional quanto internacional. Entretanto, Souza (2012) realizou uma revisão de literatura, seguida de revisão documental em organizações, institutos e conselhos de medicina para especificar um padrão para registros de alta, identificando como elementos indispensáveis os seguintes: identificação do paciente e caracterização da internação; motivo da admissão, diagnósticos e comorbidades; achados clínicos relevantes e outros achados; procedimentos diagnósticos e terapêuticos realizados; medicações importantes, inclusive os medicamentos a serem tomados em casa; exames pendentes; evolução e condições de saúde do paciente na alta; instruções relativas ao acompanhamento (educação ao paciente e familiar), e destino da alta e retorno. Conforme a *Joint Comission International*, uma cópia do sumário de alta deve permanecer no prontuário do paciente, outra entregue ao paciente e uma deve ser encaminhada à instituição ou ao profissional que dará continuidade ao tratamento (THE JOINT COMISSION INTERNATIONAL, 2010).

A organização, clareza e disponibilidade, em tempo hábil, dos dados no sumário de alta e em outros meios de transferência são importantes para que os profissionais que irão acompanhar o paciente após a alta possam acessar e entender rapidamente as informações (BURKE et al., 2013). No entanto, isso nem sempre ocorre. Na Holanda, estudo identificou que os profissionais da atenção primária tinham dificuldade para a continuidade do tratamento a pessoas que tiveram internação hospitalar, devido à falta de informações, pois, mesmo quando tinha algum documento de alta, demorava meses para chegar (HESSELINK et al., 2013). Outra pesquisa realizada na Inglaterra evidenciou que um dos problemas da comunicação escrita entre os profissionais do hospital e os da comunidade eram documentos repletos de abreviaturas e de letra ilegível (CONNOLLY et al., 2009).

Burke e colaboradores (2013) citam, ainda, a segurança da medicação como importante domínio para a transição do cuidado, visto que o tratamento medicamentoso é responsável pela maioria dos eventos adversos após alta hospitalar. Na utilização de diferentes serviços de saúde, erros são frequentemente associados a mudanças no regime medicamentoso, podendo ocorrer discrepâncias entre as prescrições (KRIPALANI et al., 2007b). Portanto, autores afirmam a necessidade de uma reconciliação medicamentosa, na qual é realizada uma revisão dos medicamentos que o paciente está tomando para garantir que aqueles recentemente adicionados, modificados ou excluídos sejam avaliados e informados ao paciente e ao profissional que irá acompanhar os cuidados pós-alta (KRIPALANI et al., 2007b; MITCHELL et al., 2013).

As questões da educação do paciente e da promoção do autogerenciamento são consideradas essenciais para uma transição qualificada (BURKE et al., 2013), sendo geralmente incluídas em intervenções com bons resultados comprovados, como as de Berkowitz et al. (2013), de Naylor e Sochalski (2010) e de Coleman et al. (2006). Essas questões envolvem a educação dos pacientes e familiares sobre os principais diagnósticos e os cuidados necessários, incluindo orientações sobre os problemas de saúde e formas para prevenir agravos, mudanças no tratamento medicamentoso e administração adequada de medicações, consultas ambulatoriais para acompanhamento e informações sobre onde procurar assistência caso surja algum problema inesperado (BURKE et al., 2013; KRIPALANI et al., 2007b). A educação é indispensável para empoderar o paciente a ter uma participação mais ativa no gerenciamento e manejo do seu cuidado, assegurando a continuidade do tratamento após a alta hospitalar (PARRY et al., 2003).

Quanto às orientações finais estabelecidas no plano de alta, o paciente deve recebê-las antes do horário previsto para sua saída formal do hospital, evitando o acúmulo de informações nesse momento, possibilitando a avaliação de sua compreensão quanto às informações fornecidas e o esclarecimento de dúvidas (MIASSO; CASSIANI, 2005). Técnicas têm sido utilizadas para garantir a compreensão das orientações fornecidas pelos profissionais de saúde, como o “mostre-me” (*Teach-Back Method*), no qual pacientes são convidados a repetir o que entenderam, e a distribuição de materiais educativos escritos de forma simples (KRIPALANI et al., 2007b). Nos Estados Unidos, um estudo avaliou uma intervenção em que eram disponibilizados, após a alta, farmacêuticos para orientar os pacientes sobre o tratamento medicamentoso, demonstrando ser uma estratégia útil (CAWTHON et al., 2012). Em outra pesquisa, também realizada nos EUA, foi evidenciado que a existência de um enfermeiro na função específica para realizar as transições do cuidado aumentava as habilidades e os conhecimentos dos pacientes para autocuidado, diminuindo taxas de reinternação (COLEMAN et al., 2006).

Outro aspecto que merece destaque para uma transição do cuidado ideal é o suporte social. Conforme Kripalani e colaboradores (2007b) muitos pacientes não têm apoio de familiares ou suporte social informal para satisfazer suas necessidades e enfrentar novas situações e, por isso, é importante que seja provido o suporte social formal. Burke et al. (2013) afirmam que programas que oferecem auxílio aos pacientes com atividades domésticas, alimentação e outras necessidades durante a recuperação são muito úteis para o período de transição.

Nos Estados Unidos foi desenvolvido um programa que visava à melhoria da transição do hospital para o domicílio, por meio de assistentes sociais que acompanhavam no ambiente domiciliar idosos com risco de reinternação. Essa estratégia procurava responder às necessidades de cada paciente e busca, na comunidade, serviços de suporte social. Além de oferecer apoio formal, foram realizados auxílios para limpeza da casa, alimentação, compras, transporte e lembretes para administração de medicação. Observou-se que após a intervenção teve-se um aumento na qualidade de vida dos pacientes envolvidos, uma redução de 61% das readmissões hospitalares e uma economia de US\$ 628,202 mil por ano (WATKINS; HALL; KRING, 2012). Isso demonstra como o suporte social é importante para uma transição efetiva.

O domínio referente ao planejamento antecipado de cuidados envolve o estabelecimento e o registro (através de uma procuração legal) de objetivos e preferências dos pacientes sobre os cuidados que estão dispostos a receber, sendo muito importante para cuidados paliativos. Trata-se de um componente da transição do cuidado que pode ser desenvolvido tanto no ambiente hospitalar como no ambulatorial (BURKE et al., 2013). Recentemente, em revisão sistemática, evidenciou-se que o planejamento antecipado de cuidados diminuía a quantidade de hospitalizações e impactava positivamente na qualidade dos cuidados no fim da vida (BRINKMAN-STOPPELENBURG; RIETJENS; HEIDE, 2014). Porém, o planejamento antecipado de cuidados é quase inexistente no Brasil.

Com relação ao domínio de coordenação de cuidado entre os membros da equipe de saúde, Burke et al. (2013) afirmam que as atividades de assistência ao paciente devem ser organizadas entre os profissionais de saúde de diferentes localidades para alcançar o resultado desejado (DELISLE, 2013). Como muitos profissionais podem estar envolvidos na transição de um único paciente, é necessário sincronizar os cuidados entre os diferentes serviços e profissionais envolvidos no processo (BURKE et al., 2013). Conforme Coleman e Boulton (2007), um profissional ou equipe deve ser responsável por realizar a coordenação do cuidado, supervisionando todos os aspectos da transição e colaborando com as equipes e cuidadores envolvidos. Sem adequada comunicação e coordenação entre os membros da equipe, os pacientes têm maiores riscos de complicações, erros médicos e realização de testes repetidos (SCHOEN et al., 2011).

No Brasil, a coordenação do cuidado entre os distintos níveis assistenciais é atribuída da atenção primária à saúde. Conforme o Decreto 7508 de 2011, o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde deve ser ordenado pela atenção primária

(BRASIL, 2011c). Isso garante, segundo Alfradique et al. (2009), uma provisão do primeiro contato, focado na pessoa e continuado ao longo do tempo.

Outro aspecto que demonstra estar associado à melhor transição do cuidado é o monitoramento e gerenciamento de sintomas após a alta, que diz respeito ao domínio proposto por Burke e colaboradores (2013) que busca detectar e tratar precocemente novos sintomas, agravos ou demais problemas que possam surgir após a alta, antes de resultarem em utilização não planejada de serviços de saúde. Esse domínio geralmente é colocado em prática durante acompanhamento por telefone, por visita domiciliar ou em consulta ambulatorial, sendo, portanto, interligado ao último domínio proposto pelos autores.

O acompanhamento ambulatorial com profissionais adequados após a alta hospitalar é considerado essencial para proporcionar transições ideais e garantir a continuidade da assistência (BURKE et al., 2013), sendo utilizado na maioria dos programas de intervenção descritos na literatura (DELISLE, 2013). Segundo Burke et al. (2013) e Coleman e Boulton (2007), o ideal é que as consultas ocorram o mais cedo possível e sejam realizadas por profissionais que têm vínculo com o paciente.

Apesar dos progressos no saber científico sobre a transição do cuidado, reconhece-se a dificuldade em se colocar em prática, no processo de trabalho dos profissionais de saúde, métodos e estratégias para qualificar as transições. No entanto, devido a recentes mudanças nas políticas de saúde, como as penalidades por altas taxas de readmissões nos Estados Unidos, é crescente a quantidade de estudos que desenvolvem intervenções no cotidiano de trabalho.

A literatura mostra que intervenções relativamente simples, como um telefonema após a alta ou o uso de um técnico de transições, podem levar a melhorias notáveis no cuidado pós-alta e diminuir as taxas de reinternação, no entanto, somente uma parte dos hospitais as têm implementado (WACHTER, 2013).

Apesar disso, diversas estratégias, baseadas em evidências, têm sido desenvolvidas para a operacionalização de transições seguras. Dentre as descritas na literatura, destacam-se: *Care Transitions Intervention* (COLEMAN et al., 2006); *Transitional Care Model* (NAYLOR; SOCHALSKI, 2010); *Better Outcomes by Optimizing Safe Transitions*, também conhecido pela sigla *BOOST* (HANSEN et al., 2013), e *Project Re-Engineered Discharge*, chamado de *Project RED* (BERKOWITZ et al., 2013). Todas essas intervenções têm custos manejáveis e são desafiadoras, mas não impossíveis de implementar. Para Wachter (2013), elas simplesmente exigem vontade institucional, uma equipe de trabalho forte e uma apreciação dos princípios de melhora de qualidade.

O *Care Transitions Intervention* (CTI) é um programa desenvolvido por Eric A. Coleman (mesmo autor do *Care Transitions Measure*) para realizar transições seguras e qualificadas do hospital para o domicílio. Esse programa é baseado em um plano de cuidado abrangente e na disponibilidade de profissionais treinados que conhecem os objetivos, as preferências e o estado de saúde dos pacientes. Trata-se de uma intervenção de baixo custo e de baixa intensidade, que inclui visitas aos pacientes ainda no hospital, visitas domiciliares e contatos telefônicos para acompanhamento, os quais são realizados por enfermeiros treinados, chamados de “*transitional coach*”. Esses profissionais, além de encorajar os pacientes a adquirir habilidades de autogerenciamento necessárias durante a transição, buscam uma comunicação com os profissionais da atenção primária com os quais os pacientes têm vínculo. Quatro pilares fundamentam a intervenção, a saber: autogerenciamento das medicações; utilização de registros centrados nos pacientes, os quais incluem lista de medicações, de problemas de saúde e de outras informações úteis, que permanecem com os pacientes; acompanhamento na atenção primária e na especializada em tempo oportuno; e conhecimento pelos pacientes de eventos que sugerem piora do estado de saúde (THE CARE TRANSITIONS PROGRAM, 2014). O *Care Transitions Intervention* tem demonstrado bons resultados, em que pacientes com alta hospitalar incluídos no programa tiveram significativamente menos chance de serem readmitidos e foram mais prováveis de atingirem seus objetivos de gerenciamento de sintomas e da recuperação (PARRISH et al., 2009; PARRY et al., 2009). Atualmente, o programa já foi implantado em mais de 800 instituições nos Estados Unidos, nos mais variados públicos-alvo (THE CARE TRANSITIONS PROGRAM, 2014).

O *Transitional Care Model* foi desenvolvido pela Universidade da Pensilvânia e incorpora os principais fundamentos da transição do cuidado, como o planejamento de alta e o acompanhamento no domicílio, sendo um modelo destinado especificamente para idosos com doenças crônicas. O principal objetivo é interromper o ciclo de hospitalizações repetidas e evitáveis, a partir da educação dos pacientes e familiares sobre o gerenciamento do cuidado e da identificação precoce de problemas que possam influenciar no estado de saúde do paciente após a alta. Esse modelo, assim como o *Care Transitions Intervention*, utiliza enfermeiros treinados para desenvolver a transição do cuidado, porém são enfermeiros também treinados para a assistência a idosos, os quais acompanham todo o processo de transição dos pacientes. O modelo ainda inclui a participação de médicos, assistentes sociais, farmacêuticos e outros membros da equipe de saúde (NAYLOR; SOCHALSKI, 2010). Os principais resultados desse modelo incluem a diminuição da readmissão hospitalar e da utilização de serviços de

emergência, melhora da saúde física, do estado funcional e da qualidade de vida dos pacientes, aumento da satisfação dos pacientes e dos familiares e redução dos custos na prestação de serviços de saúde (NAYLOR; SOCHALSKI, 2010).

O *Project BOOST* foi desenvolvido pela Sociedade de Medicina Hospitalar, nos Estados Unidos, e é baseado em princípios da qualidade de serviços. O programa proporciona recursos para aperfeiçoar o processo de alta e para minimizar eventos adversos após a alta, tendo como objetivos a redução da taxa de reinternação, aumentar a satisfação dos pacientes e os escores relacionados ao processo de alta do *Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems* (HCAHPS), melhorar a comunicação entre profissionais de saúde e pacientes, e aperfeiçoar o fluxo de informações entre os profissionais hospitalares e os ambulatoriais (SOCIETY OF HOSPITAL MEDICINE, 2014). Esse programa tem alcançado seus objetivos (ENDELIN et al., 2013) e já foi implementado em mais de 180 instituições nos Estados Unidos e no Canadá (SOCIETY OF HOSPITAL MEDICINE, 2014).

Diferentemente dos modelos já apresentados, o *Project RED*, desenvolvido por pesquisadores da Universidade de Boston, tem uma abordagem inovadora, com o uso de uma enfermeira virtual, chamada “Louise”. Esse sistema computacional foi elaborado com base numa análise detalhada de como enfermeiros dão orientações do plano de cuidados e pretende simular uma conversa entre o paciente e o enfermeiro sobre os cuidados pós-alta. O sistema é atualizado pelos enfermeiros responsáveis pelos pacientes, de forma que os planos de cuidado individualizados são elaborados pela equipe e inseridos no sistema. Um computador com tela sensível ao toque (*touch screen*) deve ser instalado ao lado da cama do indivíduo, permitindo que o paciente toque na tela para receber as orientações e realizar perguntas para a enfermeira virtual. Um relatório é enviado para os enfermeiros acompanharem a conversa. Esse projeto também inclui o treinamento de profissionais para a transição do cuidado, a elaboração de um plano de cuidado abrangente baseado em evidências científicas, a educação do paciente, o encaminhamento para atenção primária, o acompanhamento pós-alta, entre outros (JACK; BICKMORE, 2011). O *Project RED* tem demonstrado bom desempenho, com redução de 30% na utilização de serviços hospitalares e diminuição de 33,9% dos custos. Apesar de ser um sistema computacional, os pacientes relatam boas experiências com a enfermeira virtual, pois ela tinha paciência e tempo disponível para explicar detalhadamente as orientações, o que muitas vezes os enfermeiros não têm. O projeto foi implementado em mais de 500 hospitais em 10 países (JACK; BICKMORE, 2011).

Além desses modelos amplamente difundidos internacionalmente, existem inúmeras iniciativas institucionais de intervenções para melhorar a transição do cuidado. Entretanto, intervenções realizadas em serviços de emergência são menos frequentes.

Em Montreal, no Canadá, um serviço de emergência desenvolveu um programa em que enfermeiros eram responsáveis e coordenadores do processo de alta de idosos. Os enfermeiros identificavam os problemas de saúde dos indivíduos, elaboravam estratégias para orientação sobre o tratamento no domicílio, encaminhavam os pacientes para continuar o cuidado na atenção primária e os acompanhavam por telefone por até uma semana após a alta. Os resultados mostraram que o programa reduziu a reincidência dos idosos no serviço, aumentou a satisfação do usuário com as orientações de alta e facilitou a transição do serviço para o domicílio e para os serviços de atenção primária (GUTTMAN et al., 2004).

Outras intervenções similares a de Guttman et al. (2004) são descritas nos estudos de Arendts et al. (2013) e Caplan et al. (2004) na Austrália, McCusker et al. (2003) no Canadá e Mion et al. (2003) nos EUA.

No âmbito nacional, destaca-se a iniciativa do serviço de emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre que implementou um projeto de contrarreferência de pacientes que receberam alta para algumas unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF) de um distrito sanitário do município. Nesse projeto, os pacientes que correspondiam aos critérios de inclusão recebiam um documento de contrarreferência e o sumário de alta e eram orientados a procurar atendimento na unidade de ESF de referência para a continuidade do cuidado. Sempre que possível, era realizado um contato telefônico com o médico ou enfermeiro da unidade para comunicar que o paciente teve alta da emergência e informar o atendimento prestado e os cuidados a serem realizados na atenção primária (DAY, 2013).

Esse projeto melhorou a comunicação entre as equipes, o que contribuiu para o planejamento do cuidado nas ESF e proporcionou aos profissionais da emergência conhecer a atuação da atenção primária. Porém, existiam problemas relacionados ao trabalho em equipe, visto que o projeto era desenvolvido pelos residentes da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, não envolvendo todos os profissionais do serviço, principalmente os médicos. Outras limitações incluem a territorialização desatualizada, a inclusão de poucas unidades de ESF e a falta de um sistema de registros integrado (DAY, 2013). Apesar de ser um projeto que não previa a transição do cuidado como objetivo e que tinha capacidade de realizar poucas contrarreferências, foi uma boa iniciativa para se efetivar o trabalho em rede e proporcionar a continuidade do cuidado. O projeto, entretanto, não está mais em funcionamento.

Por fim, como puderam ser identificados, diversos aspectos influenciam a transição do cuidado, de forma que as ações para melhorar o processo devem iniciar durante a internação e a preparação da alta e estenderem-se ao período pós-alta. Nesse aspecto, a atuação da equipe de enfermagem na transição do cuidado se torna fundamental para organizar os fluxos de utilização de serviços de saúde, para articulação e comunicação das equipes de saúde envolvidas, para educação do paciente e da família e para a garantia da continuidade do cuidado.

3.3 A transição do cuidado no contexto da atenção às urgências no Brasil

A produção de saúde implica em formatos institucionais que articulam respostas macro e microinstitucionais (MALTA; MERHY, 2010), de forma que a transição do cuidado é influenciada tanto pelo processo de trabalho das equipes de saúde, quanto pela organização do sistema de saúde e suas interfaces. Portanto, considera-se importante a descrição de como o atendimento às urgências está organizado no país para compreender o processo de transição do cuidado nesse contexto.

O sistema de saúde brasileiro sofreu modificações nos últimos anos, sendo que sua organização é marcada por lutas e desafios na tentativa de melhoria da qualidade da assistência à população (PAIM et al., 2011; ROCHA, 2005). A Constituição Federal promulgada em 1988, no Brasil, estabelece que a saúde é um dever do Estado e um direito da população. A partir disso, foi proposta uma reorganização político-administrativa, em que as ações e os serviços de saúde devem ser promovidos por um Sistema Único de Saúde (SUS), organizado em torno dos princípios da universalidade, integralidade e hierarquização da rede de atenção, visando uma assistência resolutiva aos usuários em todos os níveis assistenciais a partir da superação do modelo hospitalocêntrico e curativista.

Como a legislação do SUS não trata especificamente da atenção às urgências, a publicação da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), em 2003, foi um importante marco para a reorganização do sistema de saúde. Ciconet (2009) argumenta que a ausência de uma política específica pode justificar o fato das urgências terem sido tratadas de modo episódico até 2003, com projetos e programas que operavam como sistemas próprios, à margem das instituições.

A PNAU propõe o cuidado integral às urgências pela integração dos serviços e do conceito ampliado de urgência, em que é considerada a expectativa do usuário, além do conceito técnico de urgência dos profissionais. Esperava-se que a atenção às urgências fluísse

em todos os níveis do SUS, organizando a assistência desde as unidades de saúde até os cuidados pós-hospitalares na convalescença, recuperação e reabilitação. O atendimento aos usuários com quadros agudos deveria ser prestado por todas as portas de entrada do SUS que possibilitasse resolutividade à demanda ou transferisse para um serviço de maior/menor complexidade quando necessário (BRASIL, 2006).

A partir da necessidade de superar a fragmentação das ações e qualificar a gestão do cuidado, em julho de 2011, o Ministério da Saúde instituiu a Rede de Atenção às Urgências do SUS, pela Portaria nº 1.600, reformulando a Política Nacional de Atenção às Urgências (BRASIL, 2011a). Nessa publicação, foi reafirmado o conceito de Redes Regionalizadas, as quais devem integrar os diversos níveis de complexidade do sistema, com objetivo de ampliar, organizar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, de forma equitativa, ágil e oportuna. As redes têm como estratégias o acolhimento com classificação de risco, a busca da qualidade, a resolutividade e a articulação na transição do cuidado de um ponto de atenção para outro, visando à integralidade da assistência e garantindo a continuidade do cuidado conforme as necessidades do usuário.

Dessa forma, a Rede de Atenção às Urgências é constituída pelos seguintes componentes: 1) Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; 2) Atenção Básica em Saúde; 3) Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; 4) Sala de Estabilização; 5) Força Nacional de Saúde do SUS; 6) Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; 7) Hospitalar, e 8) Atenção Domiciliar (BRASIL, 2011a).

Essa composição da atenção às urgências evidencia a necessidade de articulação entre os diferentes níveis de atendimento para operacionalizar os fluxos na rede assistencial, de forma que cada serviço se reconheça como parte integrante da rede e complemento a ação do outro por meio de mecanismos organizados e pactuados (BRASIL, 2011a).

O fluxo ascendente e descendente de indivíduos nos serviços de saúde, em relação à complexidade do atendimento, é dado a partir de mecanismos de referência e contrarreferência, respectivamente, que são organizados e pactuados em redes locorregionais de atenção integral às urgências (BRASIL, 2006). A utilização desses mecanismos como forma de articulação do sistema de saúde visa construir a comunicação entre os serviços de saúde e os níveis de atenção da rede, possibilitando acesso das pessoas que procuram atendimento nas portas de entrada a todos os serviços no Sistema Único de Saúde (DAY, 2013).

Assim, seguindo as recomendações das políticas públicas brasileiras, pessoas que procurassem atendimento em serviços hospitalares de emergência deveriam permanecer no serviço até a estabilização dos sintomas e depois serem contrarreferenciados para as unidades de atenção primária para serem acompanhadas durante o processo de tratamento e recuperação. Além de reafirmar a finalidade de cada nível assistencial, isso facilitaria a continuidade dos cuidados, contribuiria para a integralidade e evitaria futuras situações de urgência. Nesse contexto, junto à contrarreferência, a transição do cuidado se torna um importante aspecto a ser considerado na busca pela continuidade do atendimento, integralidade e articulação e operacionalização das redes assistenciais.

Entretanto, no Brasil a transição do cuidado é uma terminologia pouco conhecida e, muitas vezes, confundida com a referência e contrarreferência. Cabe ressaltar que o sistema de referência e contrarreferência é um mecanismo administrativo-gerencial para operacionalização dos fluxos de pessoas entre os serviços da rede assistencial (DIAS, 2012), ao passo que a transição do cuidado se constitui de um conceito abrangente, que inclui o envolvimento do paciente e sua família, assim como o envolvimento dos profissionais de saúde em seu microespaço de trabalho, indo muito além dos documentos oficiais de referência e contrarreferência.

Frente ao exposto, podem-se constatar avanços do sistema de saúde brasileiro em relação à estruturação e organização do sistema em rede para o atendimento às urgências. Porém, a estruturação dos serviços de emergência não tem ocorrido na mesma velocidade das mudanças sociodemográficas da população brasileira, que vem se modificando ao longo das últimas décadas (SANTOS, 2010). Tradicionalmente organizados num enfoque voltado para situações limites e para agravos de causas externas, especialmente os acidentes de trânsito e violência urbana, exigem resposta que contemplem a mudança do perfil da população. A maior expectativa de vida, o aumento da morbimortalidade por doenças crônicas provoca a necessidade de novos modelos de atenção (BITTENCOURT; HORTALE, 2007). Assim, persistem ainda problemas na utilização da rede, os quais refletem fragilidades não só na assistência às urgências quanto no sistema de saúde como um todo.

Resultados obtidos em estudos mostram que os principais problemas da atenção às urgências são relacionados à concentração de demandas nas unidades clássicas de emergência, à utilização inadequada dos serviços de urgência por pacientes com demandas consideradas não urgentes, à superlotação dos serviços de emergência com longo tempo de espera por atendimento e à sobrecarga de trabalho dos profissionais (ABREU, 2009; ACOSTA, 2012; CICONET, 2009; GARLET, 2008; GARLET et al., 2009; GEHLEN, 2012;

MARQUES, LIMA, CICONET, 2011; MARQUES, 2010; SANTOS et al., 2013; SANTOS, 2010). Os serviços de emergência sofreram grande impacto dos desafios inerentes ao sistema de saúde, sendo esses serviços alvo de críticas que abrangem a quantidade, a qualidade e a resolutividade da assistência prestada (O'DWYER, 2010).

Observa-se que as emergências hospitalares continuam sendo o local para onde confluem situações que vão desde aquelas de sua estrita responsabilidade, bem como problemas não resolvidos nem diagnosticados em outros níveis de atenção (SANTOS, 2010). Esses serviços estão funcionando como um para-raios do sistema de saúde, necessitando responder às demandas, algumas vezes reprimidas, que buscam nas emergências a resolutividade para seus problemas de saúde (ACOSTA, 2012; MARQUES, 2010).

Para a população, esses serviços representam uma alternativa de atendimento rápido e fácil para diversas situações, com possibilidade de acesso à assistência de maior tecnologia e resolutividade, sem precisar peregrinar pelo sistema de saúde (ACOSTA, 2012; DUBEUX; FREESE; FELISBERTO, 2013; GOMIDE et al., 2012).

Nesse aspecto, salienta-se a importância que os serviços de emergência têm como porta de entrada para o sistema de saúde. No entanto, O'Dwyer (2010) cita que a urgência não oferece condições necessárias para atuar como porta de entrada qualificada, como o responsável pelo acompanhamento, seguimento e vínculo com o paciente.

Observa-se que tanto a transição do cuidado como o mecanismo de contrarreferência ainda se apresentam como uma lacuna no sistema de saúde, por serem praticamente inexistentes. Para Marques e Lima (2007), pacientes com doenças crônicas que tivessem vínculo com um serviço ambulatorial, quando atendidos na emergência, não deveriam sair desse serviço sem orientação e sem a consulta agendada no serviço de origem, o mais breve possível, o que na prática não ocorre.

Um estudo realizado em serviço de emergência de Porto Alegre constatou que a maioria dos pais de crianças que tiveram alta do serviço para o domicílio recebeu apenas informação sobre administração de medicação e foi orientada a retornar ao hospital caso houvesse piora do estado de saúde, sendo que ninguém foi informado sobre a continuidade dos cuidados ou foi contrarreferenciado para a unidade de atenção primária (BRAGA, 2010). Concordando com isso, Acosta (2012) constatou que, grande parte dos usuários frequentes de serviço de emergência não foi encaminhada para a unidade de referência após a alta. A autora também identificou que quase 30% dos usuários frequentes retornaram ao serviço quando já estavam estabilizados para acompanhamento do tratamento por solicitação dos profissionais do próprio serviço.

Por sua vez, nas unidades da atenção primária, há constantes reclamações acerca da insuficiente comunicação com os profissionais da emergência. Souza, Bonilha e Veronese (2008) citam que é comum pacientes apresentarem reincidência de quadros agudos e o serviço de referência desse usuário não ser informado de que ele recebeu atendimentos de urgência.

Apesar disso, a investigação de Darolt (2007) mostrou que os enfermeiros de uma emergência da região do Vale do Itajaí reconheciam como uma falha de seu trabalho a falta de contrarreferência para a atenção primária, embora soubessem que se trata de uma importante etapa da assistência. Os profissionais relataram que, quando orientavam os pacientes a procurar as unidades de saúde após a alta, não sabiam se realmente havia a continuidade.

Conforme Rocha (2005), as emergências apresentam grande capacidade de produção de consultas, mas expressam cada vez mais a fragmentação da assistência e as deficiências de interligação entre os níveis de atenção. Pode-se inferir que, ao mesmo tempo em que existe a preocupação dos serviços de emergência em se realizar os encaminhamentos necessários, há a desresponsabilização, como se o papel dos profissionais na emergência fosse dar orientação e que o restante caberia à atenção primária. Porém, o serviço responsável pelo período intermediário entre a alta da emergência e a consulta na unidade de saúde não é consensual. Como Acosta (2012) identificou, a transição de um ponto de atenção à saúde para outro se torna mais uma responsabilidade do paciente do que dos profissionais e do serviço, de forma que cabe ao paciente procurar de porta em porta a continuidade do atendimento.

Porém, problemas referentes à transição do cuidado não são limitados às emergências, ocorrendo em diversos serviços que compõem a rede de atenção. Conforme Mendes (2012) e Hartz e Contandriopoulos (2004), apesar da integralidade ser um dos pilares do SUS, na prática a integração e articulação dos serviços de saúde ainda não se realizou. A lógica do encaminhamento e da desresponsabilização, bem como a hegemonia do modelo biomédico e a consequente fragmentação dos cuidados se mostram vigentes no cotidiano dos serviços (DELFINI; REIS, 2012).

As fragilidades referentes à transição do cuidado no Brasil são evidenciadas pelas elevadas taxas de reinternação hospitalar (CASTRO; CARVALHO; TRAVASSOS, 2005; ALVARENGA; MENDES, 2003; MOREIRA, 2010), pelos altos percentuais de busca repetida em serviços de emergência (ACOSTA, 2012), pela falta de planejamento de alta (PEREIRA et al., 2007), pela quase inexistência da contrarreferência (ALMEIDA et al., 2010; MACHADO; COLOMÉ; BECK, 2011), pela falta de comunicação entre profissionais do hospital e os das unidades de atenção primária (SILVA; RAMOS, 2011), entre outros.

Em outros países a transição do cuidado também ainda está longe de ser a ideal. Estudo multicêntrico analisou a percepção de pacientes sobre a alta hospitalar em diversos países e identificou que a falta de planejamento para transição do cuidado foi apontada por 26% e 29% dos pacientes do Reino Unido e dos Estados Unidos da América (EUA), respectivamente, enquanto que os demais países apresentaram percentuais de 50% ou mais. Os problemas mais relatados foram: não ter recebido instruções sobre quando procurar acompanhamento, não saber quem procurar para fazer perguntas, não ter um plano de alta por escrito, sair do hospital sem consulta agendada para acompanhamento e não ter instruções claras sobre o tratamento medicamentoso no domicílio (SCHOEN et al., 2011).

Assim, verifica-se a necessidade de aprimorar aspectos relacionados à transição do cuidado não só no âmbito nacional, como no internacional. No SUS são reconhecidos os avanços em relação à estruturação da rede de saúde para o atendimento às urgências, porém a articulação entre os serviços da rede ainda é insuficiente e a transição do cuidado, quase inexistente. É essencial que pesquisas se detenham no desenvolvimento de indicadores para avaliar a qualidade das transições realizadas nas instituições de saúde, como também em intervenções para aperfeiçoar esses aspectos.

3.4 O instrumento *Care Transitions Measure* (CTM)

O desenvolvimento de um instrumento específico para medir a transição do cuidado foi conduzido por Coleman e colaboradores, em 2002, em reconhecimento à falta de instrumentos válidos e confiáveis para esse propósito. Assim, o *Care Transition Measure* foi elaborado com o intuito de entender a experiência dos usuários na transição do cuidado e de rigorosamente avaliar a sua qualidade, sendo útil para medição de desempenho de serviços e sistemas de saúde e divulgação pública (COLEMAN et al., 2002). É, também, um dos poucos instrumentos que inclui a participação dos pacientes como aspecto relevante na alta hospitalar (FOSS; ASKAUTRUD, 2010).

O instrumento foi desenvolvido a partir de grupos focais com idosos e cuidadores que recentemente tinham recebido alta hospitalar no Colorado, Estados Unidos, o que possibilitou a análise de experiências nas transições. Os autores tiveram preocupação em selecionar depoimentos que capturassem pontos essenciais discutidos pelos participantes nos grupos e que representassem suas perspectivas. Dessa forma, o CTM foi projetado para ser mais centrado no usuário do que nos profissionais e serviços de saúde (COLEMAN et al., 2002).

Atualmente, o *Care Transition Measure* contém duas versões, uma completa com 15 itens (CTM-15) e outra resumida com três itens (CTM-3). O CTM-15 apresenta quatro fatores, intitulados entendimento crítico, importância das preferências, preparação para gerenciamento e plano de cuidado (COLEMAN; MAHONEY; PARRY, 2005). Consistente com a versão original, o CTM-3 inclui três principais domínios considerados importantes para o cuidado após alta: a compreensão do papel do autocuidado no cenário pós-hospitalar, a administração de medicamentos e as preferências incorporadas no plano de cuidado (PARRY et al., 2008). Os quadros abaixo mostram as duas versões do CTM:

Quadro 1 – Itens e domínios do instrumento *Care Transitions Measure*, versão completa (CTM-15), Porto Alegre, Brasil, 2016

Item	Fator
1. Before I left the hospital, the staff and I agreed about clear health goals for me and how these would be reached.	Importância das preferências
2. The hospital staff took my preferences and those of my family or caregiver into account in deciding <i>what</i> my health care needs would be when I left the hospital.	Importância das preferências
3. The hospital staff took my preferences and those of my family or caregiver into account in deciding <i>where</i> my health care needs would be met when I left the hospital.	Importância das preferências
4. When I left the hospital, I had all the information I needed to be able to take care of myself.	Preparação para gerenciamento
5. When I left the hospital, I clearly understood how to manage my health.	Preparação para gerenciamento
6. When I left the hospital, I clearly understood the warning signs and symptoms I should watch for to monitor my health condition.	Preparação para gerenciamento
7. When I left the hospital, I had a readable and easily understood written plan that described how all of my health care needs were going to be met.	Plano de cuidado
8. When I left the hospital, I had a good understanding of my health condition and what makes it better or worse.	Preparação para gerenciamento
9. When I left the hospital, I had a good understanding of the things I was responsible for in managing my health.	Entendimento crítico

Quadro 1 – Itens e domínios do instrumento *Care Transitions Measure*, versão completa (CTM-15), Porto Alegre, Brasil, 2016

Item	Fator
10. When I left the hospital, I was confident that I knew what to do to manage my health.	Entendimento crítico
11. When I left the hospital, I was confident I could actually do the things I needed to do to take care of my health.	Entendimento crítico
12. When I left the hospital, I had a readable and easily understood written list of the appointments or tests I needed to complete within the next several weeks.	Plano de cuidado
13. When I left the hospital, I clearly understood the <i>purpose</i> for taking each of my medications.	Entendimento crítico
14. When I left the hospital, I clearly understood <i>how</i> to take each of my medications, including how much I should take and when.	Entendimento crítico
15. When I left the hospital, I clearly understood the possible <i>side effects</i> of each of my medications.	Entendimento crítico

Fonte: Adaptado de Coleman, Mahoney e Parry (2005, p. 250).

Quadro 2 – Itens do instrumento *Care Transitions Measure*, versão resumida (CTM-3), Porto Alegre, Brasil, 2016

Item	Fator
2. The hospital staff took my preferences and those of my family or caregiver into account in deciding <i>what</i> my health care needs would be when I left the hospital.	Importância das preferências
9. When I left the hospital, I had a good understanding of the things I was responsible for in managing my health.	Entendimento crítico
13. When I left the hospital, I clearly understood the <i>purpose</i> for taking each of my medications.	Entendimento crítico

Fonte: Adaptado de Parry et al. (2008, p. 318).

Ambas as versões se constituem de afirmações sobre o processo de transição do cuidado, medidas por meio de uma escala de Likert com quatro opções de respostas que variam de “concordo muito” a “discordo muito”. Uma quinta opção de resposta – “Não

sei/não me lembro/ não se aplica” – é também citada, embora não seja incluída no cálculo do escore final.

O escore do CTM é dado em uma escala de 0 a 100, sendo que, quanto maior o valor, melhor a qualidade da transição do cuidado. Não é descrito na literatura um ponto de corte que indique uma transição satisfatória ou não. Estudos que utilizaram o instrumento apresentaram escores que variaram de 63,7 (RYVICKER et al., 2013) a 79,8 (GROENE et al., 2015).

O instrumento é, geralmente, aplicado por profissionais de saúde, por meio de contato telefônico com pacientes que tiveram alta recente, de sete dias a seis semanas (COLEMAN et al., 2007; COLEMAN et al., 2004; McLEOD et al., 2013; SHADMI 2013). Contudo, os autores sugerem que seja aplicado em até 30 dias após a alta (THE CARE TRANSITIONS PROGRAM, 2014).

O CTM tem sido testado extensivamente e tem se mostrado ser confiável, preciso e válido para avaliar a transição do cuidado na perspectiva dos usuários. O instrumento apresenta validade de conteúdo, de face e de constructo (COLEMAN et al., 2002) e evidencia alta confiabilidade (COLEMAN; MAHONEY; PARRY, 2005). A consistência interna tem variado de 0,90 a 0,96, demonstrando boa correlação entre os itens (COLEMAN; MAHONEY; PARRY, 2005; McLEOD et al., 2013; SHADMI, 2013; SHADMI; ZISBERG; COLEMAN, 2009; PARRY et al., 2008). Além disso, evidências sugerem que o instrumento é capaz de discriminar os usuários que experimentaram, ou não, uma subsequente internação em serviço de emergência ou em unidade de internação, apresentando bom valor preditivo e comprovando sua utilidade (COLEMAN; MAHONEY; PARRY, 2005). No que concerne à estrutura fatorial, a versão original do CTM-15 apresenta quatro fatores, intitulados entendimento crítico, importância das preferências, preparação para gerenciamento e plano de cuidado (COLEMAN; MAHONEY; PARRY, 2005).

Apesar de ter sido inicialmente destinado a mensurar a transição do cuidado na população de idosos, o CTM é utilizado para as mais diversas populações, que incluem comunidades rurais e urbanas, crianças, imigrantes, entre outros (BAKSHI et al., 2012; BERRY et al., 2013; COLEMAN; MAHONEY; PARRY, 2005; PARRY et al., 2008; SHADMI 2013). Recentemente, foi realizado um estudo no Canadá que examinou o desempenho do CTM para avaliar a qualidade da transição de cuidado em idosos com problemas musculoesqueléticos, uma população considerada complexa, por necessitar de cuidados de diferentes profissionais em múltiplos serviços de saúde. Foi identificado que o CTM refletia adequadamente a qualidade da transição do cuidado, embora os autores tenham

sugerido a inclusão de aspectos relevantes para essa população no instrumento, como a construção de um relacionamento de confiança com os profissionais, a comunicação efetiva e a continuidade do cuidado no domicílio (McLEOD et al., 2013).

O *Care Transition Measure* é utilizado, muitas vezes, como indicador de qualidade em estudos que analisam intervenções na transição de cuidado em serviços de saúde, como preparação para alta hospitalar por equipe multidisciplinar ou enfermeiro, coordenação e plano de cuidado, acompanhamento domiciliar e por telefone após alta (ARBAJE et al., 2010; COLEMAN et al., 2004; DEDHIA et al., 2009; HUNG et al., 2013). Os resultados dessas pesquisas mostram que os escores do CTM são maiores nos grupos de intervenção do que nos grupos de pacientes que receberam cuidados usuais, sugerindo uma melhor transição do cuidado na perspectiva dos pacientes.

Frente ao exposto, pode-se entender que o *Care Transition Measure* é um importante indicador de qualidade de serviços de saúde. Para tanto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) adotou o CTM como um dos indicadores do *Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals* (PATH), um programa que avalia o desempenho de hospitais europeus e aponta atividades de melhoria de qualidade (WHO, 2009).

Segundo Parry et al. (2008), existem mais de 900 pedidos de permissão para o uso do *Care Transition Measure*, de forma que o instrumento tem sido empregado em diversos países para resolver os problemas de pacientes de alto risco, incluindo os idosos frágeis, adultos com condições crônicas, pacientes com câncer e crianças com necessidades especiais de saúde e/ou deficiências. Em busca de literatura realizada na base de dados Pubmed, foram encontrados 22 artigos que utilizaram o CTM (Quadro 3), demonstrando sua crescente utilização na comunidade acadêmica.

Atualmente, o CTM conta com versões em 11 idiomas, incluindo espanhol, francês, italiano e chinês, embora nem todas as versões tenham sido adaptadas transculturalmente (THE CARE TRANSITIONS PROGRAM, 2014). Foram traduzidas e validadas as versões chinesa (BAKSHI et al., 2012; CAO et al., 2015), hebraica e árabe (SHADMI; ZISBERG; COLEMAN, 2009).

Quadro 3 – Artigos encontrados na base de dados Pubmed que utilizaram o CTM, Porto Alegre, Brasil, 2016

Autor (ano)	País	Objetivo
CAO et al. (2015)	China	Avaliar as propriedades psicométricas do CTM-15 e do CTM-3 na China continental.
Record et al. (2015)	EUA	Explorar associações entre inclusão de aspectos do cuidado centrado no paciente no currículo de programa de residência médica e as perspectivas do paciente sobre a qualidade da transição do cuidado.
SOONG et al. (2014)	Canadá	Examinar o efeito de contato telefônico após 72 horas da alta hospitalar na experiência do paciente durante a transição do cuidado.
RAYAN, ADAMI, SHADMI (2014)	Israel	Avaliar a alta do hospital de pacientes imigrantes e identificar a associação entre a concordância de linguagem entre o médico e o paciente com a qualidade da transição de cuidado.
MOSALLAM, METWALLY (2014)	Egito	Mensurar a qualidade da transição do cuidado de pacientes de hospital de Alexandria, usando o CTM, e explorar a associação entre a qualidade da transição do cuidado e as características dos pacientes.
ANATCHKOVA et al. (2014)	EUA	Realizar análise psicométrica dos itens do <i>Care Transitions Measure</i> e avaliar a dimensionalidade, consistência interna e validade de construto do CTM-15 e CTM-3.
MEYERS et al. (2014)	EUA	Relatar o protocolo do estudo longitudinal “The Vanderbilt Cohort Study”, que examina determinantes que afetam a qualidade de transições do cuidado do hospital para a casa.
RYVICKER et al. (2013)	EUA	Avaliar se o CTM é útil para profissionais que trabalham com atendimento domiciliar para prever os pacientes com maiores riscos de utilização de serviço de emergência e de reinternação hospitalar.
HUNG et al. (2013)	EUA	Avaliar o impacto do programa “ <i>Mobile Acute Care of the Elderly</i> ” no que diz respeito eventos adversos, tempo de permanência no hospital, capacidade funcional e satisfação durante transição do cuidado.
McLEOD et al. (2013)	Canadá	Examinar se o CTM está adequado para avaliar a qualidade da transição do cuidado entre idosos com doenças musculoesqueléticas em reabilitação.
SHADMI (2013)	Israel	Comparar a qualidade das transições de cuidado de pacientes imigrantes em relação à população em geral.
BERRY et al. (2013)	EUA	Descrever a percepção de pais sobre a alta hospitalar dos seus filhos e verificar a associação entre essas percepções com futuras reinternações.
COUZNER; RATCLIFFE; CROTTY (2012)	Austrália	Verificar a relação entre qualidade de vida, estado de saúde autorreferido e qualidade da transição do cuidado em idosos incluídos em dois programas de reabilitação pós-internação hospitalar.

Autor (ano)	País	Objetivo
BAKSHI et al. (2012)	Singapura	Testar as propriedades psicométricas do CTM-15 e CTM-3 em Singapura, sudeste da Ásia.
HOLLAND; HEMANN (2011)	EUA	Avaliar a efetividade de uma intervenção na prática de planejamento de alta de <i>Mayo Clinic</i> , na perspectiva de pacientes.
FOSS; ASKAUTRUD (2010)	Noruega	Identificar aspectos relacionados à participação do paciente nos instrumentos existentes para mensurar o processo da alta hospitalar.
ARBAJE et al. (2010)	EUA	Avaliar o efeito do “ <i>Geriatric Floating Interdisciplinary Transition Team</i> ” na qualidade da transição do cuidado e na satisfação com os cuidados hospitalares.
DEDHIA et al. (2009)	EUA	Verificar a eficácia e a efetividade de uma intervenção multidisciplinar no planejamento da alta.
SHADMI; ZISBERG; COLEMAN (2009)	Israel	Avaliar a validade e a confiabilidade do CTM-15 e CTM-3 nas versões nos idiomas hebraico e árabe.
MASLOVE et al. (2009)	Canadá	Analisar a satisfação de médicos da atenção primária com um programa que utiliza sumários de alta eletrônicos e comparar com a satisfação com sumários usuais.
PARRY et al. (2008)	EUA	Examinar o desempenho do CTM em populações diversas e introduzir o CTM-3.
COLEMAN et al. (2007)	EUA	Demonstrar a capacidade do CTM em identificar fragilidades nos cuidados, elaborar e implementar um modelo para melhoria da qualidade da transição do cuidado, avaliar o impacto do modelo na pontuação do CTM e testar a validade preditiva do CTM-3 na previsão de retornos aos serviços de emergência.
COLEMAN; MAHONEY; PARRY (2005)	EUA	Avaliar as propriedades psicométricas do CTM.
COLEMAN et al. (2004)	EUA	Testar se uma intervenção destinada a encorajar idosos e seus cuidadores a ter um papel mais ativo durante transições do cuidado de pode reduzir as taxas de reinternação e uso de serviços de emergência.
COLEMAN et al. (2002)	EUA	Desenvolver um instrumento rigorosamente projetado e testado para avaliar a qualidade da transição do cuidado, o CTM.

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

3.5 O processo de adaptação transcultural de instrumentos

Estudos que envolvem a adaptação transcultural e validação de instrumentos estrangeiros são cada vez mais utilizados na área da saúde. A maioria dos instrumentos desenvolvidos para mensurar variáveis psicossociais encontra-se em língua inglesa e são

direcionados para as populações que falam esse idioma. Como o processo de desenvolvimento de um novo instrumento é árduo e requer um grande investimento de tempo e dinheiro, muitos pesquisadores optam por adaptar instrumentos já existentes para realidades e contextos distintos daqueles em que foram criados (RAMADA-RODILLA; SERRA-PUJADAS; DELCLOS-CLANCHET, 2013; REICHENHEIM; MORAES, 2007). Com o aumento no número de pesquisas multinacionais e multiculturais, a necessidade de adaptar as medidas para coleta de dados para uso em diferentes idiomas também tem crescido rapidamente (BEATON et al., 2007).

Na adaptação transcultural, tanto os aspectos de linguagem quanto as questões culturais são reconhecidos no processo de utilização de um instrumento em um contexto diferente daquele onde foi originalmente elaborado. Dessa maneira, objetiva adaptar um instrumento relevante e compreensível para população com diferenças culturais, de localização geográfica e de linguística, produzindo uma equivalência entre as versões originais e adaptadas do instrumento (BEATON et al., 2000).

Cabe destacar que a necessidade de adaptação transcultural não se restringe às situações que envolvem países e/ou idiomas distintos. Quando o instrumento de pesquisa for utilizado em populações com diferentes culturas, mas na mesma língua, ajustes locais e regionais também são fundamentais (REICHENHEIM; MORAES, 2007).

Os procedimentos para adaptação de instrumentos de pesquisa de um local para outro, quando realizados de forma inadequada, podem causar problemas na compreensão dos itens pela população-alvo devido às diferenças culturais e linguísticas que não foram levadas em consideração. Conseqüentemente, pode-se resultar em medidas errôneas do constructo em estudo e produção de dados não confiáveis que limitam a troca de informações entre a comunidade acadêmica (RAMADA-RODILLA; SERRA-PUJADAS; DELCLOS-CLANCHET, 2013).

Segundo Reichenheim e Moraes (2007), antigamente, para a adaptação de um instrumento elaborado em outra cultura e/ou idioma realizava-se somente a tradução do original, ou, no máximo, comparava-se a retrotradução literal de ambos. Além disso, algumas vezes traduzia-se informalmente um instrumento e alterava-se o número e conteúdo dos itens constituintes. Tais procedimentos podem gerar instrumentos inválidos e não fidedignos.

Há alguns anos, recomenda-se que a adaptação de instrumentos apresente um rigor metodológico (BEATON et al., 2000), combinando um processo de tradução literal de palavras e frases de um idioma ao outro e um processo de sintonização que contemple o contexto cultural e estilo de vida da população-alvo (REICHENHEIM; MORAES, 2007).

Sugere-se, ainda, que para tornar mais fidedigno o instrumento, sejam realizados testes das propriedades psicométricas da última versão do material traduzido (BEATON et al., 2000).

Existem diversas abordagens teóricas que fundamentam as etapas ou estágios do processo de adaptação transcultural de instrumentos e escalas. Alguns exemplos são os referenciais de Beaton et al. (2007), Ramada-Rodilla, Serra-Pujadas e Delclos-Clanchet (2013) e grupo DISABKIDS (2004). Apesar de não existir um consenso, estudiosos recomendam que procedimentos operacionais incluam duas ou mais versões traduzidas do instrumento, duas ou mais versões retrotraduzidas ao idioma original, avaliação semântica por um grupo de especialistas, pré-teste ou estudo piloto com população-alvo e realização de testes psicométricos para validar o instrumento no local de destino (BEATON et al., 2007; DISABKIDS, 2004; RAMADA-RODILLA; SERRA-PUJADAS; DELCLOS-CLANCHET, 2013; REICHENHEIM; MORAES, 2007).

No Brasil, uma das estratégias mais utilizadas para a adaptação transcultural é aquela proposta por Beaton e colaboradores (2007). Os autores sugerem as seguintes etapas a serem realizadas: tradução inicial, síntese das traduções, retrotradução, comitê de especialistas, pré-teste e submissão do documento aos autores.

A tradução inicial é a primeira etapa no processo de adaptação. Beaton et al. (2007) recomendam que seja realizada por, pelo menos, dois tradutores de diferentes experiências, que dominem o idioma original e, principalmente, o idioma para o qual o instrumento será traduzido. O objetivo dessa etapa é obter uma versão que preserve o mesmo significado de cada item entre as duas línguas, visando manter a integralidade do instrumento de medida. Para isso, as traduções podem ser comparadas para se identificar discrepâncias.

Para produzir uma síntese das duas traduções, uma terceira pessoa, que é imparcial em relação às traduções, serve como um mediador na discussão das diferenças das traduções e produz uma documentação escrita desse processo. A partir da reunião dessas três pessoas, uma síntese da primeira (T1) e da segunda tradução (T2) é produzida, resultando em uma tradução comum (T-12). É elaborado um relatório documentando o processo de síntese, cada uma das questões abordadas e como foram resolvidas. É importante que haja consenso, em vez de concessões, entre os envolvidos nessa etapa (BEATON et al., 2007).

A retrotradução consiste em traduzir novamente para a língua de origem a versão obtida na primeira etapa. Segundo os autores, essa etapa tem o propósito de garantir que a versão traduzida esteja refletindo os mesmos conteúdos da original. Aconselha-se que tenha, pelo menos, dois retrotradutores e que eles sejam fluentes no idioma e nas formas coloquiais da língua de origem do instrumento. Os retrotradutores devem apresentar um documento

escrito para cada versão retrotraduzida (RT1 e RT2). Ambos não podem estar cientes nem serem informados sobre os conceitos e objetivos do estudo e, de preferência, não ter formação acadêmica na área da saúde (BEATON, et al., 2007).

A etapa seguinte do processo é o comitê de especialistas. De acordo com Beaton et al. (2007), a composição desse comitê é fundamental para a adaptação transcultural. Ele deve ser constituído por pessoas bilíngues representativas da população-alvo e de especialistas nos conceitos a serem explorados. Para os autores, o comitê deve ter, preferencialmente, um metodologista, um profissional da saúde, um profissional de idiomas, como também os tradutores, retrotradutores e o mediador que produziu a síntese das traduções T1, T2, R1 e R2. O objetivo do comitê é obter uma versão final do instrumento, de modo que este seja linguisticamente adaptado a partir das várias versões traduzidas e retrotraduzidas durante as etapas anteriores. Essa etapa é importante para assegurar que todo o conteúdo do instrumento tenha sido traduzido e adaptado de forma a preservar as equivalências do instrumento adaptado com o original.

Na equivalência semântica, deve-se indicar se as palavras possuem o mesmo significado, se há múltiplos significados para um item e se houve falhas gramaticais na tradução. A equivalência idiomática envolve as expressões coloquiais ou idiomáticas que são difíceis de traduzir, de forma que o comitê formule expressões equivalentes e com o mesmo significado na língua-alvo. A equivalência experimental diz respeito às experiências de vida diária cujos itens do instrumento pretendem captar, mas que podem ser diferentes e até inexistentes em um país ou cultura distinta. Assim, esses itens devem ser substituídos por outros similares que reflitam um fato experienciado na cultura para a qual se pretende adaptar o instrumento. Por fim, a equivalência conceitual se refere à validade do conceito explorado e aos eventos experimentados pelos indivíduos da cultura-alvo, já que alguns itens podem ser equivalentes quanto ao significado, mas não equivalentes quanto ao conceito (BEATON et al, 2007). O comitê de especialistas deve entrar em consenso sobre cada item e, assim, produzir uma versão pré-final.

O pré-teste é a etapa final do processo de adaptação transcultural proposta por Beaton et al. (2007). Trata-se de um teste da versão pré-final do instrumento nos sujeitos alvos do estudo. Para os autores, o ideal é que o teste seja realizado com uma amostra de 30 a 40 pessoas.

Nessa etapa, os sujeitos entrevistados são questionados sobre a sua percepção sobre o significado de cada item do instrumento e a resposta escolhida. Cabe ressaltar que essa análise permite identificar a interpretação dos sujeitos sobre os itens, mas não garante a validade e a

confiabilidade. Dessa forma, é recomendado que, mesmo com a realização do pré-teste, sejam realizados testes das propriedades psicométricas do instrumento.

A última etapa proposta por Beaton et al (2007) para a adaptação transcultural é a submissão dos documentos aos autores, em que a versão final do instrumento, retro traduzida para o idioma original, é enviada para aprovação do autor do instrumento.

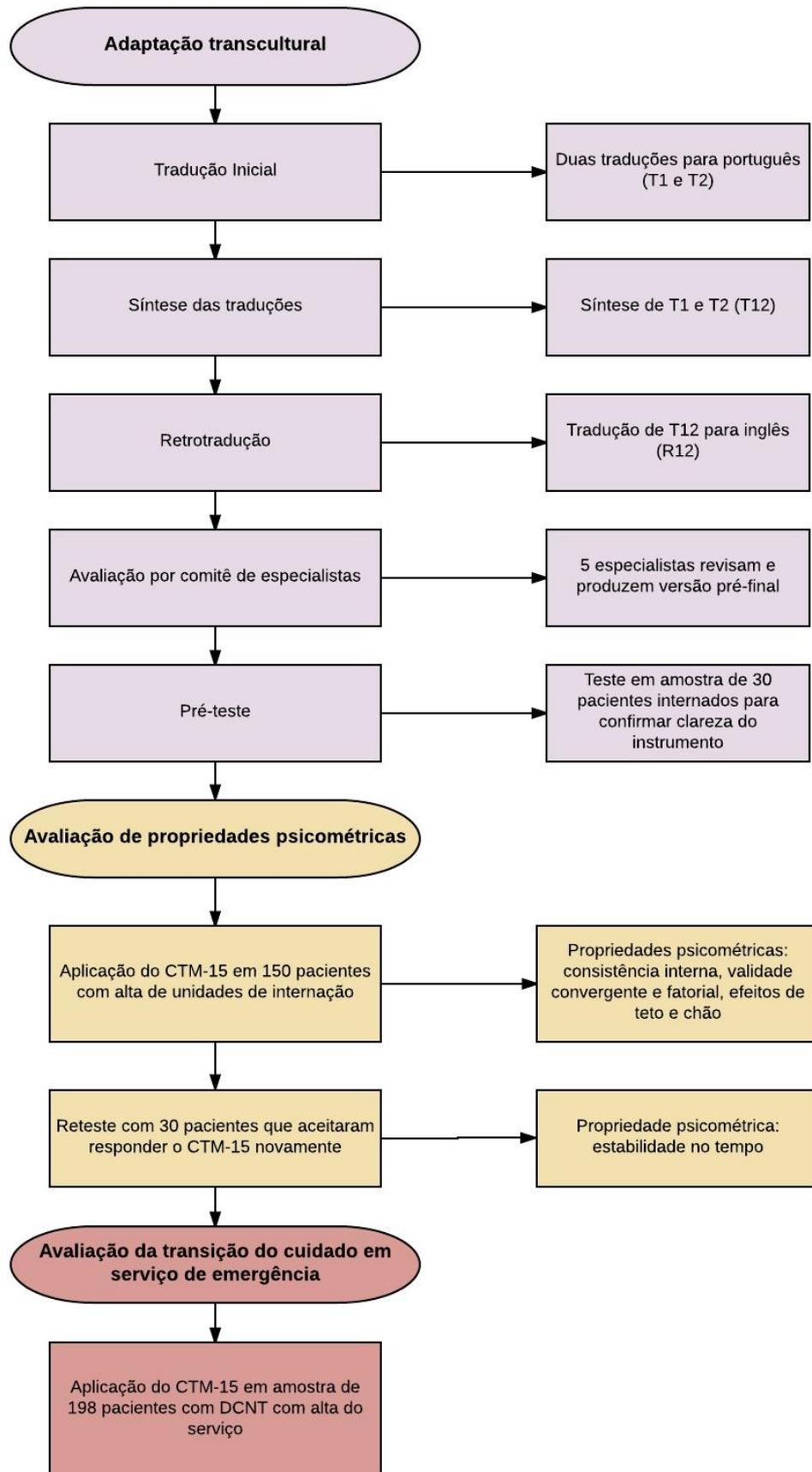
4 MÉTODO

4.1 Delineamento

Este estudo foi desenvolvido em duas etapas com delineamentos metodológicos distintos. A primeira etapa consiste na adaptação transcultural e avaliação de propriedades psicométricas do *Care Transitions Measure* (CTM-15) para uso no Brasil. A segunda etapa trata da avaliação da qualidade da transição do cuidado na alta do serviço de emergência, na perspectiva dos pacientes.

A figura abaixo apresenta uma síntese das etapas e procedimentos realizados:

Figura 2 – Etapas metodológicas do estudo. Porto Alegre, 2016



Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

4.2 Primeira etapa: Adaptação transcultural e avaliação psicométrica do *Care Transition Measure*

4.2.1 Tipo de estudo

Estudo metodológico, cujo delineamento abrange o processo de adaptação transcultural e avaliação das propriedades psicométricas de instrumento. Um estudo metodológico consiste em uma investigação de métodos para organização e análise de dados, projetados para avaliação e validação de instrumentos e técnicas de pesquisa. Trata-se de um tipo de pesquisa que possui uma forma distinta de coleta, análise e interpretação dos dados (WOOD; HABER, 2001).

Tendo em vista diversos métodos para o processo de tradução e adaptação transcultural, utilizou-se o referencial metodológico de Beaton e colaboradores (2007) por ser um dos mais completos e eficazes descritos na literatura. Os autores sugerem as seguintes fases: tradução inicial do instrumento, síntese das traduções, retrotradução, avaliação por um comitê de especialistas, pré-teste e submissão do instrumento final aos autores.

Para tornar mais fidedigno o instrumento, é recomendada a realização de testes das propriedades psicométricas da última versão do material traduzido (BEATON et al., 2000). Para isso, o instrumento traduzido deve ser aplicado a uma grande amostra de respondentes (POLIT, BECK, 2012). A avaliação das propriedades psicométricas do instrumento na nova cultura evita a existência de resultados com vieses na coleta de dados.

4.2.2 Tradução inicial do CTM para a língua portuguesa

Neste estudo, a versão original do instrumento, na língua inglesa, foi traduzida para o português de forma independente por dois tradutores bilíngues, cuja língua materna é o português. Os tradutores tinham formação em letras e linguística, sendo que um não tinha experiência em trabalhos da área da saúde, não conhecendo os conceitos implicados no instrumento, e outro tinha ampla experiência em tradução de trabalhos da área da saúde. Segundo Beaton et al. (2007), o desconhecimento de um dos tradutores extrai significados inesperados do instrumento original, o que facilita a tradução conceitual e literária. Já o conhecimento de outro tradutor permite uma equivalência cultural e idiomática, com a qual se obtém um instrumento mais confiável.

Os tradutores receberam uma cópia da versão original do instrumento e um instrumento de registro do processo de tradução inicial via e-mail e tiveram um prazo de 10 dias para a devolução. Assim, foram produzidas duas traduções independentes (T1 e T2). A etapa de tradução inicial ocorreu em abril de 2014.

4.2.3 Síntese das traduções

As pesquisadoras foram mediadoras nesta etapa e avaliaram, compararam e sintetizaram as versões T1 e T2. Discrepâncias entre as traduções foram discutidas com os tradutores em reunião virtual e se alcançou um consenso sobre a terminologia a ser adotada. O processo de síntese das traduções ocorreu em maio de 2014 e produziu a primeira versão em português do CTM (T12).

4.2.4 Retrotradução

A primeira versão em português do instrumento (T12) foi submetida a dois tradutores bilíngues. Cada tradutor verteu a versão T12 do instrumento para o idioma original, elaborando duas versões retrotraduzidas (R1 e R2). Foi enviado por e-mail a versão em português do CTM e um documento de registro para os retrotradutores. As pesquisadoras compararam e sintetizaram as versões R1 e R2, obtendo uma única versão (R12). Essa fase ocorreu em junho de 2014.

A versão final retrotraduzida foi submetida à apreciação do autor do instrumento por e-mail, para comparação com a versão original e correções de possíveis distorções.

4.2.5 Avaliação por comitê de especialistas

Com o propósito de alcançar a equivalência transcultural, um comitê de especialistas analisou todo o processo de adaptação desenvolvido até então. O comitê foi composto por cinco membros, selecionados a partir dos critérios descritos no item 4.2.10.

Em uma reunião de três horas, em setembro de 2014, o comitê consolidou todas as versões do instrumento para chegar a um consenso e desenvolver a versão pré-final. Foram avaliadas as equivalências semântica, idiomática, experimental e conceitual entre a versão original do CTM e a versão consensual obtida, considerando-se como consenso uma concordância de 80% entre os especialistas.

Neste estudo, a validade de conteúdo e de face do CTM-15 foi verificada pelo comitê de especialistas. A validade de conteúdo examina a extensão em que os conceitos de interesse são amplamente representados pelos itens do instrumento (TERWEE et al., 2007). A validade de face se refere ao que o instrumento mede aparentemente e diz respeito à linguagem, ou seja, à forma com que o conteúdo está sendo apresentado (FACHEL; CAMEY, 2000).

4.2.6 Pré-teste

A versão pré-final do instrumento em português foi aplicada em uma amostra aleatória de 30 pacientes internados no hospital, com o propósito de avaliar todos os itens quanto a sua compreensão. Para isso, foi utilizado um instrumento que contém uma escala de Likert, com cinco opções que variam de “nada claro” a “totalmente claro”, para registro das impressões sobre a clareza dos itens do CTM (Apêndice A).

Detalhes sobre campo do estudo, critérios de seleção da amostra e coleta de dados desta etapa estão descritos nos itens 4.2.9, 4.2.10 e 4.2.11, respectivamente.

4.2.7 Submissão do instrumento final aos autores

A última fase do processo de adaptação transcultural diz respeito à aprovação da versão final pelos autores do instrumento original. Todos os documentos do processo foram submetidos a Eric Coleman em abril de 2015.

4.2.8 Avaliação das propriedades psicométricas

Para verificar se as características do instrumento original CTM foram mantidas na versão adaptada, foi realizada a avaliação das suas propriedades psicométricas. Testes psicométricos foram realizados para as duas versões do instrumento (CTM-15 e CTM-3).

Os parâmetros de legitimidade de um instrumento são a validade e a fidedignidade. A validade verifica se o instrumento mede, realmente, o que se propõe, enquanto que a fidedignidade avalia se as medidas do instrumento são as mais precisas possíveis (PASQUALI, 2009).

Neste estudo, a avaliação psicométrica incluiu: fidedignidade quanto à consistência interna dos itens e quanto à estabilidade no tempo, validade convergente e fatorial, efeitos de teto e chão.

A consistência interna trata da fidedignidade no que diz respeito à consistência inter itens, normalmente calculada pelo alfa de Cronbach. Na fidedignidade quanto à estabilidade no tempo, frequentemente é utilizado o método do teste-reteste, em que os mesmos sujeitos são submetidos ao mesmo teste em duas ocasiões diferentes, de forma que o instrumento é considerado fidedigno se as repetidas mensurações dão o mesmo resultado (PASQUALI, 2009). A validade fatorial foi desenvolvida para identificar traços psicológicos comuns e pode ser utilizada tanto no caso de verificação da unidimensionalidade do constructo que está sendo medido, como no caso em que os itens têm mais de uma dimensão subjacente (FACHEL; CAMEY, 2000). A validade convergente é a relação entre duas ou mais medidas de um mesmo construto, utilizando-se diferentes instrumentos de avaliação (FACHEL; CAMEY, 2000). Os efeitos chão e teto são considerados presentes se mais de 15% dos participantes pontuam os piores ou melhores escores possíveis na escala, respectivamente (TERWEE et al., 2007).

Para verificação da validade fatorial e convergente, dos efeitos de teto/chão, da consistência interna dos itens (coeficiente alfa de Cronbach) e da estabilidade (teste-reteste) do CTM-15 e CTM-3, o instrumento completo adaptado foi aplicado a uma amostra de 150 pacientes que tiveram alta hospitalar recente e reaplicado em 30 pacientes em intervalos de 24 a 48 horas entre uma aplicação e outra.

Detalhes sobre amostra, coleta e análise de dados para esta etapa estão descritos nos itens 4.2.10, 4.2.11 e 4.2.12, respectivamente.

4.2.9 Campo de estudo

A primeira etapa deste estudo foi realizada em unidades de internação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), localizado no Distrito Sanitário Centro de Porto Alegre, região sul do Brasil. Optou-se em realizar esta etapa em unidades de internação para que a adaptação transcultural do instrumento seja mais aproximada dos estudos que utilizam o CTM, não limitando o uso do instrumento a serviços de emergência no Brasil.

O hospital é uma instituição de grande porte, pública, geral e universitária. É referência na assistência de alta complexidade à saúde, na formação de recursos humanos e no desenvolvimento de pesquisa. O HCPA é vinculado academicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e disponibiliza sua estrutura para o desenvolvimento de atividades de ensino nos níveis médio, de graduação e pós-graduação, contribuindo para a formação de profissionais altamente qualificados (HCPA, 2016).

Como os estudos que analisam a transição do cuidado principalmente se focam em idosos, agravos clínicos e condições crônicas (CALLAHAN et al., 2012; COLEMAN; BOULT, 2007; MEYERS et al., 2014), optou-se em incluir no estudo as unidades de internação que correspondem ao Serviço de Enfermagem Clínica (SECLIN). O Serviço é constituído de cinco unidades de internação, com capacidade total de 193 leitos. As unidades localizam-se na ala sul (4°S e 6°S) e na ala norte (5°N, 6°N e 7°N) do hospital, entre o quarto e o sétimo andar, onde predomina o atendimento clínico de várias especialidades para pacientes adultos. Segundo dados gerenciais do serviço, essas unidades foram responsáveis por 4.200 internações durante o ano de 2012 (HCPA, 2012).

A escolha do campo se justifica pela grande quantidade de internações e pela predominância de pacientes com problemas clínicos. Além disso, o HCPA é um hospital universitário e de referência para assistência, pesquisa e ensino.

4.2.10 População e amostra

Participaram desta etapa do estudo os profissionais que compuseram o comitê de especialistas, os pacientes que participaram da etapa de pré-teste do instrumento e os pacientes que participaram da etapa de avaliação das propriedades psicométricas do CTM adaptado.

O comitê de especialistas foi composto por cinco membros, selecionados intencionalmente. Os critérios de inclusão foram: ter conhecimento científico sobre o tema da transição do cuidado, ter experiência assistencial na transição do cuidado, ou ter conhecimento do referencial metodológico. Participaram três professores enfermeiros, sendo um especialista em metodologia do processo de adaptação transcultural, um chefe de serviço de enfermagem em saúde pública do hospital e outro chefe de serviço de enfermagem em emergência, e também dois enfermeiros assistenciais, sendo um enfermeiro com experiência assistencial na atenção primária e outro na internação clínica. Todos tinham domínio dos idiomas inglês e português.

Para a etapa de pré-teste foram selecionados aleatoriamente 30 pacientes internados nas unidades incluídas no estudo. Esse número é o recomendado por Beaton et al. (2007). Foram observados os seguintes critérios de inclusão: pessoas com idade maior que 18 anos que estejam internadas em Unidades de Internação do Serviço de Enfermagem Clínica e que tiveram pelo menos uma internação prévia no último ano. Estabeleceram-se como critérios de

exclusão: pacientes em estado de sedação, coma, ou déficit cognitivo importante e indivíduos não alfabetizados.

Para o cálculo amostral da etapa de avaliação das propriedades psicométricas, foram utilizados os critérios estabelecidos por Hair et al. (2005), que recomenda entre cinco a 20 sujeitos para cada questão do instrumento. Dessa forma, considerou-se adequada uma amostra de 10 sujeitos por questão, totalizando 150 participantes. Pacientes que tiveram alta das unidades incluídas no estudo em período mínimo de uma semana e máximo de duas semanas antes da coleta de dados eram elegíveis para compor a amostra. Os critérios de inclusão foram: pessoas com idade maior que 18 anos que tiveram alta das Unidades de Internação do Serviço de Enfermagem Clínica em período de uma a duas semanas antes da coleta de dados. Se o paciente tivesse déficit cognitivo ou de comunicação que o impedisse de responder ao instrumento, o cuidador que acompanhou a internação e a alta do serviço era entrevistado, o que está de acordo com recomendações de uso do CTM e com alguns estudos (BAKSHI et al., 2012; BERRY et al., 2013; THE CARE TRANSITIONS PROGRAM, 2014).

Para o teste-reteste, foram selecionados aleatoriamente 30 pacientes, conforme recomendado por Beaton et al. (2007), dentre os participantes da avaliação psicométrica que aceitaram responder o instrumento novamente.

A seleção das amostras foi definida a partir de um sorteio randomizado da lista de pacientes internados (para o pré-teste) ou que tiveram alta (para a avaliação psicométrica) no período da coleta de dados, fornecida pelo sistema informatizado Aplicativo de Gestão Hospitalar. A cada semana era solicitado à Coordenadoria de Gestão de Tecnologia da Informação (CGTI) e ao Serviço de Arquivo Médico e Informações em Saúde (SAMS) um relatório (*query*) com a lista atualizada de pacientes. Por meio do Programa Excel, realizou-se um sorteio para estabelecer a ordem dos pacientes para realização do contato telefônico.

Quando não foi possível realizar contato com o paciente após três tentativas, excluiu-se o indivíduo do estudo. No caso de exclusão ou de recusa em participar da pesquisa, seguia-se o contato com o próximo paciente da lista.

4.2.11 Coleta de dados

Para a realização do pré-teste foi utilizada a versão pré-final do instrumento (*Care Transition Measure*) em português, obtida após a realização das etapas anteriores de adaptação transcultural propostas por Beaton et al. (2007). Foram utilizados o instrumento para registro das impressões sobre a clareza dos itens do CTM-15 (Apêndice A), que contém

uma escala de Likert com cinco opções que variam de “nada claro” a “totalmente claro”, e uma ficha de identificação (Apêndice B), contemplando dados de caracterização da amostra, tais como sexo, data de nascimento, cidade de residência, grau de instrução e número de internações no último ano. A coleta de dados ocorreu no mês de outubro de 2014. Os dados foram coletados mediante aplicação presencial dos instrumentos pelas pesquisadoras ou por entrevistadores treinados, os quais liam cada item do instrumento e solicitavam que os participantes classificassem a clareza de acordo com seu entendimento do conteúdo do item.

A avaliação das propriedades psicométricas foi realizada nos meses de dezembro de 2014 a fevereiro de 2015. Para coleta de dados, o instrumento foi aplicado por telefone, pois a versão original do CTM foi desenvolvida para ser aplicada por esse meio, já que os participantes estão em seus domicílios quando contatados (COLEMAN et al., 2002; PARRY et al., 2008). Foi utilizado um roteiro que contém a mesma ficha de identificação do pré-teste e a versão adaptada do CTM-15 (Apêndice C). Durante a ligação telefônica, os entrevistadores liam os itens do CTM-15 e solicitavam que o participante relatasse se concordava ou não com a afirmação conforme sua experiência de transição do cuidado.

Para garantir a qualidade da coleta de dados, foram treinados bolsistas de Iniciação Científica (acadêmicos do curso de Graduação em Enfermagem), por meio de reuniões com as pesquisadoras, apresentação do projeto e orientações sobre aplicação dos instrumentos.

4.2.12 Análise de dados

Os dados foram inseridos em planilhas do Programa Excel e as análises estatísticas foram realizadas por meio do Programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 21.0.

Foi realizada análise descritiva das características das amostras do pré-teste e da avaliação psicométrica. Variáveis de natureza quantitativa são descritas por meio de medidas de tendência central e dispersão, sendo as contínuas com distribuição normal expressas com média e desvio padrão e as assimétricas com mediana e intervalo interquartil. Variáveis categóricas são descritas com frequência absoluta e relativa.

No pré-teste, foi calculado o percentual de clareza de cada item do CTM-15, considerando a soma das opções de resposta 4 (entendi) e 5 (entendi totalmente). Um índice de clareza de $\geq 80\%$ foi considerado adequado.

Na etapa de avaliação das propriedades psicométricas do instrumento adaptado, o coeficiente de alfa de Cronbach foi utilizado para verificar a consistência interna do CTM-15

e CTM-3. O coeficiente vai de 0 a 1, sendo que o 0 indica ausência total de consistência interna dos itens e o 1 indica presença de consistência de 100%, sendo que considera como consistência interna satisfatória valores superiores a 0,70 (HAIR et al., 2005).

O teste t de Student foi empregado para verificar a estabilidade das duas versões do instrumento no teste-reteste e para verificar a validade convergente do CTM-3.

Os efeitos teto e chão foram calculados pela percentagem de participantes que atingiram o melhor e o pior escore possível da escala (100 ou 0). Considera-se que os efeitos são presentes quando a percentagem for superior a 15% (TERWEE et al., 2007).

Para análise fatorial exploratória, foi realizada uma análise de componentes principais do CTM-15 utilizando o método de rotação Varimax.

Considerou-se um nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$). Os dados perdidos (missing data) não foram computados na análise.

4.3 Segunda etapa: Avaliação da qualidade da transição do cuidado na alta do serviço de emergência

4.3.1 Tipo de estudo

Esta etapa do estudo pretende avaliar a qualidade da transição do cuidado na alta do serviço de emergência, identificar características dos pacientes associadas à qualidade da transição do cuidado e verificar associação entre a qualidade da transição do cuidado com readmissão hospitalar e do serviço de emergência. É, portanto, estudo epidemiológico observacional e transversal. Nesse tipo de delineamento epidemiológico, o pesquisador observa o fenômeno num determinado período sem interferir de forma alguma, descrevendo fator e efeito e evidenciando as características e correlações do que está sendo analisado naquele momento (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2003).

4.3.2 Campo de estudo

O estudo foi realizado no Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Esse serviço foi criado em 1989 e se caracteriza pelo atendimento público de urgência durante 24 horas nas especialidades clínica, cirúrgica, ginecológica e pediátrica, a pacientes oriundos de Porto Alegre e da Região Metropolitana, assim como de outros

municípios do estado do Rio Grande do Sul. O serviço é composto, oficialmente, pelos setores de Acolhimento e Classificação de Risco, Sala Verde, Sala Laranja, Unidade de Cuidados Intermediários, Unidade Vascular, Sala de Observação Pediátrica e Sala de Procedimentos Pediátricos, com 41 leitos adultos e 9 pediátricos. No entanto, atualmente o serviço funciona com 200 a 300% além da sua capacidade, demonstrando a superlotação.

Em 2013 foram realizadas quase 30 mil consultas no serviço, sendo que houve 5.365 internações nas quais os pacientes permaneceram mais de 24 horas. A emergência atende, em média, 100 pacientes adultos internados por dia, podendo chegar a 170, e apresenta uma taxa de ocupação por capacidade instalada que varia de 91,87% a 392,91% (HCPA, 2013). Tais dados evidenciam a superlotação no setor.

As principais patologias clínicas do adulto atendidas são intercorrências no paciente oncológico, insuficiência coronariana aguda, pneumonia, doença pulmonar obstrutiva crônica, insuficiência cardíaca, diabetes mellitus, pielonefrite, intercorrências clínicas em pacientes infectados com HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana), hemorragia digestiva, crise asmática e acidente vascular encefálico agudo (HCPA, 2011).

O serviço tem uma equipe multiprofissional composta por médicos de diferentes especialidades, equipes de enfermagem e de nutrição, assistentes sociais, psicólogos, farmacêuticos, fisioterapeutas, assistentes administrativos, estagiários, entre outros. A equipe de enfermagem é composta por 43 enfermeiros e 115 técnicos de enfermagem (HCPA, 2013). A equipe fica dividida entre as salas, sendo que há um processo de trabalho específico em cada sala de atendimento. As atividades da equipe de enfermagem se desenvolvem nos turnos: manhã (das 7h às 13h15min), tarde (das 13h às 19h15min), noite 1, 2 e 3 (das 19h às 7h15min), intermediário (das 20h às 2h e das 10h às 16h) e sexto turno (enfermeiros que trabalham nos finais de semana e feriados das 7h às 19h15min).

Visando atender as políticas de humanização do Ministério da Saúde, foi implantado em 2005 o Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco no serviço. A finalidade desse processo é ordenar e organizar a demanda de pacientes que chegam à procura de atendimentos em serviços de emergências, identificando os que necessitam de atendimento imediato e reconhecendo aqueles que podem aguardar em segurança, oferecendo um atendimento acolhedor e resolutivo. Em setembro de 2011, o HCPA implantou o protocolo de Manchester (HCPA, 2011b).

O protocolo de Manchester é um sistema de triagem estruturado, criado no Reino Unido e utilizado em serviços de emergência de diversos países, em que o enfermeiro identifica a queixa principal do paciente e aplica o instrumento seguindo as respostas

afirmativas das questões e dos discriminadores de um fluxograma. Além de indicar a prioridade clínica, o protocolo apresenta informação sobre o respectivo tempo alvo de atendimento (MACKWAY-JONES; MARSDEN, WINDLE, 2010). São utilizadas cinco categorias de prioridade, a saber: vermelho (atendimento imediato), laranja (atendimento em até 10 minutos), amarelo (atendimento em uma hora), verde (atendimento em duas horas) e azul (atendimento em quatro horas). Há ainda a cor branca, que diz respeito a eventos ou queixas que não são compatíveis com os serviços de emergência, como pacientes admitidos para procedimentos eletivos ou programados, retornos ou atestados.

Como já descrito na revisão de literatura, o serviço de emergência desenvolveu um projeto de contrarreferência de pacientes para unidades de Estratégia Saúde da Família dos distritos Glória/Cruzeiro/Cristal (GCC) do município de Porto Alegre. Atualmente esse projeto não está em funcionamento, porém, a equipe tem interesse em elaborar outro mais amplo.

A escolha do campo se justifica pela grande quantidade de atendimentos realizados, pela elevada demanda de portadores de doenças crônicas, pelo interesse dos profissionais em melhorar o processo de alta dos pacientes e por ser um hospital vinculado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, referência na assistência, pesquisa e ensino.

4.3.3 População e amostra

A população para a segunda etapa do estudo foi composta por pacientes com doenças crônicas que tiveram alta do serviço de emergência para o domicílio, identificados 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 *query* com o movimento por paciente das pessoas maiores de 18 anos com doenças crônicas, que tiveram alta do serviço de emergência para o domicílio. O *query* foi solicitado a cada semana para que a coleta de dados ocorresse em período de uma a até quatro semanas após a alta dos pacientes.

Para a realização da busca no sistema AGH, foi necessário informar o código da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) das doenças crônicas de interesse e, portanto, elencaram-se as DCNT mais prevalentes no Brasil e em serviços de emergência, conforme descrito na literatura (DUNCAN et al., 2012; CARRET et al., 2011; SCHRAMM et al., 2004; SHIMIDT et al., 2011; WHO, 2013). As doenças crônicas de interesse são mostradas no quadro 4:

Quadro 4 - Lista códigos de Doenças Crônicas Não Transmissíveis incluídas no estudo conforme Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Porto Alegre, 2016

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
Enxaqueca	G43
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 respiratórias	
Doença pulmonar obstrutiva crônica	J40-J44
Asma	J45-J46
Cirrose hepática	K70, K74
Doenças musculoesqueléticas	
Artrite reumatoide	M05-M06
Artroses	M15-M19
Doenças renais	N03-N8, N11, N18-N19

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Pensando-se em buscar uma representatividade numérica, foi definida uma amostra de 198 pacientes (n=198), utilizando uma margem de erro de 5%, nível de confiança de 95% e uma estimativa de 50 pacientes com doenças crônicas por dia no serviço. Foi realizado um sorteio utilizando a lista do *query* do CGTI/SAMIS para estabelecer a ordem dos pacientes para contato telefônico. Para o sorteio, foi utilizada a ferramenta de randomização do programa *Excel*. Os pacientes que não aceitaram participar do estudo ou que não foram encontrados após três tentativas foram substituídos pelo próximo paciente na ordem da lista.

Foram considerados como critérios de inclusão: permanecer no serviço de emergência por pelo menos 24 horas e ter 18 anos ou mais. Optou-se em incluir somente os pacientes com tempo de permanência igual ou superior a 24 horas por ser considerado o período mínimo para caracterizar uma internação no serviço e por entender que aqueles que permanecem por período de tempo inferior não teriam contato suficiente com os profissionais, principalmente com a enfermagem, que permitisse avaliar a transição do cuidado. O critério de exclusão foi o

paciente estar internado, devido a uma readmissão hospitalar, no momento do contato telefônico.

4.3.4 Coleta de dados

Para a coleta de dados desta etapa, foi utilizado um roteiro que consta de uma ficha de identificação (Apêndice D) e a versão adaptada para uso no Brasil do instrumento *Care Transitions Measure* (CTM-15).

A ficha de identificação contempla dados de caracterização da amostra, tais como sexo, idade, cidade de residência, bairro, grau de escolaridade, morbidades, classificação de risco conforme protocolo de Manchester, dia de atendimento, sala de atendimento, tempo de permanência no serviço e número de atendimentos no serviço de emergência no último ano. A ficha de identificação foi preenchida com base nas informações registradas no *query*.

Cabe ressaltar que foi necessário realizar uma modificação na versão utilizada do CTM-15. Na versão adaptada, por avaliar a transição do hospital para o domicílio, a maioria das afirmações inicia com “Quando saí do hospital”. Nesta etapa do estudo, a palavra “hospital” foi substituída por “serviço de emergência” para contemplar o campo de estudo, conforme sugestão recebida por e-mail do autor do instrumento original (Anexo B).

A coleta de dados foi realizada entre os meses de abril a julho de 2015, em turnos da manhã e da tarde e foi realizada por telefone, pois a versão original do CTM foi desenvolvida para ser aplicada por esse meio, já que os participantes estarão em seus domicílios quando contatados (COLEMAN et al., 2002; PARRY et al., 2008).

Para garantir a qualidade da coleta de dados, foram treinados bolsistas de Iniciação Científica (acadêmicos do curso de Graduação em Enfermagem), por meio de reuniões com a pesquisadora, apresentação do projeto e orientações sobre aplicação dos instrumentos. Foi disponibilizado para os bolsistas um manual de orientações para coleta de dados (Apêndice E).

4.3.5 Análise de dados

Os dados coletados foram tabulados no programa Excel e a análise foi realizada por meio do Programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 21.0.

Para descrever o perfil da amostra utilizou-se estatística descritiva com elaboração 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 obtenção dos escores das respostas do CTM, foram respeitadas as instruções dos autores do instrumento, (COLEMAN et al., 2002; THE CARE TRANSITIONS PROGRAM, 2014). A cada item foi atribuída uma pontuação a partir da resposta do participante, sendo que as alternativas pontuam da seguinte forma: Discordo totalmente=1 ponto; Discordo=2 pontos; Concordo=3 pontos; Concordo totalmente=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, mas é codificada diferencialmente para possibilitar a verificação de porcentagem dessa resposta nos itens do instrumento. Na sequência, obteve-se uma média simples de resposta de cada item, como também a média da escala total e por fator. Para facilitar a divulgação dos resultados, os autores sugerem que se utilize uma fórmula que transforma as médias obtidas em escores de 0 a 100. Como já descrito no capítulo da revisão de literatura, quanto maior o escore obtido, melhor é transição do cuidado. Não existe, entretanto, um valor que indique uma transição satisfatória ou não.

Com o propósito de identificar características dos participantes associadas à qualidade da transição do cuidado, foi definida como variável dependente a média de pontuação total e por fator do CTM. As variáveis independentes são: sexo, idade, cidade de residência, bairro, grau de escolaridade, morbidades, classificação de risco conforme protocolo de Manchester, dia de atendimento, sala de atendimento, tempo de permanência no serviço, número de atendimentos no serviço de emergência no último ano, readmissão hospitalar e no serviço de emergência. Foram utilizados os testes t-Student, análise de variância (ANOVA), correlação não-paramétrico de Pearson ou Spearman.

Foi calculado o alfa de Cronbach, pois não existe estudo publicado que tenha utilizado o CTM em serviço de emergência.

O nível de significância utilizado como critério de aceitação ou rejeição nos testes estatísticos foi de 5% ($p \leq 0,05$). Os dados perdidos (missing data) não foram computados na análise.

4.4 Aspectos éticos

O estudo está inserido no projeto de pesquisa intitulado “Avaliação de serviços de atendimento às urgências”, Edital MCT/CNPq Nº 014/2012. Para fins operacionais, foi organizado em dois subprojetos, cada um contendo uma etapa da pesquisa, intitulados

“Adaptação transcultural do Care Transition Measure para uso no Brasil” e “Transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas: do serviço de emergência para o domicílio”. Os subprojetos foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA (CAAE 30342514.0.0000.5327 e 40208114.7.0000.5327, respectivamente) e pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS (COMPESQ EENF/UFRGS). O estudo foi desenvolvido de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras envolvendo pesquisa em seres humanos (BRASIL, 2012), sendo obedecidos os preceitos básicos da bioética (autonomia, não maleficência, beneficência e justiça) para assegurar os direitos e deveres relacionados à comunidade científica e aos participantes da pesquisa.

A autorização para o processo de adaptação transcultural, validação e utilização do CTM foi solicitada ao autor do instrumento, Dr. Eric A. Coleman, da Universidade do Colorado, Estados Unidos. A permissão foi obtida por e-mail no dia 27 de fevereiro de 2014 (Anexo B).

Para a utilização da base de dados do hospital (dados dos *queries* solicitados) foi preenchido o Termo de Compromisso para Uso de Dados (Anexo C) pela pesquisadora e todos os colaboradores envolvidos nesta pesquisa, respeitando a Resolução Normativa 01/97 do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA, 1997). É preservada a privacidade e confidencialidade dos dados utilizados, assim como o anonimato dos pacientes.

Os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) distinto para cada etapa do estudo, sendo um para os integrantes do comitê de especialistas (Apêndice F), e outro para os pacientes que participaram do pré-teste (Apêndice G). Foram fornecidas e assinadas duas vias do termo, ficando uma em posse do participante e outra com as pesquisadoras.

Quando a coleta de dados ocorreu por telefone, o TCLE foi substituído pelo consentimento verbal do participante, obtido no momento do contato telefônico. Assim, foi utilizado um roteiro de telefonema para os participantes da etapa de avaliação psicométrica (Apêndice H) e para os participantes da segunda etapa do estudo (Apêndice I). Esses roteiros continham informações referentes ao objetivo, justificativas e finalidades da pesquisa, como também a garantia da voluntariedade, de forma que o consentimento para participar da pesquisa era tácito.

No consentimento tácito o pesquisador mantém o dever de informar todos os procedimentos, riscos, benefícios e direitos envolvidos na pesquisa, mas não é coletada a assinatura do indivíduo que aceita participar da pesquisa (FERNANDES et al., 2010). Essa

forma de concordância oral já foi utilizada em estudos anteriores (ACOSTA, 2012; BARRETO; FIGUEIREDO, 2009).

O direito de recusa a participar e/ou desistência em qualquer momento do estudo foi garantido sem que isso represente qualquer tipo de prejuízo ou constrangimento. Ainda, a pesquisa ofereceu o mínimo risco aos participantes, o qual estava relacionado ao tempo dedicado para participar das etapas do estudo, além da possibilidade de ocorrência de certo desconforto em responder algum tema abordado. Não houveram benefícios pessoais previstos para os participantes da pesquisa, sendo que os possíveis benefícios são para a população em geral a médio e longo prazo.

5 RESULTADOS

5.1 Primeira etapa: adaptação transcultural e validação do *Care Transitions Measure* para uso no Brasil

5.1.1 Adaptação transcultural

Inicialmente foram obtidas duas traduções independentes do CTM-15, conforme já detalhado anteriormente. Os dois tradutores consideraram o instrumento de fácil compreensão e não tiveram dificuldades significativas para realizar a tradução. No entanto, as versões apresentaram algumas discrepâncias na terminologia adotada, as quais não foram significativas para terem problemas de equivalência semântica. As pesquisadoras discutiram as diferenças com as tradutoras e fizeram algumas adequações. Em diversos momentos, manteve-se o termo mais utilizado na linguagem popular brasileira, procurando assegurar as equivalências idiomática, conceitual e cultural das palavras.

Um exemplo de adequação das traduções é o enunciado das primeiras questões do instrumento. Na primeira tradução, ficou “As primeiras afirmações são sobre os momentos em que você estava no hospital”, enquanto que na segunda, “Os primeiros itens são sobre o tempo que você ficou no hospital”. As pesquisadoras e as tradutoras chegaram num consenso de que ficaria melhor a tradução “As primeiras afirmações são sobre o período que você estava no hospital”.

Outro exemplo seria a opção de resposta da escala Likert, em que o termo “strongly disagree” foi traduzido para o português como “discordo fortemente” e “discordo totalmente”. O mesmo ocorreu com as traduções da outra opção de resposta “strongly agree”. Esta questão foi bastante discutida, pois o termo “strongly” significa em inglês algo próximo, mas não exatamente, a 100% de concordância/discordância. A tradução “totalmente” daria a impressão de 100% de concordância/discordância. A tradução “fortemente”, apesar de ser mais fidedigna à tradução literal do termo, não é utilizada no Brasil com esse significado. Por fim, foi escolhido o termo “totalmente” por ser o mais utilizado em instrumentos elaborados ou adaptados no Brasil. Outras pequenas discrepâncias foram discutidas e modificadas para possibilitar uma melhor compreensão da população local. Foi produzida, assim, uma síntese das duas traduções.

Posteriormente, foi realizada a retrotradução da síntese das traduções para o idioma de origem. Duas versões independentes retrotraduzidas foram obtidas e uma súmula foi

desenvolvida por consenso pelas pesquisadoras e tradutores. Essa última versão retrotraduzida foi enviada para o autor do instrumento original, que não encontrou nenhuma inconsistência nem erros conceituais, aprovando-a (Anexo D).

Em um encontro, o comitê de especialistas revisou todas as versões do instrumento e avaliou cada item da tradução para o português, considerando a relevância, adequação e clareza para a população alvo. Por consenso, o comitê considerou o instrumento apropriado para o cenário brasileiro. Entretanto, ocorreram discussões referentes a algumas terminologias, as quais resultaram em modificações na versão traduzida.

No item 1, o comitê sugeriu modificar a ordem de “a equipe de saúde e eu” para “eu e a equipe de saúde”, pois seria a forma mais usual no idioma português. No mesmo item, também foi substituído o termo “metas claras” por “objetivos”.

Com relação aos termos “discordo totalmente” e “concordo totalmente” (duas das opções de resposta do instrumento), o comitê sugeriu mudar para “discordo muito” e “concordo muito”. Essa alteração, além de ser mais fácil de compreender pela população brasileira, também é coerente com o significado de “strongly” que remete a algo próximo, mas não exatamente, a 100% de concordância/discordância.

O item 3, que trata das preferências do paciente na decisão de onde as necessidades de saúde seriam atendidas, não sofreu modificações, porém foi muito discutida devido a sua relevância no contexto brasileiro, já que no SUS nem sempre o paciente pode escolher o local de atendimento. Embora tenha sido questionada a relevância do item, os especialistas decidiram mantê-la.

Nos itens que apresentavam as expressões “eu tinha uma boa compreensão” (itens 8 e 9), “eu tinha confiança” (itens 10 e 11) e “eu entendia” (itens 13, 14 e 15) foram substituídas por “eu compreendi”, “eu me senti seguro” e “eu entendi”, respectivamente. Outras pequenas modificações foram sugeridas pelos especialistas com o propósito de alcançar a adaptação transcultural. O comitê desenvolveu a versão pré-final e a validou.

O quadro 5 apresenta as versões das diferentes etapas de adaptação transcultural do CTM-15:

Quadro 5 – Versão original do instrumento, síntese das traduções e versão pré-final da versão em português. Porto Alegre, 2016

Versão original	Tradução 1 (T1)	Tradução 2 (T2)	Síntese das traduções (T12)	Síntese das retrotraduções (R12)	Versão final
Care Transitions Measure	Medida de Transições do Cuidado	Medida de Transições do Cuidado	Medida de Transições do Cuidado	Care Transition Measure	Medida de Transições do Cuidado
The first few statements are about the time you were in the hospital ...	As primeiras afirmações são sobre os momentos em que você estava no hospital...	Os primeiros itens são sobre o tempo que você ficou no hospital...	As primeiras afirmações são sobre o período que você estava no hospital...	The first statements are about the period you were in the hospital...	As primeiras afirmações são sobre o período que você estava no hospital...
1. Before I left the hospital, the staff and I agreed about clear health goals for me and how these would be reached.	1. Antes de sair do hospital, a equipe de saúde e eu concordamos sobre claras metas de saúde para mim e como elas seriam alcançadas.	1. Antes de sair do hospital, eu fiz um acordo com a equipe de saúde sobre metas de saúde bem claras para mim e como alcança-las.	1. Antes de sair do hospital, a equipe de saúde e eu concordamos sobre metas claras de saúde para mim e como elas seriam alcançadas.	1. Before leaving the hospital, the health care team and I agreed on clear health goals for me and how they would be achieved.	1. Antes de sair do hospital, eu e a equipe de saúde concordamos sobre objetivos para minha saúde e como eles seriam alcançados.
Strongly Disagree	Discordo Fortemente	Discordo completamente	Discordo totalmente	Completely disagree	Discordo muito
Disagree	Discordo	Discordo	Discordo	Disagree	Discordo
Agree	Concordo	Concordo	Concordo	Agree	Concordo
Strongly Agree	Concordo Fortemente	Concordo completamente	Concordo totalmente	Completely Agree	Concordo muito
Don't Know/Don't Remember/Not Applicable	Não sei/Não Lembro/Não Aplicável	Não sei/não me lembro/ não se aplica	Não sei/não me lembro/ não se aplica	Don't know/Don't remember/Does not apply	Não sei/não me lembro/ não se aplica

Versão original	Tradução 1 (T1)	Tradução 2 (T2)	Síntese das traduções (T12)	Síntese das retrotraduções (R12)	Versão final
2. The hospital staff took my preferences and those of my family or caregiver into account in deciding <i>what</i> my health care needs would be when I left the hospital.	2. A equipe do hospital considerou as minhas preferências e as da minha família ou cuidador para decidir <i>o que</i> as minhas necessidades de saúde seriam quando saísse do hospital.	2. A equipe do hospital considerou as minhas preferências e as da minha família ou cuidador ao decidirem <i>quais</i> seriam as minhas necessidades de saúde depois que eu saísse do hospital.	2. A equipe do hospital considerou as minhas preferências e as da minha família ou cuidador para decidir <i>quais</i> seriam as minhas necessidades de saúde depois que eu saísse do hospital.	2. The hospital staff considered my preferences and those of my family or caregiver when deciding what my health needs would be after leaving the hospital.	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.
3. The hospital staff took my preferences and those of my family or caregiver into account in deciding <i>where</i> my health care needs would be met when I left the hospital.	3. A equipe do hospital considerou as minhas preferências e as da minha família ou cuidador para decidir <i>onde</i> as minhas necessidades de saúde seriam supridas quando saísse do hospital.	3. A equipe do hospital considerou as minhas preferências e as da minha família ou cuidador ao decidirem <i>onde</i> as minhas necessidades de saúde seriam atendidas depois que eu saísse do hospital.	3. A equipe do hospital considerou as minhas preferências e as da minha família ou cuidador para decidir <i>onde</i> as minhas necessidades de saúde seriam atendidas depois que eu saísse do hospital.	3. The hospital staff considered my preferences and those of my family or caregiver when deciding where my health needs would be met after leaving the hospital.	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.
The next set of statements is about when you were preparing to leave the hospital ...	O próximo conjunto de afirmações é sobre quando você estava se preparando para deixar o hospital. . .	O próximo grupo de itens é sobre quando você estava se preparando para sair do hospital. . .	O próximo conjunto de afirmações é sobre quando você estava se preparando para sair do hospital...	The next set of statements is about when you were preparing to leave the hospital	As próximas afirmações são sobre quando você estava se preparando para sair do hospital...

Versão original	Tradução 1 (T1)	Tradução 2 (T2)	Síntese das traduções (T12)	Síntese das retrotraduções (R12)	Versão final
4. When I left the hospital, I had all the information I needed to be able to take care of myself.	4. Quando saí do hospital, eu tinha todas as informações que eu precisava para que eu pudesse cuidar de mim mesmo.	4. Quando eu saí do hospital, eu tinha toda a informação que precisava para conseguir cuidar de mim mesmo.	4. Quando eu saí do hospital, eu tinha todas as informações que precisava para que eu pudesse cuidar de mim mesmo.	4. When I left the hospital, I had all the information I needed in order to take care of myself.	4. Quando eu saí do hospital, eu tive todas as informações que precisava para que eu pudesse cuidar de mim mesmo.
5. When I left the hospital, I clearly understood how to manage my health.	5. Quando saí do hospital, eu entendia claramente como cuidar da minha saúde.	5. Quando eu saí do hospital, eu entendia claramente como cuidar da minha saúde.	5. Quando eu saí do hospital, eu entendia claramente como cuidar da minha saúde.	5. When I left the hospital, I clearly understood how to take care of my health.	5. Quando eu saí do hospital, eu entendi claramente como cuidar da minha saúde.
6. When I left the hospital, I clearly understood the warning signs and symptoms I should watch for to monitor my health condition.	6. Quando saí do hospital, eu entendia claramente os sinais de alerta e os sintomas que eu deveria observar para monitorar a minha condição de saúde.	6. Quando eu saí do hospital, eu entendia claramente os sinais de alerta e sintomas que devo ficar de olho para monitorar meu problema de saúde.	6. Quando eu saí do hospital, eu entendia claramente os sinais de alerta e os sintomas que eu deveria observar para monitorar a minha condição de saúde.	6. When I left the hospital, I clearly understood the warning signs and symptoms I should look for in order to monitor my health condition.	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.
7. When I left the hospital, I had a readable and easily understood written plan that described how all of my health care needs were going to be met.	7. Quando saí do hospital, eu tinha um plano por escrito, legível e de fácil compreensão, que descrevia como todas as minhas necessidades de saúde seriam atendidas.	7. Quando eu saí do hospital, eu recebi um plano escrito, legível e de fácil compreensão, descrevendo como todas as minhas necessidades de saúde seriam atendidas.	7. Quando eu saí do hospital, eu recebi um plano escrito, legível e de fácil compreensão, que descrevia como todas as minhas necessidades de saúde seriam atendidas.	7. When I left the hospital, I received a written, readable and easily understood plan, which described how all my health needs would be met.	7. Quando eu saí do hospital, eu recebi um plano escrito, legível e de fácil compreensão, que descrevia como todas as minhas necessidades de saúde seriam atendidas.

Versão original	Tradução 1 (T1)	Tradução 2 (T2)	Síntese das traduções (T12)	Síntese das retrotraduções (R12)	Versão final
8. When I left the hospital, I had a good understanding of my health condition and what makes it better or worse.	8. Quando saí do hospital, eu tinha uma boa compreensão da minha condição de saúde e o que poderia melhorá-la ou piorá-la.	8. Quando eu saí do hospital, eu tinha uma boa compreensão do meu problema de saúde e o que pode piorá-lo ou melhorá-lo.	8. Quando eu saí do hospital, eu tinha uma boa compreensão da minha condição de saúde e o que poderia melhorá-la ou piorá-la.	8. When I left the hospital, I had a good understanding of my health condition and what may make it better or worse.	8. Quando eu saí do hospital, eu compreendi bem minha condição de saúde e o que poderia melhorá-la ou piorá-la.
9. When I left the hospital, I had a good understanding of the things I was responsible for in managing my health.	9. Quando saí do hospital, eu tinha uma boa compreensão das coisas que eram de minha responsabilidade no cuidado para com a minha saúde.	9. Quando eu saí do hospital, eu tinha uma boa compreensão das coisas pelas quais eu seria responsável para cuidar da minha saúde.	9. Quando eu saí do hospital, eu tinha uma boa compreensão das coisas que eram de minha responsabilidade para cuidar da minha saúde.	9. When I left the hospital, I had a good understanding of the things I was responsible for in taking care of my health.	9. Quando eu saí do hospital, eu compreendi bem o que era de minha responsabilidade para cuidar da minha saúde.
10. When I left the hospital, I was confident that I knew what to do to manage my health.	10. Quando saí do hospital, eu tinha confiança de que eu sabia o que fazer para cuidar da minha saúde.	10. Quando eu saí do hospital, eu tinha confiança que sabia o que fazer para cuidar da minha saúde.	10. Quando eu saí do hospital, eu tinha confiança de que eu sabia o que fazer para cuidar da minha saúde.	10. When I left the hospital, I was confident that I knew what to do in order to take care of my health.	10. Quando eu saí do hospital, eu me senti seguro de que eu sabia o que fazer para cuidar da minha saúde.
11. When I left the hospital, I was confident I could actually do the things I needed to do to take care of my health.	11. Quando saí do hospital, eu tinha confiança de que eu poderia realmente fazer as coisas que eu precisava fazer para cuidar da minha saúde.	11. Quando eu saí do hospital, eu tinha confiança de que realmente conseguia fazer as coisas que precisaria fazer para cuidar da minha saúde.	11. Quando eu saí do hospital, eu tinha confiança de que realmente conseguiria fazer as coisas que precisaria fazer para cuidar da minha saúde.	11. When I left the hospital, I was confident that I could actually do the things I would need to do to take care of my health.	11. Quando eu saí do hospital, eu me senti seguro de que conseguiria fazer as coisas necessárias para cuidar da minha saúde.

Versão original	Tradução 1 (T1)	Tradução 2 (T2)	Síntese das traduções (T12)	Síntese das retrotraduções (R12)	Versão final
The next statement is about your follow-up doctors' appointments . . .	A próxima afirmação é sobre suas consultas de seguimento com o médico. . .	O próximo item é sobre as suas consultas de acompanhamento...	A próxima afirmação é sobre suas consultas de acompanhamento médico...	The next statement is about your follow-up doctor appointments...	A próxima afirmação é sobre suas consultas de acompanhamento médico...
12. When I left the hospital, I had a readable and easily understood written list of the appointments or tests I needed to complete within the next several weeks.	12.Quando saí do hospital, eu tinha uma lista por escrito, legível e de fácil compreensão, das consultas ou exames que eu precisava realizar dentro das próximas semanas.	12. Quando eu saí do hospital, eu tinha uma lista escrita, legível e de fácil compreensão, com as consultas ou exames que eu teria que fazer dentro das próximas semanas.	12. Quando eu saí do hospital, eu tinha uma lista por escrito, legível e de fácil compreensão, das consultas ou exames que eu precisava realizar dentro das próximas semanas.	12. When I left the hospital, I had a written list that was readable and easy to understand, with the appointments or tests I would have to do in the next several weeks.	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.
The next set of statements is about your medications...	O próximo conjunto de afirmações é sobre seus medicamentos...	O próximo grupo de itens é sobre os seus remédios...	O próximo conjunto de afirmações é sobre seus medicamentos...	The next set of statements is about your medication...	As próximas afirmações são sobre seus medicamentos...
13. When I left the hospital, I clearly understood the <i>purpose</i> for taking each of my medications.	13. Quando saí do hospital, eu entendia claramente o <i>propósito</i> de se tomar cada um dos meus medicamentos.	13. Quando eu saí do hospital, eu entendi claramente a <i>razão</i> para tomar cada um dos meus remédios.	13. Quando eu saí do hospital, eu entendia claramente o propósito de tomar cada um dos meus medicamentos.	13. When I left the hospital, I clearly understood the <i>purpose</i> for taking each of my medications.	13. Quando eu saí do hospital, eu entendi claramente o <i>motivo</i> de tomar cada um dos meus medicamentos.

Versão original	Tradução 1 (T1)	Tradução 2 (T2)	Síntese das traduções (T12)	Síntese das retrotraduções (R12)	Versão final
14. When I left the hospital, I clearly understood <i>how</i> to take each of my medications, including how much I should take and when.	14. Quando saí do hospital, eu entendia claramente <i>como</i> tomar cada um dos meus medicamentos, inclusive a quantidade que eu deveria tomar e quando.	14. Quando eu saí do hospital, eu entendi claramente <i>como</i> tomar cada um dos meus remédios incluindo quanto eu deveria tomar e quando.	14. Quando eu saí do hospital, eu entendia claramente <i>como</i> tomar cada um dos meus medicamentos, inclusive a quantidade que eu deveria tomar e quando.	14. When I left the hospital, I clearly understood <i>how</i> to take each of my medications, including how many I should take and when.	14. Quando eu saí do hospital, eu entendi claramente <i>como</i> tomar cada um dos meus medicamentos, inclusive a quantidade e os horários.
15. When I left the hospital, I clearly understood the possible <i>side effects</i> of each of my medications.	15. Quando saí do hospital, eu entendia claramente os possíveis <i>efeitos colaterais</i> de cada um dos meus medicamentos.	15. Quando eu saí do hospital, eu entendi claramente os possíveis <i>efeitos colaterais</i> de cada um dos meus remédios.	15. Quando saí do hospital, eu entendia claramente os possíveis <i>efeitos colaterais</i> de cada um dos meus medicamentos.	15. When I left the hospital, I clearly understood the possible <i>side effects</i> of each of my medications.	15. Quando saí do hospital, eu entendi claramente os possíveis <i>efeitos colaterais</i> de cada um dos meus medicamentos.

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Em se tratando do pré-teste, foram consultados 30 pacientes internados em unidades de internação. Dentre os participantes, 70% eram do sexo masculino, 60% tinham até primeiro grau completo e a idade média era de 54,6 anos ($\pm 17,4$). A tabela 1 mostra as características da amostra do pré-teste:

Tabela 1 – Caracterização da amostra do pré-teste. Porto Alegre, 2016

Variáveis	n=30
Sexo masculino [†]	21 (70,0)
Idade (anos)*	54,6 \pm 17,4
Residência em Porto Alegre [†]	15 (50,0)
Escolaridade*	
Nenhum	12 (40,0)
Ensino fundamental incompleto	6 (20,0)
Ensino fundamental completo	1 (3,3)
Ensino médio incompleto	8 (26,7)
Ensino médio completo	1 (3,3)
Ensino superior incompleto	2 (6,7)
Unidade de internação clínica [†]	
4°S	5 (16,7)
5°N	6 (20,0)
6°S	7 (23,3)
6°N	3 (10,0)
7°N	9 (30,0)
Número de internações prévias [‡]	2 (1 – 3)

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

*Variáveis contínuas expressas como média \pm desvio padrão; [†]Variáveis categóricas expressas como n(%); [‡]Variáveis assimétricas apresentadas como mediana e intervalo interquartil.

Os resultados da avaliação de clareza do instrumento traduzido mostram que o instrumento era claro e facilmente compreendido pelos pacientes. O percentual de clareza, obtido pela soma da frequência das opções de resposta 4 (entendi) e 5 (entendi totalmente), foi igual ou maior que 80% em todos os itens (Tabela 2). Os itens com maior percentual foram 8, 9, 11 e 13, os quais tiveram 100% de clareza. Os itens com menor percentual foram 1 e 7, com 80% de clareza.

Tabela 2 – Clareza dos itens da Medida de Transições do Cuidado (CTM-15 Brasil). Porto Alegre, 2016

Nº Item	Não entendi*	Entendi pouco*	Entendi mais ou menos*	Entendi*	Entendi totalmente*	Clareza (%)
1	1 (3,3)	2 (6,7)	3 (10,0)	18 (60,0)	6 (20,0)	80,0
2	1 (3,3)	0 (0,0)	1 (3,3)	22 (73,3)	6 (20,0)	93,3
3	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (6,7)	21 (70,0)	7 (23,3)	93,3
4	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (3,3)	22 (73,3)	7 (23,3)	96,6
5	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (3,3)	20 (66,7)	9 (30,0)	96,7
6	1 (3,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	21 (70,0)	8 (26,7)	96,7
7	2 (6,7)	1 (3,3)	3 (10,0)	20 (66,7)	4 (13,3)	80,0
8	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	18 (60,0)	12 (40,0)	100
9	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	21 (70,0)	9 (30,0)	100
10	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (3,3)	18 (60,0)	11 (36,7)	96,7
11	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	23 (76,7)	7 (23,3)	100
12	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (3,3)	22 (73,3)	7 (23,3)	96,6
13	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	24 (80,0)	6 (20,0)	100
14	1 (3,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	19 (63,3)	10 (33,3)	96,6
15	1 (3,3)	0 (0,0)	1 (3,3)	21 (70,0)	7 (23,3)	93,3

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

* Variáveis categóricas expressas como n (%).

Os pacientes não fizeram recomendações para mudanças no instrumento. Não foi necessário realizar nenhuma modificação e, portanto, a versão pré-final foi considerada como final. O instrumento passou a se chamar Medida de Transições do Cuidado (CTM-15 Brasil) (Apêndice C). Optou-se em manter a sigla em inglês “CTM-15” por ser uma escala amplamente utilizada e reconhecida entre pesquisadores da temática, acrescentando-se somente a palavra “Brasil” para se referir ao instrumento adaptado para o país.

5.1.2 Avaliação psicométrica da Medida de Transições do Cuidado (CTM-15 Brasil)

Participaram nesta etapa da pesquisa 150 pacientes que tiveram alta das unidades de internação clínica. Em 20,7% das entrevistas, o paciente não pôde responder às questões e, portanto, o cuidador que acompanhou a internação e a alta respondeu o instrumento. Cabe destacar que, mesmo quando o contato telefônico foi realizado com os cuidadores, as informações demográficas e clínicas coletadas eram referentes aos pacientes. Tais características estão dispostas na Tabela 3:

Tabela 3 – Caracterização da amostra da etapa de avaliação psicométrica da Medida de Transições do Cuidado (CTM-15 Brasil). Porto Alegre, 2016

Variáveis	n=150
Paciente respondeu o instrumento*	119 (79,3)
Idade (anos) †	57,6 ± 16,3
Sexo feminino*	83 (55,3)
Escolaridade*	
Nenhum	3 (2,1)
Ensino fundamental incompleto	53 (37,6)
Ensino fundamental completo	28 (19,9)
Ensino médio incompleto	4 (2,8)
Ensino médio completo	31 (22,0)
Ensino superior incompleto	8 (5,7)
Ensino superior completo	14 (9,9)
Residência em Porto Alegre*	69 (46,0)
Unidade de internação*	
4°S	39 (26,0)
5°N	27 (18,0)
6°S	10 (6,7)
6°N	42 (28,0)
7°N	32 (21,3)
Tempo de permanência (dias) ‡	2 (1 – 3)
Internação prévia*	100 (66,7)

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

*Variáveis categóricas expressas como n(%); †Variáveis contínuas expressas como média ± desvio padrão; ‡Variáveis assimétricas apresentadas como mediana e intervalo interquartil.

A amostra nesta etapa foi constituída de 55,3% de mulheres e 44,7%, homens. A idade variou de 19 a 89 anos (dado não mostrado em tabela), sendo 50,6% idosos (60 anos ou mais) e tendo uma média elevada (57,6 anos). Grande parte tinha nível de escolaridade baixo e residia em Porto Alegre. O tempo de permanência no hospital variou de uma a sete dias, com uma mediana de apenas dois dias. A maioria dos pacientes tinha uma internação prévia no ano da coleta de dados (2015).

A partir da aplicação da Medida de Transições do Cuidado na amostra do estudo, foi possível avaliar propriedades psicométricas das duas versões do instrumento, a completa (CTM-15) e a resumida (CTM-3).

A tabela 4 expõe o escore de cada item do instrumento numa escala de 1 a 4. Conforme sugerido pelo autor do CTM, o escore total foi analisado numa escala de 0 a 100. Foram identificadas médias de 76,4±15,0 no escore total do CTM-15 e 77,2±15,1 no do CTM-3. Essa diferença entre as médias das duas versões do instrumento não foi estatisticamente significativa ($p=0,119$), o que demonstra uma validade convergente satisfatória do CTM-3:

Tabela 4 – Mínima, máxima, média e desvio padrão dos itens da Medida de Transições do Cuidado (n=150). Porto Alegre, 2016

Item	Mínimo	Máximo	Média ± DP
1. Concordou com a equipe de saúde sobre objetivos para sua saúde e como eles seriam alcançados	1	4	3,32 ± 0,55
2. Preferências consideradas para decidir as necessidades de saúde*	1	4	3,20 ± 0,59
3. Preferências consideradas para decidir onde as necessidades de saúde são atendidas	1	4	3,22 ± 0,65
4. Teve informações que precisava para autocuidado	2	4	3,43 ± 0,59
5. Entende claramente como cuidar da saúde	2	4	3,40 ± 0,60
6. Entende sinais de alerta e sintomas	1	4	3,36 ± 0,65
7. Recebeu um plano escrito de cuidados	1	4	3,10 ± 0,74
8. Compreende o que melhora ou piora sua condição de saúde	1	4	3,34 ± 0,59
9. Compreende o que é de sua responsabilidade*	2	4	3,38 ± 0,55
10. Sente-se seguro de que sabe o que fazer	1	4	3,28 ± 0,63
11. Sente-se seguro de que consegue fazer o que é necessário	1	4	3,22 ± 0,66
12. Recebeu lista escrita das consultas ou exames	1	4	3,19 ± 0,73
13. Entende o motivo de tomar os medicamentos*	1	4	3,35 ± 0,59
14. Entende como tomar os medicamentos	2	4	3,40 ± 0,51
15. Entende os efeitos colaterais dos medicamentos	1	4	3,14 ± 0,73

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

*Indica os itens do CTM-3.

Não foi identificado efeito de teto e chão no CTM-15. Somente 13 participantes (8,6%) responderam todos os itens como “concordo muito”, tendo a pontuação máxima (teto), e nenhum participante teve a pontuação mínima (chão).

Para verificar se existia diferença se o cuidador ou o paciente respondesse o instrumento, foi realizado o teste t-student. Identificou-se que o escore total do CTM-15 era mais baixo quando respondido pelos cuidadores, porém a diferença não foi estatisticamente significativa ($p=0,055$).

No que se refere à consistência interna das duas versões do instrumento, verificou-se que o alfa de Cronbach do CTM-15 foi 0,929 e do CTM-3 foi 0,659.

No teste-reteste, para verificar a estabilidade no tempo, foram comparadas as respostas dos participantes que responderam duas vezes o instrumento em um intervalo de 24 a 48 horas. Não foram encontradas diferenças significativas entre os resultados do teste e do reteste em todos os itens do CTM-15 e CTM-3 ($p>0,05$), conforme mostra a tabela 5:

Tabela 5 – Associação entre média total e por itens da Medida de Transições do Cuidado no teste-reteste (n=30). Porto Alegre, 2016

Item	Teste	Reteste	p [†]
	Média ± DP	Média ± DP	
1. Concordou com a equipe de saúde sobre objetivos para sua saúde e como eles seriam alcançados	3,33 ± 0,55	3,43 ± 0,50	0,326
2. Preferências consideradas para decidir as necessidades de saúde*	3,28 ± 0,65	3,24 ± 0,64	0,745
3. Preferências consideradas para decidir onde as necessidades de saúde são atendidas	3,36 ± 0,62	3,32 ± 0,61	0,745
4. Teve informações que precisava para autocuidado	3,43 ± 0,57	3,30 ± 0,54	0,161
5. Entende claramente como cuidar da saúde	3,43 ± 0,63	3,37 ± 0,49	0,573
6. Entende sinais de alerta e sintomas	3,47 ± 0,68	3,27 ± 0,69	0,056
7. Recebeu um plano escrito de cuidados	3,13 ± 0,78	3,17 ± 0,65	0,801
8. Compreende o que melhora ou piora sua condição de saúde	3,52 ± 0,57	3,34 ± 0,55	0,096
9. Compreende o que é de sua responsabilidade*	3,50 ± 0,51	3,40 ± 0,50	0,264
10. Sente-se seguro de que sabe o que fazer	3,32 ± 0,61	3,32 ± 0,61	1,000
11. Sente-se seguro de que consegue fazer o que é necessário	3,31 ± 0,66	3,28 ± 0,59	0,712
12. Recebeu lista escrita das consultas ou exames	3,22 ± 0,70	3,30 ± 0,61	0,646
13. Entende o motivo de tomar os medicamentos*	3,43 ± 0,69	3,32 ± 0,67	0,375
14. Entende como tomar os medicamentos	3,64 ± 0,49	3,46 ± 0,51	0,134
15. Entende os efeitos colaterais dos medicamentos	3,25 ± 0,84	3,21 ± 0,69	0,769
CMT-15			
Escore total (escala 0-100)	79,0 ± 15,3	76,6 ± 16,5	0,301
CTM-3			
Escore total (escala 0-100)	80,0 ± 16,6	77,2 ± 17,9	0,261

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

*Indica os itens do CTM-3; †Utilizado teste t de Student.

Uma análise fatorial exploratória com método de extração por componentes principais e rotação Varimax foi conduzida para testar a estrutura do CTM-15. Os resultados da análise são apresentados na Tabela 6. O modelo teve um bom ajuste (Kaiser-Meyer-Olkin [KMO]=0.893; $\chi^2=1208$; $p<0,001$) e explica 71,6% da variabilidade total. O modelo gerou quatro dimensões: preparação para autogerenciamento (fator 1), entendimento sobre medicações (fator 2), preferências asseguradas (fator 3) e plano de cuidado (fator 4):

Tabela 6 – Estrutura da análise fatorial por extração de componentes principais da Medida de Transições do Cuidado (CTM-15). Porto Alegre, 2016

Estrutura	Carga fatorial
Segunda ordem	
Fator 1 - Preparação para autogerenciamento	0.921
Fator 2 - Entendimento sobre medicações	0.796
Fator 3 - Preferências asseguradas	0.774
Fator 4 - Plano de cuidado	0.648
Primeira ordem	
Fator 1- Preparação para autogerenciamento	
4. Teve informações que precisava para autocuidado	0.712
5. Entende claramente como cuidar da saúde	0.740
6. Entende sinais de alerta e sintomas	0.717
8. Compreende o que melhora ou piora sua condição de saúde	0.732
9. Compreende o que é de sua responsabilidade	0.791
10. Sente-se seguro de que sabe o que fazer	0.627
11. Sente-se seguro de que consegue fazer o que é necessário	0.617
Fator 2 - Entendimento sobre medicações	
13. Entende o motivo de tomar os medicamentos	0.810
14. Entende como tomar os medicamentos	0.658
15. Entende os efeitos colaterais dos medicamentos	0.823
Fator 3 - Preferências asseguradas	
1. Concordou com a equipe de saúde sobre objetivos para sua saúde e como eles seriam alcançados	0.456
2. Preferências consideradas para decidir as necessidades de saúde	0.817
3. Preferências consideradas para decidir onde as necessidades de saúde são atendidas	0.514
Fator 4 - Plano de cuidado	
7. Recebeu um plano escrito de cuidados	0.644
12. Recebeu uma lista escrita das consultas ou exames	0.835

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

O fator 1 é a dimensão que valoriza a preparação do paciente e sua família para gerenciar e realizar o cuidado pós-alta no domicílio. O fator 2 é a dimensão que trata do entendimento do paciente e sua família sobre o uso adequado das medicações após a alta do hospital. O fator 3 retrata a importância da equipe de saúde em considerar as preferências do paciente e sua família na tomada de decisões sobre decidir as necessidades de saúde e seu tratamento. O fator 4 é a dimensão que valoriza a existência de um plano de cuidado e de uma lista das consultas ou exames para realizar após a alta que sejam escritos e de fácil compreensão.

5.2 Segunda etapa: transição do cuidado na percepção dos pacientes em serviço de emergência

5.2.1 Características da amostra

Participaram nesta etapa da pesquisa 198 pacientes com doenças crônicas que tiveram alta do serviço de emergência. Em 59,1% das entrevistas, foram os próprios pacientes que responderam o instrumento. No restante das entrevistas (40,9%), foi o cuidador, que acompanhou a internação e a alta na emergência, que respondeu o instrumento. Como mencionado anteriormente, mesmo quando o contato telefônico foi realizado com os cuidadores, as informações demográficas e clínicas coletadas eram referentes aos pacientes. Tais características estão dispostas nas tabelas 7 e 8.:

Tabela 7 – Características demográficas dos pacientes. Porto Alegre, 2016

Variáveis	n=198
Idade (anos)*	62,4 ± 15,3
Sexo feminino [†]	105 (53,0)
Escolaridade [†]	
Nenhum	9 (4,9)
Ensino fundamental incompleto	96 (52,2)
Ensino fundamental completo	38 (20,7)
Ensino médio incompleto	10 (5,4)
Ensino médio completo	25 (13,6)
Ensino superior incompleto	2 (1,1)
Ensino superior completo	4 (2,2)
Residência em Porto Alegre [†]	118 (59,9)

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

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

Tabela 8 – Características clínicas dos pacientes. Porto Alegre, 2016

Variáveis	n=198
Doenças crônicas (grupos de causas) *	
Cardiovasculares	114 (57,6)
Câncer	54 (27,3)
Diabetes	37 (18,7)
Neurológicas	25 (12,6)
Renais	22 (11,1)
Respiratórias	7 (3,5)
Musculoesqueléticas	5 (2,5)
Mais de uma comorbidade*	71 (35,9)
Classificação de risco*	
Vermelho	8 (4,1)
Laranja	104 (52,8)
Amarelo	83 (42,1)
Verde	2 (1,0)
Turno de alta*	
Manhã	37 (18,7)
Tarde	117 (59,1)
Noite	44 (22,2)
Dia de alta*	
Segunda	29 (14,6)
Terça	27 (13,6)
Quarta	26 (13,1)
Quinta	28 (14,1)
Sexta	49 (24,7)
Sábado	23 (11,6)
Domingo	16 (8,1)
Sala de atendimento*	
Verde	99 (50,0)
Laranja	83 (41,9)
Internação adulto	8 (4,0)
Vascular	8 (4,0)
Tempo de permanência (dias) †	2 (1 – 3)
Reinternação na emergência*	
Em um mês	31 (15,6)
Em três meses	46 (23,2)
Internação hospitalar após alta da emergência	35 (17,7)
Número de atendimentos em um ano †	2 (1 – 4)

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

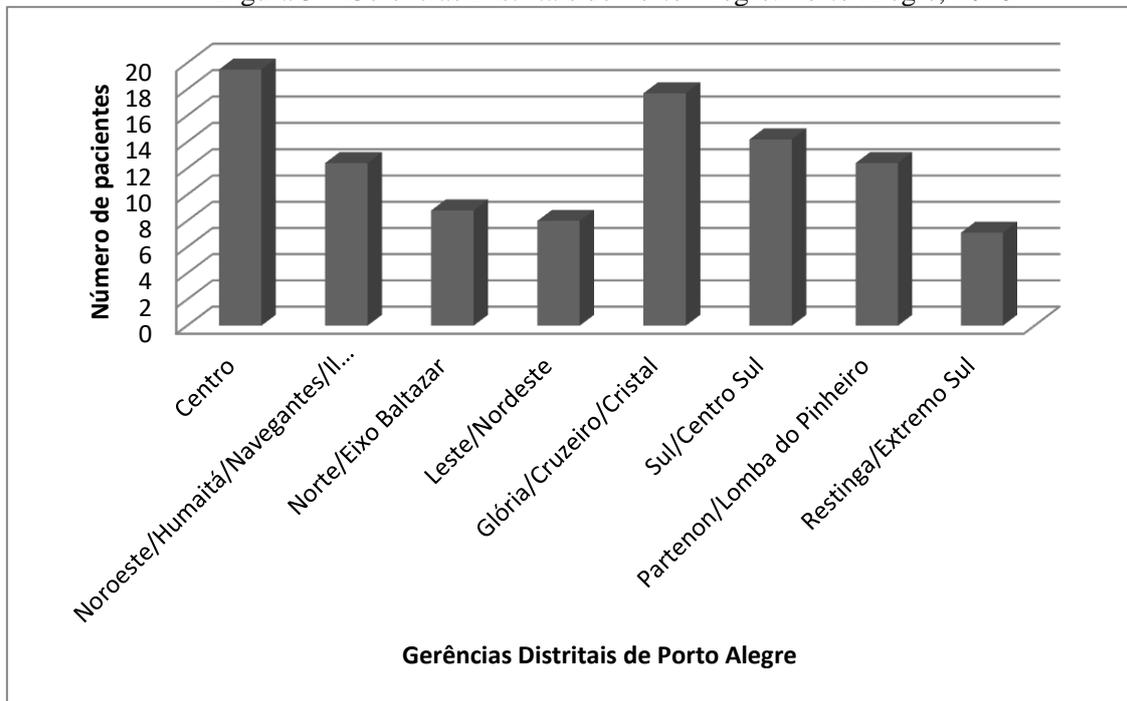
*Variáveis categóricas expressas como n(%); †Variáveis assimétricas apresentadas como mediana e intervalo interquartil.

Observa-se maior predominância do sexo feminino (53%), idade avançada (média de 62,4 anos) e baixa escolaridade (77,8% até 1º grau completo). A idade mínima da amostra foi de 21, a máxima, 94 e 62,1% tinha mais de 60 anos (dados não mostrados em tabela).

No que tange ao local de residência, quase 60% dos pacientes residiam na mesma cidade do serviço de emergência. A Figura 3 apresenta as gerências distritais aos quais os

pacientes residentes em Porto Alegre são pertencentes. Evidencia-se que grande parte era das gerências Centro (19,5%), Glória/Cruzeiro/Cristal (17,7%) e Sul/Centro Sul (14,2%). As gerências que tiveram menor quantidade de pacientes foram Restinga/Extremo Sul (7,1%) Leste/Nordeste (8,0%) e Norte/Eixo Baltazar (8,8%).

Figura 3 – Gerências Distritais de Porto Alegre. Porto Alegre, 2016



Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Com relação às morbidades dos pacientes, constata-se maior prevalência dos grupos de causas cardiovasculares (57,6%) e câncer (27,3%). As doenças mais frequentes, conforme CID-10, são as relacionadas a outras doenças cardiovasculares (34,8%), neoplasias malignas (26,3%), doenças hipertensivas (23,7%), diabetes mellitus (18,7%) e doenças isquêmicas do coração (15,2%) (tabela 9). Quase 36% dos pacientes tinham mais de uma doença.

Tabela 9 – Frequência das doenças crônicas dos pacientes, conforme Código Internacional de Doenças (CID-10). Porto Alegre, 2016

Doenças (CID-10)* †	n=198
Neoplasias malignas (C00-C97)	52 (26,3)
Neoplasias in situ (D00-D09)	2 (1,0)
Diabetes mellitus (E10-E14)	37 (18,7)
Doença de Parkinson (G20-G21)	0 (0,0)
Doença de Alzheimer e outras demências (F01-F03, G30-G31)	4 (2,0)
Esclerose múltipla (G35)	1 (0,5)
Epilepsia (G40-G41)	17 (8,6)
Enxaqueca (G43)	0 (0,0)
Paralisia cerebral e outras síndromes paralíticas (G80-G83)	4 (2,0)
Doença reumática crônica do coração (I05-I09)	5 (2,5)
Doenças hipertensivas (I10-I15)	47 (23,7)
Doenças isquêmicas do coração (I20-I25)	30 (15,2)
Outras doenças cardiovasculares (I26-I28, I34-I37, I44-I51, I70-I89)	69 (34,8)
Doença pulmonar obstrutiva crônica (J40-J44)	3 (1,5)
Asma (J45-J46)	4 (2,0)
Cirrose hepática (K70, K74)	0 (0,0)
Artrite reumatóide (M05-M06)	1 (0,5)
Artroses (M15-M19)	4 (2,0)
Doenças renais (N03-N8, N1,N18-N19)	22 (11,1)

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

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

No que tange à classificação de risco obtida na chegada do serviço de emergência, constata-se que a maioria dos pacientes apresentou risco alto (classificação laranja) e intermediário (classificação amarela). Apenas um paciente não teve sua classificação registrada (dado não mostrado em tabela).

Em relação ao dia e turno de alta, pacientes tiveram mais altas à tarde (59,1%) e sextas-feiras (24,7%). Os dias de fim de semana foram os que tiveram menor quantidade de altas (19,7%).

Observa-se que a maioria dos pacientes ficou internada na sala verde (50%) e laranja (41,2%). Quanto ao tempo de permanência, identifica-se uma mediana de dois dias (intervalo interquartil de 1 a 3), tendo um mínimo de um dia e máximo, dez (dado não mostrado em tabela). Cabe ressaltar que foram incluídos no estudo somente os pacientes que permaneceram no serviço de emergência por, pelo menos, 24 horas.

No que se refere ao número de internações prévias no serviço de emergência no último ano, o menor foi um e o maior, 13, com mediana de duas internações e intervalo interquartil de um a quatro. Constata-se que 50 pacientes (16,7%) buscaram atendimento no serviço

quatro vezes ou mais em um ano e, portanto, são usuários frequentes (dado não mostrado em tabela).

Foi possível identificar que 33,3% dos pacientes reinternaram no Serviço de Emergência, sendo que 15,6% reinternaram em até um mês após a alta e 23,2% em até três meses. Quase 18% tiveram uma internação hospitalar após a alta da emergência.

5.2.2 Qualidade da transição do cuidado

Inicialmente, destaca-se que o coeficiente alfa de Cronbach do CTM-Brasil foi 0,922, indicando alta consistência interna. Na análise por dimensões, identifica-se que os fatores 1 (preparação para autogerenciamento) e 3 (preferências asseguradas) também obtiveram coeficientes satisfatórios (0,918 e 0,787, respectivamente). Todavia, os fatores 2 (entendimento sobre medicações) e 4 (plano de cuidado) tiveram coeficientes 0,647 e 0,641, respectivamente, os quais são valores moderados.

A média de escore total do CTM-Brasil, na escala de 0 a 100, foi de 69,5, conforme mostra a tabela 10. É possível observar que os escores médios conforme os fatores são semelhantes, embora o fator 1 tenha maior média:

Tabela 10 – Distribuição das médias e desvio padrão do CTM-Brasil total e por fatores. Porto Alegre, 2016

Score	(n=198)
Total	69,5 ± 19,7
Por fatores	
Fator 1 - Preparação para autogerenciamento	70,6 ± 23,3
Fator 2 - Entendimento sobre medicações	68,3 ± 22,5
Fator 3 - Preferências asseguradas	68,4 ± 22,7
Fator 4 - Plano de cuidado	68,8 ± 26,9

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

*Variáveis expressas como média ± desvio padrão.

A tabela 11 apresenta a média e o desvio padrão, em escala de 1 a 4, obtidos neste estudo para cada item do CTM-Brasil:

Tabela 11 – Distribuição das médias e desvio padrão por item do CTM-Brasil. Porto Alegre, 2016

Item	Fator	CTM-Brasil	Média ± DP
14	2	Quando eu saí da emergência, eu entendi claramente <i>como</i> tomar cada um dos meus medicamentos, inclusive a quantidade e os horários.	3,45 ± 0,64
9	1	Quando eu saí da emergência, eu compreendi bem o que era de minha responsabilidade para cuidar da minha saúde.	3,26 ± 0,75
5	1	Quando eu saí da emergência, eu entendi claramente como cuidar da minha saúde.	3,20 ± 0,85
13	2	Quando eu saí da emergência, eu entendi claramente o <i>motivo</i> de tomar cada um dos meus medicamentos.	3,20 ± 0,82
4	1	Quando eu saí da emergência, eu tive todas as informações que precisava para que eu pudesse cuidar de mim mesmo.	3,17 ± 0,85
6	1	Quando eu saí da emergência, eu entendi claramente os sinais de alerta e os sintomas que eu deveria observar para monitorar a minha condição de saúde.	3,13 ± 0,85
1	3	Antes de sair da emergência, eu e a equipe de saúde concordamos sobre objetivos para minha saúde e como eles seriam alcançados.	3,13 ± 0,73
7	4	Quando eu saí da emergência, eu recebi um plano escrito, legível e de fácil compreensão, que descrevia como todas as minhas necessidades de saúde seriam atendidas.	3,11 ± 0,82
10	1	Quando eu saí da emergência, eu me senti seguro de que eu sabia o que fazer para cuidar da minha saúde.	3,07 ± 0,89
12	4	Quando eu saí do serviço de emergência, eu recebi uma lista por escrito, legível e de fácil compreensão, das consultas ou exames que eu precisava realizar dentro das próximas semanas.	3,06 ± 1,00
8	1	Quando eu saí da emergência, eu compreendi bem minha condição de saúde e o que poderia melhorá-la ou piorá-la.	3,04 ± 0,90
2	3	A equipe da emergência considerou as minhas preferências e as da minha família ou cuidador para decidir <i>quais</i> seriam as minhas necessidades de saúde para depois que eu saísse do hospital.	3,02 ± 0,82
3	3	A equipe da emergência considerou as minhas preferências e as da minha família ou cuidador para decidir <i>onde</i> as minhas necessidades de saúde seriam atendidas depois que eu saísse do hospital.	3,01 ± 0,89
11	1	Quando eu saí da emergência, eu me senti seguro de que conseguiria fazer as coisas necessárias para cuidar da minha saúde.	2,98 ± 0,85
15	2	Quando saí da emergência, eu entendi claramente os possíveis <i>efeitos colaterais</i> de cada um dos meus medicamentos.	2,50 ± 1,13

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Os itens que tiveram maior pontuação foram 14, 09, 05 e 13, sendo que o primeiro e quarto colocados pertencem ao fator Entendimento sobre medicações, enquanto que o segundo e o terceiro pertencem ao fator Preparação para autogerenciamento. As piores médias são dos itens 15, 11, 03 e 02, pertencentes aos fatores Entendimento sobre medicações, Preparação para autogerenciamento e Preferências asseguradas. Os dois itens que compõem o fator Plano de cuidado obtiveram a oitava e a décima maior média geral.

Optou-se em apresentar, também, a distribuição das respostas dos participantes com frequência simples e relativa em cada item do instrumento (tabela 12). Essa análise, além de oferecer melhor compreensão sobre os itens que tiveram maior concordância ou discordância, proporciona incluir a opção neutra da escala de Likert, que não é usada no cálculo de escore do CTM:

Tabela 12 – Distribuição da frequência de opções de resposta por item do CTM-Brasil. Porto Alegre, 2016

Item CTM-15*	Discordo Muito	Discordo	Concordo	Concordo Muito	Não sei/não lembro/não se aplica
1	8 (4,0)	17 (8,6)	115 (58,1)	58 (29,3)	0 (0,0)
2	12 (6,1)	28 (14,1)	101 (51,0)	56 (28,3)	1 (0,5)
3	19 (9,6)	20 (10,1)	97 (49,0)	60 (30,3)	2 (1,0)
4	12 (6,1)	21 (10,6)	86 (43,4)	78 (39,4)	1 (0,5)
5	11 (5,6)	22 (11,1)	82 (41,4)	83 (41,9)	0 (0,0)
6	13 (6,6)	21 (10,6)	91 (46,0)	73 (36,9)	0 (0,0)
7	11 (5,6)	22 (11,1)	93 (47,0)	66 (33,3)	6 (3,0)
8	17 (8,6)	25 (12,6)	88 (44,4)	66 (33,3)	2 (1,0)
9	8 (4,0)	12 (6,1)	98 (49,5)	80 (40,4)	0 (0,0)
10	16 (8,1)	23 (11,6)	90 (45,5)	68 (34,3)	1 (0,5)
11	12 (6,1)	36 (18,2)	91 (46,0)	57 (28,8)	2 (1,0)
12	20 (10,1)	16 (8,1)	61 (30,8)	66 (33,3)	35 (17,7)
13	12 (6,1)	14 (7,1)	91 (46,0)	76 (38,4)	5 (2,5)
14	4 (2,0)	4 (2,0)	87 (43,9)	98 (49,5)	5 (2,5)
15	54 (27,3)	30 (15,2)	64 (32,3)	43 (21,7)	7 (3,5)

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

*Variável categórica expressa como n(%)

Os itens que obtiveram maior percentual de concordância (agrupando opções “concordo” e “concordo muito”) foram 14, 09 e 01 (93,4%, 89,9% e 87,4%, respectivamente), enquanto que os com maior percentual de discordância (soma das opções “discordo” e “discordo muito”) foram 15, 11 e 08 (43,5%, 24,3% e 21,2%, respectivamente). As maiores frequências de resposta “concordo muito” foram nos itens 14 (49,5%) e 05 (41,9%) e de

“discordo muito”, nos itens 15 (27,3%) e 12 (10,1%). Nota-se que o item 12 teve o maior percentual de resposta na opção neutra da escala de Likert (17,7%), valor bem superior ao restante de itens do instrumento. Também foi identificado que 23 pacientes (11,6%) responderam a mesma opção de resposta para todos os itens (dado não mostrado em tabela).

A tabela 13 apresenta a correlação entre os escores total e por fator do CTM-Brasil com as variáveis contínuas do estudo:

Tabela 13 – Correlação entre os escores total e por fator do CTM-Brasil e variáveis contínuas. Porto Alegre, 2016

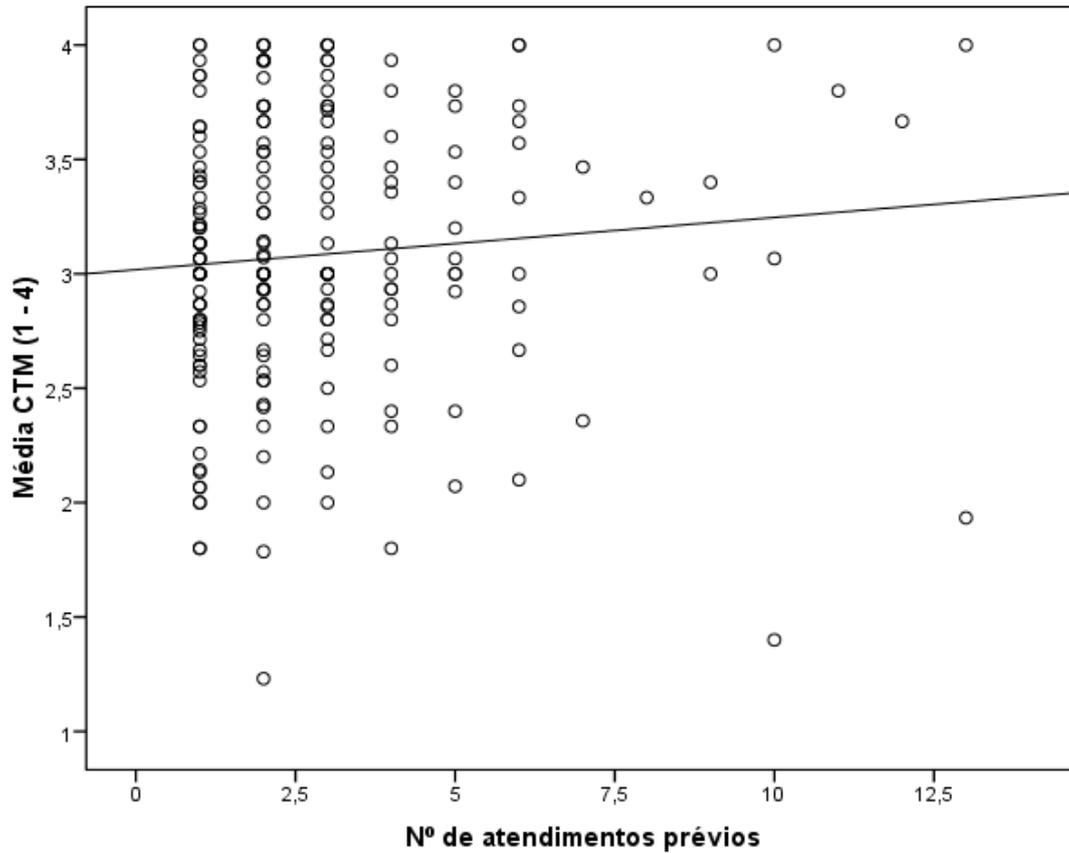
Variáveis	Coeficiente de correlação				
	Total	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4
Idade (anos)*	-0,033	-0,052	-0,048	0,082	-0,087
Nível de escolaridade [†]	-0,105	-0,111	-0,069	-0,102	0,059
Classificação de risco [†]	0,078	0,070	0,061	0,019	0,138
Dia de alta [†]	-0,023	-0,003	0,051	-0,072	-0,029
Tempo de permanência (dias) [†]	0,095	0,098	0,092	0,093	0,032
Nº de atendimentos [†]	0,147 [‡]	0,170 [‡]	0,112	0,089	0,062

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

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

Não houve correlação significativa entre o escore total e escore dos quatro fatores com as variáveis de idade, nível de escolaridade, classificação de risco, dia de alta e tempo de permanência. Na associação entre o escore total e o fator 1 (Preparação para autogerenciamento) com a variável de número de atendimentos prévios, observam-se correlações positivas de baixa magnitude ($p=0,039$ e $p=0,017$, respectivamente). O diagrama de dispersão apresentado abaixo (Figura 4) representa a relação entre o escore total e esta variável. É possível verificar que a média do CTM aumenta conforme aumenta a quantidade de atendimentos prévios no serviço de emergência.

Figura 4 – Diagrama de dispersão da correlação entre o escore total e a variável de número de atendimentos prévios. Porto Alegre, 2016



Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

A associação entre os escores do CTM-Brasil com variáveis categóricas é demonstrada na tabela 14.

No que se refere a quem respondeu o instrumento, identifica-se que os cuidadores tiveram uma média maior tanto no escore total quanto no escore de todos os fatores do que as médias dos pacientes. Essa diferença, entretanto, não foi estatisticamente significativa. De forma semelhante, pacientes do sexo masculino tiveram médias maiores nos escores total e dos fatores 1, 2 e 4 do que pacientes do sexo feminino, embora essa diferença não seja significativa.

Com relação à cidade de residência, verifica-se que residentes de Porto Alegre tiveram escores mais baixos que os demais. Porém, as diferenças não foram significantes.

Tabela 14 - Associação dos escores total e por fator do CTM-Brasil com variáveis categóricas nominais. Porto Alegre, 2016

Variáveis	Total*	Fator 1*	Fator 2*	Fator 3*	Fator 4*
Quem respondeu [†]					
Paciente	3,04±0,58	3,07±0,73	3,00±0,62	3,02±0,64	3,04±0,82
Cuidador	3,15±0,61	3,19±0,65	3,12±0,75	3,10±0,74	3,10±0,80
Sexo [†]					
Masculino	3,12±0,68	3,15±0,78	3,12±0,68	3,05±0,78	3,12±0,85
Feminino	3,05±0,50	3,09±0,63	2,99±0,67	3,05±0,58	3,01±0,77
Cidade de residência [‡]					
Porto Alegre	3,04±0,60	3,08±0,72	2,97±0,73	3,04±0,70	3,05±0,78
Outro	3,14±0,58	3,17±0,68	3,18±0,57	3,07±0,66	3,08±0,85
Turno de alta [‡]					
Manhã	2,91±0,53	2,99±0,58	2,84±0,67	2,89±0,80	2,78±0,82 [§]
Tarde	3,16±0,59	3,18±0,73	3,12±0,65	3,15±0,62	3,20±0,76 [§]
Noite	3,03±0,62	3,08±0,71	3,05±0,72	2,93±0,71	2,93±0,85
Dia de alta [‡]					
Dia de semana	3,08±0,59	3,10±0,70	3,03±0,68	3,05±0,69	3,06±0,77
Final de semana	3,12±0,58	3,16±0,68	3,11±0,62	3,02±0,62	3,05±0,93
Sala de atendimento [†]					
Verde	3,01±0,59	3,04±0,68	3,02±0,67	2,92±0,71	3,01±0,78
Laranja	3,11±0,59	3,14±0,70	3,06±0,70	3,15±0,66	3,03±0,86
Interação adulto	3,39±0,42	3,46±0,51	3,13±0,73	3,42±0,43	3,56±0,50
Vascular	3,42±0,58	3,50±0,90	3,25±0,57	3,29±0,38	3,63±0,44
Reinternação na emergência [†]					
Sim	3,12±0,61	3,18±0,69	3,05±0,73	3,07±0,71	3,11±0,83
Não	3,07±0,58	3,09±0,70	3,05±0,65	3,05±0,80	3,04±0,80
Internação hospitalar após alta da emergência [†]					
Sim	3,25±0,52	3,30±0,56	3,11±0,77	3,24±0,52	3,33±0,58 [§]
Não	3,05±0,60	3,08±0,72	3,04±0,66	3,01±0,71	3,01±0,84

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

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

Pacientes com alta no turno da manhã tiveram médias de escores mais baixos que os pacientes com alta no turno da tarde e noite. Contudo, observa-se que a diferença é estatisticamente significativa somente quando comparado as médias de escore entre turnos da manhã e tarde do Fator 4 (p=0,015). No que tange ao dia de alta, não foram identificadas diferenças significativas, apesar dos dias de semana terem médias superiores ao final de semana no escore total, fator 1 e 2.

Ao associar os escores da transição do cuidado com a sala de permanência dos pacientes no serviço de emergência, não se verificou diferença estatisticamente significativa.

Todavia, é possível observar valores mais elevados na unidade vascular e valores mais baixos na sala verde.

Pacientes que reinternaram no serviço de emergência tiveram escores mais elevados do que os que não tiveram reinternação. As diferenças, entretanto, não são significativas. Quanto à internação hospitalar após alta na emergência, constata-se que pacientes com internação tiveram escores mais altos, porém somente no fator 4 a diferença foi estatisticamente significativa ($p=0,032$).

Conforme descrito na tabela 15, não foi encontrada diferença significativa entre os grupos de causas das DCNT e as médias do CTM-Brasil.:

Tabela 15 - Associação dos escores total e por fator do CTM-Brasil com a variável de doenças crônicas não transmissíveis segundo grupos de causas. Porto Alegre, 2016

Grupos de causas	Total*	Fator 1*	Fator 2*	Fator 3*	Fator 4*
Câncer					
Sim	3,16±0,59	3,17±0,70	3,19±0,62	3,19±0,60	3,09±0,86
Não	3,05±0,59	3,09±0,70	3,00±0,69	3,00±0,71	3,05±0,79
Diabetes Mellitus					
Sim	2,98±0,55	3,04±0,69	2,88±0,71	2,98±0,64	2,93±0,80
Não	3,11±0,60	3,14±0,70	3,09±0,66	3,07±0,69	3,09±0,81
Doenças Neurológicas					
Sim	3,13±0,52	3,16±0,61	3,19±0,71	2,93±0,79	3,26±0,63
Não	3,08±0,60	3,11±0,71	3,03±0,67	3,07±0,66	3,04±0,83
Doenças Cardiovasculares					
Sim	3,10±0,58	3,15±0,68	3,04±0,70	3,06±0,66	3,07±0,78
Não	3,06±0,60	3,07±0,72	3,07±0,64	3,05±0,71	3,05±0,86
Doenças Respiratórias					
Sim	3,21±0,77	3,16±0,96	3,09±0,69	3,33±0,75	3,43±0,53
Não	3,08±0,59	3,12±0,69	3,05±0,68	3,04±0,68	3,05±0,81
Doenças musculoesqueléticas					
Sim	2,81±0,70	2,80±0,85	2,67±0,67	3,07±0,68	2,70±0,97
Não	3,09±0,59	3,13±0,70	3,06±0,67	3,05±0,68	3,07±0,80
Doenças Renais					
Sim	2,95±0,60	2,99±0,69	2,89±0,76	2,92±0,58	2,86±0,88
Não	3,10±0,59	3,13±0,70	3,07±0,66	3,07±0,69	3,09±0,80

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

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

Por fim, foi realizada uma comparação entre os escores dos pacientes que tiveram alta de unidades de internação (que participaram da primeira etapa do estudo de validação do

CTM-Brasil) com os escores obtidos pelos pacientes com DCNT do serviço de emergência (tabela 16).:

Tabela 16 – Comparação dos escores total e por fator do CTM-Brasil entre as amostras de unidades de internação (n=150) e do serviço de emergência (n=198). Porto Alegre, 2016

Escore	Unidade de internação*	Serviço de Emergência*	p[†]
Total	76,4 ± 15,0	69,5 ± 19,7	<0,001
Fator 1	78,3 ± 16,3	70,6 ± 23,3	<0,001
Fator 2	76,6 ± 16,0	68,3 ± 22,5	<0,001
Fator 3	75,0 ± 16,6	68,4 ± 22,7	0,002
Fator 4	71,3 ± 12,0	68,8 ± 26,9	0,351

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

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

Verifica-se que todos os escores, exceto do Fator 4, foram significativamente mais baixos na amostra da emergência do que das unidades de internação.

6 DISCUSSÃO

Este estudo descreve o processo de adaptação transcultural do instrumento *Care Transitions Measure* para uso no Brasil, bem como sua aplicação prática na avaliação da qualidade da transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas com alta de serviço de emergência. Foi possível verificar características psicométricas do instrumento adaptado, identificar fatores associados à qualidade da transição do cuidado e comparar a qualidade da transição do cuidado em pacientes com alta de unidades de internação clínica e de serviço de emergência. Além disso, o estudo permitiu traçar um perfil dos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis atendidos em serviço de emergência.

A discussão dos resultados é apresentada nos próximos subcapítulos, seguindo a mesma sequência utilizada para a descrição das etapas desenvolvidas e explorando as contribuições e limitações do estudo.

6.1 Adaptação transcultural e validação do *Care Transitions Measure* para uso no Brasil

A primeira etapa deste estudo foi composta da adaptação transcultural do CTM, o que necessitou de esforços para garantir que a versão final traduzida fosse de acordo com o contexto brasileiro e consistente com a versão original em inglês. Cuidados com o rigor e a qualidade do processo de adaptação transcultural de instrumentos para pesquisa são importantes para que resultados de estudos internacionais indiquem reais similaridades ou diferenças entre fenômenos e contextos (MANEESRIWONGUL, DIXON, 2004). Neste estudo, foram seguidos os passos propostos por Beaton e colegas (2000), de forma que o processo evoluiu sem intercorrências e resultou em uma versão de fácil compreensão pela população alvo e simples aplicação pelos pesquisadores. Considera-se que a adaptação do CTM para o português foi estabelecida, visto que as equivalências conceitual, semântica, idiomática e experimental foram garantidas.

A tradução realizada de forma independente por dois tradutores com perfis diferentes foi importante para gerar, inicialmente, duas versões com utilização de diferentes termos e expressões usados no Brasil. Isso destaca que a síntese das traduções desenvolvida pelos pesquisadores e a revisão pelo comitê de especialistas são formas de garantir equivalência cultural e idiomática. Essas considerações também foram realizadas previamente em estudo de adaptação cultural de um instrumento (AIRES et al., 2012).

A retrotradução permitiu comparar a versão original do CTM com a versão síntese das traduções. Trata-se de estratégia fundamental para verificar os itens inalterados, como também para verificar se as alterações nos itens eram importantes e afetavam as equivalências semânticas e conceituais do instrumento (REICHENHEIM; MORAES, 2007).

A validação de conteúdo e de face da versão adaptada do CTM foi essencial para avaliar a aplicabilidade do instrumento e a relevância de cada item na avaliação da qualidade da transição do cuidado no contexto brasileiro. Indica-se que a verificação da validade de face e de conteúdo de instrumentos seja realizada pela revisão de comitê de especialistas ou pela aplicação do instrumento na população alvo e verificação de índice de clareza (AIRES et al., 2012; REICHENHEIM; MORAES, 2007). Neste estudo, os dois métodos foram utilizados. Primeiramente, o comitê de especialistas revisou todas as versões do instrumento. As contribuições dos especialistas foram pertinentes e acatadas. Foram realizadas algumas alterações no instrumento e o comitê concordou que a versão final adaptada era adequada e relevante para o contexto brasileiro.

Ainda, no pré-teste, verificou-se que o índice de clareza foi igual ou maior que 80% para todos os itens do CTM, o que demonstra que os pacientes não tiveram dificuldade para entender as questões do instrumento, apesar do baixo nível de escolaridade da maioria dos participantes. Tal achado é importante, pois um questionário não deve demandar muitas habilidades de leitura, deve conter itens simples, curtos e sem palavras difíceis (TERWEE et al., 2007), de forma que o estrato de menor escolaridade da população alvo consiga compreender a linguagem dos itens do instrumento.

É importante comentar que os itens 1 e 7 tiveram os menores índices de clareza (80%). O item 1 trata da equipe de saúde decidir, junto com o paciente, os objetivos sobre sua saúde e como eles seriam alcançados. O índice de clareza pode ter sido mais baixo porque os pacientes não estão acostumados a ter suas opiniões e preferências incluídas no planejamento do cuidado, ou o termo “objetivos para minha saúde” não era claro para a população alvo. Já o item 7 é longo, o que pode dificultar a compreensão dos participantes.

Foi visto que 20,7% dos respondentes do CTM na etapa da avaliação das propriedades psicométricas eram cuidadores dos pacientes, a maioria familiares e cuidadores informais. Isso ocorreu porque os pacientes estavam muito doentes para responder o instrumento, ou não conseguiam se comunicar pelo telefone. O CTM foi elaborado para captar as percepções dos pacientes, porém já foi utilizado com cuidadores em outros estudos. Na pesquisa de Berry et al. (2013), 100% dos participantes eram cuidadores e na investigação de Bakshi e colaboradores (2012), 96%.

A percepção do paciente e do cuidador pode ser diferente em se tratando da qualidade da transição do cuidado (BAKSHI et al., 2012). Entretanto, neste estudo não se obteve diferença significativa no escore total do CTM-15 entre os respondentes. Futuras pesquisas podem explorar melhor o uso do CTM com cuidadores.

Identificou-se que o CTM-15 Brasil apresentou consistência interna satisfatória, resultado similar ao encontrado em outros estudos desenvolvidos nos Estados Unidos (ANATCHKOVA et al., 2014; COLEMAN et al., 2005), Israel (SHADMI; ZISBERG; COLEMAN, 2009), China (CAO et al., 2015) e Singapura (BAKSHI et al., 2012). Porém, como esperado, a consistência interna do CTM-3 foi baixa, o que é consistente com achados de pesquisas (BAKSHI, 2012; CAO et al., 2015). Esse resultado pode ser explicado pelo fato de que o alfa de Cronbach é dependente do número de itens do instrumento, de forma que quanto maior a quantidade de itens, maior o valor do alfa (TERWEE et al., 2007).

Apesar da consistência interna do CTM-3 ter sido insatisfatória, a versão apresentou uma boa validade convergente, não tendo diferença significativa entre a média de escore do CTM-3 com a média do CMT-15. Outra pesquisa verificou uma correlação forte entre os escores das versões completas e simples do instrumento em chinês e inglês, demonstrando que as versões traduzidas do CTM-15 e CTM-3 também apresentavam boa validade convergente em Singapura (BAKSHI et al., 2012).

Frente ao exposto, o uso do CTM-3 não é contraindicado, mas deve ser utilizado com precaução. Bakshi e colaboradores (2012) recomendam o uso do CTM-3 em amostras grandes, o que compensaria a baixa consistência interna.

Com relação ao efeito de teto e chão no CTM-15, somente 8,6% dos participantes obtiveram a pontuação máxima (teto) e ninguém teve a pontuação mínima (chão), o que demonstra que o instrumento adaptado não tem esses efeitos. Quando presentes, os efeitos de teto/chão indicam validade de conteúdo limitada e baixa confiabilidade (TERWEE et al., 2007). Outros estudos que utilizaram o CTM também não encontraram efeito de teto, porém os valores variaram desde 8,7% a 10,9% (ANATCHKOVA et al., 2014; SHADMI; ZISBERG; COLEMAN, 2009), similares a este estudo, até valores inferiores, como 1,1% encontrado no estudo original do instrumento (COLEMAN et al., 2005). Efeito de chão não foi encontrado em nenhuma pesquisa (ANATCHKOVA et al., 2014; COLEMAN et al., 2005; SHADMI; ZISBERG; COLEMAN, 2009).

A estabilidade no tempo da versão adaptada do CTM foi verificada pelo teste-reteste, realizado num intervalo de 24 a 48 horas. Não foi observada diferença significativa nas médias de escore entre uma aplicação e outra, tanto na versão completa quanto na resumida, o

que indica que ambas as versões do instrumento são estáveis ao longo do tempo. Outra pesquisa identificou que a versão chinesa do CTM-15 também tinha boa estabilidade, evidenciada pelo teste-reteste (CAO et al., 2015).

Com relação à estrutura de fatores do instrumento adaptado, a análise fatorial resultou em uma solução com quatro fatores, os quais tratam sobre a preparação do paciente para autogerenciamento de seus cuidados após a alta, o entendimento do paciente sobre uso adequado das medicações, a importância da equipe de saúde em considerar as preferências do paciente e sua família na tomada de decisões, e o plano de cuidado para após a alta. Os primeiros três fatores apresentaram valor de alfa de Cronbach satisfatório, diferentemente do fator 4, que teve um valor insatisfatório, justificável pelo fato de apresentar apenas dois itens.

Apesar do número de fatores encontrado ser consistente com o instrumento original (COLEMAN et al., 2005), existem semelhanças e diferenças em se tratando de alguns itens. O fator 3 (Preferências asseguradas), constituído pelos itens 1, 2 e 3, e fator 4 (Plano de cuidado), composto pelos itens 7 e 12, estão de acordo com o instrumento original (COLEMAN; MAHONEY; PARRY, 2005).

Contudo, os itens 9, 10 e 11, que pertencem ao fator “Entendimento crítico” no instrumento original, foram agrupados aos itens 4, 5, 6 e 8 do fator “Preparação para gerenciamento”, resultando em um fator combinado na versão brasileira (Preparação para autogerenciamento). O agrupamento desses itens também ocorreu nas versões hebraica e árabe no estudo de Shadmi, Zisberg, Coleman (2009).

Ainda, os itens 13, 14 e 15 (originalmente do fator Entendimento crítico) formaram um fator separado (Entendimento sobre medicações) na versão adaptada. O mesmo ocorreu em pesquisas realizadas em Israel (SHADMI; ZISBERG; COLEMAN, 2009) e China (CAO et al., 2015). Os autores justificaram essa alteração pelo fato dos pacientes desses países tenderem a valorizar mais o uso de medicamentos do que outros cuidados de saúde não farmacológicos, tais como dieta e exercício.

Apesar de a análise fatorial permitir a criação de um conjunto reduzido de variáveis sem perda importante de informações (MORENO et al., 2006), é importante destacar que a estrutura fatorial não afeta diretamente o escore do CTM-15, pois é um instrumento unidimensional (COLEMAN et al., 2002; SHADMI; ZISBERG; COLEMAN, 2009).

Dado o exposto, identifica-se que o CTM apresentou propriedades psicométricas satisfatórias e similares ao encontrado em outros estudos, podendo ser utilizado como instrumento para avaliar qualidade da transição do cuidado tanto para fins acadêmicos quanto para gestão dos serviços de saúde.

6.2 Transição do cuidado na percepção dos pacientes em serviço de emergência

Nesta etapa da pesquisa o percentual de cuidadores (40,9%) foi bem superior ao da etapa anterior (20,7%), o que pode estar relacionado ao pior estado geral e impossibilidade dos pacientes com alta do serviço de emergência de responderem o instrumento do que os pacientes de unidades de internação clínica. Contudo, ambos percentuais foram inferiores a outra investigação que utilizou o CTM em Singapura, onde apenas 7,1% dos respondentes eram os pacientes (BAKSHI et al., 2012). Segundo os autores, os motivos para os pacientes designarem outra pessoa para responder o instrumento incluíam o cuidador ou familiar saberem mais sobre os cuidados, paciente estar muito fraco ou com barreiras de linguagem.

Está descrito na literatura que pacientes com DCNT e seus cuidadores experimentam diferentemente o cuidado e relatam opiniões divergentes a respeito da qualidade da assistência (GIOVANNETTI et al., 2013). Porém, no presente estudo, não houve diferença significativa no escore do CTM nos grupos de pacientes e cuidadores, sugerindo que o instrumento pode ser aplicado não só para pacientes, pressuposto que precisa ser melhor explorado em futuras pesquisas. Destaca-se a importância de conhecer as diferentes experiências e percepções para desenvolver intervenções de transições do cuidado. Segundo Coleman e Roman (2015), no intuito de manter os princípios de cuidado centrado no paciente e sua família, é necessário incorporar nos modelos e intervenções as opiniões e perspectivas das pessoas que irão auxiliar no cuidado pós-alta.

A maioria dos participantes era do sexo feminino, corroborando com outros estudos nacionais que identificam o perfil de pacientes nos serviços de urgência, nos quais mulheres corresponderam a 57% da demanda em Ribeirão Preto (GOMIDE et al., 2012), 52,1% em Pelotas (CARRET et al., 2011) e 72% em Petrolina (OLIVEIRA et al., 2013). Investigação que analisou características de pacientes com hipertensão arterial em serviço de pronto atendimento, realizada na mesma cidade deste estudo, encontrou uma prevalência superior de mulheres (SIQUEIRA et al., 2015). Essa predominância do sexo feminino pode ser explicada pelo fato de que mulheres tendem a referir mais problemas de saúde do que os homens (ALMEIDA et al., 2002), terem maior prevalência de doenças crônicas (THEME FILHA et al., 2015) e utilizarem com mais frequência os serviços de saúde (CHIAVEGATTO FILHO et al., 2015). Os homens, por outro lado, apresentam maior mortalidade por DCNT (MALTA et al., 2014).

A média de idade foi superior ao encontrado em outras investigações brasileiras desenvolvidas em serviços de emergência, que variou entre 41,6 anos (OLIVEIRA et al.,

2011) e 46,9 (BECKER et al., 2015). Tendo em vista que as chances de desenvolver algum tipo de dano crônico aumentam com a longevidade, a diferença das médias de idade entre este e os demais estudos pode ser devido à inclusão apenas de pessoas com DCNT na presente pesquisa. Ainda, Porto Alegre é a capital com a maior proporção de pessoas idosas do Brasil (IBGE, 2010) e, conseqüentemente, o serviço de emergência do HCPA atende a um percentual elevado de idosos.

Os idosos são particularmente mais vulneráveis quando têm alta do hospital para casa, pois normalmente apresentam múltiplas doenças crônicas, diferentes tratamentos e utilizam diferentes serviços de saúde (NAYLOR; KEATING, 2008). Estudos sugerem que pessoas acima de 65 anos que tiveram alta do serviço de urgência, se comparados aos mais jovens, apresentam mais efeitos adversos de saúde, incluindo a diminuição da capacidade funcional, redução da qualidade de vida, aumento de reincidências no serviço de urgência e até morte (AMINZADEH; DALZIEL, 2002; HASTINGS; HEFLIN, 2005; KESSLER et al., 2013). Considerando que 62% da amostra eram idosos, ressalta-se a importância de intervenções de transição do cuidado para garantir a continuidade do cuidado na rede de atenção à saúde dessa população especificamente.

Com relação à escolaridade, chama atenção a elevada quantidade de indivíduos com poucos anos de estudo, o que corrobora com outras investigações realizadas em serviços de emergência (ACOSTA, 2012; CARRET et al., 2011). A literatura aponta que o nível de escolaridade tem relação inversa com a prevalência da maioria das DCNT (THEME FILHA et al., 2015) e é diretamente associado à capacidade de autocuidado (BAQUEDANO, 2008) e adesão ao tratamento (ARAÚJO; GARCIA, 2006). Assim, indivíduos com menor tempo de estudo podem estar em risco de pior continuidade do cuidado e, portanto, uma transição efetiva do hospital para o domicílio é necessária.

Quanto à procedência dos pacientes, foi visto que grande parte é de Porto Alegre. Este achado corrobora com estudos sobre a utilização dos serviços de urgência, os quais apontam que a maioria da demanda é procedente da cidade onde o serviço está localizado (COELHO et al., 2010; OLIVEIRA et al., 2011; RODRIGUES et al., 2015).

Foi verificado que as DCNT mais frequentes foram as cardiovasculares, seguidas pelo câncer e diabetes. Estas são as principais causas de morbimortalidade no Brasil e no mundo (DUNCAN et al., 2012; MALTA et al., 2014) e também foram as mais prevalentes em estudo com usuários frequentes de serviço de emergência em Porto Alegre (ACOSTA, 2012). Destaca-se que 35,9% da amostra tinham mais de uma doença.

No tocante à classificação de risco, o percentual de pacientes categorizados como laranja e vermelho, de alta prioridade, foi superior ao encontrado em outros estudos nacionais (ACOSTA; LIMA, 2015; BECKER et al., 2015). Apenas 1% foi classificado como verde, o que difere dos 67% encontrado em serviço de Pernambuco (OLIVEIRA et al., 2011) e 56,5% em um serviço em São Paulo (BECKER et al., 2015). A diferença pode ser explicada pelo projeto “Paciente Certo no Lugar Certo”, em que pacientes classificados como verde e azul são encaminhados para receber atendimento em unidades de pronto-atendimento do município, e também pela inclusão, neste estudo, somente de pacientes que permaneceram mais de um dia no serviço. Apesar disso, os dados sugerem que pessoas com DCNT têm problemas de saúde mais graves do que o restante da população que busca atendimento nas emergências hospitalares, porém a análise não é conclusiva.

O tempo de permanência teve uma mediana de dois dias, valor superior ao encontrado em estudos sobre a utilização dos serviços de emergência que verificaram média de duas a cinco horas (DOMICIANO; FONSECA, 2008; JACOBS; MATOS, 2005; RATHLEV et al., 2007; SOUZA et al., 2009). Na investigação de Coelho e colaboradores (2010), em Ribeirão Preto, somente 27,4% dos pacientes permaneceram por mais de 24 horas na emergência. Cabe destacar que, neste estudo somente foram incluídos pacientes que totalizaram uma internação, ficando mais de 24 horas no serviço. Portanto, a diferença entre os estudos era esperada. Contudo, considera-se que o tempo de permanência foi elevado, visto que os pacientes tiveram alta para casa e não precisaram aguardar por leitos de internação.

Foi identificado, ainda, que 16,7% eram usuários frequentes do serviço. Os usuários frequentes são responsáveis por grande quantidade de demanda de atendimento nos serviços de emergência (TIEL et al., 2015). Revisões sistemáticas indicam que esses indivíduos normalmente buscam assistência repetidas vezes por exacerbação de doenças crônicas (LACALLE; RABIN, 2010; TIEL et al., 2015). De modo semelhante, investigação realizada no mesmo serviço de emergência deste estudo constatou que usuários frequentes demandavam 24,5% do total de atendimentos e eram, em grande parte, idosos e pessoas portadoras de doenças crônicas (ACOSTA; LIMA, 2015). Segundo as autoras, em muitas situações, o uso do serviço de emergência era indispensável e apropriado, enquanto que em outras era resultado de necessidades de saúde não resolvidas, que culminavam em agudizações. Assim, para esses pacientes, o adequado acompanhamento contínuo na rede de atenção à saúde é indispensável para evitar reinternações.

O percentual de pacientes que buscaram atendimento na emergência após a alta foi muito maior do que o obtido em outros estudos. Enquanto que, nesta pesquisa, foi

identificado que 33,3% dos pacientes foram reinternados no serviço, foram encontrados valores de 3,5% em pesquisa realizada na China (CAO et al., 2015), 14,3% em estudo em Singapura (BAKSHI et al., 2012) e 17% nos Estados Unidos (ANATCHKOVA et al., 2014). Da mesma forma, com relação à reinternação hospitalar, o percentual foi superior ao encontrado em outros estudos (ANATCHKOVA et al., 2014; BAKSHI et al., 2012; CAO et al., 2015).

Nota-se que o coeficiente alfa de Cronbach foi satisfatório tanto na análise total do CTM-15 quanto na análise dos fatores 1 e 3. Porém, fatores 2 e 4 obtiveram valores moderados, o que pode ser devido à pequena quantidade de itens por fator (TERWEE et al., 2007).

Os resultados do CTM-15 demonstram um nível moderado da qualidade da transição do cuidado na alta do serviço de emergência. O fator com melhor escore foi o que valoriza a preparação para gerenciamento da saúde no domicílio e o pior escore foi o que trata do entendimento sobre uso de medicações após a alta. Foi constatado que os pacientes que tiveram alta de unidades de internação tiveram escores mais elevados do que os da emergência, com diferenças estaticamente significativas no escore total e nos fatores 1, 2 e 3, o que evidencia melhor qualidade da transição do cuidado dos pacientes das unidades de internação.

A obtenção da média menor do CTM nas respostas dos pacientes com alta do serviço de emergência pode ser atribuída ao menor tempo de permanência do paciente no serviço e dificuldades para desenvolver a transição do cuidado, tais como a superlotação e a excessiva sobrecarga de trabalho. Além disso, a concepção dos profissionais acerca da finalidade do seu trabalho nas emergências está relacionada ao atendimento de pacientes com alterações no organismo que ameçam subitamente à vida (GARLET et al., 2009), de forma que, talvez, após a estabilização clínica, a transição do paciente para o domicílio não seria uma prioridade desses serviços. Por outro lado, profissionais das unidades de internação têm mais oportunidade de preparar o paciente para alta, como também têm a concepção de que isso faz parte do seu trabalho.

No entanto, as médias de escore tanto na amostra da emergência quanto das unidades de internação foram altas, achado que não é exclusividade deste estudo. Outras pesquisas encontraram valores mais altos do que o esperado (ANATCHKOVA et al., 2014; HORWITZ et al., 2013; SOONG et al., 2014). No estudo de Horwitz e colaboradores (2013) verificou-se que a percepção do paciente acerca da transição do cuidado é mais otimista do que a avaliação direta da prática assistencial com o uso de indicadores de qualidade. Tais achados sugerem a

existência do viés de gratidão, sentimento que certos pacientes podem ter quando conseguem atendimento, levando à omissão de questionamentos e à desconsideração de problemas relacionados ao atendimento (HOLLANDA et al., 2012).

Instrumentos que analisam a qualidade da assistência na percepção do usuário exigem que os participantes tenham capacidade crítica e avaliativa, no entanto, a possibilidade de aceitação passiva não é considerada (HOLLANDA et al., 2012). Por analisar somente a percepção dos pacientes, o CTM pode produzir um resultado positivo que, talvez, não represente a real qualidade da transição do cuidado. Portanto, autores recomendam que o CTM seja utilizado com precaução e associado a outros indicadores de qualidade assistencial (ANATCHKOVA et al., 2014; HORWITZ et al., 2013).

A média do escore total do CTM-15 nos pacientes com alta da emergência foi inferior do que o encontrado em estudos realizados no Canadá (MCNEIL, 2015; SOONG et al., 2014), Estados Unidos (CHAN et al., 2015; HORWITZ et al., 2013; PARRY et al., 2008; RECORD et al., 2015), Israel (SHADMI; ZISBERG; COLEMAN, 2009) e em diversos países europeus (GROENE et al., 2015), nos quais as médias variaram de 72,1 no Canadá (MCNEIL, 2015) a 82,4 nos Estados Unidos (RECORD et al., 2015). Porém, os estudos aplicaram o instrumento em pacientes de unidades de internação e não de serviços de emergência. No Canadá, McNeil (2015) conduziu uma pesquisa de intervenção com pacientes idosos com DCNT com alta hospitalar e encontrou médias do CTM nos grupos intervenção e controle mais elevadas do que a deste estudo. Os valores, entretanto, foram similares aos encontrados na amostra de pacientes com alta das unidades de internação. De forma semelhante, investigação realizada por Horwitz et al. (2013), nos Estados Unidos, com idosos que tiveram alta de unidade clínica hospitalar também encontrou valores superiores aos da amostra da emergência e similares aos das unidades de internação deste estudo. Tais comparações sugerem que a transição do cuidado é melhor em unidades de internação do que em serviços de emergência.

A alta hospitalar pode se tornar uma experiência de aprendizado para o paciente e sua família, por ser uma oportunidade para que tenham entendimento e compreensão de como enfrentar o tratamento e o cuidado com as doenças crônicas (DELATORRE et al., 2013). Os serviços de emergência podem possibilitar, com a adequada transição do cuidado, não apenas resolução para o problema de saúde mais agudo do paciente, como também subsídios para promoção da autonomia, autocuidado e assistência à saúde contínua. Para tanto, indivíduos precisam ser preparados para alta e para o enfrentamento dos cuidados no domicílio.

Com relação à preparação para retornar ao domicílio, o fator 1 (preparação para autogerenciamento) obteve o maior escore neste estudo. Os itens 9 (Quando eu saí da emergência, eu compreendi bem o que era de minha responsabilidade para cuidar da minha saúde) e 5 (Quando eu saí da emergência, eu entendi claramente como cuidar da minha saúde) tiveram boas médias, entretanto, o item 11 (Quando eu saí da emergência, eu me senti seguro de que conseguiria fazer as coisas necessárias para cuidar da minha saúde), teve o segundo menor escore. Isso demonstra que os pacientes podem até compreender as orientações para autogerenciamento de sua saúde, no entanto, não se sentem seguros para realizá-lo. O pouco tempo disponibilizado para preparar o paciente e os familiares para alta hospitalar, acrescentado ao acúmulo de informações, pode influenciar na compreensão das orientações fornecidas e no esclarecimento de dúvidas, o que pode gerar insegurança para realizar os cuidados pós-alta.

Em estudo desenvolvido por Lamanna (2013) na Flórida, Estados Unidos, foi identificado que a percepção da qualidade da transição do hospital para o domicílio era positivamente correlacionada com maior preparação para alta e melhor qualidade de educação em saúde, orientações de alta e habilidade do enfermeiro em fornecer orientações. Porém, pesquisas nacionais evidenciam que as orientações de alta, incluindo uso de medicamentos, normalmente são fornecidas pelo médico ou enfermeiro no momento da alta hospitalar, de forma superficial e rápida, sem levar em consideração as necessidades individuais e sem verificar o entendimento das orientações pelo paciente (MARQUES; ROMANO-LIEBER; 2014; MIASSO; CASSIANI, 2005; POMPEO et al., 2007).

Uma das estratégias utilizadas em diversos serviços de saúde no âmbito internacional, inclusive em unidades de emergência, é o planejamento da alta e a elaboração de um plano de cuidados, para preparo do paciente e desenvolvimento de ações de educação em saúde para o autocuidado no domicílio (BIESE et al., 2014; BURKE et al., 2013; FOX et al., 2013; GRAHAM; GALLAGHER; BOTHE, 2013). O plano normalmente é elaborado pelo enfermeiro, com colaboração dos demais membros da equipe de saúde (DELATORRE et al., 2013; WEBER, 2015). Quando a alta é planejada, a equipe multiprofissional verifica o entendimento do paciente sobre sua saúde/doença, reconcilia as medicações novas e as de uso anterior à internação, realiza metas para o tratamento com as preferências do paciente e programa o tempo de permanência no hospital (GUNADY et al., 2015; ULIN et al., 2015; WEBER, 2015). Assim, ações para preparar o paciente para retorno ao domicílio não são desenvolvidas apenas no momento da alta, mas sim ao longo do período de internação. Dessa forma, o fornecimento de orientações direcionadas às necessidades do paciente e sua família e

preparo para autocuidado e autogerenciamento para pós-alta são inerentes ao processo de cuidar.

Em serviço de pronto atendimento de hospital, em Curitiba, foram elaborados protocolos, baseados na sistematização da assistência de enfermagem, para planejamento da alta hospitalar, com o propósito de auxiliar o processo de educação em saúde, no gerenciamento de caso e no autogerenciamento de doenças crônicas (MANTOVANI et al., 2015). No entanto, em muitas instituições do Brasil, a alta hospitalar é programada apenas em determinadas situações, como tratamentos complexos e pediatria (MARQUES; ROMANO-LIEBER, 2014). Frequentemente enfermeiros e a equipe tomam conhecimento da alta apenas no dia em que o paciente retornará ao domicílio, inviabilizando maior dedicação e a atuação multiprofissional no preparo do paciente para retorno ao domicílio (MARQUES; ROMANO-LIEBER, 2014; PEREIRA et al., 2007).

Uma pesquisa nacional sobre serviços de emergência amigos do idoso constatou que os enfermeiros concordavam com a importância de um plano de alta para continuidade dos cuidados. No entanto, quando questionados sobre ações dos enfermeiros nos serviços de emergência, os profissionais não obtiveram consenso sobre fornecimento de orientações na alta, o que foi uma dificuldade relatada (SANTOS, 2015).

Foi observado, ainda, que o fator 2 (entendimento sobre medicações) teve o pior escore neste estudo. Diversas publicações que analisaram o entendimento dos pacientes de serviços de emergência sobre orientações de alta evidenciaram que a principal dificuldade dos pacientes é sobre o uso adequado de medicação no pós-alta (GIGNON et al., 2014; SAMUELS-KALOW; STACK; PORTER, 2012). Isso é especialmente importante para pacientes com condições crônicas e, ao mesmo tempo, preocupante, pois o estudo de Lamanna (2013) constatou que indivíduos com pior qualidade da transição do cuidado relataram maiores dificuldades em gerenciar seus medicamentos no domicílio.

Cabe mencionar que, na presente pesquisa, o item 14 (Quando eu saí da emergência, eu entendi claramente *como* tomar cada um dos meus medicamentos, inclusive a quantidade e os horários) teve a maior média e o 15 (Quando saí da emergência, eu entendi claramente os possíveis *efeitos colaterais* de cada um dos meus medicamentos), a menor. Resultado similar foi encontrado no estudo de McNeil (2015) com pacientes idosos com DCNT com alta de unidades de internação clínicas em hospital no Canadá, em que o item 14 obteve o segundo melhor escore e o 15, o pior. Em pesquisa realizada em hospital universitário de Juiz de Fora foi identificado 50% dos pacientes afirmaram que sabiam o motivo de uso do medicamento e conheciam as doses, horários e modo de administração, mas 77% referiram não ter recebido

orientações sobre os efeitos adversos dos medicamentos (LUPATINI; MUNCK; VIEIRA, 2014). Supõe-se, com base nesses resultados, que os profissionais dos serviços realizam orientações gerais sobre administração de medicações, porém não orientam sobre os efeitos colaterais dos medicamentos, ou os pacientes não retêm a informação. Acredita-se que a compreensão sobre uso de medicações poderia ser melhor se houvesse um planejamento de alta.

O fator que trata da garantia das preferências dos indivíduos na tomada de decisão sobre o tratamento obteve uma média de escore de 68,4. Itens 2 e 3, os quais investigam se a equipe do serviço de emergência considerou as preferências do paciente para decidir quais seriam as necessidades de saúde e onde elas seriam atendidas depois que saísse do hospital, tiveram duas das piores médias (3,02 e 3,01, respectivamente). Resultado semelhante foi encontrado no estudo de McNeil (2015) com pacientes idosos no Canadá, em que esses itens do CTM também tiveram um dos menores escores, sendo 3,0 a média do item 2 e 2,96 a média do item 3.

O cuidado centrado no paciente é reconhecido como fundamental para redesenhar processos de cuidado e tomada de decisão na assistência a pessoas com doenças crônicas (LONGTIN et al., 2009). A participação ativa do indivíduo e seus familiares durante o processo de alta traz muitos benefícios, pois permite a individualização do plano de cuidados a partir de contribuições da pessoa responsável pelos cuidados pós-alta sobre o que é realmente possível no seu contexto (COLEMAN; BOULT, 2007; FOSS; ASKAUTRUD, 2010).

Segundo Coleman e colaboradores (2013), metas de cuidados dos pacientes normalmente são diferentes das dos profissionais de saúde e, por isso, pacientes devem sempre ser consultados na elaboração do plano de alta. Modelos, programas e intervenções desenvolvidos para melhorar a transição do cuidado entre serviços de saúde utilizam estratégias para que pacientes e familiares tenham seus valores e preferências considerados (COLEMAN et al., 2006; DELISLE, 2013; NAYLOR; SOCHALSKI, 2010,).

Todavia, a implementação do cuidado centrado nas necessidades do paciente e sua família é, ainda, um desafio em muitos lugares. Estudos na Suécia e Noruega mostram que pacientes tinham pouca participação na identificação de necessidades de saúde, no estabelecimento de metas e no planejamento do tratamento (ALMBORG et al., 2008; DYRSTAD; LAUGALAND; STORM, 2015). No Brasil, há poucas oportunidades para inclusão do paciente na tomada de decisão tanto na prática profissional e no processo de trabalho, quanto na organização do sistema de saúde. Por exemplo, os usuários do SUS não

podem escolher o local de preferência para receber atendimento, devendo respeitar as normas de territorialização, regionalização e os fluxos pactuados entre os serviços de saúde, os quais são importantes estratégias operacionais do SUS. Outro fator dificultador é a necessidade de empoderar o paciente para tomar decisões e planejar seu cuidado, o que demanda muitas estratégias e tempo dos profissionais de saúde.

O item 12 do CTM aborda a disponibilização de lista com os exames e consultas necessárias para depois da alta, aspecto fundamental para garantir o prosseguimento do cuidado na transição de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis do hospital para o domicílio. Esse item obteve o maior percentual de resposta neutra (17,7%) e o segundo maior percentual de resposta “discordo muito” (10,1%), indicando que muitos pacientes saíram da emergência sem lembrar, saber ou ter encaminhamentos e agendamento para acompanhamento pós-alta. Como os participantes deste estudo são pessoas com problemas de saúde que requerem gerenciamento de saúde contínuo, esse resultado demonstra uma importante fragilidade na transição do cuidado.

A maioria dos modelos que visam melhorar a transição do hospital para o domicílio inclui o agendamento prévio das consultas de acompanhamento e articulação com serviços de saúde (DREYER, 2014; GARDNER et al., 2014; NAYLOR; SOCHALSKI, 2010). Em Porto Alegre, um estudo analisou o mecanismo de contrarreferência entre um serviço de emergência e unidades de estratégia saúde da família. O estudo não teve enfoque na transição do cuidado de pacientes com DCNT, mas identificou que a comunicação entre os serviços foi positiva, apesar de algumas dificuldades nos registros (DAY, 2013).

Todavia, a escassez de encaminhamentos e contrarreferência na alta de serviços de emergência foi descrita na literatura nacional (ACOSTA, 2012; BRAGA, 2010; FREITAS; MOREIRA; BRITO, 2014). O desempenho pouco satisfatório no tocante ao registro de encaminhamentos para outros serviços confirma que, apesar dos avanços na estruturação da rede de atenção à saúde, a articulação e comunicação entre os serviços de saúde são insuficientes, caracterizando, segundo Uchôa et al. (2016), um processo de encaminhamento sem responsabilização e vínculo com o usuário.

Em termos de fatores demográficos reconhecidamente associados à qualidade da transição do cuidado na alta de serviço de emergência, a literatura aponta resultados divergentes (ANATCHKOVA et al., 2014; CAO et al., 2015; COLEMAN; MAHONEY; PARRY, 2005; SHADMI, 2013; SHADMI; ZISBERG; COLEMAN, 2009). No estudo de Coleman, Mahoney e Parry (2005) com pacientes com alta de hospitais nos Estados Unidos, foi identificada baixa correlação negativa entre escore do CTM com a idade dos participantes

e associação não significativa com o sexo. Já no estudo de Anatchkova e colaboradores (2014) com portadores de doenças coronarianas, foi verificado que homens e adultos jovens tiveram melhores escores. Outra investigação desenvolvida em Israel evidenciou associação entre média do instrumento com sexo feminino e baixo status econômico em amostra de pacientes nativos, como também com a variável escolaridade em amostra de imigrantes (SHADMI, 2013). Nesta pesquisa, o escore do CTM não teve diferença estatisticamente significativa com as variáveis de sexo, idade, escolaridade e local de residência.

No que tange às características clínicas dos pacientes, estudos mostram uma pior qualidade da transição do cuidado em pessoas com pior estado de saúde (CAO et al., 2015; SHADMI; ZISBERG; COLEMAN, 2009) e com maior tempo de permanência no hospital (MCLEOD et al., 2013). Contudo, não foi encontrada diferença significativa entre o escore do CTM com grupo de doença crônica, classificação de risco, sala de atendimento, dia de alta e tempo de permanência. Verificou-se maior escore do fator “plano de cuidados” nos pacientes com alta no turno da tarde do que no da manhã, o que pode estar relacionado à especificidade de cada turno.

Alguns autores afirmam que existem três fatores que contribuem para problemas na alta hospitalar: características dos pacientes, características do sistema de saúde e características de trabalho dos profissionais de saúde (GREENWALD; DENHAM; JACK, 2007). Como não foram encontradas associações entre escore do CTM com variáveis demográficas e clínicas dos pacientes, os dados desta pesquisa sugerem que a qualidade da transição do cuidado de portadores de doenças crônicas de serviço de emergência tem pouca influência de fatores relacionados aos pacientes, sendo mais afetado pelas políticas de saúde em nível institucional e nacional, pelo processo de trabalho e práticas dos profissionais de saúde.

O número de atendimentos prévios no serviço teve baixa correlação com o escore total do CTM e com o fator 1, ou seja, quanto mais vezes o paciente buscou atendimento no serviço, maior a qualidade da transição do cuidado e da preparação para autogerenciamento. Ademais, não houve associação entre o escore do CTM com reinternação na emergência e readmissão hospitalar. Somente o fator 4 teve média superior nos pacientes com internação no hospital após alta da emergência.

Esses achados são contrários à literatura, que aponta que pessoas que buscam assistência frequentemente em serviço de emergência ou reinternam têm escores do CTM mais baixos (BAKSHI et al., 2012; CAO et al., 2015). Ainda, no estudo de Acosta (2012) com usuários frequentes de serviço de emergência em Porto Alegre foram identificadas falhas

na transição do cuidado e na comunicação entre os serviços de urgência com os demais serviços da rede assistencial, o que sugeria que, se esses usuários tivessem melhor transição, não precisariam buscar assistência repetidamente na emergência. Outros estudos constataam que estratégias que garantem o encaminhamento e a transição adequada dos usuários e dos cuidados entre os serviços do sistema de saúde são úteis para diminuição da busca repetida por atendimento em serviços de emergência, redução de custos e melhoria das condições clínicas e sociais dos indivíduos (KUMAR; KLEIN, 2013).

6.3 Limitações do estudo

A presente investigação tem algumas limitações inerentes ao método. A primeira refere-se à etapa de adaptação transcultural do CTM-15, na qual foram incluídos pacientes de um hospital no sul do Brasil, o que pode não representar todo contexto cultural do país. Sugere-se que sejam realizadas pesquisas com pacientes de diferentes localidades do Brasil, a fim de verificar se o instrumento apresenta propriedades psicométricas similares nas regiões brasileiras. Ainda, não foram realizados testes psicométricos para validade preditiva e convergente, devido à inexistência de um instrumento que mensure a transição do cuidado no país e que sirva de padrão ouro.

Outra limitação é relacionada ao delineamento da segunda etapa do estudo, que não permite generalização de dados. Além disso, quando o paciente não tinha condições de responder o instrumento, permitiu-se a participação de um cuidador que acompanhou o processo de alta. A experiência de transição do cuidado para o cuidador pode ser diferente daquela do paciente, o que pode ter influenciado os resultados.

Por fim, a existência de poucas pesquisas de validação do CTM em outros países, assim como a inexistência de publicações sobre o uso do instrumento em serviços de emergência, torna um desafio a comparação com dados internacionais. De forma semelhante, a escassez de investigações nacionais acerca do tema dificulta a discussão no contexto brasileiro. Espera-se que este estudo seja o ponto de partida para o debate sobre a transição do cuidado em todo o país.

7 CONCLUSÕES

A adaptação transcultural e validação do *Care Transitions Measure* (CTM) foram concluídas com sucesso. O processo permitiu assegurar propriedades psicométricas para utilização do instrumento no Brasil. Os resultados indicam que a versão brasileira do CTM é de fácil aplicação e compreensão.

A versão completa do instrumento (CTM-15) demonstrou ter consistência interna e estabilidade temporal satisfatórias. Não foi observado efeito de teto e chão. A análise fatorial extraiu quatro fatores, a saber: preparação para autogerenciamento, entendimento sobre medicações, preferências asseguradas e plano de cuidado. O CTM-3 apresentou favorável estabilidade no tempo e validade convergente, mas teve uma consistência interna abaixo do ideal. Todavia, ambas as versões são apropriados para avaliar a transição do cuidado de pacientes com alta do hospital para domicílio no país, sendo importante instrumento para pesquisa e gerenciamento de serviços de saúde.

Com relação aos pacientes com doenças crônicas, grande parte era do sexo feminino, idosa, tinha baixa escolaridade, residiam na cidade do serviço de emergência e apresentavam mais de uma morbidade. As doenças cardiovasculares foram as mais prevalentes, seguidas pelo câncer e diabetes. Foi visto, ainda, que a maioria dos pacientes foram classificados com risco alto e intermediário e permaneceram dois dias na emergência. Um terço da amostra reinternou no serviço após a alta.

Conclui-se que os participantes consideram a transição do cuidado na alta do serviço de emergência para o domicílio com um nível moderado de qualidade. Constataram-se fragilidades no fornecimento de orientações sobre medicações, principalmente sobre os efeitos colaterais dos medicamentos, e na preparação para alta e para o autogerenciamento em saúde. Os pacientes referiram compreender as orientações para gerenciamento de sua saúde, no entanto, não se sentiam seguros para realizar os cuidados pós-alta.

Também foram encontradas fragilidades nos aspectos referentes à equipe considerar as preferências do paciente ou cuidador para decidir sobre as necessidades de saúde e onde elas seriam atendidas depois da alta, demonstrando que os principais interessados têm pouca participação no planejamento dos cuidados. Além disso, o encaminhamento para consultas ou exames para depois que saísse do serviço foi deficiente.

O escore total do CTM foi correlacionado com o número de atendimentos prévios e o fator “plano de cuidados” teve maior média nos pacientes com alta no turno da tarde e nos que tiveram uma internação hospitalar após alta da emergência. Demais variáveis não

apresentaram diferenças significativas, o que sugere que a qualidade da transição do cuidado de portadores de doenças crônicas de serviço de emergência tem pouca influência de fatores relacionados aos pacientes, sendo mais afetado pelas práticas dos profissionais de saúde e pelas políticas de saúde.

Frente ao exposto, entende-se que é necessário desenvolver estratégias para qualificar a transição do cuidado, elaborando um plano de cuidado, melhorando a preparação do paciente para autogerenciamento em saúde e o fornecimento de orientações sobre medicações, incluindo o paciente e seu cuidador na tomada de decisão e realizando o encaminhamento para o serviço apropriado na rede de atenção à saúde. Nesse contexto, destaca-se a atuação da enfermagem na implementação da transição do cuidado, desempenhando papel fundamental na coordenação do cuidado, na educação em saúde e na articulação entre serviços de saúde que irão continuar o atendimento do paciente após a alta.

7.1 Implicações para a prática, políticas de saúde e futuras pesquisas

Este é o primeiro estudo brasileiro que avalia a qualidade da transição do cuidado do serviço de emergência para o domicílio de pacientes com doenças crônicas. Além de abordar um tema com poucas publicações nacionais, mas de crescente interesse de gestores e profissionais do sistema de saúde, contribui com a validação de um instrumento já utilizado em diferentes contextos.

A disponibilização do *Care Transitions Measure* (Medida de Transições do Cuidado) adaptado para a cultura brasileira representa um importante avanço na produção do conhecimento e no planejamento do sistema de saúde. A inexistência, até então, de um instrumento que contemplasse a transição do cuidado era uma barreira para pesquisa e para gestão hospitalar. Resultados obtidos pelo CTM podem contribuir para qualificar a coordenação das transições de pacientes entre serviços de saúde, bem como sustentar mudanças e melhorias nas práticas assistenciais. Enfermeiros, gestores e formuladores de políticas de saúde podem utilizar o instrumento para identificar barreiras para transições bem sucedidas. Essas informações podem auxiliar na criação de políticas de saúde e de enfermagem que sustentem transições do cuidado seguras e custo-efetivas. Ademais, como o CTM é amplamente utilizado em diversos países, seu emprego no Brasil pode facilitar o intercâmbio de informações com a comunidade científica internacional.

Uma transição do cuidado adequada traz benefícios para o paciente e seu cuidador, para profissionais e sistema de saúde, pois influencia a qualidade de vida de pessoas com DCNT, contribuindo para a prevenção de readmissões desnecessárias e redução de custos. Enquanto que, em outros países, existem programas e intervenções destinadas a qualificar transições do hospital para o domicílio, no Brasil isso é escasso. A elaboração e o desenvolvimento de intervenções inovadoras e práticas baseadas em evidências no âmbito nacional são necessárias.

Os resultados deste estudo sugerem fragilidades na transição de pacientes com DCNT do serviço de emergência para o domicílio, as quais podem ser superadas com estratégias já desenvolvidas em outros países. Por exemplo, uma das possíveis sugestões seja a implantação do planejamento da alta e inclusão de checklists para direcionar o fornecimento das orientações. Para isso, não somente é necessário um comprometimento institucional, mas também todos profissionais precisam estar engajados para modificar seu cotidiano de trabalho, objetivando a promoção da saúde, prevenção de agravos e recuperação da saúde, não focando apenas no tratamento e estabilização clínica do paciente. A operacionalização de equipe com a função específica de realizar transições do cuidado pode ser uma opção.

Além disso, políticas públicas devem ser elaboradas para fortalecer a rede de atenção à saúde e melhor organizar os fluxos entre serviços hospitalares e atenção primária. A efetivação da contrarreferência preconiza a articulação entre serviços de saúde e a comunicação entre os profissionais.

Destaca-se o papel dos enfermeiros na coordenação da transição do cuidado, sendo os principais profissionais no preparo para alta e para autogerenciamento de saúde no domicílio. A educação em saúde é inerente ao ato de cuidar em enfermagem, devendo ser uma prática comum durante permanência do paciente no serviço de saúde. Uma atuação qualificada dos enfermeiros é, além de fundamental para efetivação de transições seguras, uma oportunidade para contribuir com a visibilidade e valorização da assistência de enfermagem.

Apesar dos resultados permitirem discutir novas práticas em saúde para pessoas com doenças crônicas que têm alta de serviços de emergência para o domicílio, este estudo não esgota o tema. Mais investigações são recomendadas para verificar a validade preditiva do CTM-15 e CTM-3. Sugere-se que novas pesquisas sejam realizadas em diferentes lugares do Brasil para identificar similaridades e diferenças com resultados deste estudo.

Investigações de abordagem qualitativa são necessárias para aprofundar a opinião dos pacientes e seus cuidadores sobre as experiências de transição do cuidado na alta hospitalar e para entender aspectos que podem ser importantes que o CTM não aborda. A opinião dos

profissionais de saúde, principalmente de enfermagem, também precisa ser explorada. Acredita-se que publicações futuras possibilitarão maior divulgação do conhecimento científico da temática.

Por fim, recomenda-se que sejam desenvolvidos estudos de intervenção para verificar contribuições de diferentes ações viáveis para o contexto nacional na melhora da transição do cuidado. Para tanto, profissionais de saúde, gestores, pacientes, cuidadores e formuladores de políticas públicas precisam dialogar e estabelecer estratégias para modificar práticas e políticas de forma significativa e positiva.

REFERÊNCIAS

- ABREU, K. P. **Situações de urgência**: visão dos usuários do serviço de atendimento móvel de urgência de Porto Alegre. 2009. 48 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.
- ACOSTA, A. M. **Usuários frequentes de um serviço de urgência**: perfil e motivos de busca por atendimento. 2012. 147 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.
- _____; LIMA, M. A. D. S. Usuários frequentes de serviço de emergência: fatores associados e motivos de busca por atendimento. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 2, p. 337-344, mar./abr. 2015.
- AIRES, M. et al. Transcultural adaptation of the filial responsibility interview schedule for Brazil. **International Nursing Review**, Oxford, v. 59, no. 2, p. 266-273, June 2012.
- ALFRADIQUE, M. E. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1337-1349, jun. 2009.
- ALMBORG, A. H. et al. Patients' perceptions of their participation in discharge planning after acute stroke. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 18, no. 2, p. 199-209, Aug. 2008.
- ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, Z. Elementos de metodologia epidemiológica. In: _____; _____ (Org.). **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 149-177.
- ALMEIDA, M. F. et al. Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 743-756, 2002.
- ALMEIDA, P. F. et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, fev. 2010.
- ALVARENGA, M. R. M.; MENDES, M. M. R. O perfil das readmissões de idosos num hospital geral de Marília/SP. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, p. 305-311, jun. 2003.
- AMINZADEH, F.; DALZIEL, W. B. Older adults in the emergency department: a systematic review of patterns of use, adverse outcomes, and effectiveness of interventions. **Annals of Emergency Medicine**, St. Louis, v. 39, no. 3, p. 238-47, Mar. 2002.
- 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, no. 3, e001053, Jun. 2014.

ANDERSON, G. **Chronic care**: making the case for ongoing care. Princeton: Robert Wood Johnson Foundation, 2010. Disponível em: <www.rwjf.org/pr/product.jsp?id=50968>. Acesso em: 12 fev. 2014.

ANDRIETTA, M. P.; MOREIRA, R. S. L.; BARROS, A. L. B. L. Plano de alta hospitalar a pacientes com insuficiência cardíaca congestiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 6, p. 1445-1452, nov./dez. 2011.

AQUINO, E. M. et al. Brazilian longitudinal study of adult health (ELSA-Brasil): objectives and design. **American Journal of Epidemiology**, Cary, v. 175, no. 4, p. 315-324, Feb. 2012.

ARAÚJO, G. B. S.; GARCIA, T. R. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 8, n. 2, p. 259-272, 2006. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista8_2/v8n2a11.htm>. Acesso em: 15 nov. 2016.

ARBAJE, A. I. et al. The geriatric floating interdisciplinary transition team. **Journal of the American Geriatrics Society**, New York, v. 58, no. 2, p. 364-270, Feb. 2010.

ARENDTS, G. et al. Outcomes in older patients requiring comprehensive allied health care prior to discharge from the emergency department. **Emergency Medicine Australasia**, v. 25, no. 2, p. 127-131, Apr. 2013.

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, no. 27, e009, Mar. 2014.

BAKSHI, A. B. et al. Validation of the care transition measure in multi-ethnic South-East Asia in Singapore. **Health Services Research Journal**, v. 12, p. 256, Aug. 2012.

BAQUEDANO, I. R. **Fatores relacionados ao autocuidado de pessoas com diabetes tipo 2 no Serviço de Urgência do Hospital Regional Mérida, Yucatán, México**. 2008. 140 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

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, p. 38-47, nov. 2009.

BARROS M. B. et al. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, p. 911-926, out./dez. 2006.

BEATON, D. et al. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. **Spine**, London, v. 15, no. 25, p. 3186-3191, Dec. 2000.

_____ et al. **Recommendations for the cross-cultural adaptation of the DASH & QuickDASH outcome measures**. Rosemond: AAOS, 2007.

BECKER, J. B. et al. Triagem no serviço de emergência: associação entre as suas categorias e os desfechos do paciente. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 5,

p. 783-789, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000500783&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 jul. 2016.

BERKOWITZ, R. E. et al. Project ReEngineered Discharge (RED) lowers hospital readmissions of patients discharged from a skilled nursing facility. **Journal of the American Medical Directors Association**, New York, v. 14, no. 10, p. 736-740, 2013.

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, no. 5, p. 573-581, Aug. 2013.

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, no. 2, p. 188-195, Feb. 2014.

BITTENCOURT, R. J.; HORTALE, V. A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1439-1454, jul. 2009.

BOLTZ, M. et al. Care of the older adult in the emergency department: nurses views of the pressing issues. **The Gerontologist**, Cary, v. 53, no. 3, p. 441-453, 2013.

BORGES, M. F.; TURRINI, R. N. T. Readmissão em serviço de emergência: perfil de morbidade dos pacientes. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 12, n. 3, p. 453-461, jul./set. 2011.

BRAGA, P. S. **Referência e contrarreferência no cuidado a criança em emergência pediátrica**. 2010. 43 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011**. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: MS, 2011a.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

_____. _____. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

_____. _____. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. _____. **Resolução nº 446, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: MS, 2012.

_____. _____. 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, 2013b.

_____. Presidência da República. Casa Civil. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. _____. **Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011**. Brasília, DF: Senado, 2011.

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, no. 8, p. 1000-1025, Mar. 2014.

BULUT, H. et al. How much do ED patients know about medication prescribed for them on discharge? A pilot study in Turkey. **Journal of Emergency Nursing**, St. Louis, v. 39, no. 3, p. 27-32, May 2013.

BURKE, R. E. et al. Moving beyond readmission penalties: creating an ideal process to improve transitional care. **Journal of Hospital Medicine**, Hoboken, v. 8, no. 2, p. 102-109, Nov. 2013.

CALLAHAN, C. M. et al. Transitions in care for older adults with and without dementia. **Journal of the American Geriatrics Society**, New York, v. 60, no. 5, p. 813-820, May 2012.

CAMPOS, M. O.; RODRIGUES NETO, J. F. Doenças crônicas não transmissíveis: fatores de risco e repercussão na qualidade de vida. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 33, n. 4, p. 561-581, 2009.

CAO, X. et al. Validity and reliability of the chinese version of the care transition measure. **Plos One**, San Francisco, v. 10, no. 5, p. 1-12, May 2015.

CAPLAN, G. A. et al. A randomized, controlled trial of comprehensive geriatric assessment and multidisciplinary intervention after discharge of elderly from the ED - the DEED II study. **Journal of the American Geriatrics Society**, New York, v. 52, no. 9, p. 1417-1423, Sept. 2004.

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, p. 1069-1079, 2011.

CASTRO, M. S. M.; CARVALHO, M. S.; TRAVASSOS, C. Factors associated with readmission to a general hospital in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1186-1200, 2005.

CAWTHON, C. et al. Improving care transitions: the patient perspective. **Journal of Health Communication**, New York, v. 17, no. 3, p. 312-324, 2012.

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**, New York, v. 30, no. 12, p. 1788-1794, Dec. 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/sci_arttext&pid=S0034-89102015000100301&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 ago. 2016.

CICONET, R. M. **Atuação e articulação das ações das equipes de suporte básico de um Serviço de atendimento Móvel de Urgência com a Central de Regulação e as portas de entrada da urgência**. 2009. 145 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

COELHO, M. F. et al. Análise dos aspectos organizacionais de um serviço de urgências clínicas: estudo em um hospital geral do município de Ribeirão Preto, SP, Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 4, p.770-777, jul./ago. 2010.

COLEMAN, E. A. et al. The central role of performance measurement in improving the quality of transitional care. **Home Health Care Services Quarterly**, New York, v. 26, no. 4, p. 93-104, 2007.

_____ et al. Development and testing of a measure designed to assess the quality of care transitions. **International Journal of Integrated Care**, London, v. 2, no. 1, e02, June 2002.

_____ et al. Preparing patients and caregivers to participate in care delivered across settings: the care transitions intervention. **Journal of the American Geriatrics Society**, New York, v. 52, no. 11, p. 1817-1825, Nov. 2004.

_____ et al. Reducing emergency visits in older adults with chronic illness: a randomized, controlled trial of group visits. **Effective Clinical Practice**, Philadelphia, v. 4, no. 2, p. 49-57, Mar./Apr. 2001.

_____ et al. The care transitions intervention - results of a randomized controlled trial. **Archives of Internal Medicine Journal**, Denver, v. 166, no. 17, p. 1822-1828, Sept. 2006.

_____. Falling through the cracks: challenges and opportunities for improving transitional care for persons with continuous complex care needs. **Journal of the American Geriatrics Society**, New York, v. 51, no. 4, p. 549-555, 2003.

_____; 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, no. 3, p. 246-255, Mar. 2005.

_____; 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, no. 4, p. 556-557, 2007.

_____; ROMAN, S. P. Family caregivers' experiences during transitions out of hospital. **Journal for Healthcare Quality**, Skokie, v. 37, no. 1, p. 12-21, Jan./Feb. 2015.

CONNOLLY, M. et al. Systems and people under pressure: the discharge process in an acute hospital. **Journal of Clinical Nursing**, New York, v. 18, p. 549-558, Feb. 2009.

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**, London, v. 10, no. 69, June 2012.

CRAMM, J. M.; MÖLKEN, M. R. V.; NIEBOER, A. P. The potential for integrated care programmes to improve quality of care as assessed by patients with COPD: early results from a real-world implementation study in The Netherlands. **International Journal of Integrated Care**, London, v. 12, e191, 2012.

DAROLT, C. F. **Concepções dos enfermeiros sobre integralidade em saúde no processo de trabalho em uma unidade de emergência**. 2007. 102 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2007.

DAY, C. B. **Contrarreferência de usuários de um serviço de urgência para Estratégias Saúde da Família de Porto Alegre**. 2013. 134 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

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**, New York, v. 57, no. 9, p. 1540–1546, Sept. 2009.

DELATORRE, P. G. et al. Planejamento para a alta hospitalar como estratégia de cuidado de enfermagem: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 7, p. 7151-7159, dez. 2013.

DELFINI, P. S. S.; REIS, A. O. A. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infanto-juvenil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, fev. 2012.

DELISLE, D. R. A review of hospital-based programs targeted to reduce readmissions. **Professional Case Manager**, Philadelphia, v. 18, no. 6, p. 273-283, Nov./Dec. 2013.

DIAS, V. A. **Referência e contrarreferência: um importante sistema para complementaridade da integralidade da assistência**. 2012. 38 f. Monografia (Especialização em Saúde Pública) – Escola de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

THE DISABKIDS GROUP. **Translation and validation procedure: guidelines and documentation form**. Hamburg: DISABKIDS, 2004.

DOMICIANO, V.; FONSECA, A. S. Tempo médio para o atendimento do cliente em um Departamento de Emergência de um Hospital Privado. **Nursing**, São Paulo, v. 19, n. 119, 2008.

DREYER, T. Care transitions: best practices and evidence-based programs. **Home Healthcare Nurse**, Bridgewater, v. 32, no. 5, p. 309-316, May 2014.

DUBEUX, L. S.; FREESE, E.; FELISBERTO, E. Acesso a hospitais regionais de urgência e emergência: abordagem aos usuários para avaliação do itinerário e dos obstáculos aos serviços de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 345-369, abr./jun. 2013.

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

DUSEK, B. et al. Care transitions: a systematic review of best practices. **Journal of Nursing Care Quality**, Frederick, v. 30, no. 3, p. 233-239, July/Sept. 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, no. 11-12, p. 1693-1706, June 2015.

ENDELIN, C. A. et al. Review of current conceptual models and frameworks to guide transitions of care in older adults. **Geriatric Nursing**, New York, v. 34, p. 47-52, Jan./Feb. 2013.

ENGEL, C. G. et al. Patient comprehension of emergency department care and instructions: are patients aware of when they do not understand? **Annals of Emergency Medicine**, St. Louis, v. 53, no. 4, Apr. 2009.

FACHEL, J. M. G.; CAMEY, S. (Org.) **Avaliação psicométrica: a qualidade das medidas e o entendimento dos dados**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

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. p. 24-31.

FOSS, C.; ASKAUTRUD, M. Measuring the participation of elderly patients in the discharge process from hospital: a critical review of existing instruments. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, Stockholm, v. 24, p. 46-55, Dec. 2010.

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, no. 70, 2013.

FRATINI, J. R. G.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Referência e contrarreferência: contribuição para a integralidade em saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 7, n. 1, p. 65-72, jan./mar. 2008.

FREITAS, L. F. C. **Continuidade do cuidado ao portador de doença crônica em uma unidade de atendimento imediato**. 2013. 133 f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

FRIEDMAN, S. M.; DIOS, J. V.; HANNEMAN, K. Noncompletion of referrals to outpatient specialty clinics among patients discharged from the emergency department: a prospective cohort study. **Canadian Journal of Emergency Medical Care**, Ottawa, v. 12, no. 4, p. 325-330, 2010.

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, no. 3, p. 258-274, 2013.

GARDNER, R. et al. Is implementation of the care transitions intervention associated with cost avoidance after hospital discharge? **Journal of General Internal Medicine**, Philadelphia v. 29, no. 6, p. 878-74, June 2014.

GARLET, E. R. et al. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 266-272, 2009.

GARLET, E. R. **O processo de trabalho da equipe de saúde de uma unidade hospitalar de atendimento às urgências e emergências**. 2008. 96 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

GEARY, C. R.; SCHUMACHER, K. L. Care transitions: integrating transition theory and complexity science concepts. **Advances in Nursing Science**, Germantown, v. 35, no. 3, p. 236-248, Jul./Sept. 2012.

GEHLEN, G. C. **A organização tecnológica do trabalho dos enfermeiros na produção de cuidados em unidades de pronto atendimento de Porto Alegre/RS**. 2012. 110 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

GIGNON, M. et al. Compliance with emergency department discharge instructions. **Journal of Emergency Nursing**, St. Louis, v. 40, no. 1, p. 51-55, Jan. 2014.

GIOVANNETTI, E. R. et al. Do older patients and their family caregivers agree about the quality of chronic illness care? **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v. 25, no. 5, p. 515-524, Oct. 2013.

GLANZNER, C. H.; ZINI, L.W.; LAUTERT, L. Programa de atendimento de enfermagem na admissão e alta hospitalar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 27, n. 1, p. 92-99, Mar. 2006.

GOMIDE, M. F. S. et al. Perfil de usuários em um serviço de pronto atendimento. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 45, n. 1, 2012.

GOULART, F. A. A. **Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde**. Brasília: Organização Pan Americana de Saúde, 2011.

GRAHAM, J.; GALLAGHER, R.; BOTHE, J. Nurses' discharge planning and risk assessment: behaviours, understanding and barriers. **Journal of Clinical Nursing**, Boston, v. 22, no. 15-16, p. 2338-2346, Aug. 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**, New York, v. 3, p. 97-106, 2007.

GROENE, O. et al. Patient experience shows little relationship with hospital quality management strategies. **Plos One**, San Francisco, v. 10, no. 7, e0131805, Jul. 2015.

GUNADY, S. et al. Development of a collaborative transitions-of-care program for heart failure patients. **American Journal of Hospital Pharmacy**, Bethesda, v. 72, no. 1, p. 1147-1152, Jul. 2015.

GUTTMAN, A. et al. An emergency department–based nurse discharge coordinator for elder patients: does it make a difference? **Academy of Emergency Medicine**, Philadelphia, v. 11, no. 12, Oct. 2004.

HAIR, J. F. et al. **Análise multivariada dos dados**. 5. ed. São Paulo: Bookman, 2005.

HAN, C.; BARNARD, A.; CHAPMAN, H. Discharge planning in the emergency department: a comprehensive approach. **Journal of Emergency Nursing**, St. Louis, v. 35, no. 6, 2009.

HANSEN, L. O. et al. Project BOOST effectiveness of a multihospital effort to reduce rehospitalization. **Journal of Hospital Medicine**, Hoboken, v. 8, no. 8, p. 421-427, Aug. 2013.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, s331-s336, 2004.

HASTINGS, S. N.; HEFLIN, M. T. A systematic review of interventions to improve outcomes for elders discharged from the emergency department. **Academy of Emergency Medicine**, Philadelphia, v. 12, no. 10, p. 978-986, Oct. 2005.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. **Grupo de enfermagem: relatório de atividade**. Porto Alegre: HCPA, 2013. Disponível em: <https://www.hcpa.ufrgs.br/downloads/Publicacoes/relatorio_atividades_genf_2013.pdf>. Acesso em: 12 out. 2014.

_____. **Resolução normativa nº 01, de 09 de janeiro de 1997**. Dispõe de normas de utilização de dados de prontuários de pacientes e de bases de dados em projetos de pesquisa. Porto Alegre: HCPA, 1997.

_____. **Serviço de emergência**. Porto Alegre: HCPA, 2011b. Disponível em: <<http://www.hcpa.ufrgs.br/content/view/453/684/>>. Acesso em: 07 out. 2014.

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, no. 1, p. 66-74, Feb. 2013.

HOLLAND, D. E.; HEMANN, M. A. Standardizing hospital discharge planning at the Mayo Clinic. **The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**, New York, v. 37, no. 1, p. 29-36, 2011.

HOLLANDA, E. et al. Satisfação e responsividade em serviços de atenção à saúde da Fundação Oswaldo Cruz. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 12, p. 3343-3352, dez. 2012.

HORWITZ, L. I. et al. Quality of discharge practices and patient understanding at an academic medical center. **JAMA Internal Medicine**, Chicago, v. 173, no. 18, p. 1715-1722, Oct. 2013.

HUNG, W. W. et al. Evaluation of the mobile acute care of the elderly (MACE) service. **JAMA Internal Medicine**, Chicago, v. 173, no. 11, p. 990-999, June 2013.

JACK, B.; BICKMORE, T. The re-engineered hospital discharge program to decrease rehospitalization. **Care Management**, Rockville, v. 25, p. 12-15, Jan. 2011.

JACKSON, K. et al. Patient journey: implications for improving and integrating care for older adults with chronic obstructive pulmonary disease. **Canadian Journal on Aging**, Maple, v. 31, no. 2, p. 223-233, June 2012.

JACOBS, P. C.; MATOS, E. P. Estudo exploratório dos atendimentos em unidade de emergência em Salvador – Bahia. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 51, n. 6, p. 348-53, 2005.

JENCKS, S. F.; WILLIAMS, M. V.; COLEMAN, E. A. Rehospitalizations among patients in the medicare fee-for-service program. **The New England Journal of Medicine**, Boston, v. 360, no. 14, p. 1418-28, Apr. 2009.

KANAAN, A. O. et al. Adverse drug events after hospital discharge in older adults: types, severity, and involvement of beers criteria medications. **Journal of the American Geriatrics Society**, New York, v. 61, no. 11, p. 1894–1899, Nov. 2013.

KESSLER, C. et al. A survey of handoff practices in emergency medicine. **American Journal of Medical Quality**, Baltimore, v. 29, no. 5, p. 408-14, Sept./Oct. 2013a.

_____ et al. Transitions of care for the geriatric patient in the emergency department. **Clinics in Geriatric Medicine**, Philadelphia, v. 29, no. 1, p. 49-69, Feb. 2013b.

KRIPALANI, S. et al. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians - implications for patient safety and continuity of care. **Journal of the American Geriatrics Society**, New York, v. 297, no. 8, Feb. 2007a.

_____ et al. Promoting effective transitions of care at hospital discharge: a review of key issues for hospitalists. **Journal of Hospital Medicine**, Hoboken, v. 2, no. 5, Sept./Oct. 2007b.

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**, London, v. 44, no. 3, p. 717-729, 2013.

LACALLE, E.; RABIN, E. Frequent users of emergency departments: the myths, the data, and the policy implications. **Annals of Emergency Medicine**, St. Louis, v. 56, no. 1, Jul. 2010.

LAGO, L. M. et al. Itinerario terapêutico de los usuarios de una urgencia hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 1283-1291, 2010.

LAMANNA, J. B. **Early and intermediate hospital-to-home transition outcomes of older adults diagnosed with diabetes**. 2013. 256 f. Dissertation (Master in Nursing) – College of Nursing, University of Central Florida, Orlando, 2013.

LEAVITT, M. Medscape's response to the Institute of Medicine report: crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. **Medscape General Medicine**, New York, v. 3, no. 2, Mar. 2001.

LONGTIN, Y. et al. Patient participation: current knowledge and applicability to patient safety. **Mayo Clinic Proceedings**, Rochester, v. 85, no. 1, p. 53-62, Jan. 2010.

LOUVISON, M. C. P. **Avaliação da atenção às condições crônicas em idosos: hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus como condições traçadoras**. 2011. 193 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

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, jul./set. 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, jan./abr. 2011.

MACINKO, J.; DOURADO, I.; GUANAIS, F. C. **Doenças crônicas, atenção primária e desempenho dos sistemas de saúde: diagnósticos, instrumentos e intervenções**. New York: Inter-American Development Bank, 2011.

MACKWAY-JONES, K.; MARSDEN, J.; WINDLE, J. **Emergency triage**. Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2010.

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

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface**, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 593-605, jul./set. 2010.

_____; SILVA JR, J. B. O plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 22, n. 1, p. 151-164, mar. 2013.

MANEESRIWONGUL, W.; DIXON, J. K. Instrument translation process: a methods review. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 48, no. 2, p. 175-186, 2004.

MANTOVANI, M. F. et al. Protocolos clínicos na orientação de pessoas com doença crônica. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 20, n. 4, p. 821-828, out./dez. 2015.

MARQUES, G. Q. **Acesso e utilização do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Porto Alegre por usuários com demandas clínicas**. 2010. 193 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

_____; LIMA, M. A. D. S. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, p. 13-19, fev. 2007.

_____; _____. CICONET, R. M. Agravos clínicos atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de Porto Alegre - RS. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, p. 185-191, 2011.

MARQUES, L. F. G.; ROMANO-LIEBER, N. S. 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.

MASLOVE, D. M. et al. Electronic versus dictated hospital discharge summaries: a randomized controlled trial. **Journal of General Internal Medicine**, Philadelphia, v. 24, no. 9, p. 995-1001, Sept. 2009.

McCUSKER, J. et al. Rapid two-stage emergency department intervention for seniors: impact on continuity of care. **Academic Emergency Medicine**, Philadelphia, v. 10, no. 3, p. 233-243, 2003.

McLEOD, J. et al. Measuring care transition quality for older patients with musculoskeletal disorders. **Musculoskeletal Care**, London, v. 12, no. 1, p. 13-21, Mar. 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. 283 f. Thesis (Doctored in Philosophy) – Faculty of Graduate Studies, Laurentian University, Sudbury, 2015.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 18, s3-s11, 2008.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária á saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MEYERS, A. G. et al. Determinants of health after hospital discharge: rationale and design of the Vanderbilt Inpatient Cohort Study (VICS). **BMC Health Services Research**, London, v. 14, no. 10, Jan. 2014.

MIASSO, A. I.; CASSIANI, S. H. B. Administração de medicamentos: orientação final de enfermagem para a alta hospitalar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 136-144, 2005.

MILBRETT, P.; HALM, M. Characteristics and predictors of frequent utilization of emergency services. **Journal of Emergency Nursing**, St. Louis, v. 35, no. 3, p. 191-198, June 2009.

MILLER, J. F.; PIACENTINE, L. B.; WEISS, M. Coping difficulties after hospitalization. **Clinical Nursing Research**, Newbury Park, v. 17, no. 4, p. 278-296, Nov. 2008.

MION, L. C. et al. Case finding and referral model for emergency department elders: a randomized clinical trial. **Annals of Emergency Medicine**, St. Louis, v. 41, no. 1, 2003.

MITCHELL J. I. et al. Medication reconciliation: a prescription for safer care. **Healthcare Quarterly**, Toronto, v. 16, no. 4, p. 10-13, 2013.

MOREIRA, M. L. **Readmissões nos Sistemas de Serviços Hospitalares no Brasil**. 2010. 174 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

MOREIRA, R. C. **Efeito do uso do método de gerenciamento de caso sobre o controle glicêmico de pessoas com diabetes mellitus tipo 2**. 2013. 227 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013.

MORENO, A. B. et al. Propriedades psicométricas do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde no estudo pró-saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 2585-2597, 2006.

MOSALLAM, R. A.; METWALLY, S. Patients' views on the quality of transitional care at a health insurance hospital in Alexandria, Egypt. **The Journal of the Egyptian Public Health Association**, Cairo, v. 89, no. 2, p. 74-80, Aug. 2014.

MUSSI, C. M. et al. Visita domiciliar melhora conhecimento, autocuidado e adesão na insuficiência cardíaca: ensaio clínico randomizado HELEN-I. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, fev. 2013.

NAYLOR, M. D.; SOCHALSKI, J. A. Scaling up: bringing the transitional care model into the mainstream. **The Commonwealth Fund**, New York, v. 103, p. 1-12, Nov. 2010.

NAYLOR, M.; KEATING, S. A. Transitional care: moving patients from one care setting to another. **The American Journal of Nursing**, New York, v. 108, no. 9, p. 58-63, 2008.

NUÑO, R.; SAUTO, R.; TORO, N. Integrated care initiatives in the Spanish Health System/Experiencias de integración asistencial en el Sistema Nacional de Salud de España. **International Journal of Integrated Care**, London, v. 12, no. 2, p. 35, May 2012.

O'DWYER, G. A gestão de atenção às urgências e o protagonismo federal. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2395-2404, 2010.

OLIVEIRA, A. F.; VALENTE, J. G.; LEITE, I. C. Fração da carga global do diabetes mellitus atribuível ao excesso de peso e à obesidade no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 27, no. 5, p. 338-344, 2010.

OLIVEIRA, A. N. S. et al. O perfil clínico epidemiológico dos usuários da rede de urgências no interior de Pernambuco. **Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental**, v. 5, n. 2, p. 3601-3607, 2013. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2006>>. Acesso em: 31 jul. 2016.

OLIVEIRA, G. N. et al. Perfil da população atendida em uma unidade de emergência referenciada. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 3, p. 1-9, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial**. Brasília: OMS, 2003.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, London, v. 377, no. 9779, p. 1778-1797, 2011.

PARKE, B.; CHAPPELL, N. L. Transactions between older people and the hospital environment: A social ecological analysis. **Journal of Aging Studies**, Greenwich, v. 24, no. 2, p. 115-124, 2010.

PARRISH, M. M. et al. Implementation of the care transitions intervention: sustainability and lessons learned. **Professional Case Management**, Philadelphia, v. 14, no. 6, p. 282-293, Nov./Dec. 2009.

PARRY, C. et al. Further application of the care transitions intervention: results of a randomized controlled trial conducted in a fee-for-service setting. **Home Health Care Services Quarterly**, New York, v. 28, no. 2-3, p. 84-99, 2009.

_____ et al. The care transitions intervention: a patient-centered approach to ensuring effective transfers between sites of geriatric care. **Home Health Care Services Quarterly**, New York v. 22, no. 3, p. 1-17, 2003.

_____; KRAMER, H. M.; COLEMAN, E. A. A qualitative exploration of a patient-centered coaching intervention to improve care transitions in chronically ill older adults. **Home Health Care Services Quarterly**, New York, v. 25, no. 3-4, 2006.

_____ et al. Assessing the quality of transitional care further applications of the care transitions measure. **Medical Care Research and Review**, Philadelphia, v. 46, no. 3, Mar. 2008.

PASQUALI, L. Psicometria. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, p. 992-999, 2009.

PAUL, P. et al. Predictors of frequent attenders of emergency department at an acute general hospital in Singapore. **Emergency Medical Journal**, London, v. 27, no. 11, p. 843-848, Nov. 2010.

PEPPE, E. M. **Characteristics of frequent emergency department users**. Menlo Park: The Henry J. Kaiser Family Foundation, 2007. Disponível em: <<http://www.kff.org/insurance/upload/7696.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2011.

PEREIRA, A. P. S. et al. Alta hospitalar: visão de um grupo de enfermeiras. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 40-45, 2007.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Nursing research**: generating and assessing evidence for nursing practice. Philadelphia: Wolters Kluwer Health, 2012.

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. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000300017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 ago. 2016.

RAMADA-RODILLA, J. M.; SERRA-PUJADAS, C.; DELCLOS-CLANCHET, G. L. Cross-cultural adaptation and health questionnaires validation: revision and methodological recommendations. **Salud Pública de México**, Cuernavaca, v. 55, no. 1, p. 57-66, 2013.

RATHLEV, N. K. et al. Time series analysis of variables associated with daily mean emergency department length of stay. **Annals of Emergency Medicine**, St. Louis, v. 49, no. 3, Mar. 2007.

RAYAN, N.; ADAMI, H.; SHADMI, E. Transitions from hospital to community care: the role of patient-provider language concordance. **Israel Journal of Health Policy Research**, London, v. 3, p. 24, 2014.

RECORD, J. D. et al. Telephone calls to patients after discharge from the hospital: an important part of transitions of care. **Medical Education Online**, Stockholm, v. 20, p. 26701, 2015.

REICHENHEIM, M. E.; MORAES, C. L. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 4, p. 665-673, ago. 2007.

RICHARDSON, S. et al. Following the patient journey: older persons' experiences of emergency departments and discharge. **Accident and Emergency Nursing**, Edinburgh, v. 15, p. 134-140, Jul. 2007.

ROCHA, A. F. S. **Determinantes da procura de atendimento de urgência pelos usuários nas unidades de pronto atendimento da secretaria municipal de saúde de Belo Horizonte**. 2005. 99 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.

RODRIGUES, A. I. G. et al. Perfil dos usuários atendidos no serviço de emergência em um hospital universitário em Pernambuco. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 39, n. 1, p. 13-24, 2015.

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. 9, p. 1-9, 2013.

RYVICHER, M. et al. Can the care transitions measure predict rehospitalization risk or home health nursing use of home healthcare patients? **Journal for Healthcare Quality**, Skokie, v. 35, no. 5, p. 32–40, Sept./Oct. 2013.

SAMUELS-KALOW, M. E.; STACK, A. M.; PORTER, S. C. Effective discharge communication in the emergency department. **Annals of Emergency Medicine**, St. Louis, v. 60, no. 2, p. 152-159, Aug. 2012.

SANTOS, J. L. G. **A dimensão gerencial do trabalho do enfermeiro em um serviço hospitalar de emergência**. 2010. 136 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

_____ et al. Desafios para a gerência do cuidado em emergência na perspectiva de enfermeiros. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 136-143, 2013.

SANTOS, M. T. **Serviços de emergência amigos do idoso no Brasil**: aspectos necessários para o cuidado. 2015. 122 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

SCHOEN, C. et al. Coordinated new 2011 survey of patients with complex care needs in eleven countries finds that care is often poorly coordinated. **Health Affairs**, Millwood, v. 30, no. 12, p. 2437-2448, Dec. 2011.

SCHRAMM, J. M. A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 897-908, dez. 2004.

SCHRIJVERS, G. The integration of chronic care and emergency medicine. **International Journal of Integrated Care**, London, v. 8, p. 53, jun. 2008.

SHADMI, E. Quality of hospital to community care transitions: the experience of minority patients. **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v. 25, no. 3, p. 255-260, Jul. 2013.

_____; 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, no. 2, p. 97-102, Apr. 2009.

SHIMIDT, M. I. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, London, v. 377, no. 9781, p. 1949-1961, 2011.

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. 247-254, abr./jun. 2011.

SIQUEIRA, D. S. et al. Caracterização dos pacientes atendidos com crise hipertensiva num hospital de pronto socorro. **Revista Enfermagem Referência**, Coimbra, v. 4, no. 5, p. 27-36, 2015.

SOCIETY OF HOSPITAL MEDICINE. **Project BOOST mentored implementation program**. Philadelphia: SHM, 2014. Disponível em:

<http://www.hospitalmedicine.org/Web/Quality___Innovation/Mentored_Implementation/Project_BOOST/Project_BOOST.aspx>. Acesso em: 23 ago. 2014.

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.

SOUZA, A. C. C. et al. Acesso ao serviço de emergência pelos usuários com crise hipertensiva em um hospital de Fortaleza, CE, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 52, n. 4, p. 535-539, jul./ago. 2009.

SOUZA, A. C. **Identificação do conteúdo padronizado do sumário de alta**. 2012. 88 f. Dissertação (Mestrado em Tecnologia em Saúde) – Escola Politécnica, Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2012.

SOUZA, A. C.; BONILHA, A. L. L.; VERONESE, A. M. Buscando a integralidade no atendimento ao indivíduo diabético: do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência à Atenção Primária à Saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 7, n. 1, p. 21-26, jan./mar. 2008.

SOUZA, S. P. S.; LIMA, R. A. G. Condição crônica e normalidade: rumo ao movimento que amplia a potência de agir e ser feliz. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, p. 156-164, jan./fev. 2007.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

TERWEE, C. B. et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. **Journal of Clinical Epidemiology**, New York, v. 60, no. 1, p. 34-42, Jan. 2007.

THE CARE TRANSITIONS PROGRAM. **The care transitions intervention: health care services for improving quality and safety during care hand-offs**. Aurora: CTP, 2014. Disponível em <<http://www.caretransitions.org/>>. Acesso em: 04 mar. 2014.

THE JOINT COMISSION INTERNATIONAL. **Padrões de acreditação da Joint Commission International para hospitais**. Rio de Janeiro: JCAHO, 2010.

_____. Transitions of care: the need for collaboration across entire care continuum. **Hot Topics in Health Care: transitions of care**, v. 2, p. 1-8, 2013.

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, n. 2, p. 83-96, 2015.

TIEL, V. S. et al. Systematic review of frequent users of emergency departments in non-US hospitals: state of the art. **European Journal of Emergency Medicine**, London, v. 22, no. 5, p. 306-315, 2015.

TREGUNNO, D. Know your client and know your team: a complexity inspired approach to understanding safe transitions in care. **Nursing Research and Practice**, Cairo, v. 13, p. 1-8, 2013.

TROMPETER, J. M. et al. Medication discrepancies during transitions of care: a comparison study. **Journal for Healthcare Quality**, Skokie, v. 37, no. 6, p 325-332, Nov./Dec. 2015.

UCHÔA, S. A. C. et al. Acesso potencial à atenção primária em saúde: o que mostram os dados do programa de melhoria do acesso e da qualidade do Brasil? **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, e2672, 2016.

ULIN, K. et al. Person-centred care – an approach that improves the discharge process. **European Journal of Cardiovascular Nursing**, London, v. 15, no. 3, p. 19-26, Apr. 2015.

VASHI, A.; RHODES, K. V. “Sign right here and you’re good to go”: a content analysis of audiotaped emergency department discharge instructions. **Annals of Emergency Medicine**, St. Louis, v. 54, no. 7, p. 315-322, Apr. 2011.

VERAS, R. P. Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 779-786, 2011.

WACHTER, R. M. **Compreendendo a segurança do paciente**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

WATKINS, L.; HALL, C.; KRING, D. Hospital to home: a transition program for frail older adults. **Professional Case Management**, Philadelphia, v. 17, no. 3, p. 117-123, May/June 2012.

WEBER, L. A. **Atividades dos enfermeiros na transição do cuidado na alta do hospital para o domicílio**: revisão integrativa. 2015. 46 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

WEISS, M. E.; YAKUSHEVA, O.; BOBAY, K. L. Quality and cost analysis of nurse staffing, discharge preparation, and postdischarge utilization. **Health Services Research Journal**, Malden, v. 46, no. 5, p. 1473-1494, Oct. 2011.

WEISS, M. et al. Perceived readiness for hospital discharge in adult medical-surgical patients. **Clinical Nurse Specialist**, Baltimore, v. 21, no. 1, p. 31-42, Jan./Feb. 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020**. Geneva: WHO, 2013.

_____. **The performance assessment tool for quality improvement in hospitals (PATH’09)**: call for participation. Geneva: WHO, 2009.

WOOD, G. L.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

**APÊNDICE A – Instrumento de registro do processo de testagem da versão pré-final do
*Care Transitions Measure***

Sujeito n°: _____ Data: _____

Instrumento de registro do processo de testagem da versão pré-final do <i>Care Transition Measure</i>						
Avalie a clareza dos itens abaixo						
	Não Entendi	Entendi Pouco	Entendi Mais ou Menos	Entendi	Entendi Muito	Observações
As primeiras afirmações são sobre o período que você estava no hospital...	1	2	3	4	5	
1. Antes de sair do hospital, eu e a equipe de saúde concordamos sobre objetivos para minha saúde e como eles seriam alcançados.	1	2	3	4	5	
Discordo muito Discordo Concordo Concordo muito Não sei/não me lembro/ não se aplica	1	2	3	4	5	
2. A equipe do hospital considerou as minhas preferências e as da minha família ou cuidador para decidir <i>quais</i> seriam as minhas necessidades de saúde para depois que eu saísse do hospital.	1	2	3	4	5	
3. A equipe do hospital considerou as minhas preferências e as da minha família ou cuidador para decidir <i>onde</i> as minhas necessidades de saúde seriam atendidas depois que eu saísse do hospital.	1	2	3	4	5	
As próximas afirmações são sobre quando você estava se preparando para sair do hospital...	1	2	3	4	5	

	Não Entendi	Entendi Pouco	Entendi Mais ou Menos	Entendi	Entendi Muito	Observações
4. Quando eu saí do hospital, eu tive todas as informações que precisava para que eu pudesse cuidar de mim mesmo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Quando eu saí do hospital, eu entendi claramente como cuidar da minha saúde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Quando eu saí do hospital, eu recebi um plano escrito, legível e de fácil compreensão, que descrevia como todas as minhas necessidades de saúde seriam atendidas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Quando eu saí do hospital, eu compreendi bem minha condição de saúde e o que poderia melhorá-la ou piorá-la.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Quando eu saí do hospital, eu compreendi bem o que era de minha responsabilidade para cuidar da minha saúde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Quando eu saí do hospital, eu me senti seguro de que eu sabia o que fazer para cuidar da minha saúde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Quando eu saí do hospital, eu me senti seguro de que conseguiria fazer as coisas necessárias para cuidar da minha saúde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A próxima afirmação é sobre suas consultas de acompanhamento médico...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	Não Entendi	Entendi Pouco	Entendi Mais ou Menos	Entendi	Entendi Muito	Observações
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.	<input type="checkbox"/>					
As próximas afirmações são sobre seus medicamentos...	<input type="checkbox"/>					
13. Quando eu saí do hospital, eu entendi claramente o <i>motivo</i> de tomar cada um dos meus medicamentos.	<input type="checkbox"/>					
14. Quando eu saí do hospital, eu entendi claramente <i>como</i> tomar cada um dos meus medicamentos, inclusive a quantidade e os horários.	<input type="checkbox"/>					
15. Quando saí do hospital, eu entendi claramente os possíveis <i>efeitos colaterais</i> de cada um dos meus medicamentos.	<input type="checkbox"/>					

Observações gerais:

APÊNDICE B - Ficha de identificação do participante da primeira etapa**Preenchimento pelo pesquisador:**

Sujeito nº _____. **Data:** ___/___/_____.

Turno: () MANHÃ () TARDE

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

Unidade de internação: () 4°S () 5°N () 6°S () 6°N () 7°N

1. Data de nascimento: ___/___/_____.

2. Sexo: () FEMININO () MASCULINO

3. Município em que reside:

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

4. Grau de Escolaridade: _____ anos.

5. Número de internação prévias no último ano: _____.

APÊNDICE C – Versão adaptada do *Care Transitions Measure* (CTM-15 Brasil)

Nome do paciente: _____ Data: _____

Quem participou da entrevista? () Paciente () Cuidador

As primeiras afirmações são sobre o período que você estava no serviço de emergência...

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

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

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

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

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

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

As próximas afirmações são sobre quando você estava se preparando para sair do serviço de emergência...

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

As próximas afirmações são sobre seus medicamentos...

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

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

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

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

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

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

APÊNDICE D - Ficha de identificação do participante da segunda etapa

Preenchimento pelo pesquisador:

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

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

1. Data de nascimento: ___/___/____.

2. Sexo:

() FEM () MASC

3. Município em que reside:

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

4. Bairro (se Porto Alegre): _____.

4. Grau de Escolaridade:

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

5. Classificação de risco conforme Protocolo de Manchester:

- | | | |
|--------------|------------|--------------------|
| () Vermelho | () Verde | () Não registrado |
| () Laranja | () Azul | |
| () Amarelo | () Branco | |

6. Turno que teve alta do serviço de emergência:

() Manhã () Tarde () Noite

APÊNDICE E - Manual de orientações para coleta de dados

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**MANUAL DE INSTRUÇÕES PARA COLETA DE DADOS
ETAPA DO PRÉ-TESTE**

**ALINE MARQUES ACOSTA
MARIA ALICE DIAS DA SILVA LIMA**

**PORTO ALEGRE
2014**

ENDEREÇOS E TELEFONES ÚTEIS

- **Escola de Enfermagem - Universidade Federal do Rio Grande do Sul**

Rua São Manoel, 963 – Campus Saúde – Bairro Rio Branco, Porto Alegre, RS, Brasil.

Telefone: 3308-5226 ou 3308-5481

- **Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre**

Ramiro Barcelos, 2.350, 2º andar, sala 2227A - Bairro Santa Cecília, Porto Alegre / RS

Telefone/Fax: 51 3359-7640

- **SUPERVISORA**

Aline Marques Acosta

Telefone: 9293-1487 ou 3392-9442

Caso você precise de mais material ou tenha qualquer dúvida ou problema durante o trabalho de campo, ligue para a supervisora.

ORIENTAÇÕES GERAIS

INTRODUÇÃO

O manual de instruções serve para esclarecer suas dúvidas. **DEVE ESTAR SEMPRE COM VOCÊ.** Erros no preenchimento do instrumento poderão indicar que você não consultou o material. Releia o manual periodicamente. Evite confiar excessivamente na própria memória.

TENHA SEMPRE COM VOCÊ

- Crachá de identificação;
- Jaleco;
- Carta de aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa;
- Manual de instruções;
- Roteiro de telefonema para coleta de dados da etapa quantitativa;
- Instrumento *Care Transitions Measure* (CTM) – versão em português;
- Ficha de identificação;
- Lápis, borracha, apontador e caneta.

PRIMEIRO PASSO - Identificação do participante

Antes de iniciar a entrevista, é necessário selecionar os participantes adequadamente. A pesquisadora supervisora irá identificar a população do estudo e selecionar aleatoriamente a amostra. A pesquisadora irá disponibilizar uma lista dos pacientes já sorteados para compor a amostra do estudo. A lista contém informações de nome do paciente, número de prontuário, telefones para contato e sexo. A cada duas semanas será disponibilizada uma nova lista atualizada. Os pacientes incluídos na lista são os que podem ser entrevistados por telefone.

Importante: Todos os dias, antes de iniciar a coleta de dados, confira na lista se a data de alta dos pacientes é superior a uma semana e inferior a quatro semanas. Caso a data de alta não se enquadre nesse período, exclua o paciente e risque seu nome (~~exemplo~~).

SEGUNDO PASSO – Contato telefônico

Dirija-se à sala de computadores e telefones no térreo do Centro de Pesquisa Clínica do HCPA. Para ter acesso a essa sala é necessário usar jaleco.

Disque no telefone o número do paciente da lista. Quando não for possível realizar contato com o paciente após três tentativas, em horários diferentes, exclua o indivíduo e risque seu nome (~~exemplo~~).

Importante: Siga sempre a ordem da lista.

TERCEIRO PASSO – Apresentação do entrevistador

- Informe quem você é;
- Siga o roteiro de telefonema para coleta de dados da etapa quantitativa, que contém as informações necessárias da pesquisa;
- Reforçar a importância do estudo.

QUARTO PASSO – Aspectos éticos

- Após a leitura das informações do roteiro de telefonema, pergunte se o paciente aceita participar da pesquisa;
- Esclareça dúvidas, se necessário;
- Se o paciente não aceitar participar do estudo, agradeça e despeça-se. Risque seu nome na lista;

- Se o paciente aceitar participar do estudo, prossiga com o preenchimento do campo “Preenchimento pelo pesquisador” do roteiro e com a aplicação do instrumento *Care Transitions Measure* (CTM) – versão em português.

QUINTO PASSO – Aplicação do instrumento

O CTM foi desenvolvido por Coleman e colaboradores, em 2002, nos Estados Unidos, e tem como propósito mensurar a transição do cuidado de serviços hospitalares para o domicílio, considerando-se a perspectiva dos pacientes. O instrumento é composto por 15 afirmações que se referem a aspectos relacionados à transição do cuidado. Por avaliar a transição do hospital para o domicílio, a maioria das afirmações inicia com “Quando saí do hospital”. Neste estudo, a palavra “hospital” será substituída por “serviço de emergência” para contemplar o campo de estudo. A pesquisadora supervisora irá disponibilizar uma versão com essas mudanças já realizadas. O CTM contém uma escala de Likert com cinco opções de respostas que variam de “concordo muito” a “discordo muito”, tendo uma alternativa neutra.

O instrumento traz a maioria das informações necessárias para sua aplicação. Quanto mais familiarizado com ele vocês estiver, mais fluente será sua aplicação.

- Tente chamar o participante sempre pelo nome;
- Seja simpático;
- Antes de iniciar, explique ao participante como irá funcionar: Queremos saber a experiência das pessoas com a alta da emergência. Você irá ler algumas afirmações e o participante deve dizer se concorda ou não com a frase;
- Explique as opções de resposta: “Para cada questão, suas opções de resposta são: concordo muito, concordo, discordo e discordo muito”. Inicialmente não introduza a opção “não sei/não me lembro/não se aplica”, ofereça essa opção quando o paciente não se decidir entre as quatro opções anteriores;
- Avise que irá começar a ler as frases e leia o enunciado da questão;
- Formule os itens exatamente como estão escritos;
- Leia cada um dos itens e pergunte: você discorda muito, discorda, concorda, concorda muito ou não sabe/não se lembra/não se aplica?
- Fale sempre devagar. Caso a pessoa não entenda, repita devagar o item;

- Quando uma resposta parecer pouco confiável, repita o item de maneira enfática;
- Não induza as respostas;
- Se as respostas forem duvidosas quanto ao nível de concordância ou discordância (Ex: “Concordo” ou “Concordo muito”), perguntar se o participante consegue se decidir;
- Se a resposta do participante for “sim”, releia as alternativas “Concordo” e “Concordo muito” e peça para ele escolher. Se, por outro lado, a resposta for “não”, releia as alternativas “Discordo” ou “Discordo muito”;
- Ao terminar o instrumento, revise todas as páginas para ver se nenhum item foi esquecido;
- Agradeça a participação.

SEXTO PASSO – Ficha de identificação

Após a entrevista por telefone, é necessário preencher a ficha de identificação do participante. Para isso, acesse o arquivo do *query* (em formato *exl*), que será disponibilizado pela pesquisadora supervisora, e procure através da ferramenta “Localizar” do Excel o número do prontuário do participante entrevistado. Preencha as informações de sexo, idade, cidade de residência, bairro, grau de instrução, morbidades, classificação de risco, dia de atendimento, sala de atendimento, tempo de permanência no serviço e número de atendimentos no serviço de emergência no último ano, conforme consta na ficha de identificação.

Importante: Qualquer dúvida, sempre contate a pesquisadora supervisora!

Obrigada pela sua ajuda.

APÊNDICE F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Comitê de especialistas

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “Adaptação transcultural do *Care Transition Measure* para uso no Brasil”, que tem por objetivo realizar adaptação transcultural e avaliação psicométrica do instrumento *Care Transition Measure* para uso no Brasil. Esse instrumento é utilizado para avaliar a transição do cuidado de pacientes com alta da unidade de internação para casa. A disponibilização deste instrumento para a cultura brasileira representa um importante avanço na produção do conhecimento e no planejamento do sistema de saúde. Seu uso pode auxiliar na compreensão da transição do cuidado no contexto nacional e contribuir para identificar barreiras para transições bem sucedidas, propor mudanças para melhorias e oferecer subsídios para o aprimoramento de políticas públicas na área.

Sua participação acontecerá na última etapa de tradução e adaptação transcultural do instrumento, que consiste na revisão e modificação do instrumento já traduzido, consolidando todas as versões do instrumento a fim de alcançar a equivalência semântica, equivalência idiomática, equivalência experimental e equivalência conceitual, desenvolvendo a versão final do instrumento. O tempo estimado para a reunião nesta etapa é de, no máximo, 3 horas, consistindo no único desconforto em relação à participação na pesquisa.

A participação no estudo não trará benefício pessoal para o participante, porém contribuirá para o aumento do conhecimento sobre o assunto estudado e os resultados poderão auxiliar a realização de estudos futuros. Os possíveis benefícios são para a população a médio e longo prazo, pois os resultados da pesquisa podem contribuir para a melhoria da transição do cuidado de pacientes com alta hospitalar para casa.

Sua participação é voluntária, sem custo financeiro e você tem a liberdade de se recusar a responder a qualquer pergunta e de não aceitar fazer parte deste estudo, sem que isto acarrete em qualquer prejuízo ao vínculo com o Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela participação no estudo.

Como pesquisadoras, somos responsáveis pela proteção das informações e pela manutenção da confidencialidade dos dados de identificação pessoal dos participantes. As informações coletadas e os resultados 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.

Aos participantes desta pesquisa fica garantido o direito de receber resposta a qualquer dúvida sobre os assuntos relacionados ao estudo. O contato da pesquisadora responsável Profa. Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima e das pesquisadoras Aline Marques Acosta, Patrícia Fátima Levandovski e Giselda Quintana Marques é pelo telefone (51) 3308-5481 ou pelo endereço da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, na Rua São Manoel, 963 sala 208. O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre pode ser contatado para esclarecimento de dúvidas, através do telefone 3359-7640, das 8h às 17h.

Por meio da assinatura deste documento, você autoriza a sua participação na pesquisa. Serão assinadas duas vias deste termo de consentimento, ficando uma com o participante e outra com a pesquisadora.

Ao final do estudo, você terá contribuído para a adaptação de um instrumento para avaliação da transição do cuidado, sendo de grande utilidade para os serviços de saúde.

Declaro ter sido informado das finalidades e do desenvolvimento da pesquisa e que concordo em participar da mesma.

Porto Alegre, ___ de _____ de 2014.

Nome do participante: _____

Especialidade: _____

Assinatura: _____

Nome do pesquisador: _____

Assinatura: _____

**APÊNDICE G - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Participantes do
processo de testagem da versão pré-final do *Care Transition Measure***

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “Adaptação transcultural do *Care Transition Measure* para uso no Brasil”, em que será realizada a tradução, adaptação e valiação para o Brasil de um instrumento criado nos Estados Unidos da América cujo objetivo é avaliar a transição do cuidado de pacientes com alta da unidade de internação para casa.

Serão lidas as perguntas referentes ao instrumento, sobre a experiência com o processo de alta hospitalar, e questionado sobre qual a sua compreensão de cada pergunta. Será utilizada, também, uma ficha de identificação, com as seguintes informações: idade, sexo, cidade de residência, grau de escolaridade e número de internações prévias no último ano. Ao aceitar participar do estudo, você estará concordando em fornecer essas informações ao pesquisador. O tempo de duração aproximada é de 20 minutos.

A participação no estudo não trará benefício pessoal para o participante, porém contribuirá para o aumento do conhecimento sobre o assunto estudado e os resultados poderão auxiliar a realização de estudos futuros. Os possíveis benefícios são para a população a médio e longo prazo, pois os resultados da pesquisa podem contribuir para a melhoria da transição do cuidado de pacientes com alta hospitalar para a casa. A pesquisa oferecerá o mínimo risco aos participantes, o qual está relacionado ao tempo dedicado para participar das etapas do estudo, além da possibilidade de ocorrência de certo desconforto em responder algum tema abordado.

Sua participação é voluntária, sem custo financeiro e você têm a liberdade de se recusar a responder a qualquer pergunta e de não aceitar fazer parte deste estudo, sem que isto acarrete em qualquer prejuízo em seu atendimento.

Como pesquisadoras, somos responsáveis pela proteção das informações e pela manutenção da confidencialidade dos dados de identificação pessoal dos participantes. As informações coletadas e os resultados 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.

Aos participantes desta pesquisa fica garantido o direito de receber resposta a qualquer dúvida sobre os assuntos relacionados ao estudo. O contato da pesquisadora responsável

Profa. Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima e das pesquisadoras Aline Marques Acosta, Patrícia Fátima Levandovski e Giselda Quintana Marques é pelo telefone (51) 3308-5481 ou pelo endereço da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, na Rua São Manoel, 963 sala 208. O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre pode ser contatado para esclarecimento de dúvidas, através do telefone 3359-7640, das 8h às 17h.

Por meio da assinatura deste documento, você autoriza a sua participação na pesquisa. Serão assinadas duas vias deste termo de consentimento, ficando uma com o participante e outra com a pesquisadora.

Ao final do estudo, você terá contribuído para a adaptação de um instrumento para avaliação da transição do cuidado, sendo de grande utilidade para os serviços de saúde.

Declaro ter sido informado das finalidades e do desenvolvimento da pesquisa e que concordo em participar da mesma.

Porto Alegre, ____de _____ de 2014.

Nome do participante: _____

Assinatura: _____

Nome do pesquisador: _____

Assinatura: _____

APÊNDICE H – Roteiro de telefonema para coleta de dados da primeira etapa

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

Meu nome é _____, sou pesquisadora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Estou ligando Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) para convidá-lo a participar da pesquisa intitulada “Adaptação transcultural do *Care Transition Measure* para uso no Brasil”, em que será realizada a tradução, adaptação e validação de um instrumento criado nos Estados Unidos da América para ser usado no Brasil. O objetivo do instrumento é avaliar a transição do cuidado de pacientes com alta da unidade de internação para casa.

Serão lidas as perguntas sobre a experiência com o processo de alta hospitalar e será utilizada, também, uma ficha de identificação, com as seguintes informações: idade, sexo, cidade de residência, grau de escolaridade e número de internações prévias no último ano. Ao aceitar participar do estudo, você estará concordando em fornecer essas informações ao pesquisador. O tempo de duração aproximada é de 15 minutos. Algumas pessoas serão novamente contatadas por telefone em intervalo de 24 a 48 horas para responder mais uma vez as perguntas com a finalidade de reteste deste instrumento.

A participação no estudo não trará benefício pessoal para o participante, porém contribuirá para o aumento do conhecimento sobre o assunto estudado e os resultados poderão auxiliar a realização de estudos futuros. Os possíveis benefícios são para a população a médio e longo prazo, pois os resultados da pesquisa podem contribuir para a melhoria da transição do cuidado de pacientes com alta hospitalar para a casa. A pesquisa oferecerá o mínimo risco aos participantes, o qual está relacionado ao tempo dedicado para participar das etapas do estudo, além da possibilidade de ocorrência de certo desconforto em responder algum tema abordado.

Sua participação é voluntária, sem custo financeiro e você têm a liberdade de se recusar a responder a qualquer pergunta e de não aceitar fazer parte deste estudo, sem que isto acarrete em qualquer prejuízo em seu atendimento.

Como pesquisadoras, somos responsáveis pela proteção das informações e pela manutenção da confidencialidade dos dados de identificação pessoal dos participantes. As informações coletadas e os resultados 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.

Aos participantes desta pesquisa fica garantido o direito de receber resposta a qualquer dúvida sobre os assuntos relacionados ao estudo. O contato da pesquisadora responsável Profa. Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima e das pesquisadoras Aline Marques Acosta, Patrícia Fátima Levandovski e Giselda Quintana Marques é pelo telefone (51) 3308-5481 ou pelo endereço da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, na Rua São Manoel, 963 sala 208. O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre pode ser contatado para esclarecimento de dúvidas, através do telefone 3359-7640, das 8h às 17h.

Ao final do estudo, você terá contribuído para a adaptação de um instrumento para avaliação da transição do cuidado, sendo de grande utilidade para os serviços de saúde.

A partir dessas considerações, você aceita participar deste estudo?

Sim Não

Você aceita ser recontatado em intervalo de 24 a 48 horas para responder novamente o instrumento?

Sim Não

Preenchimento pelo pesquisador:

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

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

APÊNDICE I – Roteiro de telefonema para coleta de dados da segunda etapa

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

Meu nome é _____, sou pesquisadora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e estou ligando do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) para convidá-lo a participar da pesquisa chamada “Transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas: do serviço de emergência para o domicílio”.

O objetivo da pesquisa é analisar a transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas que tiveram alta de serviço de emergência para a casa. Suas respostas irão nos proporcionar um retorno sobre quão preparados estão os pacientes para a alta do hospital. O estudo é importante para melhorar os cuidados durante o período entre a alta da emergência hospitalar até o seguimento do tratamento em casa para os futuros pacientes.

É realizada uma entrevista por telefone, em que serão feitas perguntas sobre sua experiência com o processo de alta do serviço de emergência do Hospital de Clínicas. O tempo de duração é, em média, 15 minutos.

A participação no estudo não trará benefício pessoal para o participante, porém contribuirá para o aumento do conhecimento sobre o assunto estudado. Os possíveis benefícios são para a população a médio e longo prazo, pois os resultados da pesquisa podem contribuir para melhorar os cuidados a pessoas com doenças crônicas. A pesquisa oferecerá o mínimo risco aos participantes, o qual está relacionado ao tempo dedicado para participar das etapas do estudo, além da possibilidade de ocorrência de certo desconforto em responder algum tema abordado.

Sua participação é totalmente voluntária, sem custo financeiro e você têm a liberdade de se recusar a responder a qualquer pergunta e de não aceitar fazer parte deste estudo, sem que isto acarrete em qualquer prejuízo em seu atendimento.

As informações coletadas e os resultados 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.

Aos participantes desta pesquisa fica garantido o direito de receber resposta a qualquer dúvida sobre os assuntos relacionados ao estudo. O contato da pesquisadora responsável Profa. Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima e das demais pesquisadoras é pelo telefone (51)

3308-5481 ou pelo endereço da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, na Rua São Manoel, 963, sala 208. O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre pode ser contatado para esclarecimento de dúvidas, através do telefone 3359-7640, das 8h às 17h.

A partir dessas considerações, você aceita participar deste estudo?

Sim Não

Preenchimento pelo pesquisador:

Sujeito nº _____. **Data:** ___/___/_____.

Turno: MANHÃ TARDE

Dia da semana: SEG TER QUA QUI SEX SÁB DOM

ANEXO A – Versão original do *Care Transitions Measure* (CTM-15)

CARE TRANSITIONS MEASURE® (CTM-15)

Patient Name: _____ Date: _____

Who completed interview? Patient Caregiver**The first few statements are about the time you were in the hospital . . .**

1. Before I left the hospital, the staff and I agreed about clear health goals for me and how these would be reached.

Strongly Disagree	Disagree	Agree	Strongly Agree	Don't Know/ Don't Remember/ Not Applicable
----------------------	----------	-------	-------------------	--

2. The hospital staff took my preferences and those of my family or caregiver into account in deciding *what* my health care needs would be when I left the hospital.

Strongly Disagree	Disagree	Agree	Strongly Agree	Don't Know/ Don't Remember/ Not Applicable
----------------------	----------	-------	-------------------	--

3. The hospital staff took my preferences and those of my family or caregiver into account in deciding *where* my health care needs would be met when I left the hospital.

Strongly Disagree	Disagree	Agree	Strongly Agree	Don't Know/ Don't Remember/ Not Applicable
----------------------	----------	-------	-------------------	--

The next set of statements is about when you were preparing to leave the hospital . . .

4. When I left the hospital, I had all the information I needed to be able to take care of myself.

Strongly Disagree	Disagree	Agree	Strongly Agree	Don't Know/ Don't Remember/ Not Applicable
----------------------	----------	-------	-------------------	--

5. When I left the hospital, I clearly understood how to manage my health.

Strongly Disagree	Disagree	Agree	Strongly Agree	Don't Know/ Don't Remember/ Not Applicable
----------------------	----------	-------	-------------------	--

6. When I left the hospital, I clearly understood the warning signs and symptoms I should watch for to monitor my health condition.

Strongly Disagree	Disagree	Agree	Strongly Agree	Don't Know/ Don't Remember/ Not Applicable
------------------------------	-----------------	--------------	---------------------------	---

7. When I left the hospital, I had a readable and easily understood written plan that described how all of my health care needs were going to be met.

Strongly Disagree	Disagree	Agree	Strongly Agree	Don't Know/ Don't Remember/ Not Applicable
------------------------------	-----------------	--------------	---------------------------	---

8. When I left the hospital, I had a good understanding of my health condition and what makes it better or worse.

Strongly Disagree	Disagree	Agree	Strongly Agree	Don't Know/ Don't Remember/ Not Applicable
------------------------------	-----------------	--------------	---------------------------	---

9. When I left the hospital, I had a good understanding of the things I was responsible for in managing my health.

Strongly Disagree	Disagree	Agree	Strongly Agree	Don't Know/ Don't Remember/ Not Applicable
------------------------------	-----------------	--------------	---------------------------	---

10. When I left the hospital, I was confident that I knew what to do to manage my health.

Strongly Disagree	Disagree	Agree	Strongly Agree	Don't Know/ Don't Remember/ Not Applicable
------------------------------	-----------------	--------------	---------------------------	---

11. When I left the hospital, I was confident I could actually do the things I needed to do to take care of my health.

Strongly Disagree	Disagree	Agree	Strongly Agree	Don't Know/ Don't Remember/ Not Applicable
------------------------------	-----------------	--------------	---------------------------	---

The next statement is about your follow-up doctors' appointments . . .
--

12. When I left the hospital, I had a readable and easily understood written list of the appointments or tests I needed to complete within the next several weeks.

Strongly Disagree	Disagree	Agree	Strongly Agree	Don't Know/ Don't Remember/ Not Applicable
----------------------	----------	-------	-------------------	--

The next set of statements is about your medications...

13. When I left the hospital, I clearly understood the *purpose* for taking each of my medications.

Strongly Disagree	Disagree	Agree	Strongly Agree	Don't Know/ Don't Remember/ Not Applicable
----------------------	----------	-------	-------------------	--

14. When I left the hospital, I clearly understood *how* to take each of my medications, including how much I should take and when.

Strongly Disagree	Disagree	Agree	Strongly Agree	Don't Know/ Don't Remember/ Not Applicable
----------------------	----------	-------	-------------------	--

15. When I left the hospital, I clearly understood the possible *side effects* of each of my medications.

Strongly Disagree	Disagree	Agree	Strongly Agree	Don't Know/ Don't Remember/ Not Applicable
----------------------	----------	-------	-------------------	--

ANEXO B - E-mail com permissão do autor do CTM para realizar primeira etapa

From: Aline Acosta [mailto:aline.acosta@gmail.com]
Sent: Wednesday, February 26, 2014 10:19 AM
To: Coleman, Eric
Subject: Portuguese version of the CTM

Dear Mr. Coleman,

I am writing to enquire about the Care Transition Measure (CTM).

I'm a Brazilian Doctoral in Nursing student from the Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). I am going to study on my thesis transitions of care for elderly people in the Emergency Department and I am very interested in this measure. I have been reading all publications related to it.

I would like to know if CTM has ever been used in an emergency department setting and if there is an available Brazilian/Portuguese version of the instrument.

Thank you for your patience and cooperation. I look forward to hearing from you.

Sincerely,
Aline Marques Acosta.
School of Nursing, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brazil.

2014-02-26 15:06 GMT-03:00 Coleman, Eric <Eric.Coleman@ucdenver.edu>:

Dear Aline

Thank you for reaching out—it sounds like you are poised to make great contributions to the field!

The CTM has been used in the ED setting (simply changing “hospital” to “emergency department”) but we have not formally studied or published in this area

While we are proud that the CTM has been translated into 11 languages, Portuguese unfortunately is not one of them. Perhaps this is a gap you might be interesting in addressing?

Kind regards
Eric

Eric A. Coleman, MD, MPH
Professor of Medicine
Director, Care Transitions Program
Executive Director, Change Leaders Program

Aline Acosta <aline.acosta@gmail.com>

27 de fevereiro de 2014 13:16

Para: "Coleman, Eric" <Eric.Coleman@ucdenver.edu>

Dear Mr. Coleman,

Thank you for your prompt reply.

My supervisor and I have interest in doing the cross-cultural adaptation and validation of the CTM to the brazilian portuguese version. If you agree with it, we would be happy to start doing the research project in the next weeks.

Kind regards,

Aline Marques Acosta.

School of Nursing, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brazil.

Coleman, Eric <Eric.Coleman@ucdenver.edu> 27 de fevereiro de 2014 14:28

Para: Aline Acosta <aline.acosta@gmail.com>

Cc: "Roman, Sarah P" <Sarah.Roman@ucdenver.edu>, "Nebel, Shelly"

<SHELLY.NEBEL@ucdenver.edu>, "Rosenbek, Susan" <Susan.Rosenbek@ucdenver.edu>, "Coleman, Eric" <Eric.Coleman@ucdenver.edu>

Dear Aline

You have our permission to conduct the CTM adaptation and validation into Brazilian Portuguese—please keep us informed as to your progress and we will gladly promote your fine work

Eric

ANEXO C - Termo de Compromisso para Uso de Dados

Termo de Compromisso para Utilização de Dados Institucionais

Título do Projeto

<p>Transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas: do serviço de emergência para o domicílio</p>	<p>Cadastro no GPPG</p>
---	--------------------------------

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar as informações institucionais que serão coletadas em bases de dados do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas em atividades acadêmicas e científicas, no contexto do projeto de pesquisa aprovado.

Porto Alegre, 12 de Outubro de 2014.

Nome dos Pesquisadores	Assinatura
Maria Alice Dias da Silva Lima	
Aline Marques Acosta	

**ANEXO D - E-mail com aprovação do processo de adaptação e validação pelo autor do
CTM**

From: **Coleman, Eric** <Eric.Coleman@ucdenver.edu>
Date: 2015-04-02 9:22 GMT-07:00
Subject: RE: Portuguese version of CTM
To: Aline Acosta <aline.acosta@gmail.com>
Cc: Maria Alice Dias da Silva Lima <malice@enf.ufrgs.br>

Dear Professor Acosta

I am pleased to learn of your excellent progress with the Portuguese version of the CTM.

I am impressed with your findings.

May we make your translated version available on our website www.caretransitions.org ?

With kind regards

Eric