



Evento: XXXIII Seminário de Iniciação Científica ▾

## **DO HOSPITAL PARA CASA: DESAFIOS DA TRANSIÇÃO DO CUIDADO<sup>1</sup>**

**Júlia Wontroba Lemos<sup>2</sup>, Gilberto Nogara Silva Júnior<sup>3</sup>, Pâmella Pluta<sup>3</sup>, Letícia Y Castro<sup>4</sup>, Gabriela Kahl Kunkel<sup>5</sup>, Kelly Cristina Meller Sangoi<sup>6</sup>, Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz<sup>7</sup>**

<sup>1</sup>Projeto de pesquisa desenvolvido na UNIJUÍ com financiamento externo do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)

<sup>2</sup>Estudante do curso Medicina; Bolsista do programa de fomento: Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica e Tecnológica da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul - PROBIC/PROBITI-FAPERGS

<sup>3</sup>Enfermeiro e Mestrando vinculado ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Atenção Integral à Saúde (PPGAIS - UNIJUÍ)

<sup>4</sup>Egressa do Mestrado PPGAIS

<sup>5</sup>Bolsista egressa do programa de fomento: Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica e Tecnológica da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul - PROBIC/PROBITI-FAPERGS

<sup>6</sup>Enfermeira e Doutoranda vinculada ao Programa de Pós Graduação Stricto Sensu el Atenção Integral à Saúde

<sup>7</sup>Professora Dra. em Ciências, Docente do PPGAIS e Bolsista Produtividade do CNPq.

### **INTRODUÇÃO**

A Transição do Cuidado (TC) é definida como o conjunto de ações planejadas que têm como objetivo a coordenação e continuidade da assistência aos pacientes, desde a admissão até a alta hospitalar, assim como a transferência desses indivíduos entre os diferentes serviços de saúde (Coleman, 2005). Nesse contexto, o plano de cuidados para alta hospitalar é uma ferramenta para garantir a continuidade do cuidado após uma hospitalização, faz parte do processo educativo, desenvolvido pela equipe multiprofissional e inclui orientações ao paciente e à família (Pinto, 2007).

O planejamento de alta consiste na elaboração de um plano individualizado antes da saída do paciente do hospital, visando garantir o momento oportuno da alta e a continuidade do cuidado com serviços adequados. Na revisão da literatura, foram encontradas poucas publicações que abordam a alta hospitalar.

A TC está diretamente alinhada ao Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 3: Saúde e Bem-Estar ao promover ações que asseguram a continuidade da assistência e fortalecem a educação em saúde no período pós-hospitalização. Ações qualificadas de TC contribuem para o alcance de metas do ODS 3, ao favorecer a continuidade do tratamento, reduzir reinternações, estimular o autocuidado e assegurar condições mais seguras para o paciente no domicílio. Ao favorecer a integração entre os diferentes níveis de atenção e



estimular a comunicação efetiva entre equipe, paciente e familiares, a TC contribui para uma assistência focada no ser humano, com potencial de impactar positivamente a qualidade de vida e reduzir a mortalidade por condições crônicas. Nesse contexto, o presente estudo tem como objetivo analisar a percepção de pacientes com doenças crônicas acerca do plano de cuidados recebido na alta hospitalar.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo transversal de abordagem quantitativa e qualitativa, conduzido em hospital privado na região noroeste do Rio Grande do Sul, com pacientes com diagnóstico médico de DCNT, maiores de 18 anos e que estiveram internados por pelo menos 24 horas. Excluídos aqueles que não apresentavam condições cognitivas para responder ao questionário, residentes em instituições de longa permanência e puérperas.

A coleta dos dados quantitativos de caracterização sociodemográfica foi realizada à beira do leito, enquanto os dados clínicos foram obtidos por meio de prontuários. E entre 7 e 30 dias após a alta hospitalar, o instrumento Care Transition Measure (CTM-15) (Coleman, Mahoney e Parry, 2005) foi aplicado por telefone. O CTM-15 avalia a qualidade da transição do cuidado por meio de quatro domínios: preparo para o autogerenciamento, entendimento sobre medicações, preferências asseguradas e plano de cuidados. Para que a transição do cuidado seja considerada efetiva, a pontuação total deve ser superior a 70 (Coleman, Mahoney e Parry, 2005; Acosta *et al.*, 2016).

Realizada análise descritiva dos dados e posteriormente realizada a entrevista semi estruturada a partir de uma pergunta aberta, buscando compreender o resultado do fator plano de cuidados. Foram identificados e sorteados no banco de dados quantitativo, as pessoas que residiam no município de Ijuí com a finalidade de facilitar a coleta a domicílio.

Os dados qualitativos foram coletados em dois momentos distintos.

A etapa qualitativa seguiu a análise de conteúdo de Minayo (2014), que se baseia em um processo sistemático e interpretativo para identificar significados explícitos e latentes nos dados textuais. Essa análise foi conduzida em três fases principais: pré-análise, fase de exploração do material e fase de interpretação.

Este estudo respeitou os preceitos éticos definidos pela Resolução nº 466/2012 e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o parecer nº 5.915.197 (CAAE: 66693823.7.0000.5350).



## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A idade média dos participantes foi de 69,3 anos (variou de 25 a 97 anos). O sexo feminino representou 87 pessoas (52,4%) e a cor branca predominou com 159 (95,8%). A maioria respondeu saber ler (95,2%) e escrever (95,8%). Quanto à escolaridade, 92 (55,4%) não estudaram ou tinham apenas ensino fundamental completo, e 70 (42,2%) tinham DCNTs havia mais de 14 anos.

O resultado do fator plano de cuidados foi considerado insatisfatório (56,6).

Na etapa qualitativa foram entrevistados 10 pacientes. Ao serem questionados se receberam plano de alta, parcela dos participantes, sinalizaram que não receberam, outros apontaram que receberam, mas que transferem essa responsabilidade a outra pessoa e outros não lembram.

[P3]: Não, por escrito não.

[P6]: Não, não. Só orientações verbais.

[P7]: Hum... não recebi.

O fator “plano de cuidados” apresentou resultado insatisfatório, evidenciando fragilidades no processo de alta. A análise das entrevistas possibilitou identificar elementos que explicam esse desempenho como a ausência de padronização na entrega do plano, a predominância de orientações transmitidas apenas de forma verbal, a delegação frequente da responsabilidade ao cuidador informal e esquecimento por parte dos pacientes quanto ao recebimento das informações. Tais aspectos sugerem falhas na comunicação e na retenção do conteúdo, comprometendo a continuidade da assistência no domicílio.

Neste sentido, uma revisão sistemática destacou que planos individuais de alta hospitalar reduzem as readmissões em até três meses, além de diminuir o tempo de internação e potencialmente aumentar a satisfação do paciente e do cuidador (Gonçalves-Bradley *et al.*, 2022). Além disso, o autor Masumeh Gholizadeh reafirma em sua pesquisa que um plano de alta bem estruturado, envolvendo avaliação das possíveis necessidades e articulação com os demais serviços de saúde, foi associado a redução de readmissões evitáveis e melhoria na qualidade do atendimento.

Alguns pacientes apontaram ter recebido, mas alegaram que a outra pessoa, a esposa, ficou responsável pelo documento:



[P2]: Ah, eu recebi, mas é a mulher que se responsabiliza por isso. Eu não olho nada.

[P9]: Eu recebi o papel, eu dei pra ela [esposa]. E deve estar guardado.

E outros, ainda, não recordam se receberam:

[P10]: Ah, eu acho que sim, só que eu não tenho agora.

[P4]: Recebi, mas acho que não tenho mais pra te mostrar.

A análise das respostas, possibilita inferir que o plano de cuidados, não segue uma padronização de entrega e de preparo do paciente para alta. Alguns dos entrevistados mencionam ter recebido documentação escrita, enquanto outros afirmam não ter recebido ou não se recordam.

A literatura aponta que os cuidadores informais assumem papéis abrangentes como intermediários entre o destinatário dos cuidados e os serviços de saúde. Por vezes, assumem o papel de participante ativo em nome de seu familiar ou ente cuidador (BACKMAN, C., 2019). Isso pode indicar desafios na adesão às orientações pós-alta, seja por falta de padronização na entrega da documentação, dificuldade dos pacientes em assimilar as informações ou pela tendência de terceirização do cuidado.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo apontam o plano de cuidado como insatisfatório na instituição investigada. A ausência de padronização na comunicação das orientações pós-alta, por meio de um plano de alta, aliada à delegação frequente da responsabilidade do cuidado a familiares, evidencia fragilidades em um processo que deveria ser estruturado, claro e centrado no paciente. Embora a documentação escrita represente uma estratégia essencial para garantir a continuidade da assistência, sua presença ainda é mal compreendida por parte dos pacientes.

Observa-se que a terceirização do cuidado, especialmente para cônjuges, reflete a necessidade de ampliar o envolvimento dos cuidadores informais de maneira planejada e educativa. Ademais, entende-se que a comunicação verbal isolada, como em alguns relatos, se mostra insuficiente para assegurar a retenção das informações necessárias à segurança do paciente após a alta, o que pode resultar em desfechos negativos, como reinternações evitáveis.

Conclui-se que estratégias para melhorar a TC devem se concentrar em uma





comunicação mais eficaz acerca de informações importantes, fornecendo-lhes recursos apropriados e aumentando seu envolvimento durante a transição do hospital para casa.

**Palavras-chave:** transição do cuidado. alta hospitalar. educação em saúde. hospitalização.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao CNPq e à Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ) pelo apoio financeiro e institucional que possibilitaram a realização deste estudo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACOSTA, A. M.; LIMA, M. A. D. S.; MARQUES, G. Q.; LEVANDOVSKI, P. F.; WEBER, L. A. F. *Brazilian version of the Care Transitions Measure: translation and validation.*

**International Nursing Review**, v. 63, n. 3, p. 379–387, 2016.

BACKMAN, C.; CHO-YOUNG, D. Envolver pacientes e cuidadores informais para melhorar a segurança e facilitar o atendimento centrado na pessoa e na família durante as transições do hospital para casa: um estudo descritivo qualitativo. **Patient Preference and Adherence**, v. 13, p. 617–626, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/PPA.S201054>. Acesso em: 24 jul. 2025.

COLEMAN, Eric A.; MAHONEY, Elaine; PARRY, Cheryl. Assessing the quality of preparation for post-hospital care from the patient's perspective: the care transitions measure. **Medical Care**, v. 43, n. 3, p. 246–255, 2005.

GHOLIZADEH, M. *et al.* Implementation requirements for patient discharge planning in health system: a qualitative study in Iran. **Ethiopian Journal of Health Sciences**, v. 28, n. 2, p. 139–148, mar. 2018. Disponível em: <https://www.ajol.info/index.php/ejhs/article/view/168648>. Acesso em: 23 jul. 2025.

GONÇALVES-BRADLEY, D. C. *et al.* Planejamento da alta hospitalar para pacientes internados. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 2, p. CD000313, 2022. Disponível em: [https://www.cochrane.org/pt/CD000313/EPOC\\_planejamento-da-alta-hospitalar](https://www.cochrane.org/pt/CD000313/EPOC_planejamento-da-alta-hospitalar). Acesso em: 26 jul. 2025.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 3, p. 565–574, mar. 2007.

MOURA, E. C. *et al.* Diferenças de gênero nos fatores associados à hospitalização no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 3, p. 389–397, 2007. DOI: 10.1590/S0034-89102007000300014.