

Alta hospitalar responsável: validação de conteúdo de atividades do enfermeiro



Responsible hospital discharge: content validation of nurse's activities

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

Tatiane Cristina Zanetoni^a 
 Danielle Fabiana Cucolo^b 
 Marcia Galan Perroca^c 

Como citar este artigo:

Zanetoni TC, Cucolo DF, Perroca MG. Alta hospitalar responsável: validação de conteúdo de atividades do enfermeiro. Rev Gaúcha Enferm. 2022;43:e20210044. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210044.pt>

RESUMO

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

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

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

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

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

ABSTRACT

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

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

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

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

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

RESUMEN

Objetivo: Ejecutar y validar un listado de actividades que deben realizar los enfermeros en el alta hospitalaria responsable.

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

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

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

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

^a Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). Curso de Mestrado Acadêmico. São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil.

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

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

INTRODUÇÃO

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

Entretanto, no cenário de prática, este plano inicia-se, geralmente, próximo à data de alta do paciente⁽⁴⁾ e restrita aos cuidados habituais sem conexão com um coordenador formal do processo⁽¹⁾. Os pacientes e familiares, muitas vezes, não são inseridos no planejamento dos cuidados dificultando a adesão e a manutenção da assistência no domicílio⁽⁵⁾.

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

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

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

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

MÉTODO

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

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

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

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

Os itens abordavam, sequencialmente, a identificação dos critérios de elegibilidade, a comunicação com o médico

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

O formulário gerado pelo mapeamento das atividades foi inserido no aplicativo Google Forms permitindo auto preenchimento. Na parte inicial, após explicação dos objetivos da pesquisa, seguiu-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para assinalar aceite, espaço para dados pessoais e profissionais dos participantes finalizando-se pelas 14 atividades propostas no formato Likert.

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

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

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

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

Na análise quantitativa das respostas avaliou-se o IVC-I, ou seja, mensurou-se a proporção de concordância em cada um dos itens (atividades) da listagem entre os avaliadores (grupo de juizes). Este índice é mensurado considerando-se a quantidade de itens que receberam classificação de 3 e 4 dividido pelo número de juizes⁽¹²⁾. Estes autores advogam, que neste processo, uma escala ordinal transforma-se em

uma escala dicotômica (conteúdo válido x conteúdo inválido) e, portanto, o IVC-I deve ser ajustado através do kappa modificado (K^*) para evitar a concordância ao acaso⁽¹²⁾.

Dessa forma, para cada um dos 14 itens das diversas fases Delphi, foi calculada a probabilidade de concordância por chance (pc), o índice de validade de conteúdo do item (IVC-I) e o kappa modificado (K^*). Adotou-se o valor *mínimo de concordância de 0,80*, como recomendado⁽¹²⁾. Para a interpretação do Kappa utilizou-se os valores: $\leq 0,40$ (pobre), $0,40 - 0,59$ (moderado), $0,60 - 0,74$ (bom) e $>0,74$ (excelente)⁽¹⁷⁾.

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

■ RESULTADOS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DISCUSSÃO

Esta investigação teve por propósito desenvolver e validar uma lista de atividades realizadas pelo enfermeiro na alta hospitalar responsável. As múltiplas fontes de informação

utilizadas, reunindo diretrizes e recomendações internacionais, nacionais, institucionais e achados de pesquisas sobre a temática permitiram o mapeamento, em ordem sequencial de execução, de 14 atividades integrantes deste processo.

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

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

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

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

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

Estudos apontaram^(7,15,18) que o enfermeiro está diretamente ligado à coordenação do processo de alta responsável participando ativamente no alinhamento da equipe

interprofissional na elaboração do projeto terapêutico. Desta forma, busca entre os membros da equipe, aqueles envolvidos, especificamente, na demanda de cada paciente/família de acordo com o uso de dispositivos e complexidade assistencial, para articulação com o município de origem e continuação dos cuidados no domicílio. Atividades direcionadas à educação em saúde tanto do paciente como família/cuidador foram identificadas como as mais realizadas por enfermeiros que atuam na transição do cuidado⁽¹⁸⁾. A importância da escolha do momento adequado – preferencialmente na admissão ou nos primeiros dias de internação – tem sido destacada^(2,4,18).

Não alcançaram o valor mínimo de concordância estabelecido (IVC-I \geq 0,80)⁽¹²⁾ as atividades “Contato pós alta” e “Agendamento da visita domiciliar” ambas com IVC-I de 0,75 e K*0,72. De acordo com os relatos dos juízes, estas atividades apresentam relevância para a continuação do

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

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

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

cuidado. No entanto, para alguns elas deveriam ser realizadas pela Atenção Básica em Saúde (ABS), ou seja, o município de origem do paciente; para outros, apenas para pacientes com maior demanda de cuidados na alta hospitalar.

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

“Identificação de problemas pós alta” originou-se da reestruturação da atividade “Avaliação da efetividade do plano de alta”, aprovada na fase Delphi 1, mas com muitos

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

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

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

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

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

do paciente/família através de contato telefônico e visitas domiciliares contribui sobremaneira para os resultados assistenciais pós alta⁽¹⁴⁾.

A sobrecarga de trabalho e a conseqüente limitação do tempo para comunicação interprofissional torna o processo de alta responsável vulnerável impactando na qualidade das orientações e informações para a transição do cuidado^(14,18). Para fortalecer a articulação entre a Atenção Hospitalar e a ABS alguns países como Canadá⁽¹⁹⁾, Espanha⁽¹⁵⁾ e Portugal⁽²⁰⁾ adotaram o modelo “enfermeiro de ligação”. Este profissional coordena o processo de alta, compartilhando informações entre os dois níveis de atenção, realizando planejamento de cuidados, atividades educativas e monitorando o atendimento das necessidades de atenção do paciente/família⁽¹⁹⁾.

No Brasil, algumas iniciativas, neste sentido, já despontam⁽²¹⁾. Seriam de grande valia, também, como forma de redução da carga de trabalho dos enfermeiros das unidades

de internação uma vez que a coordenação do processo de alta responsável demanda tempo e eles já se encontram sobrecarregados com as ações assistenciais e gerenciais.

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

Ainda, a não validação de uma das atividades poderia ter conduzido para uma terceira fase Delphi. Isto não ocorreu devido a perda de juízes frente à situação sanitária ocasionada pela pandemia COVID-19 e o limite temporal para condução do estudo. A fase Delphi 2 foi conduzida durante a pandemia de COVID-19, com grande impacto nos

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

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

Fonte: Elaborado pelos autores.

cenários de prática e na carga de trabalho, segurança física e emocional dos profissionais de saúde. Os juízes eram, em sua maioria, enfermeiros clínicos. Assume-se, nesta técnica que o número de rodadas de questionários (fases) continua até que se obtenha o consenso do grupo ou o número de respostas dos questionários diminuam.

A diversidade de contextos de prática, organização e dinâmicas de trabalho dos juízes contribuíram para uma listagem de atividades em conformidade com a realidade das instituições de saúde brasileiras. O mapeamento validado,

em ordem sequencial de realização das atividades, pode ser utilizado como um checklist para nortear o planejamento e avaliação do sistema de alta hospitalar com propostas de melhorias. Possibilita, ainda, a avaliação do tempo dedicado pelo enfermeiro na condução das diversas etapas da alta responsável e mensuração da carga de trabalho para adequação do quadro de pessoal. Desta forma, contribui para o processo de alta segura e humanizada, a continuidade e integralidade do cuidado e, ainda, para a redução das readmissões e gastos hospitalares.

■ CONCLUSÃO

Foram validadas 13 das 14 atividades propostas para a alta hospitalar responsável. “Realizar acompanhamento do paciente/família através de contato telefônico até sete dias após a alta hospitalar para esclarecer dúvidas e reforçar orientações”, não obteve consenso pré-estabelecido para as respostas. Recomenda-se novas pesquisas junto à maior número de enfermeiros, atuantes no processo de alta responsável, para estudar a viabilidade do enfermeiro hospitalar realizar o acompanhamento do paciente/família após a internação.

■ REFERÊNCIAS

- Gonçalves-Bradley DC, Lannin NA, Clemson LM, Cameron ID, Shepperd S. Discharge planning from hospital. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;(1):CD000313. doi: <https://doi.org/10.1002/2F14651858.CD000313.pub5>
- Mennuni M, Gulizia MM, Alunni G, Amico AF, Bovenzi FM, Caporale R, et al. ANMCO position paper: hospital discharge planning: recommendations and standards. *Eur Heart J Suppl.* 2017;19(suppl D):D244-D255. doi: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/sux011>
- Hesselink G, Zegers M, Vernooij-Dassen M, Barach P, Kalkman C, Flink M, et al. Improving patient discharge and reducing hospital readmissions by using Intervention Mapping. *BMC Health Serv Res.* 2014;14:389. doi: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-389>
- Lima MADS, Magalhães AMM, Oelke ND, Marques GQ, Lorenzini E, Weber LAF, et al. Care transition strategies in Latin American countries: an integrative review. *Rev Gaúcha Enferm.* 2018;39:e20180119. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180119>
- Hestevik CH, Molin M, Debesay J, Bergland A, Bye A. Older persons' experiences of adapting to daily life at home after hospital discharge: a qualitative metasummary. *BMC Health Serv Res.* 2019;19:224. doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4035-z>
- Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013 [citado 2019 jan 15]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html
- Thoma JE, Waite MA. Experiences of nurse case managers within a central discharge planning role of collaboration between physicians, patients and other healthcare professionals: a sociocultural qualitative study. *J Clin Nurs.* 2019;27:224. doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.14166>
- Hayajneh AA, Hweidi IM, Abu Dieh MW. Nurses' knowledge, perception and practice toward discharge planning in acute care settings: a systematic review. *Nurs Open.* 2020;7(5):1313-20. doi: <https://doi.org/10.1002/nop.2.547>
- Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. *Diário Oficial União.* 2016 abr 26 [citado 2021 jul 13];153(78 Seção 1): 33-38. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=26/04/2016&jornal=1&pagina=33&totalArquivos=112>
- Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman J, Wagner CM. *NIC: Nursing Interventions Classifications.* 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2019.
- Lynn MR. Determination and quantification of content validity. *Nurs Res.* 1986;35(6): 382-5. doi: <https://doi.org/10.1097/00006199-198611000-00017>
- Polit DF, Beck CT, Owen SV. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Res Nurs Health.* 2007;30(4):459-67. doi: <https://doi.org/10.1002/nur.20199>
- Siqueira TH, Vila VSC, Weiss ME. Cross-cultural adaptation of the instrument readiness for hospital discharge scale – adult form. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(3):983-91. doi: <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0241>
- Weber LAF, Lima MADS, Acosta AM, Marques GQ. Care transition from hospital to home: integrative review. *Cogitare Enferm.* 2017;(22)3:e47615. doi: <http://doi.org/10.5380/ce.v22i3.47615>
- Costa MFBNA, Andrade SR, Soares CF, Ballesteros Pérez EI, Capilla Tomás S, Bernardino E. The continuity of hospital nursing care for primary health care in Spain. *Rev Esc Enferm USP.* 2019;53:e03477. doi: <http://doi.org/10.1590/S1980-220X2018017803477>
- Keeney S, Hasson F, McKenna H. Consulting the oracle: ten lessons from using the Delphi technique in nursing research. *J Adv Nurs.* 2006;53(2):205-12. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03716.x>
- Flieiss JL, Levin B, Paik MC. *Statistical methods for rates and proportions.* New Jersey: John Wiley & Sons; 2003.
- Acosta AM, Câmara CE, Weber LAF, Fontenele RM. Nurse's activities in care transition: realities and challenges. *J Nurs UFPE online.* 2018;12(12):3190-7. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a231432p3190-3197-2018>
- Aued GK, Bernardino E, Lapiere J, Dallaire C. Liaison nurse activities at hospital discharge: a strategy for continuity of care. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2019;27:e3162. doi: <http://doi.org/10.1590/1518-8345.3069.3162>
- Martins MM, Aued GK, Ribeiro OMPL, Santos MJ, Lacerda MR, Bernardino E. Discharge management to ensure continuity of care: experience of portuguese liaison nurses. *Cogitare Enferm.* 2018;(23)3:e58449. doi: <http://doi.org/10.5380/ce.v23i3.58449>
- Ribas EN, Bernardino E, Larocca LM, Poli Neto P, Aued GK, Silva CPC. Nurse liaison: a strategy for counter-referral. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(Suppl 1):546-53. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0490>

■ **Contribuição de autoria:**

Conceituação: Marcia Galan Perroca e Danielle Fabiana Cucolo.

Curadoria de dados: Tatiane Cristina Zanetoni.

Análise formal: Marcia Galan Perroca e Danielle Fabiana Cucolo.

Investigação: Tatiane Cristina Zanetoni.

Metodologia: Marcia Galan Perroca e Danielle Fabiana Cucolo.

Administração de projeto: Marcia Galan Perroca e Danielle Fabiana Cucolo.

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

Escrita – revisão e edição: Marcia Galan Perroca e Danielle Fabiana Cucolo.

Os autores declaram que não existe nenhum conflito de interesses.

■ **Autor correspondente:**

Marcia Galan Perroca

E-mail: marcia.perroca@gmail.com

Recebido: 18.02.2021

Aprovado: 22.09.2021

Editor associado:

Graziella Badin Aliti

Editor-chefe:

Maria da Graça Oliveira Crossetti