

## Adaptação transcultural do instrumento *Readiness For Hospital Discharge Scale – Adult Form*

*Cross-cultural adaptation of the instrument Readiness for Hospital Discharge Scale - Adult Form*  
*Adaptación transcultural del instrumento Readiness for Hospital Discharge Scale - Adult Form*

Talita Honorato Siqueira<sup>1</sup>, Vanessa da Silva Carvalho Vila<sup>1</sup>, Marianne Elizabeth Weiss<sup>II</sup>

<sup>1</sup> Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Goiânia-GO, Brasil.

<sup>II</sup> Marquette University, College of Nursing. Milwaukee, Wisconsin, United States of America.

### Como citar este artigo:

Siqueira TH, Vila VSC, Weiss ME. Cross-cultural adaptation of the instrument Readiness for Hospital Discharge Scale - Adult Form. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(3):983-91. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0241>

Submissão: 06-04-2017

Aprovação: 09-08-2017

### RESUMO

**Objetivo:** realizar a adaptação transcultural do *Readiness for Hospital Discharge Scale - (RHDS) Adult Form* para uso no Brasil. **Método:** estudo metodológico desenvolvido em 2015, na capital federal do Brasil, seguindo os oito estágios preconizados cientificamente. **Resultados:** a análise evidenciou a conservação das equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual e manteve a validade de face e de conteúdo da versão original. Tanto o comitê de juízes quanto os participantes do pré-teste reportaram compreender os itens e a escala de respostas do RHDS. **Conclusão:** o instrumento está adaptado culturalmente para o Brasil e poderá ser utilizado como uma das etapas do planejamento da alta hospitalar.

**Descritores:** Pesquisa Metodológica em Enfermagem; Cuidado Transicional; Continuidade da Assistência ao Paciente; Assistência Centrada no Paciente; Alta do Paciente.

### ABSTRACT

**Objective:** to perform the cross-cultural adaptation of the *Readiness for Hospital Discharge Scale – (RHDS) Adult Form* for use in Brazil. **Method:** a methodological study was conducted in 2015, in Brazil's federal capital, following the eight stages scientifically established. **Results:** analysis proved the maintenance of semantic, idiomatic, cultural, and conceptual equivalences and kept both the face and content validity of the original version. The judging committee and the pre-test participants declared they understood the RHDS items and answer scale. **Conclusion:** the instrument is culturally adapted for Brazil and can be used as one of the stages for planning hospital discharge.

**Descriptors:** Nursing Methodology Research; Transitional Care; Continuity of Patient Care; Patient-Centered Care; Patient Discharge.

### RESUMEN

**Objetivo:** Realizar la adaptación transcultural de la *Readiness for Hospital Discharge Scale (RHDS) – Adult Form* para utilizarlo en Brasil. **Método:** Estudio metodológico desarrollado en 2015, en la capital federal de Brasil, siguiendo las ocho etapas recomendadas científicamente. **Resultados:** El análisis evidenció preservación de equivalencias semántica, idiomática, cultural y conceptual. Se mantuvo validez de apariencia y contenido de versión original. Tanto el comité de expertos como los participantes de la prueba piloto informaron comprensión de ítems y escala de respuestas de RHDS. **Conclusión:** El instrumento está adaptado culturalmente para Brasil, pudiéndose utilizar como una etapa de la planificación del alta hospitalaria.

**Descriptor:** Investigación Metodológica en Enfermería; Cuidado de Transición; Continuidad de la Atención al Paciente; Atención Dirigida al Paciente; Alta del Paciente.

AUTOR CORRESPONDENTE

Talita Honorato Siqueira

E-mail: [talitahonorato@outlook.com](mailto:talitahonorato@outlook.com)

## INTRODUÇÃO

A alta hospitalar não é um evento único, caracterizado apenas pelo término da hospitalização, mas sim um processo complexo que ocorre ao longo do período de internação e envolve a coordenação dos cuidados entre a equipe multidisciplinar, o paciente, a família e os provedores de cuidados na comunidade<sup>(1-4)</sup>.

O período de transição do cuidado após a alta hospitalar requer intervenções iniciadas precocemente, com o objetivo de assegurar uma transição segura e efetiva, com ênfase na coordenação e na continuidade dos cuidados, em especial em populações de alto risco, tais como idosos, pessoas com multimorbidades crônicas e indivíduos que necessitam de cuidados complexos de longa duração<sup>(4-6)</sup>. Estudos apontam que, para essa população, a alta hospitalar poderá ser responsável por metade das readmissões, as quais podem ser prevenidas e, em geral, decorrem de lacunas na coordenação do cuidado, baixo nível de seguimento após alta e oferecimento de informações inadequadas na alta<sup>(5)</sup>.

Pesquisadores que se dedicam à compreensão do cuidado transicional têm avaliado a eficácia de uma série de intervenções em saúde que podem favorecer a adequada transferência de informações entre equipe de saúde, pacientes e familiares engajados no processo de alta e contribuir para a redução do número de readmissões<sup>(4-5,7-9)</sup>. Entre essas intervenções, o adequado preparo para a alta hospitalar tem demonstrado resultados promissores, por exemplo, redução das taxas de erros de medicação, das re-hospitalizações evitáveis e de custos, além de aumento da satisfação do paciente e da família com o processo da alta hospitalar<sup>(2-3,5-6,10)</sup>.

O preparo para a alta é definido como um constructo complexo e multidimensional que requer uma avaliação processual e multiprofissional para a tomada de decisão<sup>(2,11-12)</sup>. A avaliação do preparo do paciente para a alta hospitalar tem sido identificada como um componente essencial deste processo de planejamento e poderá prever o risco de readmissão<sup>(8,11-14)</sup>. Estudos que avaliaram esse constructo indicaram que pacientes que reportaram baixo preparo para alta apresentavam maior risco de complicações em casa, dificuldades no enfrentamento e readmissões<sup>(8,11,15)</sup>.

Com frequência, a percepção de preparo para a alta, na perspectiva do paciente, diverge da avaliação dos seus cuidadores formais e informais<sup>(1-4)</sup>. Assim, a avaliação do preparo para este momento tem sido descrita como uma intervenção eficaz para nortear o planejamento e contribuir com a prevenção de complicações, bem como promover o empoderamento e engajamento do paciente e da família no autogerenciamento na fase de transição do cuidado<sup>(4,6,16)</sup>.

O instrumento *Readiness for Hospital Discharge Scale* (RHDS) é o único disponível e divulgado no meio acadêmico para avaliar o preparo para alta hospitalar na perspectiva do paciente e com potencial para estabelecer uma avaliação das intervenções antes da alta hospitalar<sup>(1-3,5,12,14,17-18)</sup>.

Esse instrumento desenvolvido por pesquisadores americanos<sup>(12)</sup> tem sido adotado em distintos contextos e encontra-se traduzido e validado em termos psicométricos para utilização em países como Estados Unidos<sup>(12-14,17)</sup>, Suíça<sup>(18-19)</sup> e China<sup>(20)</sup>. Tem mostrado ser um instrumento confiável e, ao longo do

processo de análise, sofreu adaptações nos diferentes contextos para originar uma medida de preparo confiável<sup>(12,17-20)</sup>.

A implementação dessa medida no Brasil poderá significar uma avaliação mais completa do constructo preparo para a alta hospitalar, que vai além do modelo biomédico tradicional, por incluir a mensuração de aspectos subjetivos aos parâmetros clínicos. Dessa forma, os profissionais de saúde terão à disposição uma ferramenta importante para estabelecer um plano de cuidados capaz de efetivamente preparar essas pessoas para a transição do cuidado.

O RHDS pode ser utilizado em uma população heterogênea de pacientes que obtiverem alta hospitalar<sup>(12)</sup>. Trata-se de um questionário com 23 itens. O item 1 é uma questão dicotômica que questiona ao paciente se ele está ou não preparado para a alta. Essa questão não compõe o escore total da escala. Os demais 22 itens (item 2 ao 23) estão subdivididos em quatro subescalas: estado pessoal (itens 2 – 8), conhecimento (itens 9-16), capacidade de enfrentamento (itens 17-19) e apoio esperado (itens 20-23). Na subescala estado pessoal, os participantes são convidados a descrever suas condições físicas e emocionais anteriormente ao período da alta hospitalar. A subescala conhecimento verifica a percepção das informações necessárias e recebidas e o quanto essas serão capazes de responder às preocupações comuns e problemas no período pós-alta. A subescala capacidade de enfrentamento refere-se à capacidade de autogerenciar as necessidades pessoais e os cuidados de saúde após a alta hospitalar. A subescala apoio esperado verifica a disponibilidade de apoio emocional e de continuidade do cuidado, por meio de instituições de saúde, no período de transição para o domicílio<sup>(12)</sup>.

Os itens do RHDS foram formulados como questões, pontuadas em uma escala de respostas tipo *Likert* de 0 a 10. Para a pontuação final, os itens 01 (uma questão dicotômica [sim/não] sobre o preparo para alta) e 06 (deletado do instrumento pela autora nas versões subsequentes do RHDS) não fazem parte dos cálculos. O item 03 requer codificação reversa antes de calcular a pontuação da escala. O escore total do RHDS deve ser calculado somando-se as pontuações das questões e dividindo-se pelo número de itens do instrumento. Desse modo, os escores do instrumento são estratificados em: preparo muito elevado (9-10); preparo elevado (8 – 8,9); preparo moderado (7-7,9); baixo preparo (< 7). A consistência interna da versão original para a escala total foi avaliada pelo alfa de *Cronbach*, obtendo-se o valor de 0,90<sup>(12)</sup>.

## OBJETIVO

Realizar a adaptação transcultural do *Readiness for Hospital Discharge Scale – (RHDS) Adult Form* para uso no Brasil, diante da confirmação de pesquisas sobre a validade e confiabilidade do instrumento<sup>(12,17-20)</sup>.

## MÉTODO

### Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC/Goiás), tendo observado os aspectos ético-legais vigentes na legislação brasileira

para pesquisas envolvendo seres humanos. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### **Desenho, local do estudo e período**

Estudo metodológico e de corte transversal realizado em uma unidade de internação clínica de um hospital universitário, público e de grande porte, que atende a população residente no Distrito Federal e em outros estados do Brasil.

Os dados foram coletados entre os meses de abril e setembro de 2015, por meio da técnica de entrevista estruturada, com utilização dos seguintes instrumentos: a) formulário de caracterização socioeconômica e aspectos clínicos, b) questionário para análise semântica, adaptado para o Brasil<sup>(25)</sup>. Compuseram esta ferramenta questões relacionadas à impressão geral do RHDS e específicas sobre a importância e dificuldade de compreensão de cada item, com respostas obtidas por itens de múltipla escolha.

### **Características da amostra (critérios de inclusão e exclusão)**

Para o pré-teste foram selecionadas 40 pessoas hospitalizadas para o tratamento de morbidades crônicas e suas complicações que atendiam aos seguintes critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 20 anos e possuir perspectiva de alta em, no máximo, 24 horas.

Excluíram-se indivíduos submetidos a cuidados paliativos, com déficit auditivo grave e que apresentassem déficit de linguagem e/ou déficit cognitivo, avaliados pela incapacidade de informar o endereço em que viviam, o dia da semana e do mês, a idade e data de nascimento, além do registro de diagnósticos psiquiátricos prévios descritos nos prontuários.

### **Protocolo para adaptação transcultural**

Inicialmente, para o processo de adaptação transcultural do instrumento *Readiness for Hospital Discharge Scale Adult Form*, solicitou-se a autorização da autora principal da escala que concedeu permissão, via documento eletrônico, para que o instrumento fosse testado em sua versão brasileira, em uma amostra de pessoas adultas, hospitalizadas para o tratamento de morbidades crônicas.

A adaptação transcultural seguiu as recomendações internacionais<sup>(21-23)</sup> e consistiu das etapas de tradução, síntese das traduções, avaliação pelo Comitê de Especialistas, retrotradução, obtenção do consenso das versões em inglês e comparação com a versão original, submissão e avaliação dos relatórios do instrumento à autora da versão original, análise semântica dos itens e pré-teste.

A etapa de tradução foi implementada por dois tradutores independentes, bilíngues e nativos do Brasil que receberam, por correio eletrônico, a versão original (VO), em inglês, do RHDS. Um tradutor conhecia os conceitos investigados pelo instrumento e o outro não possuía conhecimento acerca do tema estudado. As duas versões traduzidas, do inglês para o português, foram designadas versão português 1 (VP-1) e versão português 2 (VP-2).

Para a obtenção da síntese de traduções, os pesquisadores e os tradutores se reuniram e as duas traduções independentes (VP-1 e VP-2) foram então comparadas e analisadas, culminando

em um único relatório de tradução consensual, designado versão português consensual 1 (VPC-1), o qual foi submetido a uma avaliação do Comitê de Especialistas. A avaliação do Comitê foi implementada logo após o estabelecimento da VPC-1. Essa é uma estratégia recomendada para evitar erros de tradução, no estágio de retrotradução<sup>(24)</sup>.

O Comitê de Especialistas foi composto por seis pessoas: três enfermeiras e uma fisioterapeuta, que são professoras universitárias e pesquisadoras, e duas enfermeiras assistenciais, com experiência no cuidado de pessoas adultas com necessidades de cuidados complexos. Elas foram convidadas a participar com base nos seguintes critérios: ter conhecimento na temática do estudo, domínio da língua portuguesa e inglesa e conhecimento da metodologia de estudos de adaptação transcultural. O encontro das especialistas ocorreu em etapas: 1. Apresentação dos objetivos e definição da metodologia para avaliação e estabelecimento do consenso; 2. Entrega da versão português consensual 1 e da versão original; 3. Leitura das duas versões e análise, item por item, para comparação, verificação da replicabilidade e equivalência semântica, idiomática, cultural e conceitual dos itens do instrumento. Para o estabelecimento do consenso, adotou-se o critério de concordância de 80% nas deliberações (manutenção ou modificação da tradução) relacionadas à validade de face e conteúdo; 4. Redação da segunda versão consensual na língua portuguesa (VPC-2) do RHDS.

A retrotradução da versão VPC-2 do RHDS foi realizada por dois tradutores de modo independente, os quais foram selecionados com base nos seguintes critérios: ter nacionalidade americana, domínio da língua inglesa americana e do português brasileiro, conhecimento da cultura brasileira e americana e ausência de conhecimento prévio sobre o tema em estudo. Um dos tradutores possuía experiência com trabalhos científicos na área da saúde. As duas versões traduzidas do português para o inglês foram designadas versão inglês 1 (VI-1) e versão inglês 2 (VI-2).

Para a obtenção da síntese de traduções, os pesquisadores e os tradutores do quarto estágio se reuniram para comparar e analisar as duas traduções independentes (VI-1 e VI-2) com base na versão original, o que resultou em um único relatório de retrotradução consensual designado versão em inglês final (VIF) do RHDS. A reunião para o consenso entre tradutores e pesquisadores foi conduzida de acordo com as seguintes etapas: 1. Apresentação dos objetivos do estudo, definição da metodologia adotada para estabelecimento do consenso; 2. Entrega para os pesquisadores e tradutores do instrumento de comparação das traduções realizadas (VI-1 e VI-2) juntamente com a versão original (VO) do RHDS e a VPC-2; 3. Leitura das três versões e análise, item por item, para comparação, verificação de eventual necessidade de mudanças e discussão sobre a pertinência das retrotraduções; 4. Redação da versão inglês final (VIF) do RHDS e revisão da VPC-2, o que resultou na versão português consensual 3 (VPC-3). A versão em inglês final (VIF) do RHDS foi submetida à autora da versão original que, após avaliação, consentiu a aprovação da VIF.

Ao longo do processo de adaptação transcultural, as validades de face ou aparente e de conteúdo do RHDS referentes, respectivamente, à compreensibilidade, aceitação e

sensibilidade dos itens pelos pesquisadores e participantes foram testadas, com base em julgamentos subjetivos de cada um dos membros do Comitê de Especialistas, durante o processo de tradução e adaptação. Nesse momento, os especialistas conferiram ao instrumento as equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual.

Na sequência, antes do pré-teste, foi implementada a avaliação semântica para averiguar a compreensibilidade das instruções, de cada um dos itens e da escala de respostas do instrumento, para a população-alvo do RHDS. Durante esta etapa, aplicou-se a VPC-3 a dois grupos de pacientes que vivenciariam a alta hospitalar: o grupo A (indivíduos com menor nível de instrução) e B (indivíduos com maior nível de instrução), ambos compostos por quatro pacientes selecionados por conveniência, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão da pesquisa. Os integrantes de cada grupo receberam informações acerca dos objetivos do estudo e, após leitura, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Nesse estágio foram verificadas a aceitação, a relevância e a compreensão dos itens e da escala de respostas, para avaliar e disponibilizar o instrumento para o pré-teste.

Realizou-se o pré-teste da versão VPC-3 do RHDS com uma amostra selecionada por conveniência, segundo as recomendações para essa etapa preconizadas pelo processo de adaptação cultural<sup>(21-23)</sup>. Para esta etapa também foi utilizado o instrumento avaliativo do estágio da análise semântica e o critério de concordância de 80% nas deliberações relacionadas à validade de face e conteúdo. Fez-se uma leitura pausada de cada item e, caso o participante não compreendesse, a questão era lida até duas vezes. Ao final desse estágio obteve-se a versão final em português brasileiro (VFP-Br), denominada *Readiness for Hospital Discharge Scale - (RHDS) Adult Form* versão brasileira (RHDS-Br).

### **Análise dos resultados e estatística**

Na etapa de pré-teste, foram realizadas as análises descritivas de frequência simples (variáveis categóricas), de tendência central (média e mediana) e dispersão (desvio-padrão, mínimo e máximo), visando à caracterização do grupo estudado. Os dados referentes a essa etapa foram processados e analisados pelo Software *IBM Statistical Package for Social Science* (SPSS) for Windows, versão 22.0.

## **RESULTADOS**

Durante a avaliação da síntese de tradução inicial da VPC-1, o Comitê de Especialistas discutiu amplamente os termos: “*medical needs*” (item 11), “*problems to watch*” (item 12), “*follow-up medical treatment plan*” (item 15), “*medical treatments*” (item 19) e “*medical care needs*” (item 23), pois as respectivas traduções indicaram diferenças culturais para compreensão de seus significados no contexto clínico brasileiro. Para estabelecer a equivalência idiomática, após a concordância de 80% dos especialistas, definiu-se a seguinte tradução: *medical needs* – necessidades relacionadas à saúde; *problems to watch* – problemas aos quais você deve ficar atento; *follow-up treatment plan* – continuidade do seu tratamento de saúde; *medical treatments*

– tratamento de saúde; *medical care needs* – necessidades de cuidados relacionadas à saúde. Esses aspectos também foram discutidos, via correio eletrônico, com a autora do instrumento, a qual apontou diferenças idiomáticas no significado de *medical needs* e *medical care* e concordou com a tradução definida pelo Comitê de Especialistas.

Na obtenção do consenso das retrotraduções, os pesquisadores e tradutores verificaram inconsistências idiomáticas para os itens relacionados com a continuidade do seu tratamento (item 15) e necessidades de cuidados relacionadas à saúde (item 23) da VPC-2. Esse procedimento requereu a reelaboração das questões relacionadas a esses itens para obtenção da Versão Português Consensual 3 (VPC-3), que, então, foi traduzida para o inglês. Essa versão final, em inglês, foi enviada por e-mail para apreciação da autora principal do instrumento que concordou com a versão apresentada e apontou a acurácia do processo de adaptação transcultural do instrumento.

Na etapa de análise semântica, verificou-se, na avaliação geral, a qual independe do nível de instrução, que oito participantes classificaram o instrumento como bom, não tiveram dificuldades para responder a escala de respostas, consideraram as questões importantes para a avaliação do preparo para a alta hospitalar e não sugeriram mudanças nas perguntas. Três pessoas consideraram as questões fáceis; cinco regulares; sete não acrescentariam qualquer pergunta. Um participante acrescentaria uma questão relacionada aos aspectos de orientações nutricionais, pois possui problemas cardiovasculares há 28 anos e mencionou que, se tivesse recebido orientação quanto aos aspectos nutricionais desde o início de seu adoecimento, teria evitado diversas internações e não teria apresentado tantas alterações nos exames laboratoriais.

Na etapa de avaliação específica, identificou-se a dificuldade de compreensão dos seguintes itens: 1. Quando você pensa sobre a alta hospitalar, você acha que está preparado (a) para ir para casa como programado?; 5. Como você descreveria a sua energia, hoje?

Outro aspecto relatado pelos participantes foi a percepção de que alguns itens pareciam ter o mesmo sentido, tais como: 8. Como você descreveria sua capacidade física para se cuidar hoje, por exemplo: higiene pessoal, andar, ir ao banheiro? 9. Quanto você sabe sobre cuidar de si mesmo, depois que for para casa? 10. Quanto você sabe sobre cuidar das suas necessidades pessoais, por exemplo: higiene pessoal, tomar banho, ir ao banheiro, alimentar-se) depois que for para casa? 18. Você será capaz de realizar adequadamente seus cuidados pessoais, por exemplo: higiene pessoal, tomar banho, alimentar-se quando estiver em casa?

Considerando ser essa uma etapa inicial do estudo e o fato dos participantes não sugerirem reformulações dos itens, optou-se por manter a VPC-3 para ser submetida ao pré-teste, o último estágio do processo de adaptação cultural.

O pré-teste foi implementado em uma amostra composta de 40 pessoas. A maioria (72,5%) residia no Distrito Federal e 52,5% eram do sexo masculino. A média de idade do grupo foi de 57,4 anos (DP = 17,87; IC: 51,66 – 63,09), tendo o mais jovem 23 anos e o mais velho 84 anos. Em relação à escolaridade, verificou-se que 45% dos participantes haviam cursado

o ensino fundamental incompleto/completo, com tempo médio de anos de estudo de 6,8 anos (DP=5,30; IC: 5,10 – 8,50), variando entre zero e 18 anos. A maioria (67,5%) referiu renda mensal familiar de até um salário mínimo, a renda mínima foi de R\$500,00, a máxima de R\$9.456,00 e a média de R\$2.113,77 (DP= 1841,73; IC: 1.481,12 - 2.746,43).

Em algumas questões foram observadas dificuldades dos participantes para o entendimento conceitual, a saber: item 5 - Como você descreveria a sua energia hoje?; item 16 - Quanto você sabe sobre os serviços e informações disponíveis em seu bairro depois que você for para casa?; item 21 - Quanta ajuda você terá com seu cuidado pessoal depois que for para casa?

Na avaliação geral da VPC-3, 85% dos participantes avaliaram o instrumento como bom e 15% como regular. Para 37,5%,

as questões eram fáceis e 62,5% avaliaram como regulares. Em relação à dificuldade em responder a escala de respostas, 2,5% relataram algum tipo de dificuldade, 20% disseram apresentar mais ou menos dificuldade e 77,5% não informaram qualquer tipo de dificuldade. Todos os participantes (n=40) consideraram as questões importantes para a avaliação do preparo para a alta e mencionaram ausência de objeção em responder qualquer item do instrumento. Apenas 10% dos participantes referiram o desejo de acrescentar perguntas sobre os aspectos educativos: nutricionais, do tratamento e da continuidade do tratamento.

Como os participantes do pré-teste demonstraram aceitação, avaliaram os itens como importantes e não sugeriram reformulações, a VPC-3 foi então denominada RHDS-Br – versão preliminar para uso no Brasil (Quadro 1).

**Quadro 1** – Versão preliminar do “*Readiness For Hospital Discharge Scale*” (RHDS-Br) para uso no Brasil, Brasília, Distrito Federal, 2014

<b>Questões da versão preliminar para uso no Brasil</b>	
Item 1 - Preparo para a alta hospitalar	Quando você pensa sobre a alta hospitalar, você acha que está preparado (a) para ir para casa como programado?
<b>Subescala - Estado pessoal</b>	
Item 2 - Preparo físico	Quanto você está fisicamente preparado (a) para ir para casa?
Item 3 - Dor / desconforto	Como você descreveria sua dor ou seu desconforto hoje?
Item 4 - Força	Como você descreveria a sua força hoje?
Item 5 - Energia	Como você descreveria a sua energia hoje?
Item 6 - Estresse	Quanto estresse você sente hoje?
Item 7 - Preparo emocional	Quanto você está emocionalmente preparado (a) para ir para casa hoje?
Item 8 - Capacidade física para se cuidar	Como você descreveria sua capacidade física para se cuidar hoje (por exemplo: higiene pessoal, andar, ir ao banheiro)?
<b>Subescala - Conhecimento</b>	
Item 9 - Conhecimento sobre cuidar de si	Quanto você sabe sobre cuidar de si mesmo, depois que for para casa?
Item 10 - Conhecimento sobre necessidades pessoais	Quanto você sabe sobre cuidar das suas necessidades pessoais (por exemplo: higiene pessoal, tomar banho, ir ao banheiro, alimentar-se) depois que for para casa?
Item 11 - Conhecimento sobre necessidades de saúde	Quanto você sabe sobre cuidar das suas necessidades relacionadas à saúde (tratamentos, medicamentos) depois que for para casa?
Item 12 - Conhecimento sobre complicações	Quanto você sabe sobre os problemas aos quais você deve ficar atento (a) depois que for para casa?
Item 13 - Conhecimento sobre quem e quando deve chamar	Quanto você sabe sobre quem e quando chamar se tiver problemas depois que for para casa?
Item 14 - Conhecimento sobre restrições	Quanto você sabe sobre restrições (o que você pode ou não fazer) depois que for para casa?
Item 15 - Conhecimento sobre a próxima etapa do tratamento	Quanto você sabe sobre a próxima etapa do seu tratamento de saúde depois que for para casa?
Item 16 - Conhecimento sobre recursos	Quanto você sabe sobre os serviços e informações disponíveis em seu bairro depois que você for para casa?

Continua

Quadro 1 (cont.)

<b>Subescala - Capacidade de enfrentamento</b>	
Item 17 - Capacidade para exigências do dia a dia	Você será capaz de lidar bem com as exigências do dia a dia em casa?
Item 18 - Capacidade para cuidados pessoais	Você será capaz de realizar adequadamente seus cuidados pessoais (por exemplo: higiene pessoal, tomar banho, alimentar-se) quando estiver em casa?
Item 19 - Capacidade para tratamento de saúde	Quanto você será capaz de fazer bem o seu tratamento de saúde (por exemplo: cuidar de uma ferida cirúrgica, tratamentos respiratórios, exercício, reabilitação, tomar os medicamentos na quantidade e no horário certo) em casa?
<b>Subescala – Apoio esperado</b>	
Item 20 - Apoio emocional	Quanto apoio emocional você terá depois que for para casa?
Item 21 - Ajuda com cuidado pessoal	Quanta ajuda você terá com seu cuidado pessoal depois que for para casa?
Item 22 - Ajuda com atividades domésticas	Quando você for para casa, quanta ajuda você terá para realizar as atividades domésticas (por exemplo: cozinhar, limpar, fazer compras, cuidar das crianças)?
Item 23 - Ajuda com necessidades relacionadas à saúde	Quanta ajuda você terá para cuidar das suas necessidades relacionadas à saúde (tratamentos, medicações)?

## DISCUSSÃO

Este estudo introduz no contexto brasileiro a possibilidade de avaliar e medir, por meio de um instrumento padronizado, o constructo preparo para a alta hospitalar. Embora os resultados estejam relacionados à versão preliminar, pode-se observar que o instrumento apresenta um modelo conceitual importante e demonstra conteúdo adequado para avaliar o preparo para alta hospitalar, na perspectiva de pessoas adultas e idosas que vivenciam a transição do cuidado do contexto hospitalar para o domiciliar<sup>(14,18)</sup>.

Compreende-se que o modelo conceitual de preparo para alta engloba, de modo interdependente, o planejamento para este momento (avaliação e planejamento para necessidades de cuidado na alta e estimativa do risco de readmissão), a coordenação da alta (organização para qualquer necessidade de suporte após a alta) e o ensino para alta (intervenções educativas)<sup>(2)</sup>. Fundamentado nessa concepção, o RHDS consiste em uma medida da avaliação do preparo para a alta hospitalar e tem sido adotado não somente como indicador de qualidade do processo de planejamento para o retorno ao domicílio, mas, também, para identificar, antecedendo a alta, pacientes com elevado risco de readmissão<sup>(12-13,17-18)</sup>.

Avaliar o preparo para alta representa uma oportunidade para obter dados de autorrelato dos pacientes em termos do estado físico imediato e suas habilidades percebidas para gerenciar as necessidades de cuidado no contexto domiciliar, além de possibilitar a identificação de possíveis barreiras para a continuidade do cuidado<sup>(12,14)</sup>.

Pesquisadores descrevem que, por meio dessa avaliação, a equipe multiprofissional tem a oportunidade de estabelecer planos terapêuticos cujas metas sejam preparar o paciente e a família para alta, além de identificar as demandas necessárias a uma adequada coordenação da continuidade do cuidado entre os diferentes níveis de atenção à saúde<sup>(10,18,26)</sup>. Os enfermeiros clínicos são os líderes responsáveis pelo processo de

alta do paciente, tendo, portanto, a responsabilidade de avaliar as necessidades de cuidados no que se refere ao preparo e período pós-alta. São também responsáveis por assegurar a qualidade do preparo, antes que o paciente esteja formalmente de alta hospitalar<sup>(17)</sup>.

Verificou-se que as questões elaboradas no processo de construção desse instrumento contemplam aspectos que envolvem o cuidado transicional e têm forte ênfase na avaliação do impacto das intervenções de planejamento da alta hospitalar em termos de melhorar: (1) a estabilidade fisiológica, (2) a habilidade para o autogerenciamento, (3) a autoeficácia para lidar com a transição do cuidado, (4) a disponibilidade de apoio social e (5) a capacidade da pessoa acessar os recursos comunitários<sup>(14,18)</sup>.

Os resultados do processo de adaptação transcultural e da realização do pré-teste da versão preliminar do RHDS-Br mostraram respostas satisfatórias em termos da equivalência semântica conceitual dos itens do instrumento categorizados nas dimensões estado físico, conhecimento, capacidade de enfrentamento e apoio social esperado.

Ao longo desse processo foram necessárias adaptações na redação dos itens que continham expressões relacionadas ao adjetivo “*medical*” (itens 11, 15, 19, 23). Verificou-se, de modo consensual e em acordo com a autora do instrumento, que o termo remete, no idioma português, ao conceito de aspectos pertinentes aos cuidados em saúde, e não somente ao tratamento médico.

Verificou-se, tanto na fase de validação semântica quanto no pré-teste, que a dificuldade para compreensão das questões que abordaram o conceito de energia e a capacidade para o autocuidado demandou explicações adicionais do entrevistador, para que pudessem ser compreendidas pelos pacientes, assim como descrito no estudo de adaptação transcultural do RHDS para o contexto suíço (idioma francês)<sup>(19)</sup>. Os pesquisadores descreveram que esse conceito não foi totalmente compreendido, pois, para a população suíça, a concepção de

energia está frequentemente associada a objetos. Em relação ao item 21, ajuda para o autocuidado, os autores descreveram que a pergunta não foi formulada de modo suficientemente claro aos participantes, por ser uma questão muito longa e de difícil compreensão.

Na realidade brasileira, assim como descrito em um estudo irlandês<sup>(16)</sup> que utilizou o instrumento, a avaliação do preparo foi possível apenas no caso de pessoas com previsão de alta no período de 24 horas. No entanto, observou-se que a definição de alta hospitalar ocorreu, muitas vezes, sem o adequado registro em prontuário, o que dificultou o recrutamento e o atendimento das recomendações para aplicação do instrumento, as quais preconizam aplicá-lo pelo menos quatro horas antes da alta hospitalar<sup>(14)</sup>. Esse aspecto sugere déficits no planejamento da alta hospitalar que desfavorecem que se contemplem as diversas necessidades dos pacientes e que sejam estabelecidas ações educativas em prol do seu engajamento no gerenciamento da transição do cuidado, aspectos que merecem ser aprofundados em futuras investigações científicas.

Algumas questões relacionadas à capacidade de cuidar da própria saúde abordadas em três dimensões foram percebidas como similares em termos da avaliação do estado físico (item 8), conhecimento (item 9 e 10) e capacidade para realizar os cuidados pessoais em saúde (item 18). Apesar de observado esse aspecto, assim como em outros estudos que traduziram o instrumento, optou-se por manter a estrutura teórica concebida inicialmente pelos autores da escala, sendo a versão preliminar após avaliação do pré-teste analisada em termos psicométricos, o que será apresentado oportunamente. Possivelmente, assim como observado nos estudos desenvolvidos nos Estados Unidos<sup>(12,14,18)</sup>, na Irlanda<sup>(16,18)</sup>, Suíça<sup>(18-19,26)</sup> e China<sup>(20)</sup>, essas questões, mediante análise psicométrica, poderão ser excluídas da etapa de validação da versão final do instrumento brasileiro, a qual está em andamento.

O processo de adaptação transcultural consistiu em uma etapa metodológica importante porque, além de produzir uma ferramenta com perspectivas de ser incorporada nos protocolos de planejamento da alta no contexto brasileiro, iniciou a reflexão conceitual sobre o constructo preparo e o modo como a alta tem sido conduzida nos diferentes espaços de cuidado.

Estudos dessa natureza possibilitam que pesquisadores, tradutores e comitês de especialistas, por meio de um processo denso que envolve leitura e avaliações das traduções produzidas em múltiplas etapas, identifiquem aspectos idiomáticos e promovam adaptações semânticas e conceituais referentes ao constructo em estudo. Isso requer um trabalho coletivo e dialógico, no qual, processualmente, a compreensão da medida emerge das interpretações contidas nas questões definidas para o instrumento. Indispensável também a este processo uma complexa articulação entre as dimensões componentes do constructo a serem operacionalizadas em uma medida padronizada.

### Limitações do estudo

Com base nos resultados da adaptação transcultural do instrumento RHDS para o Brasil, verificou-se a potencialidade

de utilização dessa ferramenta. Os resultados apresentados referem-se à etapa de pré-teste e requerem a realização da análise das propriedades psicométricas do instrumento para sua validação, o que já está em andamento. Até o presente momento, as evidências sinalizam para a necessidade de estudos futuros, a fim de verificar a estrutura do RHDS e aprofundar a explicação teórica para esse constructo no contexto cultural em que será utilizado.

### Contribuições para a área da Enfermagem, saúde ou política pública

Acredita-se que a utilização dessa ferramenta contribuirá para melhorar a qualidade do planejamento da alta, bem como das intervenções necessárias para o preparo de pacientes e cuidadores. O instrumento pode favorecer também a identificação de pacientes sem o adequado preparo em termos de bem-estar físico, conhecimento e habilidades para o autogerenciamento e enfrentamento ou daqueles que não dispõem de suporte social para sua recuperação após a alta hospitalar<sup>(14,18-19,26)</sup>. Além disso, trata-se de uma ferramenta importante para estabelecer um plano de cuidados que efetivamente prepare as pessoas para a transição do cuidado, o que deverá incluir intervenções educativas adicionais com o paciente e a família, gestão de caso, encaminhamento a seguimento na atenção comunitária, monitoramento do paciente por meio de ligações telefônicas e visitas domiciliares<sup>(1,3,5,11,26)</sup>.

### CONCLUSÃO

O instrumento *Readiness For Hospital Discharge Scale* (RHDS-Br) está adaptado culturalmente para o Brasil e poderá ser utilizado como uma das etapas do planejamento da alta hospitalar, dado seu potencial para se constituir em diretriz para o estabelecimento de metas terapêuticas e intervenções que contemplem as demandas de cuidado transicional, aspecto que favorece a qualidade e segurança desse processo.

Os resultados da adaptação transcultural do RHDS-Br evidenciaram que o instrumento conservou as equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual e manteve a validade de face e de conteúdo da versão original, de acordo com a avaliação do Comitê de especialistas.

A análise psicométrica para obtenção da versão final está em andamento, mas, em termos conceituais, verifica-se que o constructo preparo para alta hospitalar é importante para o estabelecimento de um protocolo de planejamento da alta voltado para as necessidades de pessoas sob risco aumentado de readmissão em virtude de situações clínicas ou incapacidade para a continuidade do plano terapêutico no período de transição do cuidado.

### FOMENTO

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás (FAPEG), com o financiamento desta pesquisa por meio da bolsa de mestrado.

## REFERÊNCIAS

1. Coleman EA, Boulton C, American Geriatrics Society Health Care Systems C. Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2003 [cited 2017 Apr 06];51(4):556-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12657079>
2. Weiss ME, Bobay KL, Bahr SJ, Costa L, Hughes RG, Holland DE. A model for hospital discharge preparation: from case management to care transition. *J Nurs Adm* [Internet]. 2015 [cited 2017 Apr 06];45(12):606-14. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26502068>
3. Naylor MD, Aiken LH, Kurtzman ET, Olds DM, Hirschman KB. The care span: the importance of transitional care in achieving health reform. *Health Aff (Millwood)* [Internet]. 2011 [cited 2015 Aug 22];30(4):746-54. Available from: <http://content.healthaffairs.org/content/30/4/746.full.pdf+html>
4. Coleman EA, Parry C, Chalmers S, Min SJ. The care transitions intervention: results of a randomized controlled trial. *Arch Intern Med* [Internet]. 2006 [cited 2016 Mar 06];166(17):1822-8. Available from: <http://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/410933>
5. Snow V, Beck D, Budnitz T, Miller DC, Potter J, Wears RL, et al. Transitions of care consensus policy statement: American College of Physicians, Society of General Internal Medicine, Society of Hospital Medicine, American Geriatrics Society, American College Of Emergency Physicians, and Society for Academic Emergency Medicine. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2009 [cited 2016 Oct 01];24(8):971-6. Available from: [https://hospitalmedicine.ucsf.edu/improve/literature/transitions\\_of\\_care\\_consensus\\_policy\\_statement\\_jhm.pdf](https://hospitalmedicine.ucsf.edu/improve/literature/transitions_of_care_consensus_policy_statement_jhm.pdf)
6. Gonçalves-Bradley DC, Lannin NA, Clemson LM, Cameron ID, Shepperd S. Discharge planning from hospital to home. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2013 [cited 2017 Apr 03];(1):CD000313. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000313.pub5/epdf>
7. Ottenbacher KJ, Karmarkar A, Graham JE, Kuo Y-F, Deutsch A, Reistetter TA, et al. Thirty-day hospital readmission following discharge from postacute rehabilitation in fee-for-service medicare patients. *JAMA* [Internet]. 2014 [cited 2015 Mar 12];311(6):604-14. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4085109/pdf/nihms568694.pdf>
8. Weiss ME, Yakusheva O, Bobay KL. Quality and cost analysis of nurse staffing, discharge preparation, and postdischarge utilization. *Health Serv Res* [Internet]. 2011 [cited 2015 Mar 12];46(5):1473-94. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3207188/pdf/hesr0046-1473.pdf>
9. Van Walraven C, Bennett C, Jennings A, Austin PC, Forster AJ. Proportion of hospital readmissions deemed avoidable: a systematic review. *CMAJ* [Internet]. 2011 [cited 2016 Mar 30];183(7):E391-402. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3080556/pdf/183e391.pdf>
10. Nosbusch JM, Weiss ME, Bobay KL. An integrated review of the literature on challenges confronting the acute care staff nurse in discharge planning. *J Clin Nurs* [Internet]. 2011 [cited 2017 Apr 06];20(56):754-74. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20955476>
11. Harrison JD, Greysen RS, Jacolbia R, Nguyen A, Auerbach AD. Not ready, not set...discharge: patient reported barriers to discharge readiness at an academic medical center. *J Hosp Med* [Internet]. 2016 [cited 2017 Apr 06];11(9):610-4. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27079295>
12. Weiss ME, Piacentine LB. Psychometric properties of the readiness for hospital discharge scale. *J Nurs Meas* [Internet]. 2006 [cited 2017 Apr 06];14(3):163-80. Available from: <http://www.ingentaconnect.com/content/springer/nmeas/2006/0000014/00000003/art00002>
13. Weiss M, Yakusheva O, Bobay K. Nurse and patient perceptions of discharge readiness in relation to postdischarge utilization. *Med Care* [Internet]. 2010 [cited 2017 Apr 06];48(5):482-6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20393364>
14. Weiss ME, Piacentine LB, Lokken L, Ancona J, Archer J, Gresser S, et al. Perceived readiness for hospital discharge in adult medical-surgical patients. *Clin Nurse Spec* [Internet]. 2007 [cited 2017 Apr 06];21(1):31-42. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17213738>
15. Knier S, Stichler JF, Ferber L, Catterall K. Patients' perceptions of the quality of discharge teaching and readiness for discharge. *Rehabil Nurs* [Internet]. 2015 [cited 2017 Apr 06];40(1):30-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24962625>
16. Coffey A, McCarthy GM. Older people's perception of their readiness for discharge and postdischarge use of community support and services. *Int J Older People Nurs* [Internet]. 2013 [cited 2017 Apr 06];8(2):104-1. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22309350>
17. Weiss ME, Costa LL, Yakusheva O, Bobay KL. Validation of patient and nurse short forms of the readiness for hospital discharge scale and their relationship to return to the hospital. *Health Serv Res* [Internet]. 2014 [cited 2016 Mar 16];49(1):304-17. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3922479/>
18. Mabire C, Coffey A, Weiss M. Readiness for hospital discharge scale for older people: psychometric testing and short form development with a three country sample. *J Adv Nurs* [Internet]. 2015 [cited 2017 Apr 06];71(11):2686-96. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.12731>

19. Mabire C, Lecerf T, Büla C, Morin D, Blanc G, Goulet C. Translation and psychometric evaluation of a french version of the readiness for hospital discharge scale. *J Clin Nurs* [Internet]. 2015 [cited 2017 Apr 06];24(19-20):2983-92. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26216599>
  20. Zhao H, Feng X, Yu R, Gu D, Ji X. Validation of the chinese version of the readiness for hospital discharge scale on patients who have undergone laryngectomy. *J Nurs Res* [Internet]. 2016 [cited 2017 Apr 06];24(4):321-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27846104>
  21. Beaton D, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Recommendations for the cross-cultural adaptation of the DASH & QuickDASH outcome measures. *Instit Work Health* [Internet]. 2007 [cited 2016 Mar 06]. Available from: [http://www.dash.iwh.on.ca/sites/dash/files/downloads/cross\\_cultural\\_adaptation\\_2007.pdf](http://www.dash.iwh.on.ca/sites/dash/files/downloads/cross_cultural_adaptation_2007.pdf)
  22. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine* [Internet]. 2000 [cited 2017 Apr 06];25(24):3186-91. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11124735>
  23. Ramada-Rodilla JM, Serra-Pujadas C, Delclos-Clanchet GL. Cross-cultural adaptation and health questionnaires validation: revision and methodological recommendations. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2013[cited 2016 Oct 01];55(1):57-66. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v55n1/v55n1a09.pdf>
  24. Ferrer M, Alonso J, Prieto L, Plaza V, Monso E, Marrades R, et al. Validity and reliability of the St George's respiratory questionnaire after adaptation to a different language and culture: the spanish example. *Eur Respir J*[Internet]. 1996 [cited 2016 Oct 11];9(6):1160-6. Available from: <http://erj.ersjournals.com/content/erj/9/6/1160.full.pdf>
  25. Fegadolli C, Reis RA, Martins STA, Bullinger M, Santos CBD. Adaptation of the generic DISABKIDS® module for Brazilian children and adolescents with chronic disorders. *Rev Bras Saude Mater Infant* [Internet]. 2010 [cited 2016 Oct 01];10(1):95-105. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10n1/v10n1a10.pdf>
  26. Mabire C, Büla C, Morin D, Goulet C. Nursing discharge planning for older medical inpatients in Switzerland: a cross-sectional study. *Geriatr Nurs* [Internet]. 2015 [cited 2017 Apr 06];36(6):451-7. Available from: [http://www.gnjournal.com/article/S0197-4572\(15\)00236-0/pdf](http://www.gnjournal.com/article/S0197-4572(15)00236-0/pdf)
-