

## TRANSIÇÃO DO CUIDADO NO PUERPÉRIO DE RISCO: ESTUDO DE MÉTODOS MISTOS

Denise Casagrande<sup>1</sup> 

Ane Gabriele Poli Petersen<sup>1</sup> 

Manuel Portela Romero<sup>2</sup> 

Caroline Sissy Tronco<sup>3</sup> 

Amanda Caroline Mélo da Rosa<sup>1</sup> 

Cristina Thum<sup>4</sup> 

Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz<sup>1</sup> 

<sup>1</sup>Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação Atenção Integral à Saúde. Ijuí, Rio Grande do Sul, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade de Santiago de Compostela, Departamento de Psiquiatria, Radiología, Salud Pública, Enfermería y Medicina. Santiago de Compostela, Coruña, Espanha.

<sup>3</sup>Instituto Federal Farroupilha, Núcleo Saúde e Segurança do Trabalho. Panambi, Rio Grande do Sul, Brasil.

<sup>4</sup>Universidade de Cruz Alta, Programa de Pós-Graduação Atenção Integral à Saúde. Cruz Alta, Rio Grande do Sul, Brasil.

### RESUMO

**Objetivo:** Analisar a qualidade da transição do cuidado do hospital para a comunidade na perspectiva das puérperas de risco e identificar fatores intervenientes.

**Método:** Estudo de métodos mistos, com puérperas de risco. Abordagem quantitativa envolveu a aplicação do *Care Transitions Measure-15*, após a alta hospitalar. Abordagem qualitativa, por meio de entrevistas semiestruturadas no domicílio. Análise descritiva e inferencial realizada para dados quantitativos e de conteúdo para qualitativos. Metainferências foram extraídas da integração dos dados.

**Resultados:** Transição do cuidado geral foi insatisfatória 69,2 ( $\pm 17,0$ ). Fatores preparo para o autogerenciamento 71,1 ( $\pm 17,9$ ) e plano de cuidados obtiveram resultados satisfatórios 72,4 ( $\pm 18,9$ ). Preferências asseguradas (64,5;  $\pm 20,7$ ) e entendimentos das medicações insatisfatórios (68,8;  $\pm 21,0$ ). Partos vaginais de 4 a 7 associaram-se a menores escores no preparo para o autogerenciamento ( $p=0,020$ ), entendimento das medicações ( $p=0,040$ ) e preferências asseguradas ( $p=0,050$ ). Pacientes sem intercorrências clínicas apresentaram escores mais altos nos fatores preparo para o autogerenciamento ( $p=0,013$ ); entendimento das medicações ( $p=0,001$ ); preferências asseguradas ( $p=0,009$ ); e plano de cuidados ( $p=0,009$ ). Quanto ao autogerenciamento, as puérperas receberam orientações para alta, pouco antes de sair do hospital. Apontaram que o apoio familiar e a experiência de ter outro filho foram propulsores. No entanto, as orientações sobre medicações, especialmente efeitos adversos, foram limitadas, e não receberam plano de cuidados para o puerpério nem tiveram suas preferências asseguradas.

**Conclusão:** Houve convergência nos baixos escores para entendimento das medicações e preferências asseguradas identificadas na integração dos dados. O número de partos vaginais e intercorrências clínicas influenciaram nos fatores.

**DESCRIPTORES:** Cuidado transicional. Continuidade da assistência ao paciente. Período pós-parto. Transição do hospital para o domicílio. Planejamento de assistência ao paciente.

**COMO CITAR:** Casagrande D, Petersen AGP, Romero MP, Tronco CS, Rosa ACM, Thum C, Kolankiewicz ACB. Transição do cuidado no puerpério de risco: estudo de métodos mistos. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2025 [acesso MÊS ANO DIA];34:e20240127. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2024-0127pt>

# CARE TRANSITION IN THE HIGH-RISK PUERPERIUM: A MIXED METHODS STUDY

## ABSTRACT

**Objective:** To analyze the quality of transition of hospital care to the community from high-risk postpartum women's perspective and identify intervening factors.

**Method:** This is a mixed methods study with high-risk postpartum women. Quantitative approach involved the application of the Care Transitions Measure-15 after hospital discharge. Qualitative approach, through semi-structured interviews at home. Descriptive and inferential analysis was performed for quantitative data, and content analysis, for qualitative data. Meta-inferences were extracted from data integration.

**Results:** Overall care transition was unsatisfactory (69.2;  $\pm 17.0$ ). Factors such as management preparation (71.1;  $\pm 17.9$ ) and care plan obtained satisfactory results (72.4;  $\pm 18.9$ ). Preferences important (64.5;  $\pm 20.7$ ) and medication understanding obtained unsatisfactory results (68.8;  $\pm 21.0$ ). Vaginal deliveries of 4 to 7 were associated with lower scores in management preparation ( $p=0.020$ ), medication understanding ( $p=0.040$ ) and preferences important ( $p=0.050$ ). Patients without clinical complications had higher scores in management preparation ( $p=0.013$ ), medication understanding ( $p=0.001$ ), preferences important ( $p=0.009$ ) and care plan ( $p=0.009$ ). Regarding self-management, postpartum women received discharge guidance shortly before leaving the hospital. They indicated that family support and the experience of having another child were driving forces. However, guidance on medications, especially adverse effects, was limited, and they did not receive a care plan for the postpartum period nor did their preferences have assurance.

**Conclusion:** There was convergence in the low scores for medication understanding and preferences important identified in data integration. The number of vaginal deliveries and clinical complications influenced the factors.

**DESCRIPTORS:** Transitional Care. Continuity of Patient Care. Postpartum Period. Hospital to Home Transition. Patient Care Planning.

## TRANSICIÓN DE LA ATENCIÓN EN EL POSPARTO EN RIESGO: ESTUDIO DE MÉTODOS MIXTOS

### RESUMEN

**Objetivo:** Analizar la calidad de la transición de la atención hospitalaria a la comunidad desde la perspectiva de las púérperas en riesgo e identificar los factores que intervienen.

**Método:** Estudio de métodos mixtos, con púérperas de riesgo. El enfoque cuantitativo implicó la aplicación del Care Transitions Measure-15 después del alta hospitalaria. Enfoque cualitativo, a través de entrevistas semiestructuradas en casa. Análisis descriptivo e inferencial realizado para datos cuantitativos y de contenido para datos cualitativos. Las meta-inferencias se extrajeron de la integración de datos.

**Resultados:** La transición de cuidados generales fue insatisfactoria (69,2;  $\pm 17,0$ ). Los factores preparación para el autocuidado (71,1;  $\pm 17,9$ ) y plan de cuidados obtuvieron resultados satisfactorios (72,4;  $\pm 18,9$ ). Preferencias aseguradas (64,5;  $\pm 20,7$ ) y comprensión de los medicamentos obtuvieron resultados insatisfactorios (68,8;  $\pm 21,0$ ). Los partos vaginales del 4 al 7 se asociaron con puntuaciones más bajas en preparación para el autocuidado ( $p=0,020$ ), comprensión de los medicamentos ( $p=0,040$ ) y preferencias aseguradas ( $p=0,050$ ). Los pacientes sin complicaciones clínicas tuvieron puntuaciones más altas en los factores preparados para el autocuidado ( $p=0,013$ ), comprensión de los medicamentos ( $p=0,001$ ), preferencias aseguradas ( $p=0,009$ ) y plan de cuidados ( $p=0,009$ ). En cuanto al autocuidado, las púérperas recibieron instrucciones para el alta poco antes de salir del hospital. Señalaron que el apoyo familiar y la experiencia de tener otro hijo eran fuerzas impulsoras. Sin embargo, la orientación sobre los medicamentos, especialmente los efectos adversos, fue limitada y no recibieron un plan de cuidados posparto ni tuvieron sus preferencias aseguradas.

**Conclusión:** Hubo convergencia en las puntuaciones bajas para la comprensión de los medicamentos y las preferencias aseguradas identificadas en la integración de datos. Los factores influyeron en el número de partos vaginales y las complicaciones clínicas.

**DESCRIPTORES:** Cuidado de Transición. Continuidad de la Atención al Paciente. Período Posparto. Transición del Hospital al Hogar. Planificación de Atención al Paciente.

## INTRODUÇÃO

A continuidade do cuidado constitui um desafio para a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Nesse contexto, a transição do cuidado (TC) se configura como um conjunto de práticas que almejam assegurar a coordenação e continuidade da assistência à saúde na ocasião da transferência de usuários entre diferentes unidades de uma instituição ou entre distintos serviços de saúde<sup>1</sup>.

Embora as instituições busquem assegurar a continuidade do cuidado, existem desafios no que tange à coordenação do cuidado e à transferência do usuário entre serviços. Estas dificuldades se devem à fragilidade no processo educacional que visa à alta hospitalar; falta de protocolos assistenciais; ausência de plano de cuidados individualizado; falta de cuidador familiar de referência; lacunas de comunicação entre a Atenção Primária à Saúde (APS) e o hospital, principalmente, no que se refere a agendamento de consulta, o que pode comprometer a integralidade do cuidado<sup>2</sup>.

Neste contexto, a saúde da mulher durante a gravidez, o parto e o puerpério é uma prioridade para as instituições de saúde. O puerpério é uma fase complexa e determinante para as mulheres devido às múltiplas mudanças fisiológicas que ocorrem e que levam à recuperação do seu organismo e à ativação do papel materno. Ao mesmo tempo, no puerpério, existem potenciais riscos à saúde, razão pela qual é considerado um período de vulnerabilidade para a mulher, o recém-nascido e a família<sup>3</sup>. O cuidado durante este período é importante para a detecção precoce de sinais e sintomas de possíveis complicações e/ou alterações, bem como para o ensino e a promoção de práticas que promovam a saúde materna e infantil<sup>4</sup>.

Além disso, as puérperas podem vir a ser classificadas como puérperas de risco, o que engloba mulheres que tiveram uma gestação de alto risco ou que tiveram intercorrências na gestação, parto ou puerpério. Embora haja essa classificação, as diretrizes globais da assistência pós-natal praticamente não diferem e recomendam que haja um mínimo de três consultas puerperais, sendo uma entre 48 e 72 horas após o parto, outra entre 7 e 14 dias, e na sexta semana, tendo em vista os riscos para a mãe e bebê neste período<sup>5</sup>.

Apesar das recomendações existentes, verifica-se fragilidade no acompanhamento contínuo no puerpério, uma vez que menos de 50% das mulheres aderem à consulta pós-natal<sup>6</sup>. Ainda não se identificou se este fato está aliado à oferta do cuidado, à coordenação ou à articulação dos serviços de saúde<sup>6-7</sup>. No Brasil, existem políticas públicas e manuais técnicos que têm sido aperfeiçoados no intuito de nortear a continuidade do cuidado no puerpério<sup>8</sup>, porém, não há uma política que vise à TC do hospital para a comunidade<sup>9</sup>.

Uma revisão integrativa da literatura teve objetivo de identificar como ocorre a TC do hospital para a comunidade na perspectiva de puérperas de risco. A partir dos resultados, evidenciou-se escassez de estudos sobre a TC das puérperas, inclusive, daquelas consideradas de risco. Em suma, os estudos disponíveis trazem uma abordagem sobre a fragmentação do cuidado, a fragilidade do *continuum* de cuidados maternos e a inadequação da linha de cuidado materno-infantil<sup>10</sup>, o que justifica a realização deste estudo.

Pesquisas têm avaliado a TC com outras populações, como adultos com doenças crônicas<sup>2, 11-17</sup> crianças<sup>18</sup>, pacientes pós-COVID<sup>19</sup> e com prematuros após a alta da UTI neonatal<sup>20</sup>. Com puérperas de risco, identificamos na literatura um estudo, que realizou a validação psicométrica de instrumento e a avaliação da TC<sup>21</sup>.

Assim, tendo em vista a incipiência de estudos nacionais e internacionais que avaliem a qualidade da TC com puérperas, constata-se uma lacuna do conhecimento, bem como o ineditismo do estudo no Brasil. Tendo em vista a complexidade do processo de TC, que envolve uma gama de atores e fatores intervenientes, propôs-se análise além de medidas quantitativas, por meio de estudo de Métodos Mistos. A fim de compreender o fenômeno a partir de diferentes perspectivas e de forma mais abrangente<sup>22</sup>.

Assim, emerge a seguinte pergunta de pesquisa: Qual a qualidade da transição do cuidado no puerpério de risco da maternidade para a comunidade e quais são os fatores que interferem? A partir deste contexto, este estudo objetiva analisar a qualidade da transição do cuidado do hospital para a comunidade na perspectiva de puérperas de risco e identificar seus fatores intervenientes.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo de Métodos Mistos, com *design* paralelo convergente e notação QUAN-QUAL. Esta metodologia permite combinar as abordagens a fim de propiciar maior compreensão do problema de pesquisa, identificar convergências, divergências e realizar a integração entre os resultados das fases quantitativa e qualitativa<sup>23</sup>. Isso possibilita uma análise aprofundada dos achados, com potencial para gerar metainferências e *insights* únicos sobre fenômenos em estudo<sup>22</sup>.

Trata-se de estudo transversal realizado na maternidade de um hospital no Sul do Brasil, o qual dispõe de 25 leitos de obstetrícia. Todas as puérperas de risco residentes no município de médio porte localizado no Rio Grande do Sul, Brasil, admitidas entre novembro/2021 e agosto/2022, foram elegíveis. Foram excluídas aquelas que não tinham condições psíquicas de responder, auto e alopsiquicamente. Consideraram-se puérperas de risco aquelas que tiveram gestação de alto risco ou que, por algum motivo, tiveram intercorrências na gestação, parto e/ou puerpério. Essas informações foram levantadas no prontuário das pacientes. A seleção se deu por amostragem consecutiva, totalizando a participação de 206 mulheres.

A fase qualitativa foi realizada concomitante à fase quantitativa e se constituiu de entrevistas às puérperas participantes, selecionadas aleatoriamente e entrevistadas em seus domicílios. Todas as convidadas aceitaram participar. Encerraram-se as entrevistas quando as informações passaram a se repetir, caracterizando a saturação de dados.

### Fase Quantitativa

As pacientes foram contatadas à beira do leito e convidadas a participar do estudo. Os dados sociodemográficos e obstétricos foram coletados do prontuário. Sequencialmente, foram comunicadas que receberiam uma ligação telefônica entre 7 e 30 dias pós-alta para responder ao instrumento *Care Transitions Measure* (CTM-15).<sup>24</sup> O instrumento mensura a qualidade da TC, tendo sido traduzido e validado para uso no Brasil<sup>25</sup>, e validado psicometricamente para uso em puérperas de risco<sup>21</sup>.

O CTM-15 mensura os fatores preparação para o autogerenciamento, entendimento sobre as medicações, preferências asseguradas e plano de cuidados. Compreende 15 questões, com opções de respostas de até quatro pontos, as quais são transformadas em escala de 0 a 100<sup>24</sup>.

A análise quantitativa foi realizada com o auxílio do programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* versão 25.0 (SPSS) para *Windows*. Utilizaram-se a estatística descritiva através das distribuições absoluta e relativa ( $n - \%$ ), bem como medidas de tendência central (média e mediana) e de variabilidade (desvio padrão e amplitude interquartis). A simetria das distribuições contínuas foi avaliada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. A comparação dos escores dos fatores entre dois grupos independentes ocorreu pelo teste t-Student. E, nas comparações que envolveram três ou mais grupos independentes, foi empregada a Análise de Variância *One Way – Post Hoc Scheffé*. A consistência interna dos itens do CTM-15 foi avaliada pelo coeficiente alpha Cronbach ( $\alpha C$ ).

### Fase qualitativa

A coleta de dados aconteceu por meio de entrevistas semiestruturadas com 12 puérperas de risco, nos seus respectivos domicílios. A cada puérpera sorteada, era identificada sua respectiva unidade de saúde, bem como o Agente Comunitário de Saúde (ACS). Um contato telefônico prévio foi realizado com cada ACS. Neste, a primeira autora do estudo fazia uma breve apresentação, enfatizava os objetivos da pesquisa e estabelecia uma parceria para a efetivação das entrevistas.

Os ACS contataram as puérperas, agendaram a entrevista e acompanharam a pesquisadora até o domicílio. Os ACS não permaneceram no domicílio durante as entrevistas. As entrevistas foram conduzidas pela primeira autora, enfermeira, a partir de um roteiro elaborado pelas pesquisadoras, que constituiu-se de questões com base nos fatores do CTM-15. Foram gravadas em *audiotype* e transcritas na íntegra. Para garantir o anonimato, as puérperas foram identificadas como P1, P2, P3, e assim sucessivamente. A análise indutiva dos dados foi realizada usando a técnica de análise temática de conteúdo, que visa à historicidade do evento estudado, a partir de uma visão crítica de mundo, centrada no coletivo<sup>26</sup>.

## Integração dos dados quantitativos e qualitativos

Após as análises quantitativas e qualitativas, fez-se a integração dos dois conjuntos de resultados por meio da utilização do Joint-Display. Procedeu-se à interpretação dos dados, identificando convergências, divergências e relações entre eles, propiciando melhor entendimento dos objetivos do estudo. Por fim, realizou-se interpretação mais ampla dos resultados e foram extraídas metainferências<sup>22</sup>.

Todos os fatores do CTM-15 foram considerados na análise integrada, pois buscamos compreensão abrangente e holística do fenômeno estudado. Além disso, a integração de dados pode fornecer *insights* complementares que ajudam a entender melhor as complexidades do fenômeno. Dessa forma, o estudo pode trazer informações úteis e relevantes para a tomada de decisão no campo da saúde materna.

Seguiram-se as prerrogativas éticas da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, e todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## RESULTADOS

### Resultados quantitativos

Participaram 206 puérperas de risco. A idade variou de 14 a 44 anos, com média de 27,6 anos. Quando a idade foi avaliada por meio de faixas etárias, prevaleceu a de 21 a 30 anos, com 50,5% (n=104), seguida da faixa de 31 a 40 anos, com 31,6% (n=65). O estado civil união estável foi observado em 88,3% (n=181) da amostra. A escolaridade mais prevalente foi ensino médio completo, com 45,4% (n=93), seguida do ensino fundamental completo, com 29,8% (n=61). Quanto à ocupação, pouco mais da metade relatou estar trabalhando, 55,2% (n=106).

No que se refere às características obstétricas, verificou-se que a idade gestacional acima de 37 semanas foi confirmada por 88,8% (n=182) das investigadas e o número de consultas pré-natal com quantitativo superior a seis prevaleceu em 185 mulheres (93,4%). Já, no que se refere ao tipo de parto, a cesariana prevaleceu de forma representativa, com 79,6% (n=164). As comorbidades mais prevalentes foram *Diabetes Mellitus* (DM), com 33,0% (n=68), e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), com 9,7% (n=20). A presença de intercorrências foi notada em 18,0% (n=36), na ocasião da internação.

A Tabela 1 apresenta estatísticas descritivas do CTM-15 geral e por fatores. A pontuação média do CTM-15 foi de 69,2 ( $\pm 17,0$ ). O Fator 1 (Preparo para o autogerenciamento) obteve pontuação de 71,1 ( $\pm 17,9$ ); o Fator 2 (Entendimento das Medicções), 68,8 ( $\pm 21,0$ ); o Fator 3 (Preferências Asseguradas), 64,5 ( $\pm 20,7$ ); e o Fator 4 (Plano de cuidado), 72,4 ( $\pm 18,9$ ).

No que se refere à estimativa de confiabilidade total da escala, o valor do alfa de Cronbach foi de 0,834. A maior confiabilidade ocorreu no fator Preparo para Autogerenciamento ( $\alpha C=0,822$ ) e o menor, no fator Plano de Cuidado ( $\alpha C=0,744$ ).

**Tabela 1** – Medidas de Tendência Central e Variabilidade para Fatores CTM-15\*. Ijuí, RS, Brasil, 2022. (n=206).

| Fatores                          | Percentis |               |      |             |      |                    |
|----------------------------------|-----------|---------------|------|-------------|------|--------------------|
|                                  | Média     | Desvio padrão | 25°  | 50° Mediana | 75°  | $\alpha^{\dagger}$ |
| Preparo para o autogerenciamento | 71,1      | 17,9          | 61,9 | 66,7        | 85,7 | 0,822              |
| Entendimento das medicações      | 68,8      | 21,0          | 55,6 | 66,7        | 77,8 | 0,817              |
| Preferências asseguradas         | 64,5      | 20,7          | 55,6 | 66,7        | 77,8 | 0,812              |
| Plano de cuidados                | 72,4      | 18,9          | 66,7 | 66,7        | 83,3 | 0,744              |
| CTM-15 Geral                     | 69,2      | 17,0          | 61,1 | 66,7        | 78,8 | 0,834              |

\*CTM-15: Care Transitions Measure-15;  $\dagger\alpha$ : Alpha Cronbach.

Na comparação da escala com as variáveis sociodemográficas, podemos inferir que a escala apresentou uma relação de independência com o perfil sociodemográfico. Quando a idade foi comparada aos fatores da escala, identificou-se correlação estatística significativa, negativa e de magnitude fraca quanto ao fator entendimento das medicações ( $r = -0,152$ ;  $p=0,029$ ), sugerindo que as idades elevadas devem estar correlacionadas aos menores escores neste fator, conforme mostra a Tabela 2.

Nas comparações da escala com as características obstétricas, foram detectados resultados significativos, conforme podem ser observados na Tabela 3. O número de partos normais impactou de forma representativa sobre a escala, apontando que as pacientes com número de partos de 4 a 7 concentraram escores médios significativamente menores, quando comparadas àquelas que apresentaram números de partos menor, de 1 a 3, ou então às puérperas que *não realizaram* o parto vaginal nos fatores: Preparo para o autogerenciamento ( $p=0,020$ ), Entendimento das medicações ( $p=0,040$ ) e Preferências asseguradas ( $p=0,050$ ).

No que se refere ao número de cesarianas, a diferença significativa associou-se ao fator Preferências asseguradas ( $p=0,017$ ), indicando que as pacientes com número de cesarianas menor ou até 3, apresentaram média superior, quando comparadas àquelas com mais cesarianas ( $p=0,017$ ).

Escores médios da escala CTM-15 significativamente maiores apresentaram associação significativa com pacientes sem intercorrências. Esses achados foram evidenciados nas dimensões de Preparo para o autogerenciamento ( $p=0,013$ ), Entendimento das medicações ( $p=0,001$ ), Preferências asseguradas ( $p=0,009$ ) e Plano de cuidados ( $p=0,009$ ).

## Resultados Qualitativos

As entrevistas tiveram duração aproximada de 12 minutos e foram realizadas no domicílio, o que proporcionou tranquilidade para responder as perguntas. As categorias foram elencadas, *a priori*, a partir dos fatores do CTM-15, tendo em vista que se buscou compreender os resultados quantitativos.

Em relação ao preparo para o autogerenciamento, as participantes, em geral, destacaram fragilidades, como as orientações recebidas pouco antes da alta hospitalar. Ainda apontaram que as orientações recebidas no decorrer da internação foram superficiais. Como aspectos que favoreceram o autogerenciamento, apontaram o apoio familiar recebido e a experiência prévia de ter outro filho. Como pode se observar nas falas a seguir.

*[...] eu recebi as orientações no último dia, um pouco antes de sair do hospital (P1).*

*[...] recebi poucas informações, sobre como cuidar do meu curativo, sangramento (P8).*

*Lá no hospital eu não conseguia amamentar, mas para isso eles não me orientaram em nada, sabe [...] (P2).*

**Tabela 2** – Média e desvio padrão para os fatores da escala, segundo idade, escolaridade e estado civil. Coeficiente de correlação dos fatores da escala CTM-15\* em comparação à idade. Ijuí, RS, Brasil, 2022. (n=206).

| Variáveis                     | N <sup>†</sup> | Fatores CTM-15*                   |                 |                                   |                 |                                   |                 |                                   |                 |
|-------------------------------|----------------|-----------------------------------|-----------------|-----------------------------------|-----------------|-----------------------------------|-----------------|-----------------------------------|-----------------|
|                               |                | Preparo para autogerenciamento    |                 | Entendimento das medicações       |                 | Preferências asseguradas          |                 | Plano de cuidado                  |                 |
|                               |                | Média                             | DP <sup>‡</sup> | Média                             | DP <sup>‡</sup> | Média                             | DP <sup>‡</sup> | Média                             | DP <sup>‡</sup> |
| <b>Idade (anos)</b>           | 205            | (r <sup>§</sup> =-0,110; p=0,117) |                 | (r <sup>§</sup> =-0,152; p=0,029) |                 | (r <sup>§</sup> =-0,102; p=0,143) |                 | (r <sup>§</sup> =-0,093; p=0,184) |                 |
| <b>Escolaridade</b>           |                |                                   |                 |                                   |                 |                                   |                 |                                   |                 |
| Ensino fundamental incompleto | 30             | 69,8                              | 14,2            | 67,0                              | 15,6            | 64,4                              | 17,6            | 72,2                              | 13,4            |
| Ensino fundamental            | 61             | 71,8                              | 18,2            | 71,4                              | 20,9            | 64,5                              | 20,7            | 73,0                              | 17,8            |
| Ensino médio                  | 93             | 71,2                              | 17,4            | 67,1                              | 21,9            | 63,5                              | 20,3            | 73,7                              | 19,9            |
| Ensino superior               | 21             | 68,9                              | 23,5            | 70,4                              | 24,2            | 67,2                              | 25,9            | 65,1                              | 23,5            |
| p(value) <sup>D</sup>         |                | 0,910                             |                 | 0,609                             |                 | 0,910                             |                 | 0,307                             |                 |
| <b>Estado civil</b>           |                |                                   |                 |                                   |                 |                                   |                 |                                   |                 |
| União estável                 | 181            | 71,5                              | 16,9            | 69,3                              | 19,9            | 64,2                              | 19,4            | 72,7                              | 17,6            |
| Vive sozinha                  | 24             | 68,5                              | 24,7            | 64,8                              | 28,5            | 66,2                              | 29,2            | 70,8                              | 27,0            |
| p(value) <sup>C</sup>         |                | 0,450                             |                 | 0,326                             |                 | 0,657                             |                 | 0,659                             |                 |

\*CTM-15: Care Transitions Measure-15; †N: número; ‡DP: desvio padrão §r: Coeficiente de correlação de Pearson; ||: Teste t-Student para grupos independentes; ¶: Teste de Análise de Variância (One Way) Post Hoc Bonferroni.

**Tabela 3** – Média e desvio padrão para os Fatores do CTM-15\*, segundo as características clínicas. Ijuí, RS, Brasil, 2022. (n=206).

| Características clínicas | Fatores CTM-15* |                                |      |                             |      |                          |      |                  |      |
|--------------------------|-----------------|--------------------------------|------|-----------------------------|------|--------------------------|------|------------------|------|
|                          |                 | Preparo para autogerenciamento |      | Entendimento das medicações |      | Preferências asseguradas |      | Plano de cuidado |      |
| Variáveis                | N†              | Média                          | DP‡  | Média                       | DP‡  | Média                    | DP‡  | Média            | DP‡  |
| Parto vaginal            |                 |                                |      |                             |      |                          |      |                  |      |
| Nenhum                   | 144             | 72,0§                          | 17,8 | 70,1§                       | 21,1 | 65,5§                    | 19,9 | 73,0§            | 19,2 |
| 1-3                      | 52              | 71,6§                          | 16,4 | 68,2§                       | 19,2 | 64,5§                    | 21,7 | 73,1§            | 16,6 |
| 4-7                      | 9               | 54,9                           | 22,9 | 51,9                        | 24,2 | 48,1                     | 22,9 | 59,3             | 23,7 |
| p(value)                 |                 | 0,020                          |      | 0,040                       |      | 0,050                    |      | 0,101            |      |
| Parto cesárea            |                 |                                |      |                             |      |                          |      |                  |      |
| Nenhum                   | 35              | 67,6                           | 21,1 | 64,1                        | 23,2 | 57,1§                    | 23,5 | 68,6             | 19,7 |
| 1-3                      | 166             | 72,2                           | 17,0 | 69,8                        | 20,5 | 66,5§                    | 19,7 | 73,5             | 18,7 |
| 4-7                      | 5               | 59,0                           | 18,9 | 66,7                        | 19,2 | 51,1                     | 16,9 | 63,3             | 13,9 |
| p(value)                 |                 | 0,119                          |      | 0,338                       |      | 0,017                    |      | 0,207            |      |
| Intercorrências          |                 |                                |      |                             |      |                          |      |                  |      |
| sim                      | 36              | 64,5                           | 22,2 | 58,3                        | 20,6 | 56,2                     | 23,3 | 64,8             | 20,6 |
| não                      | 164             | 72,5                           | 16,0 | 70,8                        | 20,6 | 66,0                     | 19,6 | 73,8             | 17,8 |
| p(value)                 |                 | 0,013                          |      | 0,001                       |      | 0,009                    |      | 0,009            |      |

\*CTM-15: Care Transitions Measure-15; <sup>†</sup>N: número; <sup>‡</sup>DP: desvio padrão independentes; D: Teste de análise de variância (*One Way*) *Post Hoc* Bonferroni, onde médias seguidas de letras iguais não diferem a uma significância de 5%; <sup>||</sup>: Teste t-Student para grupos

As puérperas consideraram positivo o apoio de familiares, assim como o fato de terem outros filhos, o que contribuiu para um melhor autogerenciamento.

*Me senti mais preparada pois era meu segundo filho (P9).*

*Eu tenho ajuda do meu marido, da mãe, até da minha sogra, ela me ajuda bastante (P10).*

Ao questionar, quanto ao entendimento sobre as medicações, nas falas das participantes percebemos que, alguns profissionais explicavam e outros quando questionados, porém, nenhum explicou sobre os efeitos adversos. Conforme as falas a seguir.

*Elas vinham, mesmo de madrugada, e diziam este é para dor [...] (P9).*

*Eu perguntava, para que serve, daí elas explicavam (P8).*

*Não recebi orientações quanto aos efeitos, que os medicamentos poderiam causar (P12).*

*Nunca falaram, dos efeitos após o uso (P5).*

Sobre as preferências asseguradas, observa-se nas falas que as puérperas, não tiveram possibilidade de escolha, e com maior dificuldade para o agendamento de consultas puerperais, quando a alta ocorreu nos finais de semana e feriados. As ACS foram as facilitadoras, no sentido de fazer o agendamento;

*Eu agendei na unidade, mas não pude escolher o dia e turno (P1).*

*Eu liguei para as ACS da unidade e a consulta foi agendada, para outra semana. Não foi considerado o melhor dia e horário, foi o dia que elas tinham (P3).*

*Dei alta no sábado, pela manhã. Daí recebi visita da ACS, na quarta-feira, ela agendou para próxima semana (P5).*

*[...] a ACS pediu para eu ir numa segunda ou terça, só que, daí eu fui ao posto e não tinha registrado o nenê ainda, aí não tinha o cartão do Sistema Único de Saúde, tive que registrar para depois levar ele na consulta. Daí, só eu consegui consultar (P11).*

E quanto ao plano de cuidados, é possível afirmar que, não receberam um plano para o puerpério por escrito. Receberam plano para os cuidados com os bebês, denotando certa invisibilidade das puérperas; conforme as falas a seguir.

*Não, não recebi nenhum plano de cuidados. Recebi somente os papéis do bebê, teste do pezinho (P7).*

*Recebi vários papeis sobre, a necessidade de fazer teste do pezinho, orelhinha...cuidados com ele (bebê) (P12).*

*Ah sim, recebi um papel, com os cuidados descritos sobre como cuidar do bebê (P4)*

## Resultados integrados

A integração de dados qualitativos e quantitativos no nível de interpretação ocorreu por meio da exibição conjunta. No Joint Display, a coluna da esquerda representa os resultados quantitativos da escala CTM-15 e a da direita, a percepção das puérperas relativa a cada fator. Esta integração de resultados permitiu uma análise mais abrangente do *corpus* de dados.

Podemos observar conforme disposto no Quadro 1, que ao avaliar os resultados quantitativos e qualitativos, houve convergências nos resultados, bem como divergências.

As metainferências identificadas estão dispostas no Quadro 2.

## DISCUSSÃO

Este estudo utilizou uma abordagem de MM para compreender melhor a qualidade da TC experienciada por puérperas de risco. Na fase quantitativa, a pontuação média do CTM-15 foi de 69,2 ( $\pm 17,0$ ), média muito próxima à considerada satisfatória. Encontramos na literatura um estudo que avaliou a TC na perspectiva de 316 puérperas de risco, com resultado satisfatório nos fatores

**Quadro 1** – Joint Display com citações reais das falas das puérperas relacionadas aos fatores CTM-15. Ijuí, Rio Grande do Sul, Brasil, 2022.

| Fatores Resultado Quantitativo (Média)          | Resultados Qualitativos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Preparo para o autogerenciamento</b><br>71,1 | <i>As orientações para alta, foram realizadas um pouco antes de dar alta do hospital (P3).<br/>Acredito que poderiam ter explicado mais [...] acho que faltou orientações (P6).<br/>Eu tinha dúvidas sobre os pontos [...] teve uma secreçãozinha [...] disseram que tinha que usar um spray, só isso (P11).<br/>[...] me senti mais preparada, por ter outro filho [...] (P2).<br/>Eu fiquei segura sim, ele [marido] me ajudou bastante, também, estava o tempo todo comigo (P7).</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Entendimento sobre medicações</b><br>68,7    | <i>Na hora que colocavam o soro, elas falavam para o que era o medicamento (P4).<br/>Elas vieram e me orientaram, os remédios que eu iria ter que tomar. [...] os medicamentos que eu tinha que usar, porque eu tenho pressão alta (P6).<br/>Recebi as orientações [...], quando eu perguntava, elas explicavam (P3).<br/>Na alta, eu saí com analgésicos, que normalmente eles dão. E, para o bebê, era medicamento para cólica, paracetamol, essas coisas [...] mas ninguém explicou o que poderiam causar de efeitos (P1).<br/>Não, ninguém nos orientou sobre os efeitos adversos (P2).</i>                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Preferências asseguradas</b><br>(64,5)       | <i>Dei alta no sábado e na segunda eu agendei. Na verdade, quando eu cheguei a atendente perguntou se não estava agendado, eu disse que não, [...] também, não sabia disso, que o hospital agendava, mas, talvez, por ser final de semana, não aconteceu isso (P2).<br/>No hospital eles falaram: “Vai ser dia tal, você não pode dar alta sem uma consulta agendada”. Então precisa ir na unidade de saúde (P7).<br/>Eles (maternidade) falaram que iriam marcar, só que esqueceram, eu não sei o que aconteceu. Eu marquei na unidade... Eles (unidade de saúde) sempre estão perguntando o horário, sempre marcando para mais tarde, um pouquinho, por causa da bebê, são bem preocupados com a gente (P10).<br/>As ACS que agendaram. A única opção é de manhã, pois a médica atende só neste horário (P6).</i> |
| <b>Plano de cuidados</b><br>(72,4)              | <i>Recebi recomendações por escrito, sobre a amamentação, grampeada junto à receita. E os papéis do nenê (P3).<br/>Sim, recebi. Com os cuidados de rotina do nenê, sobre higiene, curativo, amamentação [...] (P2).<br/>Recebi uns papéis que orientavam como cuidar do nenê (P11).<br/>Não recebi plano de cuidados (P6).</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

**Quadro 2** – Metainferências identificadas a partir da integração dos resultados.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A análise da TC obteve média geral 69,2, presumindo-se qualidade moderada da TC no puerpério de risco. Puérperas identificaram fragilidades em todos os fatores, o que explica o resultado.                                                                                                                            |
| O preparo para a alta, realizado pouco antes da alta hospitalar, compromete o preparo para o autogerenciamento. Apoio familiar e ter filhos, foram considerados facilitadores pelas puérperas.                                                                                                                         |
| As orientações quanto os efeitos adversos dos medicamentos, não foram realizadas as puérperas, fragilizando o entendimento das medicações.                                                                                                                                                                             |
| O plano de cuidados recebeu uma avaliação satisfatória, no entanto, as puérperas entrevistadas relataram não tê-lo recebido.                                                                                                                                                                                           |
| As preferências asseguradas obtiveram pontuação insatisfatória, alinhada aos dados qualitativos. Por exemplo, o agendamento das consultas na APS não levou em conta as preferências e necessidades das pacientes. Além disso, houve dificuldades de agendamento quando a alta ocorreu nos finais de semana e feriados. |
| O uso de métodos mistos, permitiu a compreensão ampla dos fatores do CTM-15 na perspectiva de puérperas de risco.                                                                                                                                                                                                      |

preparo para o autogerenciamento (72,7), plano de cuidados (72,8), e insatisfatórios nos fatores entendimento das medicações (69,4) e preferências asseguradas (65,6)<sup>21</sup>.

Ao analisarmos o fator preparo para o autogerenciamento, neste compreendidas as orientações fornecidas durante a internação relativas ao autocuidado, identificação de sinais de alerta e serviços de referência<sup>1</sup>, embora se tenha obtido pontuação satisfatória, na fase qualitativa as puérperas mencionaram fragilidades. Destacaram insuficiência de orientações e apontaram que as mesmas foram ofertadas muito próximo ao momento da alta hospitalar, e apenas aquelas que já tinham filhos sentiam-se seguras quanto ao autocuidado.

O pouco tempo oportunizado para o preparo do paciente e da família associado ao excesso de informações podem comprometer a compreensão e gerar dúvidas e inseguranças no cuidado pós-alta<sup>11</sup>. Neste estudo, 79,6% das mulheres realizaram cesariana, um procedimento cirúrgico associado a uma taxa de 56% de complicações precoces, dentre elas, a infecção pós-parto. Assim, pressupõe-se que esse perfil de pacientes pode demandar cuidados domiciliares mais complexos e contínuos. Logo, esta consideração, aliada aos relatos das puérperas, pode explicar a fragilidade identificada como insuficiência de orientações.

Na Espanha, as orientações para a alta ocorrem de maneira diferenciada. Os hospitais dispõem de enfermeiras específicas para coordenar o processo de alta hospitalar, as enfermeiras de ligação. Estas iniciam o preparo para a alta, desde a admissão do paciente, e buscam assegurar que ele receba cuidados planejados conforme suas necessidades<sup>27</sup>. No Brasil, temos iniciativas incipientes de TC, tais como programa de navegação para pacientes oncológicos, onde os pacientes são priorizados a partir da aplicação de uma escala que considera os graus de necessidades, e vem ao encontro de questões que consideram o custo-efetividade<sup>28</sup>.

Além do fator preparo para o autogerenciamento, outro fator que obteve escore satisfatório foi o plano de cuidados. Esta dimensão engloba a existência de um plano de alta e encaminhamentos. Nos relatos, metade das participantes afirmou ter recebido os cuidados prescritos e sabia informar, em termos gerais, o que constava no documento. Já a outra metade disse não ter recebido o plano de cuidados prescritos. Nas falas, também se identifica que o plano de cuidados foi entregue em conjunto com outros impressos do bebê, na ocasião da alta. Assim, pode-se considerar a possibilidade de que o plano tenha sido entregue, mas acabou não sendo visto e discutido com as pacientes. Logo, os achados quantitativos e qualitativos divergem, na medida em que se contrapõem.

Estudos realizados com doentes crônicos constatou fragilidade em relação ao fator plano de cuidados<sup>11,19</sup>. Embora a maioria dos pacientes afirmasse ter recebido o plano, muitos saíram sem lembrar, saber ou ter encaminhamentos e agendamento para acompanhamento pós-alta, o que remete à necessidade de que a alta hospitalar seja mais bem planejada e que propicie melhor compreensão dos pacientes acerca do seu autocuidado<sup>11</sup>.

No caso das puérperas de risco, uma estratégia viável poderia ser a entrega do plano de cuidados escrito, com orientações verbais, e a utilização da estratégia *teach back*. Esta estratégia envolve ensinar algo e, em seguida, solicitar que a pessoa, com suas próprias palavras, demonstre o que o profissional lhe ensinou<sup>29</sup>.

Quanto à escuta e garantia das preferências das pacientes em relação ao seu cuidado, isso faz com que paciente e família assumam papel mais ativo nas decisões de gerenciamento de cuidados e impacta positivamente na saúde; bem como faz com que os profissionais de saúde possam olhar para as características sociodemográficas e clínicas e planejar um cuidado que atenda suas necessidades de modo contínuo e integral<sup>30</sup>. Considerar o melhor dia e horário para uma paciente que está se adaptando a uma nova rotina com seu bebê impacta positivamente no seu acompanhamento ambulatorial e constitui importante estratégia para qualificar a TC. Logo, se o agendamento se adapta

à sua rotina, a probabilidade de adesão à consulta é maior, consequentemente, há redução de riscos, já que problemas são detectados e tratados precocemente.

Apesar dos benefícios mencionados no que diz respeito ao agendamento de consulta a partir das preferências asseguradas, o escore desse fator foi insatisfatório e convergiu com os relatos que trazem à tona uma triste realidade na APS no Brasil, onde barreiras de acesso são impostas e justificadas de forma equívoca. Nos relatos foram mencionados dois casos em que puérpera e RN não foram avaliados em consulta por falta de Internet no local e falta de cartão do SUS.

Outro fator com escore negativo foi o entendimento das medicações, e sua pontuação também foi explicada nos relatos da abordagem qualitativa. As mulheres mencionaram que, quando internadas, as explicações sobre os medicamentos foram ofertadas no momento da administração dos mesmos e, por vezes, eram realizadas em virtude de indagações. Quanto ao entendimento das prescrições medicamentosas para a alta hospitalar, a maioria manifestou compreensão adequada. Entretanto, relativo às orientações sobre efeitos adversos, a totalidade das participantes informou ausência de orientação, reafirmando questão já evidenciada por outro estudo,<sup>21</sup> de que a orientação sobre efeitos adversos de medicamentos ainda é incipiente.

Além disso, verificou-se que as idades elevadas foram correlacionadas aos menores escores nesse fator. Podemos relacionar esta questão a duas situações: que as mulheres com idades elevadas recebem menos orientações relativas a medicações ou que mulheres com idades elevadas possuem maior dificuldade de compreensão das orientações.

Tendo em vista que mitos e crenças permeiam o período pós-parto e que as mulheres se preocupam com a administração de medicamentos nesta fase de amamentação, é importante que elas sejam informadas adequadamente, aliviando preocupações e inseguranças no seu autocuidado.

Ao realizarmos as comparações da escala CTM-15 com as características obstétricas, constatamos que mulheres que tinham mais de quatro partos ou que tiveram intercorrências obstétricas apresentaram menores escores, com diferença significativa na avaliação nos fatores preparo para o autogerenciamento, entendimento das medicações e preferências asseguradas. Uma possível explicação para este achado pode ser o fato de que mulheres com mais filhos também tenham baixo nível de letramento em saúde, hipótese que pode ser analisada em estudo futuro. Logo, podemos inferir que a menor pontuação, neste caso, pode estar relacionada tanto à paridade/experiência das puérperas, quanto a possíveis déficits de informações recebidas.

Ao analisar as preferências asseguradas, constatou-se que mulheres com mais de três cesarianas tiveram menos preferências asseguradas, ou seja, foram menos escutadas em relação às suas necessidades. A partir desta constatação, pressupõe-se que profissionais de saúde possam adotar condutas preconceituosas frente a mulheres, já que se expõem a uma gestação, sabidamente, de risco elevado. No entanto, a Organização Mundial de Saúde enfatiza que, independentemente do contexto em que a mulher está inserida, devem ser ouvidas e suas necessidades ser reconhecidas, a fim de se promover experiência pós-natal positiva<sup>5</sup>.

No que tange às intercorrências, obtiveram-se impactos representativos nos quatro fatores, apontando para escores médios significativamente maiores entre as pacientes sem intercorrências. Logo, mulheres que apresentaram intercorrências possivelmente exigiram cuidados mais complexos e abrangentes da equipe de saúde. Além disso, se depararam com situações que divergiram de suas expectativas, tendo de se readaptar de acordo com sua situação de saúde. Essas questões podem ter influenciado de forma negativa na avaliação da TC. Estudo realizado na Suécia com 189 pacientes neurológicos teve resultados semelhantes, indicando que, quanto maior o grau de gravidade, pior a avaliação da TC<sup>13</sup>.

Por fim, os resultados deste estudo mostraram que as variáveis sociodemográficas tiveram uma relação de independência em relação à TC. No entanto, as características obstétricas impactaram

significativamente em todos os fatores, mostrando que esta população requer estratégias de TC específicas. Sendo assim, destaca-se o ineditismo do trabalho, tendo em vista que encontramos na literatura um estudo que mensura a qualidade da TC na perspectiva das puérperas, e nenhum com o desenho misto, o que permitiu, na análise conjunta, compreender melhor os resultados.

## Limitações

A pesquisa tem como limitação a ausência de estudos prévios que avaliem a qualidade da TC em puérperas para discussão dos dados. Espera-se que este estudo suscite o debate sobre a TC, em especial, em puérperas de risco.

## CONCLUSÃO

A TC no puerpério de risco, na avaliação geral, apresentou qualidade insatisfatória, 69,2 ( $\pm 17,0$ ). Puérperas com mais de quatro filhos por parto vaginal ou cesariana apresentaram menores escores e significativamente diferentes nos fatores preparo para o autogerenciamento, entendimento das medicações, e preferências asseguradas. Puérperas sem intercorrências clínicas apresentaram associação significativa, com maiores escores em todos os fatores.

Na análise integrada dos dados, observou-se que os escores insatisfatórios dos fatores de entendimento das medicações e preferências asseguradas convergiram com os dados qualitativos. As orientações sobre medicamentos e seus efeitos são frágeis, o que pode refletir em insegurança no autogerenciamento de sua condição de saúde. A garantia de agenda na APS nem sempre é assegurada na alta hospitalar e não considera o melhor dia e horário para as puérperas, o que poderia contribuir para um melhor acompanhamento ambulatorial e evitar complicações precoces.

Esta é a primeira pesquisa brasileira que avalia a qualidade da TC no puerpério de risco por meio de estudo de métodos mistos. Destaca-se a contribuição deste estudo para a Enfermagem, bem como para a equipe multiprofissional, que exercem papel fundamental na TC. Sugere-se que que outras pesquisas sejam realizadas, dando maior visibilidade ao tema e propiciando mudanças na prática de cuidado, estudando intervenções de TC específicas para puérperas de risco.

## REFERÊNCIAS

1. Coleman EA, Boult C. Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2003 [acesso 2024 Mar 03];51(4):556-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2003.51186.x>
2. Rodrigues CD, Lorenzini E, Onwuegbuzie AJ, Oelke ND, Garcia CF, Malkiewicz MM, et al. Care transition from the perspectives of oncological patients and the multiprofessional care team. *Cancer Nurs*. [Internet]. 2022 [acesso 2024 Mar 03]11;47(1):E47-56. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/ncc.0000000000001160>
3. World Health Organization (WHO). WHO urges quality care for women and newborns in critical first weeks after childbirth [Internet]. 2022 [acesso 2024 Nov 22]. Disponível em: <https://www.who.int/es/news/item/30-03-2022-who-urges-quality-care-for-women-and-newborns-in-critical-first-weeks-after-childbirth>
4. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. [Internet]. 2014. [acesso 2024 Nov 22]. Disponível em: [https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Guia\\_practica\\_AEP.pdf](https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Guia_practica_AEP.pdf)

5. World Health Organization (WHO). WHO recommendations on maternal and newborn care for a Positive postnatal experience. [Internet] 2022 [acesso 2024 Nov 22]. Disponível em: <https://reliefweb.int/report/world/who-recommendations-maternal-and-newborn-care-positive-post-natal-experience>
6. De Azevedo Bittencourt SD, Cunha EM, Domingues RMSM, Dias BAS, Dias MAB, Torres JA, et al. Nascer no Brasil continuidade do cuidado na gestação e pós-parto à mulher e ao recém-nato. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2020 [acesso 2024 Nov 22];54:100. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002021>
7. Fusquine RS, Lino NCF, Chagas ACF, De Toledo Candido Muller K. Adesão e rejeição à consulta puerperal por mulheres de uma unidade básica de saúde da família. *Arq Ciên Saud* [Internet]. 2019 [acesso 2024 Nov 22];28;26(1):37. Disponível em: <https://doi.org/10.17696/2318-3691.26.1.2019.1241>
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada. Saúde da mulher na gestação, parto e puerpério. Brasília, DF (BR): Ministério da Saúde; São Paulo, SP(BR): Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein [Internet]. 2019 [acesso 2024 Nov 22]. Disponível em: [https://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2021/11/notatecnica\\_saude\\_mulher.pdf](https://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2021/11/notatecnica_saude_mulher.pdf)
9. Lorenzini E, Boell JEW, Oelke ND, Rodrigues CD, Trindade LF, Winter VDB, et al. Care transition from hospital to home: Cancer patients' perspective. *BMC Research Notes* [Internet]. 2020 [acesso 2024 Nov 22];13:267. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13104-020-05099-x>
10. Petersen AGP, Kolankiewicz ACB, Casagrande D, Pluta P, Winter VDB, De Carvalho FF, et al. Weaknesses in the Continuity of care of puerperal Women: An Integrative Literature Review. *Rev Bras Ginecol Obstet*. [Internet]. 2023 [acesso 2024 Nov 22];45(7):e415-21. Disponível em: <https://doi.org/10.1055/s-0043-1772185>
11. Acosta AM, Da Silva Lima MAD, Pinto IC, Weber LAF. Care transition of patients with chronic diseases from the discharge of the emergency service to their homes. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2020 [acesso 2024 Nov 22];41(Spe):e20190155. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190155>
12. Rodrigues CD, Lorenzini E, Romero MP, Oelke ND, Winter VDB, Kolankiewicz ACB. Care transitions among oncological patients: From hospital to community. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2022 [acesso 2024 Nov 22];56:e20220308. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2022-0308en>
13. Lindblom S, Flink M, Sjöstrand C, Laska AC, Von Koch L, Ytterberg C. Perceived Quality of Care Transitions between Hospital and the Home in People with Stroke. *J Am Med Dir Assoc* [Internet]. 2020 [acesso 2024 Nov 22];21(12):1885-92. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.06.042>
14. Hwang JI, Chung JH, Kim HK. Psychometric properties of transitional care instruments and their relationships with health literacy: Brief PREPARED and Care Transitions Measure. *J Qual Health Care* [Internet]. 2019 [acesso 2024 Nov 22];31(10):774-80. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzz033>
15. Yusof NFM, Tan NCE. Perceived quality of transitional care between public hospital and public health care clinic in Negeri sembilan, Malaysia: A pilot study. *MJPHM* [Internet]. 2020 [acesso 2024 Nov 22];20(1):90-101. Disponível em: <https://doi.org/10.37268/mjphm/vol.20/no.1/art.555>
16. Hu R, Gu B, Tan Q, Xiao K, Li X, Cao X, et al. The effects of a transitional care program on discharge readiness, transitional care quality, health services utilization and satisfaction among Chinese kidney transplant recipients: A randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2020 [acesso 2024 Nov 22];110:103700. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103700>

17. Berghetti L, Danielle MBA, Winter VDB, Petersen AGP, Lorenzini E, Kolankiewicz ACB. Transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas e sua relação com as características clínicas e sociodemográficas. *Rev Latino-Am Enferm* [Internet]. 2023 [acesso 2024 Nov 22];31:e4013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6594.4015>
18. Cechinel-Peiter C, De Melo Lanzoni GM, De Mello ALSF, Acosta AM, Pina JC, De Andrade SR, et al. Quality of transitional care of children with chronic diseases: A cross-sectional study. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2022 [acesso 2024 Nov 22];56:e20210535. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2021-0535>
19. Winter VDB, Berghetti L, Dezordi CCM, Camera FD, Kolankiewicz ACB. Transição de cuidado de pacientes internados por COVID-19 e sua relação com as características clínicas. *Acta Paul de Enferm* [Internet]. 2024 [acesso 2024 Nov 22];37:eAPE00012. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2024ao0000012>
20. Yeh AM, Song AY, Vanderbilt DL, Gong C, Friedlich PS, Williams R, et al. The association of care transitions measure-15 score and outcomes after discharge from the NICU. *BMC Pediatrics* [Internet]. 2021 [acesso 2024 Nov 22];21:7. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12887-020-02463-5>
21. Petersen AGP, Tronco CS, Casagrande D, Pluta P, Winter VDB, Carvalho FF, et al. Validação psicométrica da care transitions measure (CTM-15) para uso brasileiro em puérperas de risco. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2023[acesso 2024 Nov 22];32:e20220341. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2022-0341pt>
22. Molina-Azorin JF, Fetters MD. The Journal of Mixed Methods Research starts a new decade. *Mix Methods Res* [Internet]. 2017 [acesso 2024 Nov 22];11(2):143–55. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1558689817696365>
23. Creswell JW. A concise introduction to mixed methods research. Thousand Oaks: Sage; 2015.
24. Coleman EA, Mahoney E, Parry C. Assessing the Quality of Preparation for Posthospital Care from the Patient? *Med Care* [Internet]. 2005 [acesso 2024 Nov 22];43(3):246–55. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/00005650-200503000-00007>
25. Acosta AM, Lima MADs, Marques GQ, Levandovski PF, Weber LAF. Brazilian version of the Care Transitions Measure: translation and validation. *Int Nurs Rev* [Internet]. 2016 [acesso 2024 Nov 22];64(3):379–87. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/inr.12326>
26. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo, SP(BR): Hucitec, 2014.
27. Aued GK, Bernardino E, Lapierre J, Dallaire C. Atividades das enfermeiras de ligação na alta hospitalar: uma estratégia para a continuidade do cuidado. *Rev Latino-Am Enferm* [Internet]. 2019 [acesso 2024 Nov 22];27:e3162. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3069.3162>
28. Pautasso FF, Lobo TC, Flores CD, Caregnato RCA. Nurse Navigator: Development of a program for Brazil. *Rev Latino-Am Enferm* [Internet]. 2020 [acesso 2024 Nov 22];28: e3275. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3258.3275>
29. Shersher V, Haines TP, Sturgiss L, Weller C, Williams C. Definitions and use of the teach-back method in healthcare consultations with patients: A systematic review and thematic synthesis. *Patient Educ Couns*. [Internet]. 2021 [acesso 2024 Nov 22];104(1):118–29. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.07.026>
30. De Carvalho FF, Petersen AGP, Tronco CS, Casagrande D, De Oliveira Rodrigues F, Griep RH, et al. Social support among puerperal at risk: association with sociodemographic and clinical characteristics. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2024 [acesso 2024 Nov 22];29:e91561. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/ce.v29i0.95053>

## NOTAS

### ORIGEM DO ARTIGO

Extraído da dissertação – Transição do cuidado na perspectiva de puérperas risco e profissionais de saúde, apresentada ao Programa de Pós-Graduação Atenção Integral à Saúde, da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, em 2024.

### CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do estudo: Casagrande D, Petersen AG, Tronco CS, Romero MP, Kolankiewicz ACB.

Coleta de dados: Casagrande D, Petersen AG, Kolankiewicz ACB.

Análise e interpretação dos dados: Rosa ACM, Casagrande D, Petersen AG, Tronco CS, Romero MP, Kolankiewicz ACB.

Discussão dos resultados: Casagrande D, Petersen AG, Rosa ACM, Tronco CS, Thum C, Kolankiewicz ACB.

Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Casagrande D, Petersen AG, Tronco CS, Romero MP, Thum C, Kolankiewicz ACB.

Revisão e aprovação final da versão final: Rosa ACM, Casagrande D, Petersen AG, Tronco CS, Thum C, Romero MP, Kolankiewicz ACB.

### AGRADECIMENTO

Ao hospital de Clínicas de Ijuí, pela autorização para coletarmos os dados.

### FINANCIAMENTO

Bolsa produtividade Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), número 306855/2021-6. Programa de Apoio à Pós-Graduação (PROAP) – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), número 88881.993188/2024-01.

### APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, sob CAAE 57614722.4.0000.5350 e parecer n. 5.438.442 de 30 de maio de 2022.

### CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesses.

### EDITORES

Editores Associados: José Luís Guedes dos Santos, Ana Izabel Jatobá de Souza.

Editor-chefe: Elisiane Lorenzini.

### HISTÓRICO

Recebido: 22 de maio de 2024.

Aprovado: 02 de outubro de 2024.

### AUTOR CORRESPONDENTE

Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz.

adriane.bernat@unijui.edu.br

