

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM ATENÇÃO À SAÚDE

Talita Honorato Siqueira

**O PREPARO PARA A ALTA HOSPITALAR: ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E
ANÁLISE PSICOMÉTRICA DO *READINESS FOR HOSPITAL DISCHARGE
SCALE (RHDS) - ADULT FORM***

GOIÂNIA
2015

Talita Honorato Siqueira

**O PREPARO PARA A ALTA HOSPITALAR: ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E
ANÁLISE PSICOMÉTRICA DO *READINESS FOR HOSPITAL DISCHARGE*
SCALE (RHDS) - ADULT FORM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de pesquisa: Teoria, Métodos e Processos de Cuidar em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Vanessa da Silva Carvalho Vila

GOIÂNIA

2015

Dados Internacionais de Catalogação da Publicação (CIP)
(Sistema de Bibliotecas PUC Goiás)

H774p Honorato, Talita Siqueira.
O preparo para a alta hospitalar [manuscrito] : adaptação transcultural e análise psicométrica do Readiness for Hospital Discharge Scale (RHDS) Adult Form / Talita Honorato Siqueira – Goiânia, 2015.
158 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde, 2015.
“Orientadora: Profa. Dra. Vanessa da Silva Carvalho Vila”.

Bibliografia.

1. Hospitais – Utilização. 2. Pacientes – Posicionamento. I. Título.

CDU 616-052(043)

Talita Honorato Siqueira

**O PREPARO PARA A ALTA HOSPITALAR: ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E
ANÁLISE PSICOMÉTRICA DO *READINESS FOR HOSPITAL DISCHARGE*
SCALE (RHDS) - ADULT FORM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Atenção a Saúde, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, para obtenção do título de Mestre em Atenção a Saúde.

Aprovada em 17 de Dezembro de 2015.

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Dr.^a Vanessa da Silva Carvalho Vila
Presidente da banca-PUC Goiás

Prof.^a Dr.^a Virgínia Visconde Brasil
Membro Efetivo, Externo ao Programa FEN/UFG

Prof.^a Dr.^a Adenícia Custódia Silva e Souza
Membro Efetivo, Interno ao Programa-PUC Goiás

Prof.^a Dr.^a Helenides Mendonça
Membro Suplente, Interno ao Programa-PUC Goiás

RESUMO

SIQUEIRA, T. H. **O preparo para a alta hospitalar:** adaptação transcultural e análise psicométrica do *Readiness for Hospital Discharge Scale (RHDS) – Adult Form*. 2015. 158p. Dissertação de Mestrado – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia.

Estudo metodológico com objetivo de traduzir e adaptar o *Readiness for Hospital Discharge Scale (RHDS) Adult Form* para o português – Brasil e avaliar a validade e a confiabilidade da versão adaptada em uma amostra de pacientes brasileiros que foram submetidos a alta hospitalar. O RHDS é um questionário composto por 21 itens subdivididos em quatro subescalas: estado pessoal, conhecimento, capacidade de enfrentamento e apoio esperado. Até o presente momento é o único instrumento disponível para ser administrado durante o período da hospitalização com a finalidade de medir a percepção do preparo para a alta hospitalar a partir da perspectiva do paciente, sendo considerado componente central para a segurança do paciente e análise da eficácia do processo de planejamento da alta hospitalar. O estudo foi desenvolvido em duas etapas sequenciais: 1. Adaptação Transcultural do instrumento de preparo para a alta hospitalar - RHDS; 2. Análise dos aspectos psicométricos do instrumento de preparo para a alta hospitalar - RHDS. O processo de adaptação transcultural seguiu os seguintes estágios metodológicos: 1. Tradução do RHDS para a língua portuguesa brasileira; 2. Obtenção do primeiro consenso da versão em português; 3. Avaliação pelo Comitê de Especialistas; 4. Retrotradução; 5. Obtenção do consenso das versões em inglês e comparação com a versão original; 6. Submissão e avaliação dos relatórios do instrumento à autora da versão original; 7. Análise semântica dos itens; 8. Pré-teste. Os dados foram coletados entre abril e setembro de 2015, mediante entrevistas de 121 participantes hospitalizados em uma unidade de internação clínica de um hospital universitário de Brasília. A média do tempo de aplicação do instrumento variou de cinco a dez minutos. Constatou-se o predomínio de indivíduos do sexo feminino (54,5%) com média de idade e escolaridade respectivamente de 53,2 e 7,7 anos. A média do tempo de hospitalização foi de 12,25 dias (Desvio-Padrão - DP=8,89), com o mínimo de 1 e máximo de 47 dias de internação. Foram observadas correlações positivas ($r=0,14$ a $0,54$) entre os itens do RHDS, assim como entre o RHDS e suas subescalas. Ao comparar o RHDS original e a versão inicial do instrumento brasileiro, verificou-se valores semelhantes referentes à confiabilidade e média do escore dos itens e a média de correlação interitens mais discrepante envolveu a subescala apoio esperado. A análise de constructo discriminante demonstrou a capacidade do instrumento de discriminar grupos em relação à idade e ter ou não acompanhante. A análise fatorial exploratória resultou numa versão de 12 itens distribuídos em três fatores que foram renomeados em: capacidade para o autocuidado, apoio esperado e conhecimento com percentual de variância total explicada de 51,26%. A confiabilidade (alfa de *Cronbach*) total dessa versão foi de 0,72 variando entre 0,72 a 0,83 entre as suas subescalas. Os resultados preliminares atenderam aos critérios de validade e confiabilidade. Sugere-se novos estudos que contemplem outras análises psicométricas do RHDS-Br que testarão a estrutura da versão abreviada com 12 itens para ser utilizada no contexto brasileiro.

Palavras-chave: Estudos de Validação; alta hospitalar; segurança do paciente.

ABSTRACT

Siqueira, T. H. **Preparing for hospital discharge**: Transcultural adaptation and psychometric analysis of the Readiness for Hospital Discharge Scale (RHDS) - Adult Form. 2015. 158p. Master's Thesis - Catholic University of Goiás, Goiânia, Brazil.

Methodological study to translate and adapt the Readiness for Hospital Discharge Scale (RHDS) Adult Form for Brazilian Portuguese and evaluate the validity and reliability of the adapted version in a sample of Brazilian patients submitted for hospital discharge. The RHDS is a questionnaire consisting of 21 items divided into four subscales: personal status, knowledge, coping ability and expected support. To date it is the only instrument available for administration during the hospitalization period in order to measure the perception of preparation for discharge from the patient's perspective. It is considered a core component for patient safety and efficacy analysis in the process of planning for discharge. The study was conducted in two sequential steps: 1. Transcultural Adaptation of the discharge preparation tool - RHDS; 2. Analysis of the psychometric aspects of the discharge preparation tool - RHDS. The process of cultural adaptation followed the following methodological stages: 1. Translation of the RHDS into Brazilian Portuguese; 2. Completion of first consensus version in Portuguese; 3. Evaluation by the Committee of Specialists; 4. Back-translation; 5. Obtaining the consensus of versions in English and comparing them to the original version; 6. Submission and evaluation of instrument reports to the author of the original version; 7. Semantic analysis of the items; 8. Pre-test. Data were collected between April and September 2015 by interviewing 121 participants hospitalized in an inpatient clinic of a university hospital in Brasilia, Brazil. The average time to apply the tool ranged from five to ten minutes. Participants were primarily females (54.5%) with mean age and education of 53.2 and 7.7 years respectively. The average hospital stay was 12,25 days (Standard deviation - SD = 8.89), with a minimum of 1 and a maximum of 47 days of hospitalization. Positive correlations were observed ($r = 0,14$ to $0,54$) among the RHDS items, as well as between the RHDS and its subscales. Comparing the original RHDS and the initial version of the Brazilian tool found that similar values were found regarding the reliability and mean score of items, the least accurate average inter-item correlation involved the expected support subscale. Analysis of discriminant construct demonstrated the capacity of the instrument to discriminate groups with respect to age and whether escorted or not. Exploratory factor analysis resulted in a version of 12 items divided into three factors, renamed: ability to self-care, expected support, and knowledge, as a percentage of total explained variance of 51,26%. The total reliability (Cronbach's alpha) of this version was 0,72, ranging from 0,72 to 0,83 among subscales. Preliminary results met validity and reliability criteria. Further studies addressing other psychometric analyses of RHDS-Br are needed to test the structure of the shortened version with 12 items to be used in the Brazilian context.

Keywords: Validation studies, hospital discharge, patient safety.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figuras

- Figura 1 - Diagrama esquemático do processo de adaptação transcultural e análise das propriedades psicométricas do *Readiness for Hospital Discharge Scale (RHDS) Adult Form* 35
- Figura 2 - Diagrama esquemático do processo de adaptação transcultural do *Readiness for Hospital Discharge Scale Adult Form* versão brasileira (RHDS-Br) 36

Quadros

- Quadro 1 - Descrição dos 21 itens do RHDS 26
- Quadro 2 - Modificações realizadas nos itens do RHDS na Versão Consensual Português – 1 após avaliação do Comitê de Especialistas (Versão Português Consensual – 2). Brasília, Distrito Federal, 2014 48
- Quadro 3 - Modificações na redação da Versão Português Consensual – 2 nos itens 15 e 23 do RHDS após avaliação das retrotraduções. Brasília, Distrito Federal, 2015 52
- Quadro 4 - Itens da Versão Português Consensual – 3 nos quais os participantes do pré-teste (n=40) encontraram dificuldades. Brasília, Distrito Federal, 2015 55

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição da amostra conforme a avaliação geral do instrumento RHDS (n=40). Brasília, Distrito Federal, 2015	56
Tabela 2 -	Distribuição da amostra conforme a caracterização socioeconômica (n=121). Brasília, Distrito Federal, 2015	57
Tabela 3 -	Distribuição da amostra (n=121), conforme as variáveis clínicas do estudo. Brasília, Distrito Federal, 2015	58
Tabela 4 -	Distribuição da amostra (n=121), conforme as variáveis referentes à caracterização da hospitalização. Brasília, Distrito Federal, 2015	59
Tabela 5 -	Coeficiente de correlação item-total, Alfa de Cronbach total dos itens do RHDS-Br e alfa quando cada um dos itens foi excluído. Brasília, Distrito Federal, 2015	60
Tabela 6 -	Coeficiente de correlação item-total, Alfa de Cronbach total dos itens das subescalas do RHDS-Br quando cada um dos itens foi excluído. Brasília, Distrito Federal, 2015	62
Tabela 7 -	RHDS (Original revisado com 21 itens) e RHDS-Br (21 itens) e suas características (n=121). Brasília, Distrito Federal, 2015	64
Tabela 8 -	Correlações entre as subescalas do RHDS-Br com o total da escala (n=121). Brasília, Distrito Federal, 2015	65
Tabela 9 -	Comparação das médias do RHDS adaptado com a idade e ter ou não acompanhante (n=121). Brasília, Distrito Federal, 2015	66
Tabela 10 -	Apresentação das cargas fatoriais dos itens por subescalas do RHDS-Br (n=121). Brasília, Distrito Federal, 2015	68

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AFE	Análise Fatorial Exploratória
AH	Alta Hospitalar
AHRQ	<i>Agency for Health care Research and Quality</i>
DP	Desvio-padrão
IC	Intervalo de Confiança
IDEAL	<i>Include, Discuss, Educate, Assess, Listen</i>
KMO	<i>Kaiser-Meyer-Olkin</i>
PPAH	Preparo para Alta Hospitalar
RHDS	<i>Readiness for Hospital Discharge Scale – Adult Form</i>
RHDS - C	<i>Readiness for Hospital Discharge Scale Adult Form – China</i>
RHDS - Fr	<i>Readiness for Hospital Discharge Scale Adult Form – Francês</i>
RHDS - Br	<i>Readiness for Hospital Discharge Scale Adult Form - Brasil</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Science</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRAPD	<i>Translate, Review, Adjudicate, Pretest</i>
VFP - Br	Versão Final em português brasileiro
VI - 1	Versão Inglês – 1
VI - 2	Versão Inglês – 2
VIF	Versão Inglês Final
VP - 1	Versão Português – 1
VP - 2	Versão Português – 2
VPC - 1	Versão Português Consensual – 1
VPC - 2	Versão Português Consensual – 2
VPC - 3	Versão Português Consensual – 3

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVOS	17
2.1	Objetivo Geral	17
2.2	Objetivos Específicos	17
3	REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO	18
3.1	Alta hospitalar: planejamento e preparo	18
3.2	Avaliação do preparo para alta hospitalar: Readiness for Hospital Discharge Scale (RHDS – 21 itens)	24
3.3	Adaptação transcultural de um instrumento de medida de constructo subjetivo e análise das propriedades psicométricas	27
4	MÉTODO	35
4.1	Desenho do Estudo	35
4.2	Permissão dos autores para a adaptação transcultural e o uso do instrumento	35
4.3	O processo de adaptação transcultural do RHDS no Brasil	36
4.3.1	Tradução para a língua portuguesa	36
4.3.2	Obtenção do primeiro consenso da versão em português	37
4.3.3	Avaliação pelo Comitê de Especialistas	38
4.3.4	Retrotradução	38
4.3.5	Obtenção do consenso das versões em inglês em comparação com a versão original	39
4.3.6	Submissão e avaliação da autora da versão original	39
4.3.7	Análise semântica dos itens	40
4.3.8	Pré-teste	40
4.4	Análise das propriedades psicométricas da versão brasileira do RHDS	40
4.4.1	Validade de face e conteúdo	40
4.4.2	Confiabilidade	41
4.4.3	Validade de constructo	41
4.5	Procedimentos	42

4.5.1	Local do Estudo	42
4.5.2	População e amostra	42
4.5.3	Descrição dos instrumentos de coleta de dados	43
4.5.3.1	Variáveis do Estudo	43
4.5.4	Procedimentos para coleta de dados	43
4.6	Processamento e análise de dados	44
4.7	Aspectos éticos	45
5	RESULTADOS	46
5.1	Adaptação transcultural do <i>Readiness for Hospital Discharge Scale (RHDS) – Adult Form</i>	46
5.1.1	Avaliação do comitê de especialistas	46
5.1.2	Obtenção do consenso em inglês e comparação com a versão original	52
5.1.3	Avaliação do instrumento pelo autor da versão original	52
5.1.4	Análise semântica	53
5.1.5	Pré-teste	54
5.2	Análise Psicométrica	56
5.2.1	Caracterização dos participantes – dados socioeconômicos, clínicos e da hospitalização	56
5.2.2	Análise da Confiabilidade	59
5.2.3	Validade de constructo	65
5.2.3.1	Validade discriminante	65
5.2.3.2	Análise fatorial exploratória	66
6	DISCUSSÃO	69
7	CONCLUSÕES	75
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
	REFERÊNCIAS	77
	APÊNDICES	86
	APÊNDICE A – VERSÃO PORTUGUÊS CONSENSUAL 1 (VPC-1)	86
	APÊNDICE B – CARTA AO COMITÊ DE ESPECIALISTAS	93
	APÊNDICE C – VERSÃO PORTUGUÊS CONSENSUAL 2 (VPC-2)	108

APÊNDICE D – FINAL CONSENSUS BACK TRANSLATION RHDS BRAZILIAN PORTUGUESE	112
APÊNDICE E – VERSÃO PORTUGUÊS CONSENSUAL 3 (VPC-3)	116
APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	120
APÊNDICE G – ANÁLISE SEMÂNTICA – READINESS FOR HOSPITAL DISCHARGE SCALE ADULT FORM	122
APÊNDICE H – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA	131
ANEXOS	133
ANEXO A – READINESS FOR HOSPITAL DISCHARGE – ADULT FORM	133
ANEXO B – AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE INSTRUMENTO	136
ANEXO C – VERSÃO PORTUGUÊS 1 (VP-1)	137
ANEXO D – VERSÃO PORTUGUÊS 2 (VP-2)	141
ANEXO E – VERSÃO INGLÊS 1 (VI-1)	145
ANEXO F – VERSÃO INGLÊS 2 (VI-2)	149
ANEXO G – APROVAÇÃO DAS RETROTRADUÇÕES	153
ANEXO H – CARTA DE INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE	154
ANEXO I – APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA	155

1 INTRODUÇÃO

A alta hospitalar (AH) é reconhecida como momento crítico do processo de hospitalização e que requer intervenções eficazes para garantir a qualidade, a segurança, o acesso e a continuidade dos cuidados entre os diferentes níveis de atenção à saúde e/ou o contexto domiciliar (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010; COLEMAN et al., 2002).

Pesquisadores descrevem que esse período é reconhecido pelo paciente e família como momento frágil, tenso e inseguro, principalmente para as pessoas que vivenciam condições crônicas de saúde e que enfrentam situações clínicas complexas, que demandarão cuidados após o período de hospitalização (DELTATORRE et al., 2013; GANZELLA; ZAGO, 2008; POMPEO et al., 2007).

A alta hospitalar deverá ser considerada na perspectiva do cuidado transicional compreendido como o processo de cuidar em um momento de mudança que resulta em novos papéis e novas relações conduzindo as pessoas a novas autoconcepções acerca da realidade social vivenciada (COLEMAN et al., 2003, 2004).

No cenário mundial existe forte pressão sobre os serviços de saúde para a implementação de protocolos clínicos para a alta precoce relacionados à necessidade de prevenir infecções hospitalares, de reduzir os custos hospitalares e ainda frente a elevada demanda por leitos hospitalares (GANZELLA; ZAGO, 2008; POMPEO et al., 2007; SUZUKI et al., 2011).

Apesar do reconhecimento da necessidade de abreviar o tempo de internação, observa-se um modelo assistencial fortemente centrado nos aspectos imediatos do cuidado, sem levar em consideração a necessidade do adequado preparo para a alta hospitalar. A alta hospitalar não significa o final de um processo de cuidar, mas a manutenção da continuidade e integralidade do cuidado além das fronteiras do hospital no contexto domiciliar, do Sistema Único de Saúde e da Rede de Atenção à Saúde (BONFADA et al., 2012). No entanto, existem lacunas assistenciais que dificultam essa importante intervenção em saúde que não deve ocorrer apenas como um processo técnico.

Proporção significativa de reinternações poderiam ser evitadas se os sistemas de saúde colocassem em prática as intervenções de cuidado transicional; nesse caso, o planejamento da alta hospitalar é reconhecido como fundamental para garantir a eficácia da continuidade dos cuidados (COLEMAN et al., 2002; GANZELLA; ZAGO, 2008; OTTENBACHER et al., 2014; SUZUKI et al., 2011).

O foco na redução do tempo de permanência hospitalar trouxe repercussões negativas, tais como a redução do tempo disponível dos profissionais de saúde para o planejamento da alta, compreendido como um conjunto de ações interdisciplinares que deveriam ser programadas precocemente de acordo com as necessidades de cada cliente (pessoa enferma e/ou família) (BAUER et al., 2009; POMPEO et al., 2007; SOUSA et al., 2014).

Os estudos científicos apontam que a alta hospitalar tem sido implementada de modo fragmentado, incompleto, desconsiderando a percepção do paciente e família, em relação ao preparo para alta hospitalar (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010; CLANCY, 2009; GANZELLA; ZAGO, 2008; HALASYAMANI et al., 2006).

A falta de preparo para alta hospitalar expõe as pessoas ao risco de reinternação hospitalar, e os pesquisadores descrevem que entre esses fatores associados estão: a complexidade das condições clínicas (doença pulmonar obstrutiva crônica, diabetes, insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral, depressão); o elevado número de medicamentos utilizados simultaneamente e de alto risco; o baixo letramento funcional em saúde; os déficits de comunicação, informação e esclarecimento; a falta do encaminhamento adequado aos serviços de saúde; as dificuldades no apoio social; a má gestão do cuidado no período transicional, relacionada, principalmente à falta de participação do paciente e da família no planejamento da alta (AXON; WILLIAMS, 2011; COLEMAN et al., 2002; GREENWALD; JACK, 2009; JHA et al., 2009; KANSAGARA et al., 2011; OTTENBACHER et al., 2014; SPEHAR et al., 2005).

Assim, o preparo para a alta é definido como um constructo complexo e multidimensional que requer a avaliação multidisciplinar para a tomada de decisão quanto a perspectiva de alta. Essa decisão é da equipe médica fundamentada em critérios clínicos e laboratoriais, bem como, da discussão com os demais membros da equipe que definirá esse processo (ANTHONY; BARR, 2004; WEISS et al., 2007, 2014).

No Brasil, os pesquisadores descrevem que o cuidado na alta hospitalar tem sido negligenciado e os enfermeiros encontram dificuldades, pois, muitas vezes, suas atividades estão limitadas a confirmar instruções fornecidas pelo médico e a realizar anotação no prontuário de aspectos relacionados ao horário e às condições físicas em que o cliente está deixando o hospital. Outras vezes, deficit na comunicação entre os profissionais de saúde prejudicam a definição prévia do momento da alta, e muitas vezes o enfermeiro toma conhecimento da mesma tardiamente (PEREIRA et al., 2007).

Na prática clínica observa-se que a orientação para a alta hospitalar é dada no momento da saída do paciente, contradizendo a literatura que preconiza o início do planejamento dessa intervenção a partir do momento em que o paciente é admitido na instituição, e desenvolvido durante todo o processo de internação (CESAR; SANTOS, 2005; COLEMAN et al., 2002; KANSAGARA et al., 2011). Esse aspecto tem gerado a ocorrência de eventos adversos, já que muitas orientações são oferecidas ao mesmo tempo, com o agravante de não serem realizadas por escrito, dificultando a compreensão do paciente (HUBER; McCLELLAND, 2003; POMPEO et al., 2007).

Essa problemática inviabiliza que sejam asseguradas às pessoas e aos cuidadores familiares, as informações necessárias para o desenvolvimento de habilidades para a continuidade do cuidado após a alta hospitalar, considerando a necessidade de autogerenciamento, do autocuidado (independente e /ou apoiado) e do preparo para a readaptação à rotina diária (ANTHONY; BARR, 2004; WEISS et al., 2007, 2014).

Ao revisar a literatura científica foram identificados estudos que descrevem a importância de protocolos específicos para o planejamento da alta hospitalar com ênfase no preparo da pessoa e seus familiares para o cuidado domiciliar (AHRQ, 2013; DH, 2003, 2004, 2010; HQO, 2013; SIGN, 2012). Os estudos descrevem que quando as pessoas e os cuidadores familiares estão bem informados, orientados e habilitados para cuidar em situações que demandarão alto nível de dependência, a segurança para o processo de transição entre os ambientes de cuidados ocorre de maneira mais efetiva, proporcionando melhor continuidade e maior adesão aos tratamentos propostos (BARRETO et al., 2008; DELATORRE et al., 2013; FOUST, 2007; MIASSO; CASSIANI, 2005; SHEPPERD et al., 2004; SUZUKI et al., 2011).

O planejamento da alta (PA) compreende um conjunto de ações interdisciplinares que deverão ser programadas precocemente de acordo com as necessidades de cada cliente (pessoa enferma e/ou família) (POMPEO et al., 2007; SOUSA et al., 2014). Essa intervenção deverá ser iniciada a partir da admissão, e assim que for estimada ou definida a data da alta, os profissionais deverão iniciar o treinamento do paciente e do cuidador para a implementação dos cuidados (AHRQ, 2013; COLEMAN et al., 2002; DH, 2003, 2004, 2010; KANSAGARA et al., 2011; OTTENBACHER et al., 2014).

O objetivo do planejamento de alta (PA) é facilitar o processo de transição do paciente de um nível de cuidados para outro (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010). Essa intervenção é fundamental para garantir a qualidade do processo de recuperação e reabilitação frente às enfermidades (HUBER; McCLENLLAND, 2003).

O plano de alta hospitalar cria possibilidades para a manutenção ou melhoria no estado de saúde visando o auxílio para a recuperação da pessoa, com vistas a minimizar as inseguranças e proporcionar melhor qualidade de vida familiar e social, bem como prevenir complicações e/ou comorbidades e evitar reinternações (CESAR; SANTOS, 2005; MARIN; ANGERAMI, 2002).

Sob tal perspectiva é preciso considerar que as estratégias sistemáticas de coordenação para o preparo da alta hospitalar devem ser iniciativas subsidiadas e aperfeiçoadas com a finalidade de: fornecer as orientações necessárias para a prevenção, tratamento e o controle da enfermidade; subsidiar a promoção e a manutenção da saúde; identificar as necessidades do paciente e da família; incentivar a adesão ao tratamento proposto; reduzir a frequência das hospitalizações não planejadas; educar os familiares e pacientes para o entendimento e a compreensão de como enfrentar o tratamento e o cuidado após a alta hospitalar (BARRETO et al., 2008; DELATORRE et al., 2013; FOUST, 2007; MIASSO; CASSIANI, 2005; SUZUKI et al., 2011).

O constructo preparo para alta hospitalar (PPAH) tem sido considerado um componente central para a análise da eficácia do processo de planejamento da alta hospitalar e um fator de contribuição para o risco de readmissão, pois em estudos que avaliaram esse constructo indicaram que pacientes que reportaram baixo preparo para alta estavam sob o risco de vivenciarem complicações em casa e de readmissões (WEISS et al., 2007, 2014).

O PPAH é definido como o julgamento e a autopercepção sobre o nível de preparo relacionado ao estado de saúde do paciente e suas habilidades para o autocuidado no período de transição do hospital para o domicílio (WEISS; PIACENTINE, 2006). Alguns pesquisadores têm descrito que o preparo para alta é um fenômeno complexo e multidimensional que poderá estimar a habilidade da pessoa para deixar o hospital (ANTHONY; HUDSON-BARR, 2004).

A medida desse constructo tem sido implementada por pesquisadores americanos (ARCHBOLD et al., 1990; COLEMAN et al., 2007; WEISS; PIACENTINE, 2006; SHYU et al., 2008), australianos (GRIMMER; MOSS, 2001), portugueses (FERREIRA et al., 2011), irlandeses (COFFEY; McCARTHY, 2013), chineses (LIN et al., 2014) e suecos (MABIRE et al., 2015), que apontam sua relevância para o estabelecimento de protocolos utilizados para estabelecer as intervenções pré-alta e pós-alta e a avaliação da qualidade dos cuidados prestados nos serviços de saúde no período intra-hospitalar por meio do preparo profissional da equipe de saúde que gerenciará o preparo do paciente e do seu familiar.

Considerando a importância dessa avaliação para estabelecer ações para melhoria da qualidade do processo de alta hospitalar, no processo de definição do escopo do presente estudo verificou-se que já existem instrumentos específicos utilizados para a avaliação do preparo para alta hospitalar, entre eles o *Preparedness for Caregiving Scale* (ARCHBOLD et al., 1990); o *PREPARED* (GRIMMER; MOSS, 2001); o *Caregiver Discharge Needs Satisfaction Scale* (SHYU et al., 2008), o *Care Transitions Measure* (COLEMAN et al., 2007) e *Readiness for Hospital Discharge Scale*, *Quality of Discharge Teaching Scale* e *Post-discharge coping difficulty Scale* (WEISS; PIACENTINE, 2006).

Entre esses instrumentos identificou-se que três avaliam a qualidade do planejamento da alta: o *PREPARED* (GRIMMER; MOSS, 2001), o *Care Transitions Measure* (COLEMAN et al., 2007) e o *Readiness for Hospital Discharge Scale Adult Form* (RHDS). As duas primeiras escalas são administradas após a alta hospitalar quando o paciente já está em casa e estão mais focadas na avaliação da qualidade do processo de alta, do que na autopercepção do preparo para alta (MABIRE et al., 2015).

O *Readiness for Hospital Discharge Scale Adult Form* (RHDS) é o único disponível e validado para avaliar o preparo para alta hospitalar na perspectiva do paciente antes da alta e com potencial para estabelecer uma avaliação das

intervenções pré-alta hospitalar (WEISS; PIACENTINE, 2006). Trata-se de um instrumento que é utilizado, não somente como medida da qualidade do preparo para alta hospitalar, mas também para identificar os pacientes em risco para readmissão (MABIRE; COFFEY; WEISS, 2015).

Esse instrumento desenvolvido por pesquisadores americanos tem sido utilizado em diferentes contextos (WEISS; PIACENTINE, 2006) e encontra-se traduzido e avaliado em termos psicométricos para utilização em países como Estados Unidos (WEISS; PIACENTINE, 2006), Suíça (MABIRE et al., 2015) e China (LIN et al., 2014). Tem mostrado ser um instrumento confiável e, ao longo do processo de análise tem sofrido adaptações nos diferentes contextos para promover uma medida de preparo confiável (BOBAY et al., 2010; MABIRE et al., 2015; MALONEY; WEISS, 2008; WEISS et al., 2004, 2007, 2014; WEISS; LOKKEN, 2009).

Considerando a inexistência de um instrumento específico para avaliar o preparo para a alta hospitalar no contexto brasileiro a partir da perspectiva do paciente, optou-se por realizar um estudo de adaptação transcultural e análise das propriedades psicométricas do *Readiness for Hospital Discharge Scale Adult Form* (ANEXO A), que tem sido apontado como válido e confiável para a triagem do nível de preparo para a alta hospitalar, possibilitando intervenções orientadas e demonstrando ser um instrumento fundamental para esse tipo de avaliação (WEISS; PIACENTINE, 2006).

Essa parece ser uma ferramenta valiosa para o sistema de saúde brasileiro, pois permitirá avaliar os processos inerentes ao planejamento da alta e detectar as lacunas assistenciais sob o ponto de vista das pessoas, podendo ser extremamente útil na prática clínica e na melhoria contínua da qualidade. Não foram identificados estudos brasileiros desenvolvidos com objetivo de mensurar o nível de preparo para alta hospitalar na perspectiva do paciente.

Acredita-se que os resultados desse estudo poderá contribuir para a compreensão da importância de utilizar protocolos e medidas para avaliação do preparo e da qualidade da alta hospitalar, que considerem a pessoa e seus familiares como atores principais do processo de cuidar na transição para o domicílio.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Realizar a adaptação transcultural e análise psicométrica do instrumento *Readiness for Hospital Discharge Scale - (RHDS) Adult Form* para uso no Brasil.

2.2 Objetivos Específicos

Implementar a adaptação transcultural do instrumento *Readiness for Hospital Discharge Scale Adult Form*, para uso no Brasil.

Avaliar a validade de face e conteúdo da versão para o português brasileiro do *Readiness for Hospital Discharge Scale Adult Form*.

Avaliar a confiabilidade da versão adaptada do *Readiness for Hospital Discharge Scale*.

Avaliar a validade de constructo discriminante da versão adaptada do RHDS.

Avaliar a validade de constructo da versão adaptada por meio da análise fatorial exploratória.

3 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

3.1 Alta hospitalar: planejamento e preparo

Os estudos científicos têm demonstrado que em geral, os pacientes e cuidadores familiares estão despreparados para assumir a carga de cuidados no processo de alta hospitalar frente às disfuncionalidades decorrentes das condições crônicas de saúde (COLEMAN et al., 2003, 2004). Muitas transições de cuidados não são planejadas e não estão sendo acompanhadas e supervisionadas, adequadamente, no contexto domiciliar e comunitário, especialmente no período de transição após a alta hospitalar (COLEMAN et al., 2003, 2004; HERNANDEZ et al., 2010).

Nesse contexto, tem sido demonstrado resultados promissores relacionados à implementação do planejamento da alta hospitalar, incluindo a redução das taxas de erros de medicação, redução das re-hospitalizações evitáveis, redução de custos e o aumento da satisfação do paciente e família com o processo da alta hospitalar (COLEMAN et al., 2003, 2004; NAYLOR et al. 2004, 2011).

O cuidado transicional é definido como uma ampla gama de serviços e intervenções de saúde focados na garantia da continuidade dos cuidados para prevenir resultados frágeis, nas populações em risco. O cuidado transicional requer ações que considerem os múltiplos e complexos fatores que poderão afetar sua qualidade (COLEMAN; BERENSON, 2004). Para que esse modelo seja eficaz é necessária a elaboração de planos terapêuticos que visem a implementação das intervenções em saúde centradas nas necessidades, valores e preferências dos pacientes e seus familiares (COLEMAN; BERENSON, 2004; PRUITT; EPPING-JORDAN, 2005).

A alta hospitalar, classificada como um tipo de cuidado transicional, não é um evento único, caracterizado apenas pelo término da hospitalização, mas sim um processo complexo que ocorre ao longo do tempo de internação hospitalar e envolve a coordenação dos cuidados entre a equipe multidisciplinar, o paciente, a família e os provedores de cuidados na comunidade. O envolvimento de todas essas pessoas

no processo de alta melhora a qualidade e a segurança dos cuidados hospitalares (AHRQ, 2013).

A alta hospitalar tem sido descrita como um período de vulnerabilidade, no qual poderão ocorrer mudanças no estado de saúde e a redefinição de papéis dentro da família e da sociedade (MELEIS et al., 2000).

Weiss et al. (2007) caracterizam a alta hospitalar como um processo de transição que poderá ser subdividido em três etapas sucessivas e interdependentes: (1) a hospitalização, (2) a alta e (3) o período pós-alta. Em cada uma dessas etapas é necessário que a equipe de saúde planeje as intervenções de modo eficaz para favorecer o acesso e a continuidade dos cuidados no sistema de saúde. O sucesso da alta hospitalar está relacionado, principalmente, à qualidade do seu planejamento e à eficácia da transferência de informações entre a equipe de saúde e pacientes e familiares engajados no processo de alta (AHRQ, 2013).

A alta pode ser classificada como simples ou complexa. Cerca de 80% das altas hospitalares envolvem situações de alta simples, para as quais as pessoas necessitarão após retornarem aos seus lares, ou local de residência, de cuidados que não requerem um planejamento complexo e não demandam cuidados intensivos. As demais pessoas (20%) necessitarão de um planejamento mais complexo que demandará ações da equipe de saúde ao longo de todo o período de hospitalização e pós-hospitalização, em virtude das necessidades de cuidados intensivos e intermediários em saúde, mesmo após a alta hospitalar (DH, 2003, 2004, 2010).

Predizer o tipo de alta hospitalar, que cada pessoa irá requerer, é fundamental para que o planejamento da alta seja condizente e atenda às necessidades de preparo das pessoas (paciente e família), de modo a promover sua efetiva recuperação. O foco do planejamento da alta deve ser proporcionar a coordenação e a continuidade dos cuidados em saúde e promover a transferência oportuna e segura dos pacientes entre os diferentes níveis de atenção à saúde (LUBKIN; LARSEN, 2008).

Independente do tipo de alta, ela será oportuna quando o paciente estiver clinicamente estável e apto para recebê-la (DH, 2004). Isso significa que os fatores fisiológicos, funcionais, psicológicos e sociais serão avaliados por uma equipe multidisciplinar (incluindo a avaliação da terapêutica medicamentosa) e indicarão que a pessoa está apta para ser transferida do hospital para casa ou outro ambiente.

Quando for necessário a continuidade dos cuidados, essa pessoa poderá ser encaminhada para os serviços de cuidados primários/comunitários/intermediários/sociais; e os exames e intervenções adicionais poderão ser realizados no nível ambulatorial (DH, 2004).

O objetivo do planejamento da alta é preparar o paciente ou cuidador para lidar com as demandas do cuidado transicional, reduzindo assim os eventos adversos e provendo a continuidade do cuidado no período pós-alta (NAYLOR et al., 2004, 2011). Entre os princípios operacionais descritos nos protocolos de alta ingleses estão: o cuidado centrado nas pessoas e o empoderamento do paciente; a transferência de pessoas com vulnerabilidades físicas e sociais; o planejamento da alta/transferência do cuidado entre os serviços; o envolvimento dos pacientes e cuidadores familiares no processo de planejamento da alta ou transferência; e a gestão clínica e a reabilitação (DH, 2010a).

O fundamental para a efetiva transferência do cuidado é identificar e compreender como o paciente e seus familiares lidam em situações cotidianas em seu ambiente social. Para isso a equipe multidisciplinar deve avaliar ao longo do processo de internação suas necessidades individuais e prioridades relacionadas ao tratamento, orientações e serviços que deverão ser oferecidos para o suporte efetivo (ATWAL, 2002; PAUL, 2008; POOCHIKIAN-SARKISSIAN et al., 2010; SHEPPERD et al., 2013).

A comunicação eficaz em linguagem condizente ao entendimento do paciente e cuidadores para criar relações fortes e produtivas com os profissionais de saúde é considerado um elemento essencial para o estabelecimento e cumprimento das metas estabelecidas no plano de cuidados para o adequado preparo para a alta hospitalar. Os pacientes e cuidadores deverão estar envolvidos em todas as fases do planejamento da alta, fornecendo boas informações e colaborando para a tomada de decisão (AHRQ, 2013; CUA; KRIPALANI, 2008; DH, 2003, 2004, 2010; HQO, 2013; MIASSO; CASSIANI, 2005; SIGN, 2012).

É necessário que a equipe de saúde sempre explique aos pacientes e seus cuidadores como eles devem ser envolvidos nas decisões, lembrando que eles são especialistas em como se sentem e como é viver com, ou cuidar de alguém com uma determinada condição ou deficiência. Desde o início, é importante reconhecer o papel do cuidador, e estar ciente de que os pacientes e cuidadores podem ter necessidades diferentes. As pessoas devem se sentir habilitadas o máximo possível

para o autogerenciamento da saúde, reabilitação e transferência segura (DH, 2010b).

O Planejamento para alta exige, um processo de tomada de decisão compartilhada com o paciente e sua família sobre o que precisa acontecer para alcançar uma alta segura e oportuna. Isto deve incluir as responsabilidades dos profissionais de saúde para aplicar o plano de cuidados e mantê-lo sob revisão diária ao se aproximar a data de alta (AHRQ, 2013; DH, 2003, 2004, 2010).

Quando a comunicação funciona bem, será possível estabelecer uma relação de trabalho com o paciente e sua família. Isto não implica, necessariamente, acordo, mas todos os interessados devem ser capazes de trabalhar juntos para encontrar soluções criativas (AHRQ, 2013; DH, 2003, 2004, 2010; MIASSO; CASSIANI, 2005).

O resultado de uma comunicação inconsistente será a divergência de expectativas na experiência do paciente. Por outro lado, quando a comunicação funciona bem surgirão menos problemas e surpresas durante a implementação dos cuidados. Desta forma, é imprescindível fornecer informações relevantes o suficiente e conselhos para que as pessoas possam agir em seu próprio interesse (DH, 2003, 2004, 2010; PAUL, 2008).

Pesquisadores que se dedicam à compreensão do cuidado transicional tem avaliado a eficácia de uma série de intervenções em saúde que podem favorecer o processo de alta. Entre as possíveis classificações dessas intervenções para garantir a continuidade do cuidado, entre os níveis hospitalar e ambulatorial estão: a intervenção pré-alta (educação do paciente, planejamento da alta, reconciliação medicamentosa, agendamento da continuidade dos cuidados); as intervenções após a alta (seguimento via telefônica, comunicação eficaz com o nível ambulatorial, visitas domiciliares); e as intervenções de interlocução pré e pós-alta (orientadores de transição, instruções de alta centradas no paciente (ALPER et al., 2014).

No presente estudo, o foco será no planejamento para alta hospitalar e para isso optou-se por analisar o indicador preparo para alta hospitalar que tem sido identificado como um componente essencial do processo de planejamento (WEISS et al., 2007). Estudos evidenciam que a percepção de preparo para a alta na perspectiva do paciente, em geral diverge da avaliação dos seus cuidadores formais e informais (MABIRE; COFFEY; WEISS, 2015; WEISS; PIACENTINE, 2006; WEISS; PIACENTINE; LOKKEN, 2007).

Entre os fatores que determinam a noção de preparo para alta hospitalar estão a percepção positiva do paciente, em relação a diferentes dimensões relacionadas ao processo de alta, entre elas: a estabilidade fisiológica; o estado mental e emocional; a capacidade funcional para a gestão do autocuidado; a competência do cuidador; o acesso a sistemas de saúde; fatores psicossociais e informação e orientação adequadas (BERSTEIN et al., 2002).

A avaliação do preparo para a alta tornou-se cada vez mais importante para a segurança dos pacientes e tem sido descrita como um indicador de recuperação suficiente para permitir a alta segura. Dessa forma, a identificação de preditores de preparo ou falta de preparo para a alta são fundamentais para determinar a época adequada para a alta e posterior acompanhamento das necessidades no período pós-alta (BOBAY et al., 2010; MABIRE; COFFEY; WEISS, 2015; MALONEY; WEISS, 2008; WEISS et al., 2004, 2014; WEISS; LOKKEN, 2009; WEISS; PIACENTINE, 2006; WEISS; PIACENTINE; LOKKEN, 2007).

A educação do paciente sob a forma de ensino para a capacitação do gerenciamento do cuidado, em casa, incluindo as atividades de vida diária, o manejo da dor, o tratamento de feridas, o tratamento e gestão de medicamentos e dietas especiais, o reconhecimento de complicações do estado de saúde e a continuidade do cuidado, por meio de atividades de planejamento para a alta são as principais estratégias que subsidiam o preparo para a alta hospitalar, promovendo o conhecimento, a confiança, as habilidades de enfrentamento e o apoio necessário para a gestão do cuidado no período pós-alta (BOBAY et al., 2010; MABIRE; COFFEY; WEISS, 2015; MALONEY; WEISS, 2008; WEISS; LOKKEN, 2009; WEISS; PIACENTINE, 2006; WEISS et al., 2004, 2014; WEISS; PIACENTINE; LOKKEN, 2007).

Nesse sentido, muitos países têm implementado intervenções para melhorar o processo de planejamento de alta e estabelecido diretrizes para a implementação dos protocolos. Entre os protocolos destacam-se o inglês denominado *Ready to go? Planning the Discharge and the Transfer of Patients from Hospital and Intermediate Care*, certificado pelo *National Institute for Health and Clinical Excellence* (DH, 2003, 2004, 2010); o americano denominado *IDEAL Discharge planning strategy*, certificado pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) e pode ser usado juntamente com outras intervenções recomendadas para qualificar o processo de alta, incluindo as intervenções *Reengineering discharge* (RED), *the care*

transitions program, and Better outcomes for older adults through safe transition (BOOSTing) e *Care transitions* (AHRQ, 2013). O escocês denominado *SIGN* desenvolvido pelo *General Medical Council* (GMC) teve como objetivo apresentar um modelo de sumário de alta hospitalar com vistas a melhorar a qualidade dos documentos de alta, melhorando assim a segurança do paciente no processo de transição (SIGN, 2012). Também foi identificado um protocolo canadense denominado *bestPATH* desenvolvido pelo *Health Quality Ontario* e que tem como objetivo melhorar e promover mudanças no cuidado a longo prazo nos sistemas de saúde de Ontário, Canadá (HQO, 2013).

Esses protocolos têm em comum o estabelecimento de princípios organizativos do processo de alta centrados em três elementos conceituais: o cuidado centrado nas pessoas, a programação precoce das intervenções para o preparo para a alta e o estabelecimento da comunicação eficaz por meio de sistemas eletrônicos, informativos, sumário de alta, entre outros, para garantir a uniformidade das informações necessárias para o cuidado em todo o sistema de saúde (AHRQ, 2013; DH, 2003, 2004, 2010; HQO, 2013; SIGN, 2012).

Esses modelos, em geral, enfatizam que o envolvimento e o empoderamento do paciente e sua família, ao longo do processo de internação e no processo de tomada de decisão terapêutica compartilhada trazem benefícios importantes para a recuperação do paciente e, com isso, eles podem ter uma melhor percepção do preparo para o enfrentamento do processo saúde doença após a alta hospitalar (AHRQ, 2013; ANTHONY; BARR, 2004; DH, 2003, 2004, 2010; HQO, 2013; POOCHIKIAN-SARKISSIAN et al., 2010; SIGN, 2012).

A *Joint Commission Internacional* (2013) estabelece recomendações para atingir quatro objetivos para a segurança do processo de alta. Entre esses estão: 1. Avaliar as necessidades de comunicação do paciente durante a alta e transferência; 2. Envolver os pacientes e familiares no planejamento e nas instruções de alta e transferência; 3. Oferecer instruções para a alta que englobem as necessidades do paciente e 4. Identificar os cuidadores responsáveis pela continuidade dos cuidados após a alta de acordo com as necessidades específicas de cada paciente.

Assim, a alta hospitalar como um processo da tecnologia do cuidar, educar, acolher e planejar exige dos profissionais da saúde, em especial dos médicos e enfermeiros, a competência técnica, científica e humana, o compromisso e as habilidades para a gestão de pessoas, considerando a possibilidade de promover o

efetivo elo e comunicação da equipe de saúde, por meio da transdisciplinaridade, visando o bem-estar e os recursos necessários para garantir a segurança do cliente em seu retorno para o seu ambiente social (COLEMAN et al., 2003, 2004).

3.2 Avaliação do preparo para alta hospitalar: *Readiness for Hospital Discharge Scale* (RHDS- 21 itens)

O *Readiness for Hospital Discharge Scale Adult Form* foi desenvolvido por Marianne E. Weiss, e é o único questionário disponível para ser administrado durante o período da hospitalização, com a finalidade de medir a percepção em relação ao estado imediato do paciente sobre o preparo para a alta hospitalar (WEISS; PIACENTINE, 2006) (ANEXO A). Trata-se de um questionário com 23 itens e quatro subescalas. O item Um é uma questão dicotômica que verifica a prontidão para a alta hospitalar e não possui pontuação. Esse é um item que não faz parte do cálculo para a obtenção do escore total do instrumento. As quatro subescalas do RHDS original são distribuídas em 22 itens da seguinte forma: estado pessoal (itens 2 - 8), conhecimento (itens 9 - 16), capacidade de enfrentamento (itens 17 - 19) e o apoio esperado (itens 20 - 23) (WEISS, PIACENTINE, 2006).

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 informações serão capazes de responder às preocupações comuns e problemas no período pós-alta. A subescala capacidade de enfrentamento refere-se à capacidade para autogerenciar as necessidades pessoais e 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 (WEISS; PIACENTINE, 2006).

O *Readiness for Hospital Discharge Adult Form* pode ser utilizado em uma população heterogênea de pacientes que obtiverem alta hospitalar. O estudo original para avaliar os aspectos psicométricos do RHDS foi realizado com 356 participantes, incluindo 121 pacientes adultos (médico-cirúrgicos), 122 mães no período de pós-parto e 113 pais de crianças hospitalizadas (WEISS; PIACENTINE, 2006).

A consistência interna da versão original para a escala total foi avaliada pelo alfa de *Cronbach*, obtendo-se o valor de 0,90. Outras análises psicométricas foram

testadas no estudo original como: a validade de constructo por meio de uma análise fatorial confirmatória com máxima verossimilhança para verificar se os dados coletados a partir da amostra dos participantes eram condizentes com o referencial teórico do instrumento. Durante essa análise o item “Quão pronta está sua família para que você possa ir para casa?” foi excluído. A validade preditiva através da análise de regressão linear foi utilizada para avaliar o preparo para a alta como um preditor para as dificuldades de enfrentamento no período pós-alta e demonstrou que escores maiores do RHDS foram associados com menor dificuldade de enfrentamento após a alta. A regressão logística avaliou o preparo como um preditor de utilização de serviços de saúde no período pós-alta, sendo verificado que indivíduos com pontuações mais elevadas do RHDS eram menos propensos a readmissões e visitas nos serviços de urgência e emergência (WEISS; PIACENTINE, 2006).

A primeira versão da escala possuía 22 itens, porém o item “6 - Quanto estresse você sente hoje?” foi excluído nas mais recentes publicações sobre o RHDS devido ao seu mau desempenho em análises psicométricas (WEISS et al., 2011). Dessa forma, esse estudo foi conduzido com a escala de 21 itens conforme orientação da autora original do instrumento (Quadro 1).

RHDS - subescalas	Itens
Personal status	2 – Physically ready 3 – Pain today 4 – Strength today 5 – Energy today 7 – Emotionally readiness 8 – Physical readiness
Knowledge	9 – Caring for yourself 10 – Personal needs 11 – Medical needs 12 – Problems to watch 13 – Who and when to call 14 - Restrictions 15 – What happens next 16 – Services and Information
Coping ability	17 – Handling the demands 18 – Personal care 19 – Medical treatments
Expected support	20 – Emotional support 21 – Personal care 22 – Household activities 23 – Medical care

Quadro 1 – Descrição dos 21 itens do RHDS
 Fonte: WEISS; PIACENTINE, 2006.

Até o momento a versão do *Readiness for Hospital Discharge Scale* para utilização com pacientes médico-cirúrgicos foi validada para os idiomas chinês (LIN et al., 2014) e francês (MABIRE et al., 2015).

Os itens do *Readiness for Hospital Discharge Scale Adult Form* foram escritos no formato de perguntas e cada item é graduado em uma escala de respostas tipo *Likert* de 0 a 10. Para gerar a pontuação final os itens 01 e 06 não fazem parte dos cálculos e o item 03 deve sofrer codificação reversa antes da somatória das pontuações dos escores dos itens da escala. Assim, para obter o escore final, os

itens relacionados às respostas de cada subescala devem ser somados e por fim, a somatória total é dividida pelo número 21 que corresponde ao total de itens. Desta forma, 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) (WEISS; PIACENTINE, 2006).

Ao analisar os vários estudos envolvendo esta ferramenta, observou-se por meio de estudos psicométricos o desdobramento e refinamento dos itens nas formas abreviadas para pacientes médico-cirúrgicos, enfermeiros e idosos, além das versões utilizadas para verificar a prontidão para a alta de mães após o parto e de pais de crianças hospitalizadas (MABIRE et al., 2015; MALONEY; WEISS, 2008; WEISS et al., 2014; WEISS; LOKKEN, 2009).

3.3 Adaptação transcultural de um instrumento de medida de constructo subjetivo e análise das propriedades psicométricas

O acelerado processo de investigação científica gera a possibilidade de ampliar a comparação internacional de um mesmo construto, em grupos culturais diferentes e demanda dos pesquisadores, a necessidade de traduzir e adaptar um mesmo instrumento de medida em saúde para diferentes idiomas (BEATON et al., 2000; CUMMINGS et al., 2003).

Nesse sentido, observa-se o aumento do número de estudos que tem como finalidade implementar a adaptação transcultural de medidas em saúde. A vantagem desse tipo de estudo é evitar a construção de uma nova ferramenta, economizando o tempo, os recursos pessoais e financeiros (DANTAS; GÓIS; SILVA, 2005; MONTEIRO, 2014).

A maioria dos instrumentos para mensuração de medidas relacionadas à saúde encontra-se na língua inglesa e são direcionados para essa população (MONTEIRO, 2014). Dessa forma, na adaptação transcultural de instrumentos há que se considerar a adequação do instrumento em relação ao contexto cultural da população, que se pretende pesquisar, garantindo a equivalência transcultural entre a versão original e a adaptada, mantendo suas propriedades psicométricas originais (BEATON et al., 2000; SOUZA; ROJJANASRIRAT, 2011).

Na literatura científica podem ser identificados diferentes protocolos para o processo de tradução e adaptação cultural de instrumentos de medida em saúde

(BEATON et al., 2000; SOUZA, ROJJANASRIRAT, 2011; WILD et al., 2005; WILLIS et al., 2008).

O termo adaptação transcultural é utilizado para englobar um processo com enfoque na tradução e na adequação cultural da linguagem durante a preparação de um instrumento para uso em outro cenário. Nesse sentido, deve-se considerar a importância do idioma, o cuidado em relação às expressões coloquiais e idiomáticas e a preservação do sentido dos itens originais na versão adaptada (BEATON et al., 2000; GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

Buscando estabelecer os princípios de boas práticas na área da tradução e adaptação cultural, Wild et al. (2005) estabeleceram 10 passos para esse processo: 1. Preparação (trabalho realizado antes do início do trabalho de tradução; obtenção de permissão para utilização do instrumento e envolvimento do desenvolvedor da ferramenta; desenvolvimento e explicação dos conceitos que envolvem o instrumento e recrutamento de pessoas para realização do processo); 2. tradução avançada (tradução da língua original, também chamada de fonte, da versão do instrumento para outra língua, muitas vezes chamada de língua-alvo; desenvolvimento de, pelo menos, duas traduções independentes; explicação dos conceitos do instrumento para as pessoas envolvidas no estudo e no processo de tradução); 3. reconciliação (comparação das traduções reconciliando-as em uma única tradução); 4. retrotradução (tradução da nova versão do idioma de volta para o idioma original); 5. revisão da retro-tradução (comparação das versões retrotraduzidas do instrumento com o original para destacar e investigar as discrepâncias entre o original e a reconciliação das traduções); 6. harmonização (comparação de todas as versões traduzidas com a versão original do instrumento buscando alcançar uma abordagem coerente de problemas de tradução); 7. interrogatório cognitivo (testar o instrumento em um pequeno grupo de pacientes leigos ou não, a fim de testar a redação alternativa e verificar a compreensibilidade, interpretação e relevância cultural da tradução); 8. Análise dos resultados do desdobramento cognitivo e finalização (comparação dos resultados entre pacientes leigos ou não leigos quanto à interpretação da tradução para destacar e alterar as discrepâncias); 9. revisão (revisão da tradução para destacar e corrigir eventuais erros tipográficos, gramaticais e outros); e 10. relatório final (relatório final do processo de desenvolvimento de cada tradução).

Outra metodologia utilizada é a denominada *TRAPD* (*Translate* -Tradução, *Review* - Revisão, *Adjudicate* – Julgar, *Pretest* – Pré-teste, *Document* – Documento), na qual o processo de tradução de instrumentos de pesquisa são abordados por uma equipe de tradução especializada. O instrumento é submetido a duas traduções que serão revisadas e, posteriormente, quando julgadas aptas são submetidas a um pré-teste. Caso surjam necessidades de alterações de tradução dos itens o instrumento é novamente julgado e testado culminando no instrumento-alvo. Todas as etapas do processo de tradução são documentadas, visando aumentar a eficiência do processo (WILLIS et al., 2008).

Pesquisadores descrevem a inexistência de uma padronização amplamente aceita sobre a metodologia mais adequada para a adaptação transcultural de instrumentos de medida (BEATON et al. 2000; 2002; SOUZA, ROJJANASRIRAT, 2011).

Para o desenvolvimento do presente estudo foram seguidos os estágios do processo de adaptação transcultural propostos por Beaton et al. (2000; 2002), com as recomendações propostas por Ferrer et al. (1996) e Pasquali (1999), que aprimoraram os estágios sequenciais desse processo que são: a tradução; o consenso de traduções; a avaliação do comitê de especialistas; a retrotradução; o consenso de retrotraduções; a análise semântica e o pré-teste.

Pesquisadores brasileiros (DANTAS, 2007; ESCHEVARRIA-GUANILO, 2005; FERREIRA, 2006; PELEGRINO, 2009; PRUDÊNCIO, 2012; SIQUEIRA, 2012; STACCIARINI, 2012) consideram importante que o comitê de especialistas seja implementado antes do processo de retrotradução para possibilitar a detecção de erros ou problemas de significado e/ou compreensão antes da retrotradução. Além disso, recomendam a realização da análise semântica, antes de submeter o instrumento ao pré-teste (PASQUALI, 1999).

A etapa de tradução deve ser viabilizada de forma independente por dois tradutores de formação e perfis diversos. Em seguida, para obter o consenso das traduções, os pesquisadores e os tradutores se reunirão e as duas traduções independentes serão comparadas e os relatórios de tradução de ambos os tradutores serão analisados com vistas a esclarecer as expressões difíceis de traduzir, as divergências de traduções e como elas foram resolvidas, e caso haja necessidade serão feitas as modificações necessárias, obtendo-se um instrumento

traduzido que conserve o mesmo significado de cada item do instrumento da versão original (BEATON et al., 2000; 2002).

A avaliação do Comitê de Especialistas consiste no momento em que a tradução é apresentada para pelo menos quatro metodólogos bilíngues e com conhecimento acerca dos conceitos a serem explorados. A avaliação do comitê objetivará a detecção de erros de significado ou problemas de compreensão, visando garantir a replicabilidade e equivalência transcultural da medida, das instruções para utilização do instrumento e das opções de respostas, excluindo assim termos irrelevantes, impróprios e coloquialismos (BEATON et al., 2000, 2002).

Para essa avaliação Pasquali (1999) recomenda a concordância de 80% entre os especialistas nas deliberações sobre o instrumento traduzido. Caso não ocorra consenso entre os especialistas durante a avaliação, poderá ser necessária uma revisão do processo de tradução para o melhor entendimento de alguma palavra ou expressão.

O objetivo dessa etapa é verificar a validade de face e conteúdo por meio da análise de critérios de equivalência tais como: a equivalência semântica (significados similares entre os diferentes idiomas; o vocabulário e a gramática podem sofrer alterações na construção das sentenças); a equivalência idiomática (relativa aos significados das expressões idiomáticas e coloquiais, as quais devem ser substituídas por expressões equivalentes na cultura-alvo); equivalência conceitual (representa a coerência do item com relação ao domínio que ele pretende medir) e equivalência cultural (situações evocadas ou retratadas nos itens que devem corresponder às vivenciadas em nosso meio/contexto cultural) (BEATON et al., 2000).

A versão de consenso obtida a partir do Comitê de Especialistas é então submetida a retrotradução (*back-translation*) para o idioma original, preferencialmente, por dois tradutores independentes, nativos do idioma de origem do instrumento. Posteriormente, as versões retrotraduzidas devem ser comparadas com a versão original para obtenção do consenso das versões no idioma original pelos tradutores e pesquisadores, sendo discutidas e corrigidas as divergências, imperfeições e erros conceituais ocorridos durante o processo de tradução e retrotradução. Desta forma, obtém-se uma nova versão na língua-alvo (BEATON et al., 2000, 2002).

Ao obter a versão traduzida que será aplicada à população-alvo recomenda-se a implementação da análise semântica, que tem como objetivo verificar a compreensibilidade de cada um dos itens, das instruções e da escala de respostas do instrumento. Para isso, o instrumento deverá ser aplicado em dois grupos formados por quatro pessoas da população-alvo. O grupo A constituído por indivíduos com menor nível de habilidades de instrução e o Grupo B com indivíduos com maior nível de instrução. A cada grupo é apresentado item por item, sendo solicitada a descrição do significado de cada um. Caso a descrição relatada pelos indivíduos não for à esperada, o entrevistador deverá sugerir a melhor maneira para descrevê-la (PASQUALI, 1999).

A última etapa desse processo consiste no pré-teste, em que a versão preliminar da tradução será aplicada a uma amostra de 30 a 40 pessoas. Nesta fase os participantes além de responderem aos instrumentos serão indagados acerca da percepção do significado dos itens. Os pesquisadores avaliarão a duração do tempo de aplicação do instrumento, a proporção de não respostas e testarão as propriedades psicométricas iniciais, por meio da consistência interna pelo Coeficiente de Alfa de *Cronbach* (BEATON et al., 2000; 2002).

Recomenda-se a submissão e avaliação dos relatórios do instrumento pelo Comitê de Especialistas visando verificar se todas as etapas do processo foram cumpridas. Nesta fase, espera-se, que o instrumento seja compreendido e que seja submetido à apreciação da autora do instrumento original (BEATON et al., 2000; 2002).

A análise das propriedades psicométricas deve ser implementada considerando a confiabilidade e a validade, ferramentas importantes para o pesquisador que busca alcançar instrumentos válidos, fidedignos e com equivalência transcultural (BOWLING, 2005; FAYERS; MACHINI, 2000; FAYERS; HAYS, 2005).

A confiabilidade, também conhecida como precisão ou fidedignidade, é um aspecto fundamental para avaliar a qualidade de um instrumento, refere-se à capacidade de um instrumento medir com precisão o atributo que se pretende medir, por meio de resultados consistentes ou acurados, ou seja, refere-se à extensão na qual a variabilidade medida em um escore reflete o verdadeiro escore, em vez de erro aleatório. Sendo assim, a principal definição do teste de confiabilidade é o grau pelo qual um instrumento é livre de erro aleatório (CHWALOW, 1995; PASQUALI, 2001; WARE; GANDEK, 1998).

A análise de confiabilidade pode ser verificada pela medida de consistência interna que é determinada com uma única aplicação do instrumento para verificar se as questões do instrumento correlacionam ou são complementares entre si. Considera-se que um instrumento possui consistência interna quando seus itens estão medindo as mesmas características (CHWALOW, 1995; POLIT; HUNGLER, 1999).

O teste de confiabilidade é feito utilizando-se o coeficiente de Alfa de *Cronbach* que é baseado no número de itens do instrumento e na homogeneidade de cada item, de modo que meçam as mesmas dimensões. Ele é o indicador mais frequentemente utilizado na análise de consistência interna de instrumentos, pois reflete o grau de variância dos itens entre si (BOWLING, 2005; CHWALOW, 1995; CUMMINGS; STWART; RULLEY, 2003; WARE; GANDEK, 1998). Quanto menor a variação produzida por um instrumento, em repetidas mensurações, maior será a sua confiabilidade (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Os valores do *Alfa de Cronbach* variam de 0 a 1 de acordo com a proposição de que as correlações entre os itens são positivas. São aceitáveis os valores que se encontram no intervalo entre 0,70 a 0,90. Sendo assim, os autores sugerem um nível mínimo de confiabilidade de 0,70 (BOWLING, 2005; CHWALOW, 1995; CUMMINGS; STWART; RULLEY, 2003; NORMAN; STREINER, 2008; WARE; GANDEK, 1998).

A validade de um teste refere-se àquilo que o teste mede e o quão bem ele faz isso, indicando o grau de congruência entre a medida e a propriedade do objeto que está sendo mensurado, podendo assim inferir por meio dos escores do teste (PASQUALI, 2003; URBINA, 2007). A validade pode ser testada de várias formas, principalmente por meio das validades de face ou aparente, validade de conteúdo, validade de critério e validade de constructo ou de conceito (PASQUALI, 1999).

As validades de face ou aparente e de conteúdo correspondem respectivamente à compreensibilidade, aceitação e sensibilidade dos itens pelos pesquisadores e participantes. Essas validades são testadas baseadas em julgamentos do Comitê de Especialistas, durante o processo de tradução e adaptação, quando conferirão ao instrumento as equivalências: semântica, idiomática, cultural e conceitual. Deste modo, essas validades são subjetivas, não sendo necessária a utilização de testes estatísticos para verificar as propriedades

psicométricas (FAYERS; MACHINI, 2007; PASQUALI, 1999, 2003; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

A validade de critério pode ser definida como a correlação da escala com outra medida da variável em estudo, considerada de preferência “padrão-ouro” (STREINER, NORMAN, 1995). Dessa forma, está relacionada ao grau em que o instrumento produz resultados semelhantes a outros instrumentos já existentes e válidos para avaliar o mesmo constructo (FAYERS; MACHINI, 2007).

Existem dois tipos de validade de critério: a validade preditiva ou a validade concorrente. Desta maneira, pode ser classificada em concorrente quando a medida produzida pelo instrumento é semelhante à de outro já existente, e administrado em um mesmo momento, ou preditiva, se a medida identificada prediz algum evento futuro (PASQUALI, 2009; FAYERS; MACHINI, 2007; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Dessarte pode-se dizer que a diferença entre a validade de critério preditiva e a validade de critério concorrente é o tempo decorrido entre a coleta de informação pelo instrumento a ser validado e a coleta de informação sobre o critério (PASQUALI, 2009; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

A validade de constructo ou de conceito é a mais complexa e abrange uma variedade de técnicas com os objetivos de examinar a relação teórica entre os itens e hipóteses do instrumento, checar se o constructo elaborado parece ser um modelo adequado e verificar se a escala de medida parece corresponder ao constructo estabelecido (FAYERS; MACHINI, 2007; PASQUALI, 2009).

Alguns métodos são propostos para confirmação da validade de constructo, dentre eles estão a análise por hipótese testada por meio da validade convergente e validade discriminante ou divergente e a análise fatorial por meio da análise exploratória e confirmatória (FAYERS; MACHIN, 2007; WALTZ; STRICKLAND; LENZ, 2005).

A validade de constructo convergente evidencia a correlação positiva ou negativa entre duas escalas semelhantes que estejam medindo um fator válido e confiável (padrão-ouro). A correlação alta sugere que ambos os instrumentos estejam medindo o mesmo construto (FAYERS; MACHIN, 2007; URBINA, 2007).

A validade discriminante ou divergente analisa se duas medidas que teoricamente avaliam construtos diferentes apresentam baixa correlação linear. Tem a capacidade de mostrar se o instrumento consegue distinguir dimensões que são

previamente conhecidas e que não devem ser correlacionadas às outras dimensões. Um instrumento com propriedade discriminante é capaz, por meio dos escores obtidos, de discriminar grupos distintos em relação ao construto avaliado pelo instrumento (FAYERS; MACHIN, 2007; PASQUALI, 2001).

A análise fatorial pode ser definida como uma classe de métodos estatísticos multivariados mais frequentemente utilizados tanto na construção, quanto na revisão e avaliação de instrumentos cujo objetivo principal é definir a estrutura subjacente a uma matriz de dados, ou seja, procura analisar as estruturadas das inter-relações (correlações) entre um número de variáveis (por exemplo, itens de um teste, respostas de questionários), definindo um conjunto de dimensões latentes comuns, chamadas de fatores (HAIR et al., 2007).

A análise fatorial exploratória é utilizada quando se busca uma estrutura em um conjunto de variáveis, não sendo necessário o uso de teoria e habilidades para a definição de constructos (HAIR et al., 2007; PASQUALI, 2009; URBINA, 2007).

4 MÉTODO

4.1 Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo metodológico desenvolvido em duas etapas sequenciais (Figura 1). Na primeira etapa foi realizada a adaptação transcultural do *Readiness for Hospital Discharge Scale (RHDS) Adult Form*, segundo as recomendações de Beaton et al. (2000; 2002); Ferrer et al. (1996); Pasquali (1999). Na segunda etapa foram avaliadas as propriedades psicométricas relacionadas à validade de face e conteúdo, de constructo e a confiabilidade da ferramenta utilizada no estudo.

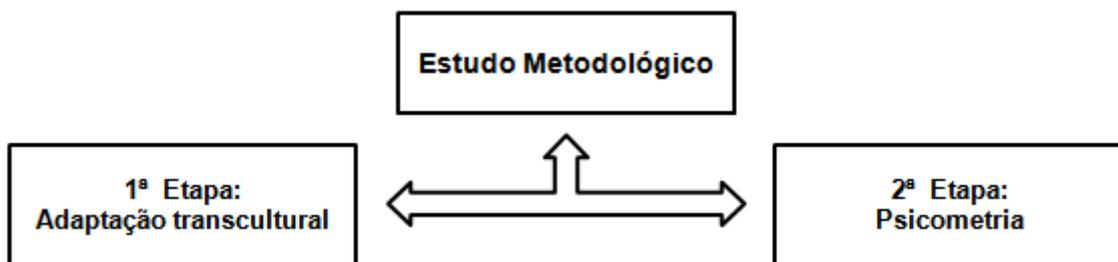


Figura 1 – Diagrama esquemático do processo de adaptação transcultural e análise das propriedades psicométricas do *Readiness for Hospital Discharge Scale (RHDS) Adult Form*.

4.2 Permissão dos autores para a adaptação transcultural e o uso do instrumento

Inicialmente foi solicitada a autorização para o processo de adaptação transcultural que compreende a tradução e adaptação cultural do instrumento *Readiness for Hospital Discharge Scale Adult Form* à autora principal da escala, *Marianne E. Weiss* da Universidade de *Marquette* nos Estados Unidos, que

concedeu permissão para que o instrumento fosse testado em sua versão brasileira, registrada em documento eletrônico no dia 15 de Agosto de 2014 (ANEXO B).

4.3 O processo de adaptação transcultural do RHDS no Brasil

Para realizar a adaptação transcultural do *Readiness for Hospital Discharge Scale (RHDS) Adult Form* para o contexto brasileiro, foram implementados oito estágios: 1. Tradução do *Readiness for Hospital Discharge Adult Form* para a língua portuguesa brasileira; 2. Obtenção do primeiro consenso da versão em português ou síntese de traduções; 3. Avaliação pelo Comitê de Especialistas; 4. Retrotradução; 5. Obtenção do consenso das versões em inglês e comparação com a versão original; 6. Submissão e avaliação dos relatórios do instrumento à autora da versão original; 7. Análise semântica dos itens; 8. Pré-teste (Figura 2).

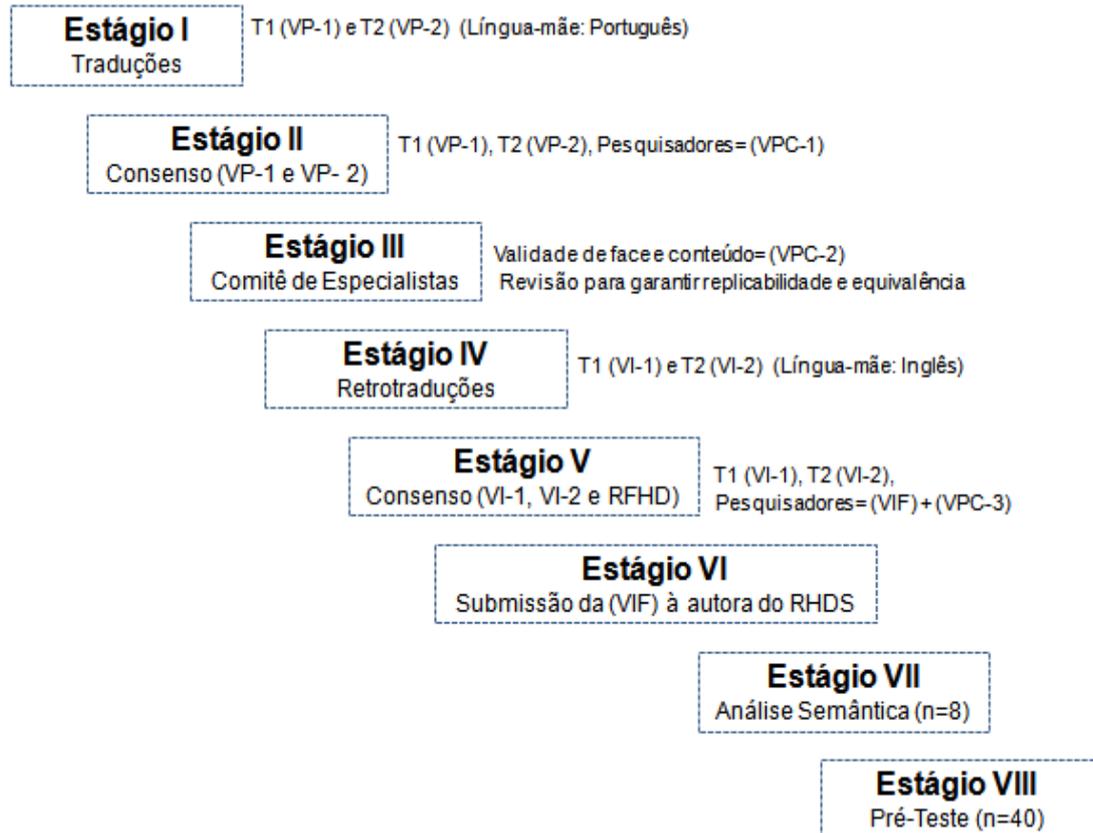


Figura 2 – Diagrama esquemático do processo de adaptação transcultural do *Readiness for Hospital Discharge Scale Adult Form* versão brasileira (RHDS-Br).

4.3.1 Tradução para a língua portuguesa

Após a concessão da permissão para realização do estudo brasileiro de adaptação transcultural do *Readiness for Hospital Discharge Scale Adult Form*, deu-se início ao processo de tradução do inglês para o português, conduzido por dois tradutores independentes, bilíngües e nativos do Brasil.

A versão original (VO), em inglês, do *Readiness for Hospital Discharge Scale Adult Form* (ANEXO A), foi encaminhada por correio eletrônico aos dois tradutores brasileiros de formação e perfis diversos, sendo que um tradutor conhecia os conceitos investigados pelo instrumento e o outro não possuía conhecimento acerca do tema estudado (BEATON et al., 2000; GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

As duas versões traduzidas do inglês para o português foram designadas de versão português 1 (VP-1) (ANEXO C) e versão português 2 (VP-2) (ANEXO D).

4.3.2 Obtenção do primeiro consenso da versão em português

Para a obtenção do primeiro consenso da versão em português ou síntese de traduções, os pesquisadores e os tradutores do primeiro estágio se reuniram em outubro de 2014, em Goiânia, Goiás. As duas traduções independentes (VP-1 e VP-2) foram comparadas e analisadas, culminando em um único relatório de tradução consensual designado de Versão Português Consensual 1 (VPC-1) (APÊNDICE A).

A reunião para o consenso entre tradutores e pesquisadores foi conduzida nas 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 (VP-1 e VP-2) juntamente com a Versão Original (VO) do *Readiness for Hospital Discharge Scale Adult Form* (ANEXO A); 3. Leitura das três versões e análise item por item para comparação, verificação da necessidade de mudanças e discussão sobre a pertinência das traduções; 4. Redação da versão português consensual 1 do *Readiness for Hospital Discharge Scale Adult Form*.

Nessa etapa foram analisadas e discutidas as divergências de traduções e obtida a síntese das traduções que foram estabelecidas por meio de consenso entre os tradutores e a equipe de pesquisadores responsável pela condução do estudo.

4.3.3 Avaliação pelo Comitê de Especialistas

Nesse estudo, considerando as observações de Ferrer et al. (1996) a avaliação do Comitê foi implementada logo após o estabelecimento da versão português consensual 1. O autor sugere a antecipação desse estágio como estratégia para evitar erros de tradução no estágio de retrotradução.

O Comitê de Especialistas foi composto por seis pessoas: três enfermeiras e uma fisioterapeuta que são docentes em instituições de ensino superior e pesquisadoras; duas enfermeiras assistenciais com experiência de atuação na área clínica. Essas pessoas foram intencionalmente convidadas considerando-se os critérios: ter conhecimento na temática do estudo, possuir domínio da língua portuguesa e inglesa e ter conhecimento da metodologia de estudos de adaptação transcultural.

Inicialmente, a cada um dos especialistas foi expedida uma carta convite (APÊNDICE D), apresentando o *Readiness for Hospital Discharge Scale Adult Form* assim como o objetivo da avaliação a ser implementada pelo comitê. O encontro dos especialistas, ocorrido em 18 de dezembro de 2014, na Sala de Reuniões do Mestrado em Atenção à Saúde da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, foi conduzido obedecendo-se as seguintes 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 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 *Readiness for Hospital Discharge Scale Adult Form*.

4.3.4 Retrotradução

A retrotradução da versão VPC-2 do *Readiness for Hospital Discharge Scale Adult Form* foi realizada por dois tradutores de modo independente. Esses tradutores foram escolhidos considerando as seguintes características: ter nacionalidade americana, domínio da língua inglesa americana e do português brasileiro, conhecimento da cultura brasileira e americana e não ter conhecimento sobre o tema em estudo. Um dos tradutores tem experiência com trabalhos científicos na área da saúde.

As duas versões traduzidas do português para o inglês foram designadas de versão inglês 1 (VI-1) (ANEXO E) e versão inglês 2 (VI-2) (ANEXO F).

4.3.5 Obtenção do consenso das versões em inglês em comparação com a versão original

Para a obtenção do consenso da versão em inglês ou síntese de traduções, os pesquisadores e os tradutores do quinto estágio se reuniram em fevereiro de 2015, em Goiânia, Goiás e as duas traduções independentes (VI-1 e VI-2) foram comparadas e analisadas, com a versão original e resultaram em um único relatório de retrotradução consensual designado de versão em Inglês Final (VIF) (APÊNDICE D) do *Readiness for Hospital Discharge Scale Adult Form*.

A reunião para o consenso entre tradutores e pesquisadores foi conduzida nas 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 *Readiness for Hospital Discharge Adult Form* e a VPC-2; 3. Leitura das três versões e análise item por item para comparação, verificação da necessidade de mudanças e discussão sobre a pertinência das retro-traduições; 4. Redação da versão inglês final (VIF) do *Readiness for Hospital Discharge Scale* e revisão da VPC -2 que resultou na versão português consensual 3 (VPC-3) (APÊNDICE E).

4.3.6 Submissão e avaliação da autora da versão original

A Versão em Inglês Final (VIF) (APÊNDICE D) do *Readiness for Hospital Discharge Adult Form*, foi submetida à autora da versão original que após avaliação consentiu aprovação da VIF (ANEXO G).

4.3.7 Análise semântica dos itens

A análise semântica conduzida segundo as orientações de Pasquali (1999) foi realizada no mês de abril de 2015, e teve como objetivo averiguar a compreensibilidade das instruções de cada um dos itens e da escala de respostas do instrumento para a população a qual o instrumento RFHD se destinava. A leitura de cada item era feita pausadamente; caso o participante não compreendesse, a questão era lida até duas vezes.

Para realizarmos a análise semântica, determinamos o número de oito pessoas subdividas em dois grupos. O Grupo A foi formado por indivíduos com menor nível de instrução (sem instrução e fundamental completo) e o Grupo B por indivíduos com maior nível de instrução (nível médio completo e superior incompleto). Os integrantes de cada grupo foram informados acerca dos objetivos do estudo e após leitura, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Posteriormente, a pesquisadora apresentou a VPC-3, item por item, sendo solicitada a descrição do significado de cada um dos itens, além da avaliação específica (Parte A) e geral (Parte B) obtidas por respostas de múltipla escolha por meio do APÊNDICE G (DANTAS; ROSSI, 2004; MONTEIRO et al., 2015, PASQUALI, 1999).

4.3.8 Pré-teste

Em continuidade ao processo inicial de análise semântica, o pré-teste da versão VPC-3 do *Readiness for Hospital Discharge Scale Adult Form* foi realizado com 40 pessoas, que estavam vivenciando o processo de alta, na instituição hospitalar em estudo. Para essa etapa também foi utilizado o instrumento avaliativo do estágio da análise semântica. Ao final dessa etapa obteve-se a versão final em português brasileiro (VFP-Br) (APÊNDICE E).

4.4 Análise das propriedades psicométricas da versão brasileira do RHDS

4.4.1 Validade de face e conteúdo

As validades de face ou aparente e de conteúdo do *instrumento Readiness for Hospital Discharge Scale Adult Form* referentes respectivamente, à compreensibilidade, aceitação e sensibilidade dos itens pelos pesquisadores e participantes foram testadas, baseadas em julgamentos subjetivos de cada um dos membros do Comitê de Especialistas, durante o processo de tradução e adaptação, quando os especialistas conferiram ao instrumento as equivalências: semântica, idiomática, cultural e conceitual.

4.4.2 Confiabilidade

A análise de confiabilidade da versão adaptada do *Readiness for Hospital Discharge Scale Adult Form* e suas subescalas foram verificadas pela medida de consistência interna que é determinada com uma única aplicação do instrumento para verificar se as questões do instrumento correlacionam ou são complementares entre si. Considera-se que um instrumento possui consistência interna quando seus itens estão medindo as mesmas características (CHWALOW, 1995; POLIT; HUNGLER, 1999).

O teste de confiabilidade foi feito utilizando-se o coeficiente de Alfa de *Cronbach* que é o indicador mais frequentemente utilizado na análise de consistência interna de instrumentos, pois reflete o grau de variância dos itens entre si. Os valores do *Alfa de Cronbach* variam de 0 a 1 de acordo com a proposição de que as correlações entre os itens são positivas. São aceitáveis os valores que se encontram no intervalo entre 0,70 a 0,90. Sendo assim, para esse estudo, foram considerados um nível mínimo de confiabilidade de 0,70 (BOWLING, 2005; CHWALOW, 1995; CUMMINGS; STWART; RULLEY, 2003; WARE; GANDEK, 1998).

4.4.3 Validade de constructo

A análise de validade de constructo discriminante foi verificada por meio de testes de comparação entre a média do escore final e os grupos conhecidos em relação às variáveis: idade < 54 anos e ≥ 54 anos e ter ou não acompanhante após a alta hospitalar, para testar a hipótese de que indivíduos que não possuem acompanhante terão menor nível de preparo do que aqueles que possuem e quanto maior a idade menor será o escore nesse instrumento.

A análise fatorial exploratória foi implementada para analisar a estrutura subjacente da matriz de dados e determinar o número e natureza dos fatores (variáveis latentes) que melhor representassem os itens (variáveis observadas) do RHDS no contexto brasileiro.

4.5 Procedimentos

4.5.1 Local do Estudo

O estudo foi 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 outros estados do país. Essa unidade é dividida em duas alas e conta com 67 leitos, os quais são destinados às especialidades de Cardiologia, Dermatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Hematologia, Infectologia, Nefrologia, Oncologia, Pneumologia e Reumatologia.

4.5.2 População e amostra

A população constituiu-se de pessoas adultas hospitalizadas para o tratamento de morbidades crônicas e suas complicações.

A amostra foi estabelecida por conveniência. Na adaptação transcultural, no estágio de pré-teste, assim como recomendado por Beaton et al. (2000, 2002) foram entrevistadas 40 pessoas. De modo sequencial, na etapa de análise psicométrica a amostra final foi estabelecida de acordo com o estudo original de Weiss e Piancentine (2006) correspondendo a 121 pessoas.

Baseados em pesquisas hipotéticas e reais Sapnas e Zeller (2002) demonstraram que amostras de no mínimo 50 e, no máximo de 100 participantes são suficientes para a análise das propriedades psicométricas de um instrumento.

Os critérios de inclusão foram: ter idade igual ou superior a 20 anos e possuir perspectiva de alta em no máximo 24 horas. Foram excluídos 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 onde viviam, o dia da semana e do mês, a idade e data de nascimento, além do registro de diagnósticos psiquiátricos prévios descritos nos prontuários.

4.5.3 Descrição dos instrumentos de coleta de dados

Para a coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos: a) formulário de caracterização socioeconômica e aspectos clínicos (APÊNDICE H), b) questionário de avaliação do preparo para a alta hospitalar (APÊNDICE E).

4.5.3.1 Variáveis do Estudo

As variáveis do estudo foram constituídas pelo constructo subjetivo referente à percepção do preparo para a alta hospitalar e também aos seguintes aspectos:

- Aspectos socioeconômicos: idade, sexo, cor da pele autorreferida, estado civil, escolaridade, ocupação, situação profissional, moradia, renda mensal individual e familiar;
- Aspectos da hospitalização: plano de cobertura de saúde, primeira hospitalização na instituição de saúde, data de admissão, data da alta, tempo de internação, internação anterior relacionada a mesma categoria diagnóstica, circunstâncias no momento da alta;
- Aspectos clínicos: diagnóstico da hospitalização, doenças preexistentes, terapia medicamentosa contínua e número de medicamentos.

4.5.4 Procedimentos para coleta de dados

Os dados foram coletados entre os meses de abril e setembro de 2015, por meio da técnica de entrevista estruturada com utilização dos instrumentos de coleta de dados.

No primeiro momento, buscando aproximação com o campo de coleta de dados, a pesquisadora foi apresentada à equipe de enfermagem e à equipe médica,

visando esclarecer os objetivos do estudo e buscando adquirir elo de comunicação com os integrantes da equipe. Para definir os potenciais participantes, inicialmente a pesquisadora avaliava todos os prontuários e identificava as pessoas que atendiam aos critérios de inclusão do estudo (ter idade igual ou superior a 20 anos; estar vivenciando a alta hospitalar). Diariamente era feito uma lista dos pacientes hospitalizados e verificado com os profissionais de saúde da unidade em estudo, principalmente com os médicos residentes, os pacientes que haviam perspectiva de alta hospitalar durante as próximas 24 horas.

No segundo momento, após definido os potenciais participantes, a pesquisadora iniciava o processo de consentimento informado em local privativo da própria instituição hospitalar ou a beira leito. Esse contato tinha como finalidade apresentar os objetivos da pesquisa e realização do processo de consentimento informado, por meio da leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). Para aqueles que concordassem era solicitado a assinatura e a rubrica em duas vias, como preconizado pela Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012).

4.6 Processamento e análise dos dados

Os dados coletados por meio da aplicação de instrumentos padronizados foram processados e analisados pelo Programa de Software *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 22.0, para Windows 8.0.

Foram feitas análises descritivas de frequência simples (variáveis categóricas), de tendência central (média e mediana) e dispersão (desvio-padrão, mínimo e máximo), visando a caracterização do grupo estudado e a análise das propriedades psicométricas da versão brasileira do instrumento *Readiness for Hospital Discharge Scale Adult Form*.

A consistência interna da versão adaptada para o Brasil do *Readiness for Hospital Discharge Scale Adult Form* foi avaliada por meio do alfa de *Cronbach* para o instrumento em sua totalidade e para os seus domínios. Foram aceitos os valores do alfa de *Cronbach* superiores a 0,70 (FAYERS; MACHINI, 2007).

Para a análise de correlação dos itens e entre as subescalas do instrumento, assim como no estudo original foi utilizado o coeficiente de *Pearson*, considerando a

interpretação e classificação de Ferketich (1991) ao referir que os valores menores que 0,30 não contribuem e valores entre 0,30 e 0,70 são recomendáveis.

A validade de constructo discriminante foi testada por meio dos grupos conhecidos através do teste t de *Student*, associando a média do RHDS adaptado com as médias obtidas relacionadas à idade e ter ou não acompanhante.

A análise fatorial exploratória foi conduzida pelo método *Principal Axis Factoring* (principais eixos fatoriais) e rotação Oblimin. Os critérios adotados para retenção dos fatores foram: a) carga fatorial e comunalidade acima de 0,30; b) não carregamento transversal dos itens em dois ou mais fatores e c) pelo menos três itens carregados em cada fator. Previamente à análise, foram testados o índice de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO), para constatar se o tamanho da amostra era adequado para a realização da análise fatorial e, o teste de esfericidade de *Bartlett* para rejeitar a hipótese nula de que a matriz de correlação seria uma matriz de identidade ($p < 0,001$) e concluir que as variáveis estavam correlacionadas de forma significativa.

O nível de significância estatística adotado para esse estudo foi de 0,05.

4.7 Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC/Goiás) sob o parecer nº 1.004.395, CAEE nº 42352615.0.0000.0037 (ANEXO A) e obedeceu aos aspectos ético-legais vigentes na legislação brasileira para pesquisas envolvendo seres humanos, conforme regulamentam os dispositivos da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

5 RESULTADOS

Nesta seção serão apresentados os resultados referentes à adaptação transcultural do RHDS e da análise das propriedades psicométricas relacionadas às validade de face, validade de conteúdo, validade de constructo e confiabilidade da versão traduzida para utilização no Brasil.

5.1 Adaptação transcultural do *Readiness for Hospital Discharge Scale (RHDS) Adult Form*

Os resultados estão apresentados nas etapas: avaliação do comitê de especialistas, obtenção do consenso em inglês e comparação com a versão original; avaliação do instrumento pelo autor da versão original; análise semântica e pré-teste.

5.1.1 Avaliação do comitê de especialistas

O processo de tradução inicial foi avaliado pelo Comitê de Especialistas. Para essa etapa foi criado um documento avaliativo (APÊNDICE B), contendo a versão original e a VPC- 1, com espaço próprio para os registros das sugestões de cada especialista, relacionado à avaliação das equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual.

Verificou-se que os termos: “*medical needs*”, “*problems to watch*”, “*follow-up medical treatment plan*”, “*medical treatments*” e “*medical care needs*” foram discutidos amplamente entre os especialistas para estabelecer a equivalência idiomática adequada. Observou-se que a tradução desses termos indicou diferenças culturais para compreensão do seu significado no contexto clínico brasileiro. Nesse

sentido, definiu-se que para estabelecer a equivalência cultural foram utilizadas as seguintes traduções: *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 relacionadas à saúde.

Além disso, os especialistas responderam as seguintes perguntas relacionadas a tradução de cada item: *Teve dificuldade para compreender a tradução? Se você não concorda como seria a reformulação de sua tradução?*

As equivalências entre as versões do instrumento foram estabelecidas quando houve a concordância de, pelo menos, 80% entre as avaliações dos especialistas. Assim, as validades de face ou aparente e de conteúdo do instrumento *Readiness for Hospital Discharge Scale Adult Form* referentes, respectivamente, à compreensibilidade, aceitação e sensibilidade dos itens foram baseadas em julgamentos subjetivos de cada um dos membros do Comitê. As modificações dos itens sugeridas nessa etapa estão descritas no Quadro 2.

Quadro 2 – Modificações realizadas nos itens do RHDS na Versão Português Consensual - 1 após avaliação do Comitê de Especialistas (Versão Português Consensual - 2). Brasília, Distrito Federal, 2014

Versão original (VO)	Consenso de tradutores (VPC-1)	Avaliação do Comitê de Juizes (VPC-2)
READINESS FOR HOSPITAL DISCHARGE – ADULT FORM	PREPARO PARA A ALTA HOSPITALAR – QUESTIONÁRIO ADULTO	PREPARO PARA ALTA HOSPITALAR – QUESTIONÁRIO ADULTO
Please check or circle your answer. Most of the responses are on a scale from 0 to 10. The words below the number indicate what the 0 or the 10 means . Pick the number between 0 and 10 that best describes how you feel. For example, circling number 7 means you feel more like the description of number 10 than number 0 but not completely.	Por favor, marque ou circule sua resposta. A maioria das respostas estão em uma escala de 0 a 10. As palavras abaixo dos números indicam o que significam os números 0 e 10 . Escolha um número entre 0 e 10 que melhor descreva como você se sente. Por exemplo, ao circular o número 7, isto significa que você se sente mais parecido com a descrição do número 10 do que com o número 0 , mas não totalmente.	Por favor, marque ou circule sua resposta. A maioria das respostas estão em uma escala de 0 a 10. As palavras abaixo dos números indicam o que o 0 e o 10 significam . Escolha um número entre 0 e 10 que melhor descreva como você se sente. Por exemplo, circular o número 7 significa que você se sente mais como a descrição do número 10 do que com a do número 0 , mas não totalmente.
1.As you think about your discharge from the hospital, do you believe you are ready to go home as planned? () No Yes ()	1. Quando você pensa sobre a alta hospitalar, você acha que está preparado (a) para ir para sua casa como o programado? () Não () Sim	1.Quando você pensa sobre a alta hospitalar, você acha que está preparado (a) para ir para casa como programado? () Não () Sim
2. How physically ready are you to go home? Not ready Totally ready	2. Você está preparado (a) fisicamente para ir para casa? Não estou preparado (a) Totalmente preparado (a)	2. Quanto você está fisicamente preparado (a) para ir para casa? Não preparado (a) Totalmente preparado (a)
3. How would you describe your pain or discomfort today? No pain/ discomfort Severe pain/discomfort	3. Hoje , como você descreveria a sua dor ou o seu desconforto/incômodo? Sem dor/ Sem desconforto Dor insuportável/desconforto	3.Como você descreveria sua dor ou seu desconforto hoje ? Sem dor / desconforto Desconforto / dor insuportável
4. How would you describe your strength today? Weak Strong	4. Hoje , como você descreveria sua força? Fraca Forte	4.Como você descreveria a sua força, hoje ? Fraca Forte

5. How would you describe your energy today? Low energy High energy	5. Hoje , como está a sua energia? Pouca energia Muita energia	5. Como você descreveria a sua energia, hoje ? Pouca energia Muita energia
6. How much stress do you feel today? None A great deal	6. Hoje, como está o seu nível de estresse ? Nenhum estresse Muitíssimo estresse	6. Quanto estresse você sente hoje? Nenhum Muito
7. How emotionally ready are you to go home today? Not ready Totally ready	7. Hoje, você está preparado (a) emocionalmente para ir para casa? Não estou preparado (a) Totalmente preparado(a)	7. Quanto você está emocionalmente preparado (a) para ir para casa hoje? Não preparado (a) Totalmente preparado (a)
8. How would you describe your physical ability to care for yourself today (for example ,hygiene, walking, toileting)? Not able Totally able	8. Como você descreveria hoje a sua capacidade/habilidade física para se cuidar (por exemplo, a higiene pessoal, andar, ir ao banheiro)? Sem capacidade Totalmente capaz	8. Como você descreveria sua capacidade física para se cuidar hoje (por exemplo: higiene pessoal, andar, ir ao banheiro)? Incapaz Totalmente capaz
9. How much do you know about caring for yourself after you go home? Know nothing at all Know all	9. O que você sabe sobre como cuidar de si mesmo quando for para casa? Não sei nada Sei tudo	9. Quanto você sabe sobre cuidar de si mesmo, depois que for para casa? Sei nada Sei tudo
10. How much do you know about taking care of your personal needs (for example, hygiene, bathing, toileting, eating) after you go home? Know nothing at all Know all	10. Você sabe cuidar de suas necessidades pessoais (por exemplo, a higiene pessoal, tomar banho, ir ao banheiro, alimentar-se) quando for para casa? Não sei nada Sei tudo	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? Sei nada Sei tudo
11. How much do you know about taking care of your medical needs (treatments, medications) after you go home? Know nothing at all Know all	11. O que você sabe sobre os cuidados relacionados ao seu problema de saúde (tratamento, medicamentos) quando for para casa? Não sei nada Sei tudo	11. Quanto você sabe sobre cuidar das suas necessidades relacionadas à saúde (tratamentos, medicamentos) depois que for para casa? Sei nada Sei tudo
12. How much do you know about problems to watch for after you go home? Know nothing at all Know all	12. Você sabe sobre quais os problemas você deverá ficar atento quando for para casa? Não sei nada Sei tudo	12. Quanto você sabe sobre os problemas aos quais você deve ficar atento(a) depois que for para casa? Sei nada Sei tudo
13. How much do you know about who and when to call if you have problems after you go home? Know nothing at all Know all	13. Se você tiver problemas, você sabe quando e para quem pedir ajuda quando for para casa? Não sei nem quando e nem para quem Sei quando e sei para quem	13. Quanto você sabe sobre quem e quando chamar se tiver problemas depois que for para casa? Sei nada Sei tudo

<p>14. How much do you know about restrictions (what you are allowed and not allowed to do) after you go home?</p> <p>Know nothing at all Know all</p>	<p>14. Você sabe suas restrições (o que você pode ou não fazer) quando for para casa?</p> <p>Não sei nada Sei tudo</p>	<p>14. Quanto você sabe sobre restrições (o que você pode ou não fazer) depois que for para casa?</p> <p>Sei nada Sei tudo</p>
<p>15. How much do you know about what happens next in your follow-up medical treatment plan after you go home?</p> <p>Know nothing at all Know all</p>	<p>15. O que você sabe sobre a continuidade do acompanhamento do seu tratamento de saúde quando você for para casa?</p> <p>Não sei nada Sei tudo</p>	<p>15. Quanto você sabe sobre a continuidade do seu tratamento de saúde depois que for para casa?</p> <p>Sei nada Sei tudo</p>
<p>16. How much do you know about services and information available to you in your community after you go home?</p> <p>Know nothing at all Know all</p>	<p>16. O que você sabe sobre as informações e serviços disponíveis para você em sua comunidade/bairro/setor depois que você for para casa?</p> <p>Não sei nada Sei tudo</p>	<p>16. Quanto você sabe sobre os serviços e informações disponíveis em seu bairro depois que você for para casa?</p> <p>Sei nada Sei tudo</p>
<p>17. How well will you be able to handle the demands of life at home?</p> <p>Not at all Extremely well</p>	<p>17. Você será capaz de lidar bem com as exigências do dia-a-dia em casa?</p> <p>De jeito nenhum Muitíssimo bem</p>	<p>17. Você será capaz de lidar bem com as exigências do dia-a-dia em casa?</p> <p>Nada bem Muito bem</p>
<p>18. How well will be able to perform your personal care (for example, hygiene, bathing, toileting, eating) at home?</p> <p>Not at all Extremely well</p>	<p>18. Você será capaz de realizar seus cuidados pessoais (por exemplo, a higiene pessoal, tomar banho, ir ao banheiro, alimentar-se) quando estiver em casa?</p> <p>De jeito nenhum Muitíssimo bem</p>	<p>18. Quanto você será capaz de realizar adequadamente seus cuidados pessoais (por exemplo: higiene pessoal, tomar banho, alimentar-se) quando estiver em casa?</p> <p>De jeito nenhum Muitíssimo bem</p>
<p>19. How well will you be able to perform your medical treatments (for example, caring for a surgical incision, respiratory treatments, exercise, rehabilitation, taking your medications in the correct amounts and at the correct times) at home?</p> <p>Not at all Extremely well</p>	<p>19. Você será capaz de seguir o seu tratamento de saúde (por exemplo, cuidar de uma ferida cirúrgica, tratamento respiratório, exercício, reabilitação, tomar os remédios/medicamentos/medicações na quantidade certa e no horário certo) quando você estiver em casa?</p> <p>De jeito nenhum Muitíssimo bem</p>	<p>19. 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?</p> <p>Nada bem Muito bem</p>

<p>20. How much emotional support will you have after you go home?</p> <p>None A great deal</p>	<p>20. Você terá apoio emocional quando for para casa?</p> <p>Nenhum apoio Muitíssimo apoio</p>	<p>20. Quanto apoio emocional você terá depois que for para casa?</p> <p>Nenhum Muito</p>
<p>21. How much help will you have with your personal care after you go home?</p> <p>None A great deal</p>	<p>21. Quando você for para casa, você terá ajuda para o seu cuidado pessoal?</p> <p>Nenhuma ajuda Muitíssima ajuda</p>	<p>21. Quanta ajuda você terá com seu cuidado pessoal depois que for para casa?</p> <p>Nenhuma Muita</p>
<p>22. How much help will you have with household activities (for example, cooking, cleaning, shopping, babysitting) after you go home?</p> <p>None A great deal</p>	<p>22. Quando você for para casa, você terá ajuda para realizar as tarefas domésticas (por exemplo, cozinhar, limpar, fazer compras, cuidar das crianças)?</p> <p>Nenhuma ajuda Muitíssima ajuda</p>	<p>22. Quando você for para casa, quanta ajuda você terá para realizar as atividades domésticas (por exemplo: cozinhar, limpar, fazer compras, cuidar das crianças)?</p> <p>Nenhuma Muita</p>
<p>23. How much help will you have with your medical care needs (treatments, medications)?</p> <p>None A great deal</p>	<p>23. Quando você for para casa você terá ajuda com as necessidades relacionadas (tratamento, medicações) do seu problema de saúde?</p> <p>Nenhuma ajuda Muitíssima ajuda</p>	<p>23. Quanta ajuda você terá para cuidar das suas necessidades relacionadas à saúde (tratamentos, medicações) depois que for para casa?</p> <p>Nenhuma Muita</p>

5.1.2 Obtenção do consenso em inglês e comparação com a versão original

A VPC-2 foi encaminhada por meio eletrônico a dois tradutores independentes, bilíngues, nativos do idioma original do instrumento e conhecedores da cultura norte-americana e brasileira. Nessa etapa, de modo independente foram elaboradas duas versões traduzidas para o idioma original do instrumento (VI-1 e VI-2). Os tradutores e pesquisadores de modo consensual fizeram a leitura e comparação entre a VO e as versões de retrotradução (VI-1 e VI-2) e verificaram que havia inconsistência da equivalência idiomática nos itens 15 e 23 da VPC-2. Esse procedimento levou a necessidade de reelaboração das questões relacionadas a esses itens e a obtenção da Versão Português Consensual 3 (VPC-3) (Quadro 3).

ITEM	VPC-2	VPC-3
15	Quanto você sabe sobre a continuidade do seu tratamento de saúde depois que for para casa?	Quanto você sabe sobre a próxima etapa do seu tratamento de saúde depois que for para casa?
23	Quanta ajuda você terá para cuidar das suas necessidades relacionadas à saúde (tratamentos, medicações), depois que for para casa?	Quanta ajuda você terá para cuidar das suas necessidades relacionadas à saúde (tratamentos, medicações)?

Quadro 3 – Modificações na redação da Versão Português Consensual - 2 nos itens 15 e 23 do RHDS após avaliação das retrotraduções. Brasília, Distrito Federal, 2015.

Após realizar essas modificações discutidas, obteve-se a partir da retrotradução da VPC - 3 a Versão Final em Inglês (VFI).

5.1.3 Avaliação do instrumento pelo autor da versão original

A Versão Inglês Final foi submetida a Dra. Marianne Weiss, por meio de correio eletrônico, no dia 30 de março de 2015. A autora concordou com a versão apresentada e apontou a acurácia do processo de adaptação transcultural do instrumento (ANEXO G). Assim como verificado no processo de tradução, a pesquisadora apontou as diferenças idiomáticas no significado de *medical needs* e *medical care*. Nessa etapa, os pesquisadores verificaram que essas expressões, no Brasil, estão associadas à noção de cuidados em saúde, em termos do tratamento clínico. Assim, verificou-se que a VPC-3 não necessitaria de alteração.

5.1.4 Análise semântica

A análise semântica da VPC-3 foi implementada com dois grupos de pacientes que iriam vivenciar a alta hospitalar. Os grupos A (indivíduos com menor nível de instrução) e B (indivíduos com maior nível de instrução), ambos formados por quatro indivíduos, verificou a aceitação, a relevância e a compreensão dos itens e da escala de respostas, para avaliar e disponibilizar o instrumento para o pré-teste.

Para essa análise foram aplicados todos os instrumentos de coleta de dados, bem como o questionário para avaliação específica e geral da VPC-3 (APÊNDICE G).

A avaliação geral contemplou sete questões (objetivas e mistas): De modo geral, como você avalia o questionário? Como você considera as questões do questionário? Você teve alguma dificuldade em responder a escala de resposta? Você considera as perguntas importantes para a avaliação do preparo para a alta? Você mudaria alguma pergunta do questionário? Você acrescentaria alguma pergunta ao questionário? No questionário, houve alguma pergunta que você não quis responder?

Na avaliação geral verificou-se que todos os 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 das perguntas; três consideraram as questões fáceis; cinco consideraram as questões regulares; sete acrescentariam nenhuma pergunta ao instrumento. Um participante acrescentaria uma pergunta ao instrumento relacionada aos aspectos de orientações nutricionais, pois trata-se de uma pessoa que possui problemas cardiovasculares, há 28 anos e reconhece que se houvesse sido orientada quanto aos aspectos nutricionais desde o início de seu adoecimento teria evitado várias internações e não teria tido tantas alterações laboratoriais.

A avaliação específica contemplou três questões: Considera essa questão importante para avaliar a presente situação? Teve dificuldade para compreender essa questão? Se você não concorda com essa questão, como faria essa pergunta?

Nessa etapa 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?) e 5 - Como você descreveria a sua energia, hoje?

Outro aspecto foi a percepção de que alguns itens pareciam ter o mesmo sentido: 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? e 18 - Quanto você será capaz de realizar adequadamente seus cuidados pessoais, por exemplo: higiene pessoal, tomar banho, alimentar-se quando estiver em casa?

Os participantes tiveram dificuldades relacionadas a diferenciação dos termos *Como e Quanto* quando foram avaliados quanto às habilidades de conhecimento e capacidade de enfrentamento. A questão oito remete estado pessoal referente à capacidade física para se cuidar e no instrumento o objetivo é avaliar o conhecimento. Os itens nove, dez e dezoito pareciam ambíguos, pois verificavam o conhecimento e capacidade para cuidar de si e realizar os cuidados pessoais.

Considerando que os participantes dessa etapa não sugeriram reformulações dos itens, optou-se por manter a VPC-3 para ser submetida ao pré-teste.

5.1.5 Pré-teste

O pré-teste foi realizado com 40 participantes os quais foram incluídos na amostra final do estudo.

A maioria (72,5%) dos 40 participantes do pré-teste residia no Distrito Federal e 52,5% era do sexo masculino. A média de idade do grupo foi de 57,4 anos (DP=17,87; IC: 51,66 – 63,09), sendo o mais jovem de 23 anos e o mais velho de 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 (DP=5,30; IC: 5,10 – 8,50), variando entre zero a 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).

O tempo de aplicação do instrumento nesse estágio, bem como no de análise semântica incluindo os comentários, resolução de dúvidas e alguns momentos de

narração, variou de 21 a 30 minutos e a entrevista com a aplicação de todos os instrumentos teve tempo médio maior que 60 minutos.

Dentre os 40 entrevistados, todos avaliaram os itens como importantes e não sugeriram qualquer tipo de reformulação das questões. Por outro lado, observou-se que os participantes referiram dificuldades em alguns itens da versão brasileira do RHDS (Quadro 4).

DIFICULDADES - RHDS	TOTAL DE PESSOAS
Item	
5 - Como você descreveria a sua energia, hoje?	10
16 - Quanto você sabe sobre os serviços e informações disponíveis em seu bairro depois que você for para casa?	12
21 - Quanta ajuda você terá com seu cuidado pessoal depois que for para casa?	13

Quadro 4 – Itens da Versão Português Consensual - 3 nos quais os participantes do pré-teste (n=40) encontraram dificuldades. Brasília, Distrito Federal, 2015

Na avaliação geral da versão brasileira do RFHD, 85% dos participantes avaliaram o instrumento como bom e 15% como regular. Quando questionados como consideravam as questões, 37,5% as avaliaram como fáceis e 62,5% 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 apresentaram qualquer tipo de dificuldade. Todos os participantes (n=40) consideraram as questões importantes para a avaliação do preparo para a alta e relataram que não houve objeção em responder qualquer item do instrumento. E, 10% da amostra referiu o desejo de acréscimo de perguntas relacionadas aos aspectos educativos: nutricionais, do tratamento e da continuidade do tratamento (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição da amostra conforme a avaliação geral do instrumento RHDS (n=40). Brasília, Distrito Federal, 2015

AVALIAÇÃO GERAL – RHDS	N (%)
Avaliação do questionário	
Bom	34 (85,0)
Regular	06 (15,0)
Avaliação das questões	
Regular	25 (62,5)
Fáceis	15 (37,5)
Dificuldade (escala de respostas)	
Não	31 (77,5)
Mais ou menos	08 (20,0)
Sim	01 (2,5)
Considera as questões importantes para a avaliação do preparo para a alta?	
Sim	40 (100,0)
Não	-
Mais ou menos	-
Você mudaria alguma pergunta do questionário?	
Não	40 (100,0)
Sim	-
Você acrescentaria alguma pergunta ao questionário?	
Não	36 (90,0)
Sim	04 (10,0)
Houve alguma pergunta que você não quis responder?	
Não	40 (100,0)
Sim	-

5.2 Análise Psicométrica

5.2.1 Caracterização dos participantes – dados sociodemográficos, clínicos e da hospitalização

Dentre as pessoas que participaram do estudo (n=121), 70,2% residiam em Brasília ou em alguma das regiões administrativas do Distrito Federal, 54,5 % eram do sexo feminino 79,3%, se autorreferiram como pardos, 50,4% tinham companheiro(a), 41,3%, eram aposentados e 87,6% não moravam sozinhos. A média de idade do grupo estudado foi de 53,17 anos (DP=18,28; IC: 49,87 – 56,46), variando entre o mais jovem de 18 anos e o mais velho de 88 anos. Em relação à escolaridade, a média foi de 7,74 anos (DP=5,01; IC: 6,84 – 8,65), variando entre 0 e 18 anos de estudo. A renda mensal média familiar foi de R\$ 2.384,44 (DP= R\$

2.090,43; IC: R\$ 2.008,37 – R\$ 2.760,80), variando entre 0 e R\$ 10.000,00 (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição da amostra conforme a caracterização socioeconômica (n=121). Brasília, Distrito Federal, 2015

CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO	N (%)
Cidade/ UF	
Brasília/DF e Regiões Administrativas	85 (70,2)
Outras cidades de outros estados	36 (29,8)
Idade	
<54	59 (48,8)
≥ 54	62 (51,2)
Sexo	
Feminino	66 (54,5)
Masculino	55 (45,5)
Escolaridade	
Sem instrução	17 (14,0)
Fundamental incompleto/completo	54 (44,6)
Médio incompleto/completo	33 (27,3)
Superior incompleto/completo	17 (14,0)
Cor da pele autorreferida	
Parda	96 (79,3)
Branca	16 (13,2)
Preta	05 (4,1)
Indígena	03 (2,5)
Amarela	01 (0,8)
Mora sozinho	
Não	106 (87,6)
Sim	15 (12,4)
Estado marital	
Com companheiro (a)	61 (50,4)
Sem companheiro (a)	60 (49,6)
Situação ocupacional	
Aposentado	50 (41,3)
Empregado/autônomo	42 (34,7)
Desempregado	21 (17,4)
Do lar	08 (6,6)
Renda mensal familiar	
0 – 1 SM	30 (24,8)
1 + 5 SM	69 (57,0)
>5 SM	22 (18,1)

Predominaram como causa básica de internações as doenças do aparelho respiratório (23,1%), digestivo (18,2%) e circulatório (16,5%). Entre os participantes 70,2% tinham até duas comorbidades, 96,7% faziam uso de terapia medicamentosa

contínua e 47,9% tinham prescritos no momento da alta mais de cinco medicamentos (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição da amostra (n=121), conforme as variáveis clínicas do estudo. Brasília, Distrito Federal, 2015

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	N (%)
Diagnóstico da Hospitalização	
Doenças do aparelho respiratório	28 (23,1)
Doenças do aparelho digestivo	22 (18,2)
Doenças do aparelho circulatório	20 (16,5)
Doenças do aparelho geniturinário	16 (13,2)
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	14 (11,6)
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	09 (7,4)
Doenças do sistema nervoso	04 (3,3)
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	03 (2,5)
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	03 (2,5)
Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	01 (0,8)
Transtornos mentais e comportamentais	01 (0,8)
Número de Comorbidades	
≤ 2	85 (70,2)
3 a 5	36 (29,8)
Terapia medicamentosa contínua	
Não	04 (3,3)
Sim	117 (96,7)
Número de medicamentos	
Sem medicamentos	04 (3,3)
Até 2 medicamentos	36 (29,8)
Entre 3 e 5 medicamentos	23 (19,0)
Mais de 5 medicamentos	58 (47,9)

Cerca de 56,2% (68) relataram que já haviam passado por internação naquele estabelecimento de saúde e 51,2% (62) referiram hospitalização prévia pela mesma categoria diagnóstica da hospitalização atual. O total de 88,4% (107) não iria receber alta hospitalar sozinho e 84,4% (102) teria acompanhante/cuidador. A média do tempo de internação foi de 12,25 dias (DP=8,89; IC: 10,65 – 13,85), com intervalo entre 1 e 47 dias de hospitalização (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição da amostra (n=121), conforme as variáveis referentes à caracterização da hospitalização. Brasília, Distrito Federal, 2015

CARACTERÍSTICAS DA HOSPITALIZAÇÃO	N (%)
Acesso/plano de cobertura de saúde	
SUS	112 (92,6)
SUS e outros	09 (7,4)
Primeira internação no hospital	
Não	68 (56,2)
Sim	53 (43,8)
Internação prévia com mesmo diagnóstico	
Sim	62 (51,2)
Não	59 (48,8)
Irá receber alta sozinho?	
Não	107 (88,4)
Sim	14 (11,6)
Terá acompanhante/cuidador?	
Sim	102 (84,3)
Não	19 (15,7)

5.2.2 Análise da Confiabilidade

A confiabilidade avaliada por meio do alfa de *Cronbach* demonstrou forte consistência interna do instrumento ($\alpha=0,80$) e para as subescalas: estado pessoal ($\alpha=0,73$), conhecimento ($\alpha=0,75$) e capacidade de enfrentamento ($\alpha=0,76$). A subescala apoio esperado apresentou alfa de Cronbach de 0,66.

Na Tabela 5, estão apresentados os coeficientes de correlação item-total, o valor do Alfa de *Cronbach* para o total da escala e os valores de alfa quando cada item foi excluído do instrumento.

Tabela 05 - Coeficiente de correlação item-total*, Alfa de *Cronbach* total dos itens do RHDS-Br e alfa quando cada um dos itens foi excluído. Brasília, Distrito Federal, 2015

RHDS total (α total=0,80)	Correlação item-total corrigida	Alfa de <i>Cronbach</i> se o item for excluído
Itens		
2 - Preparo físico	0,42	0,79
3 - Dor / desconforto	0,20	0,80
4- Força	0,25	0,80
5- Energia	0,43	0,79
7 - Preparo emocional	0,49	0,78
8- Capacidade física para se cuidar	0,33	0,79
9- Conhecimento sobre cuidar de si	0,42	0,79
10- Conhecimento sobre necessidades pessoais	0,53	0,79
11- Conhecimento sobre necessidades de saúde	0,41	0,79
12- Conhecimento sobre complicações	0,39	0,79
13- Conhecimento sobre quem e quando deve chamar	0,43	0,79
14- Conhecimento sobre restrições	0,38	0,79
15- Conhecimento sobre a próxima etapa do tratamento	0,41	0,79
16- Conhecimento sobre recursos	0,28	0,80
17- Capacidade para exigências do dia-a-dia	0,54	0,78
18- Capacidade para cuidados pessoais	0,50	0,79
19- Capacidade para tratamento de saúde	0,50	0,79
20- Apoio emocional	0,46	0,79
21- Ajuda com cuidado pessoal	0,14	0,81
22- Ajuda com atividades domésticas	0,26	0,80
23- Ajuda com necessidades relacionadas à saúde	0,25	0,80

*Correlação produto momento de *Pearson*

Os resultados obtidos dos coeficientes de correlação item-total corrigida variou de 0,14 (item 21) a 0,54 (item 17). Dentre os 21 itens, 71,4% das correlações encontravam-se entre o intervalo recomendado 0,30 - 0,70 (Ferketich, 1991). As questões 3, 4, 16, 21, 23 apresentaram correlações fracas.

Os resultados dos coeficientes de correlação de *Pearson* foram variados (0,14 a 0,54), no entanto com a exclusão de cada um dos 21 itens verificou-se pouca variação nos valores do Alfa de *Cronbach* (0,78-0,81), apontando consistência interna aceitável e precisão das respostas para o total da medida obtida pela versão adaptada para o Brasil do instrumento RHDS.

Na Tabela 06 estão apresentados os resultados obtidos relacionados ao valor de Alfa de *Cronbach* para cada uma das subescalas (Estado pessoal, Conhecimento, Capacidade de enfrentamento, Apoio esperado) do instrumento adaptado, os valores do coeficiente de correlação item-total e os valores de alfa quando cada um dos itens foi excluído da respectiva subescala.

Tabela 06 - Coeficiente de correlação item-total*, Alfa de *Cronbach* total dos itens das subescalas do RHDS-Br quando cada um dos itens foi excluído. Brasília, Distrito Federal, 2015

RHDS total (α total=0,80)	Correlação item-total corrigida	Alfa de <i>Cronbach</i> se o item for excluído
Itens		
Estado pessoal ($\alpha=0,73$)		
2 - Preparo físico	0,55	0,67
3- Dor / desconforto	0,43	0,70
4- Força	0,43	0,70
5- Energia	0,58	0,66
7 - Preparo emocional	0,53	0,67
8- Capacidade física para se cuidar	0,29	0,74
Conhecimento ($\alpha=0,75$)		
9- Conhecimento sobre cuidar de si	0,39	0,74
10- Conhecimento sobre necessidades pessoais	0,41	0,74
11- Conhecimento sobre necessidades de saúde	0,55	0,71
12- Conhecimento sobre complicações	0,53	0,71
13 - Conhecimento sobre quem e quando deve chamar	0,38	0,74
14 - Conhecimento sobre restrições	0,52	0,71
15- Conhecimento sobre a próxima etapa do tratamento	0,56	0,70
16 - Conhecimento sobre recursos	0,33	0,76
Capacidade de enfrentamento ($\alpha=0,76$)		
17- Capacidade para exigências do dia-a-dia	0,56	0,75
18- Capacidade para cuidados pessoais	0,71	0,57
19- Capacidade para tratamento de saúde	0,55	0,73
Apoio esperado ($\alpha=0,66$)		
20- Apoio emocional	0,19	0,72
21- Ajuda com cuidado pessoal	0,47	0,58
22- Ajuda com atividades domésticas	0,55	0,52
23- Ajuda com necessidades relacionadas à saúde	0,58	0,49

*Correlação produto momento de *Pearson*

Na subescala Estado pessoal, o coeficiente de correlação variou de 0,29 (item 8) a 0,58 (item 5). O valor de alfa total dos itens foi de 0,73 e apresentou variação de 0,66 a 0,74. Foi verificada a correlação fraca no item 8 ($r=0,29$) e a exclusão desse item manteve o valor de alfa em 0,74.

Entre os itens da subescala Conhecimento a correlação variou de 0,33 (item 16) a 0,56 (item 15). O alfa de *Cronbach* para o total do domínio foi de 0,75 e com a exclusão dos itens apresentou variação de 0,70 a 0,76.

Na subescala Capacidade de Enfrentamento, o valor do alfa total foi de 0,76 nos três itens, sofrendo variação de 0,57 a 0,75 quando cada item era excluído. A correlação item-total variou de 0,55 (item 19) a 0,71 (item 18).

A correlação item-total da subescala Apoio esperado apresentou variação de 0,19 (item 20) a 0,58 (item 23). Com a exclusão dos itens, o alfa total foi de 0,66, variando de 0,49 a 0,72. Foi verificada a correlação fraca no item 20 ($r=0,29$) e a exclusão desse item manteve o valor de alfa em 0,74.

A comparação entre as características descritivas do RHDS original revisado com 21 itens e o RHDS-Br, ambos com a amostra de 121 participantes, demonstrou valores de alfa de Cronbach satisfatórios e a média dos itens também foi semelhante nas duas amostras. A média de correlação interitens mais discrepante envolveu a subescala apoio esperado (Tabela 07).

Tabela 7 – RHDS (Original revisado com 21 itens) e RHDS-Br (21 itens) e suas características (n=121). Brasília, Distrito Federal, 2015

Adultos (n=121)	RHDS 21 itens	RHDS-Br 21 itens	IC 95% Média	
			Inferior	Superior
Alfa de Cronbach				
RHDS Total	0,93	0,80		
Subescala 1 - Estado pessoal	0,82	0,73		
Subescala 2 - Conhecimento	0,90	0,75		
Subescala 3 - Capacidade de enfrentamento	0,85	0,76		
Subescala 4 - Apoio esperado	0,86	0,66		
Média da correlação interitens				
RHDS Total	0,40	0,48		
Subescala 1- Estado pessoal	0,43	0,47		
Subescala 2 - Conhecimento	0,59	0,46		
Subescala 3 - Capacidade de enfrentamento	0,65	0,61		
Subescala 4 - Apoio esperado	0,61	0,45		
Média dos itens (DP)				
RHDS Total	8,0 (0,9)	7,85 (1,35)	7,61	8,10
Subescala 1 - Estado pessoal	7,1 (1,0)	7,31 (2,03)	6,95	7,68
Subescala 2 - Conhecimento	8,4 (0,7)	8,25 (1,67)	7,95	8,55
Subescala 3 - Capacidade de enfrentamento	8,5 (0,3)	8,44 (2,02)	8,07	8,80
Subescala 4 - Apoio esperado	8,4 (0,3)	7,44 (2,55)	6,98	7,90

Para analisar a correlação entre as subescalas do RHDS adaptado e cada uma delas com a escala total, calcularam-se os coeficientes de correlação de *Pearson* entre eles, sendo constatadas correlações positivas e altamente significantes estatisticamente entre a RHDS total e todas as suas subescalas, principalmente, para a subescala 2 – Conhecimento que apresentou maior correlação (Tabela 08).

Tabela 08 - Correlações* entre as subescalas do RHDS-Br com o total da escala (n=121). Brasília, Distrito Federal, 2015

Medidas	Estado Pessoal	Conhecimento	Capacidade de enfrentamento	Apoio esperado
RHDS total				
r	0,683***	0,775***	0,695***	0,525***
1 - Estado pessoal				
r		0,249	0,501***	0,074
2 - Conhecimento				
r			0,498***	0,242
3 - Capacidade de enfrentamento				
r				0,082

*Correlação produto momento de *Pearson***p<0,001

5.2.3 Validade de constructo

5.2.3.1 Validade discriminante

A análise de constructo discriminante foi obtida comparando-se a diferença entre o escore total dos valores obtidos com a aplicação do RHDS adaptado para o português em relação à idade (< 54 anos e ≥ 54 anos) e ter ou não acompanhante (Tabela 09).

Tabela 09 - Comparação das médias do escore final do RHDS adaptado com a idade e ter ou não acompanhante (n=121). Brasília, Distrito Federal, 2015

Variáveis	N	Média (DP*)	IC 95%		Mín	Máx	p**
			Inferior	Superior			
Idade							
< 54 anos	59	8,14 (1,17)	7,83	8,44	4,29	10,00	0,023***
≥ 54 anos	62	7,58 (1,45)	7,21	7,95	1,81	10,00	
Ter acompanhante/cuidador							
Sim	102	7,96 (1,30)	7,71	8,22	1,81	10,00	0,038***
Não	19	7,27(1,50)	6,55	7,99	4,52	9,86	

*Desvio Padrão **p – valor Teste t *Student* ***p<0.05

As hipóteses de que as médias do nível de preparo seriam diferentes considerando a idade ($p < 0,023$) e ter ou não acompanhante ($p < 0,038$) foram confirmadas. Nesse sentido o instrumento é capaz de discriminar grupos distintos.

5.2.3.2 Análise fatorial exploratória

Uma análise fatorial exploratória de eixo principal foi conduzida nos 21 itens do instrumento com rotação oblíqua (oblimin) em uma amostra de 121 participantes. A medida de *Kaiser-Meyer-Olkin* verificou a adequação amostral para a análise (,780). O teste de esfericidade de *Bartlett* [qui-quadrado= 490,642, $p < 0,001$], indicou que as correlações entre os itens são suficientes para a realização da análise. A análise inicial mostrou que três fatores obedeceram ao critério de *Kaiser* do autovalor (“*eigenvalue*”) maior que 1 e explicaram 39,43% da variância. O *screeplot* mostrou que os três fatores estavam posicionados antes da inflexão. Considerando o tamanho da amostra e a convergência entre o *screeplot* e o critério de *Kaiser*, este foi o número de componentes mantido na análise final.

Os critérios adotados para retenção dos itens nos fatores foram: a) carga fatorial e comunalidade acima de 0,30; b) não carregamento transversal dos itens em dois ou mais fatores e c) pelo menos três itens carregados em cada fator.

Na primeira AFE foram excluídos os itens 16 e 20, que não carregaram em nenhum dos fatores e os itens três, quatro, nove e 13 apresentaram comunalidades abaixo de 0,30.

Na segunda etapa da AFE procedeu-se uma nova análise com 15 itens. Verificou-se que o item 7 carregou em dois fatores, apresentando diferença entre as

cargas de 0,15, assim optou-se por conservá-lo no fator com maior carga fatorial. Os itens dois e cinco apresentaram comunalidades abaixo de 0,30 e também foram excluídos.

Na terceira análise com 13 itens, o item 7 apresentou comunalidade de 0,18 e foi excluído, resultando na versão da escala com 12 itens. Para essa versão verificou-se cargas fatoriais satisfatórias nos três fatores que foram renomeados de acordo com a versão de nove itens específica para idosos (MABIRE; COFFEY; WEISS, 2015). A confiabilidade dessa versão foi de 0,72.

O percentual de variância total explicada encontrado foi de 51,26%, sendo 26,33 % para o Fator 1 que incluiu os itens relacionados à capacidade para o autocuidado; 15,74% para o Fator 2 que incluiu os itens relacionados ao apoio esperado e 9,18% para o Fator 3 que incluiu o conhecimento. Os coeficientes de alfa de *Cronbach* dos fatores foram 0,83, 0,72, 0,77, respectivamente, indicando a confiabilidade pelo método da consistência interna.

Os valores das cargas fatoriais de cada item, de acordo com a alocação de cada subescala, estão apresentados na Tabela 10.

Tabela 10 – Apresentação das cargas fatoriais dos itens por subescalas do RHDS-Br (n=121). Brasília, Distrito Federal, 2015

Itens	Fator 1	Fator 2	Fator 3	h^{2*}
8 - Capacidade física para se cuidar	0,78			0,58
10 - Conhecimento sobre necessidades pessoais	0,62			0,43
11 - Conhecimento sobre necessidades de saúde			- 0,78	0,61
12 - Conhecimento sobre complicações			- 0,65	0,46
14 - Conhecimento sobre restrições			- 0,59	0,39
15 - Conhecimento sobre a próxima etapa do tratamento			- 0,70	0,50
17 - Capacidade para exigências do dia-a-dia	0,64			0,46
18 - Capacidade para cuidados pessoais	0,92			0,84
19 - Capacidade para tratamento de saúde	0,59			0,41
21 - Ajuda com cuidado pessoal		0,63		0,41
22 - Ajuda com atividades domésticas		0,70		0,54
23 - Ajuda com necessidades relacionadas à saúde		0,74		0,52
<i>Eigenvalue</i>	3,16	1,89	1,10	
Variância %	26,33	15,74	9,18	
Alfa de <i>Cronbach</i>	0,83	0,72	0,77	

*Comunalidade

6 DISCUSSÃO

O estudo do instrumento em sua versão original apontou propriedades psicométricas adequadas em sua avaliação inicial, porém é necessário salientar que estudar o constructo preparo para a alta hospitalar foi um desafio em detrimento aos poucos artigos científicos relacionados quase em sua totalidade ao desenvolvimento e análise psicométrica dessa medida, sendo esses artigos desenvolvidos em países como Estados Unidos (BOBAY et al., 2010; WEISS; YAKUSHEVA; BOBAY, 2011; WEISS; PIACENTINE, 2006; WEISS; PIACENTINE; LOKKEN, 2007), Irlanda (COFFEY; McCARTHY, 2013), Suíça (MABIRE et al., 2015) e Taiwan (LIN et al., 2014).

Realizar a adaptação transcultural e análise psicométrica do RHDS no contexto brasileiro significou envolver-se em uma metodologia rigorosa composta por múltiplos estágios.

O pré-teste foi realizado com 40 participantes, conforme a proposta de Beaton et al. (2000, 2002) e não foram sugeridas alterações das questões da versão brasileira do RHDS, porém alguns participantes relataram dificuldades para entender os itens relacionados, principalmente, à descrição de energia, conhecimento sobre recursos disponíveis no período pós-alta e ajuda relacionada ao autocuidado.

Assim como identificado no presente estudo, Mabire et al. (2015) verificaram na adaptação transcultural do RHDS, para o contexto suíço (idioma francês), que o conceito de energia no item cinco, exigiu explicações adicionais do entrevistador. Esse conceito não foi totalmente compreendido, pois para a população suíça está frequentemente associado a objetos. Em relação ao item 21, ajuda para o autocuidado, os autores descreveram que a formulação da pergunta não foi suficientemente clara aos participantes, por ser uma questão muito longa e de difícil compreensão.

O RHDS foi inicialmente concebido como uma ferramenta de autorelato a ser aplicada quatro horas antes da alta hospitalar (WEISS; PIACENTINE, 2006). Porém, no contexto brasileiro, em virtude da falta de protocolos de planejamento para a alta hospitalar que evidenciam a perspectiva da data da alta, foi possível realizar a coleta de dados, por meio de entrevistas para as pessoas que haviam perspectiva de alta nas próximas 24 horas. Esse procedimento também foi adotado em um estudo

irlandês (COFFEY; McCARTHY, 2013). O tempo para a aplicação do instrumento, de cinco a dez minutos, foi equivalente ao descrito em outros estudos que utilizaram o RHDS (WEISS; PIACENTINE, 2006).

A avaliação das propriedades psicométricas do RHDS para utilização no Brasil foi implementada em uma amostra condizente à versão original que contemplou 121 pessoas adultas com semelhanças em termos da idade, sexo e morar ou não sozinho (a). As diferenças das amostras relacionaram-se à baixa escolaridade e situação socioeconômica, considerados fatores que podem comprometer a capacidade em distinguir as várias opções de respostas, interfere na capacidade de entendimento para o autocuidado, influencia na condição econômica e no acesso a bens e serviços essenciais (MEIRELES et al., 2007; WEATHERS; SHARMA; NIEDRICH, 2005).

Assim como evidenciado em outros estudos, quanto às características clínicas verificou-se a ocorrência de multimorbidades crônicas e polifarmácia (BOBAY et al., 2010; COFFEY; McCARTHY, 2013; LIN et al., 2014; MABIRE et al., 2015; WEISS; YAKUSHEVA; BOBAY, 2011; WEISS; PIACENTINE, 2006; WEISS; PIACENTINE; LOKKEN, 2007).

Com relação às características da hospitalização, o tempo médio de internação de 12,25 dias foi superior aos resultados encontrados em estudos realizados nos Estados Unidos e Irlanda que tiveram respectivamente 8 e 10,9 dias (COFFEY; McCARTHY, 2013; WEISS; YAKUSHEVA; BOBAY, 2011).

Um estudo desenvolvido para verificar o preparo para a alta hospitalar em adultos verificou que maior tempo de internação e a primeira hospitalização foram associados com uma maior utilização dos serviços de saúde no período pós-alta (WEISS; PIACENTINE; LOKKEN, 2007).

As readmissões podem ocorrer em decorrência de altas mal planejadas, muitas vezes programadas por médicos que não possuem relacionamento contínuo com o paciente e os familiares. Outro fator que contribui para readmissões é a falta de comunicação eficaz entre os membros da equipe de saúde, deixando de considerar todas as necessidades intrínsecas que integram os fatores fisiológicos, psicossociais e ambientais que cercam o paciente, acarretando o término abrupto da hospitalização e tempo de preparo para a alta limitado para os prestadores de cuidados do paciente e familiares (COLEMAN; BERENSON, 2004; GREENWALD; DENHAM; JACK, 2007; PREYDE; BRASSARD, 2011).

Quanto à confiabilidade, designa-se que o valor inicial do alfa de *Cronbach* para o total da escala foi de 0,80, sendo similar ao valor encontrado no estudo sueco (MABIRE et al., 2015). Porém, observa-se que os valores da presente pesquisa situam-se ligeiramente inferiores quando comparados ao estudo original em ambas as subescalas, mas, ainda assim apresenta valores aceitáveis para as subescalas estado pessoal, conhecimento e capacidade de enfrentamento (WEISS; PIACENTINE, 2006).

Ao analisar o coeficiente de correlação item-total de *Pearson*, obtido entre cada um dos itens da escala com o seu escore total, obteve-se ampla variação. Os itens com maior e menor correlação foram o 17 “Você será capaz de lidar bem com as exigências do dia-a-dia em casa” ($r=0,54$) e o 21 “Quanta ajuda você terá com seu cuidado pessoal depois que for para casa” ($r=0,14$). A exclusão dos itens que obtiveram correlações abaixo de 0,30 não apresentaram valores de Alfa de *Cronbach* inferiores a 0,70.

No estudo sueco o item com maior correlação foi o 8 “ Como você descreveria sua capacidade física para se cuidar hoje (por exemplo: higiene pessoal, andar, ir ao banheiro)” ($r=0,57$) e o item com menor correlação foi o 16 “Quanto você sabe sobre os serviços e informações disponíveis em seu bairro depois que você for para casa” ($r=0,07$) (MABIRE et al., 2015).

No que diz respeito às análises das médias dos coeficientes de correlações das subescalas da versão adaptada observou-se a variação de 0,29 para a subescala conhecimento a 0,53 para a subescala capacidade de enfrentamento, diferindo do estudo original que obteve como menor média de correlações o valor de 0,43 para a subescala estado pessoal (WEISS; PIACENTINE, 2006).

A comparação entre as características descritivas do RHDS original revisado com 21 itens e o RHDS-Br, ambos com a amostra de 121 participantes, demonstrou valores de alfa de *Cronbach* satisfatórios e a média dos itens também foi semelhante nas duas amostras. A média de correlação interitens mais discrepante envolveu a subescala apoio esperado (WEISS; PIACENTINE, 2006).

Um aspecto importante na avaliação de um instrumento é verificar a sua relação com as subescalas. Nesse estudo, houve correlação positiva entre a medida total e todas as subescalas do questionário que avalia o preparo para a alta hospitalar, a partir desse resultado pode-se inferir que as subescalas medem o constructo preparo para a alta hospitalar.

O estudo mais recente que envolveu a aplicação do RHDS em três países com o objetivo de produzir um instrumento que avalia o preparo para a alta hospitalar em idosos, constatou que viver sozinho pressupondo não ter acompanhante ou cuidador e a média da idade maior foram associados com menores escores avaliados do nível de preparo para a alta hospitalar (MABIRE; COFFEY; WEISS, 2015).

Os resultados desse estudo são similares aos encontrados com a amostra brasileira, assim pode-se dizer inicialmente que o instrumento demonstrou boa capacidade discriminante entre grupos distintos. Entretanto, ressalta-se a necessidade de outras análises que serão realizadas em estudos subseqüentes para avaliar o poder discriminante do RHDS em sua versão brasileira.

Na análise fatorial exploratória, para testar de que maneira os itens estavam se agrupando no RHDS-Br, foram encontrados três fatores com percentual de variância total de 51,26%. Durante esse processo foram excluídos o total de nove itens (dois, três, quatro, cinco, sete, nove, 13, 16 e 20); assim esse procedimento gerou inicialmente um instrumento abreviado de 12 questões com Alfa de *Cronbach* de 0,72, para o instrumento total que deverá posteriormente ser submetido a uma análise fatorial confirmatória.

A partir desses resultados preliminares, evidenciou-se que os três fatores encontrados na análise fatorial exploratória sugerem que o preparo para a alta está relacionado à capacidade para o autocuidado, apoio esperado e conhecimento. Assim como no estudo original, o modelo teórico de preparo para alta no contexto brasileiro visará a aptidão para o autocuidado e autogerenciamento, além da avaliação do apoio social.

A capacidade para o autocuidado está relacionada aos seguintes aspectos: capacidade física para se cuidar, conhecimento sobre as necessidades pessoais, capacidade para as exigências do dia-a-dia, capacidade para realizar os cuidados pessoais e capacidade para realizar o tratamento de saúde (WEISS; PIACENTINE, 2006).

O apoio esperado refere-se à ajuda referente ao cuidado pessoal, ajuda com as atividades domésticas e ajuda com as necessidades relacionadas à saúde (WEISS; PIACENTINE, 2006).

O conhecimento avalia o domínio para cuidar das necessidades de saúde, as informações necessárias para identificar as complicações referentes ao

adoecimento, a noção sobre as restrições no período pós-alta e o entendimento sobre a próxima etapa do tratamento (WEISS; PIACENTINE, 2006).

Ao analisar a estrutura do fator referente à capacidade para o autocuidado, notou-se que os itens oito “Como você descreveria sua capacidade física para se cuidar hoje (por exemplo: higiene pessoal, andar, ir ao banheiro)” e 18 “Quanto você será capaz de realizar adequadamente seus cuidados pessoais (por exemplo: higiene pessoal, tomar banho, alimentar-se) quando estiver em casa”, possuem semelhanças de sentido que já haviam sido descritas pelos participantes durante a análise semântica. Dessa forma, propõe-se a observação desses dois itens em análises posteriores para que possam ser avaliadas as suas propriedades psicométricas.

A validação da versão francesa (RHDS – Fr) para utilização no contexto suíço contou com a participação de 265 idosos. A versão foi submetida a uma análise fatorial confirmatória e posteriormente a uma análise fatorial exploratória, após todo esse processo, foram excluídos nove itens (dois, cinco, seis, 12, 13, 14, 16 e 20) e a versão final contou com 12 itens distribuídos em três subescalas redefinidas da seguinte forma: preparo físico e emocional, capacidade para lidar com o tratamento médico e capacidade de enfrentamento. A subescala apoio esperado descrita na versão original não foi identificada na versão francesa. O alfa de *Cronbach* para a escala total foi de 0,82 (MABIRE et al., 2015).

A validação da versão chinesa (RHDS – C) foi desenvolvida em duas etapas consecutivas. Na primeira etapa, 223 pacientes com diagnóstico de câncer colorretal ou câncer hepático foram selecionados para realizar a análise fatorial exploratória. Posteriormente, na segunda etapa, 323 pacientes com diagnóstico de acidente vascular cerebral foram selecionados para realizar a análise fatorial confirmatória. Após a realização das análises psicométricas a escala chinesa culminou em 12 itens e três subescalas: estado pessoal, capacidade de enfrentamento e apoio esperado, ambas com quatro itens. A subescala conhecimento descrita na versão original não foi identificada na versão chinesa. O alfa de *Cronbach* para a escala total foi de 0,89 (LIN et al., 2014).

A validação do RHDS para idosos contou com 998 pacientes hospitalizados em três países diferentes (Estados Unidos, Suíça e Irlanda) e também apresentou estrutura fatorial diferente do instrumento original. Os resultados da análise fatorial confirmatória e exploratória demonstraram um instrumento abreviado com nove itens

(dois, nove, 12, 14, 15, 17, 21, 22, 23) distribuídos em três fatores relacionados à prontidão para o autocuidado, conhecimento e apoio esperado. O alfa de *Cronbach* para a escala total foi de 0,87 (MABIRE; COFFEY; WEISS, 2015).

Todas essas evidências sinalizadas até o presente momento apontam a necessidade de estudos futuros para verificar a estrutura do RHDS e para aprofundar a explicação teórica para esse constructo neste contexto cultural.

Estudos realizados na China (LIN et al., 2014), Suíça (MABIRE et al., 2015) e entre Estados Unidos, Suíça e Irlanda (MABIRE; COFFEY; WEISS, 2015) verificaram a necessidade de reestruturação dos itens das subescalas, assim como a exclusão de itens que não se estruturaram quando testados em diferentes populações.

A partir dos resultados do presente estudo, com a adaptação transcultural realizada e com a obtenção das propriedades psicométricas do instrumento RHDS para o Brasil, verificou-se a potencialidade de utilização dessa ferramenta que está demonstrando ser um instrumento válido e confiável.

Sua utilização contribuirá para uma avaliação mais completa do constructo preparo para a alta hospitalar, que vai além do modelo biomédico tradicional, por meio da adição da mensuração de aspectos subjetivos aos parâmetros clínicos. Desta forma, os indivíduos hospitalizados serão participantes ativos no processo de planejamento da alta hospitalar e os profissionais de saúde terão uma ferramenta importante para estabelecer um plano de cuidados que efetivamente prepare essas pessoas para a transição do cuidado.

7 CONCLUSÕES

Conforme os objetivos propostos e os resultados obtidos neste estudo, pode-se concluir que o *Readiness for Hospital Discharge Scale* (RHDS), versão adaptada para o português:

- Conservou as equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual conforme a versão original;
- Manteve a validade de face e de conteúdo da versão original de acordo com a avaliação do comitê de especialistas;
- Apresentou valor adequado de alfa de *Cronbach*, constatando a confiabilidade da medida por meio da consistência interna de seus itens na amostra estudada;
- A partir da análise da validade de constructo discriminante verificou-se inicialmente o poder discriminante do instrumento entre grupos;
- A versão preliminar abreviada apresentou três fatores e 12 itens na análise fatorial exploratória, diferentemente da versão original;
- Nesta fase inicial demonstrou ser um instrumento confiável e válido na amostra de pacientes brasileiros.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados sugerem que o RHDS-Br apresentou boas propriedades psicométricas iniciais, porém ressalta-se a necessidade de prosseguir com estudos subsequentes que contemplem novas análises para que a forma abreviada do RHDS-Br possa ser disponibilizada para utilização no contexto brasileiro.

A implementação desta avaliação em protocolos de planejamento de alta hospitalar poderá ser útil na prática clínica para a identificação precoce de pacientes que não possuem habilidades de conhecimento adequadas para a auto-gestão de saúde após a alta.

Dessa forma, o enfermeiro ao identificar a falta de preparo para a alta hospitalar deverá informar aos membros da equipe de saúde, e posteriormente implementar medidas educativas e intervenções pré-alta hospitalar para sanar o deficit de conhecimento e propiciar o empoderamento dos pacientes e familiares.

Embora esses primeiros resultados pareçam ser promissores, várias limitações devem ser assinaladas como o tamanho da amostra e a não implementação da análise fatorial confirmatória em função do tempo para a finalização desse trabalho. Estudos subsequentes com a realização da análise fatorial confirmatória testarão a estrutura da versão abreviada com 12 itens.

Além disso, é importante ampliar a compreensão referente ao constructo preparo para a alta hospitalar e contribuir para o aprimoramento dos instrumentos relacionados a essa medida no cenário nacional e internacional.

REFERÊNCIAS

- AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. **Strategy 4: Care Transitions From Hospital to Home: IDEAL Discharge Planning**. Rockville: AHRQ - Agency for Healthcare Research and Quality, 2013.
- ALFARO-LEFREVE, R. **Aplicação do processo de enfermagem: fundamento para o raciocínio clínico**. 8ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ARCHBOLD, P. G. et al. Mutuality and preparedness as predictors role strain. **Research in Nursing e Health**, v.13, n. 2, p. 375-384, 1990.
- ALPER, E. et al. Hospital discharge and readmission. **Retrieved February**, v. 1, p. 2015, 2014.
- ANTHONY, M. K; BARR, D. H. A patient-centered model of care for hospital discharge. **Clinical Nursing Research**, v. 13, n. 2, p. 117-136, 2004.
- AXON, R. N.; WILLIAMS, M. V. Hospital readmissions as an accountability measure. **JAMA**, v. 305, n. 5, p. 504-505, 2011.
- ATWAL, A. Nurses' perceptions of discharge planning in acute health care: a case study in one British teaching hospital. **Journal of advanced nursing**, v. 39, n. 5, p. 450-458, 2002.
- BARRETO, L. C. L. et al. Percepções dos profissionais de uma unidade de internação pediátrica sobre alta de crianças ostomizadas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 29, n. 3, p. 438-445, 2008.
- BAUER, M. et al. Hospital discharge planning for frail older people and their family. Are we delivering best practice? A review of the evidence. **Journal of clinical nursing**, v. 18, n. 18, p. 2539-2546, 2009.
- BEATON, D. E. et al. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. **Spine**, v. 25, n. 24, p. 3186-3191, 2000.
- BEATON, D. et al. **Recommendations for the cross-cultural adaptation of health status measures**. Toronto: Institute for work and health, 2002.
- BERNSTEIN, H. H. et al. Postpartum discharge: do varying perceptions of readiness impact health outcomes? **Ambulatory pediatrics**, v. 2, n. 5, p. 388-395, 2002.
- BOBAY, K. L. et al. Age-related differences in perception of quality of discharge teaching and readiness for hospital discharge. **Geriatric nursing**, v. 31, n. 3, p. 178-187, 2010.
- BONFADA, D. et al. A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 2, p. 555-560, 2012.

BOWLING, A. **Measuring health: a review of quality of life measurement scales**. 3ª ed. Berkshire: Open University Press, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59.

BULECHEK, G. M.; BUTCHER, H. K.; DOCHTERMAN, J. M. NIC: Classificações das Intervenções de Enfermagem. 5ª ed. Rio de Janeiro: **Elsevier**, 2010.

CESAR, A. M.; SANTOS, B. R. Percepção de cuidadores familiares sobre um programa de alta hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 6, p. 647-52, 2005.

CHWALOW, A. J. Cross-cultural validation of existing quality of life scales. **Patient Educations and Cowseling**, v. 26, n. 1-3, p. 313-318, 1995.

CLANCY, C. M. Reengineering Hospital Discharge: A Protocol to Improve Patient Safety, Reduce Costs, and Boost Patient Satisfaction. **American journal of medical quality**, v. 24, n. 4, p. 344-346, 2009.

COFFEY, A.; MCCARTHY, G. M. Older people's perception of their readiness for discharge and postdischarge use of community support and services. **International journal of older people nursing**, v. 8, n. 2, p. 104-115, 2013.

COLEMAN, E. A. et al. Development and testing of a measure designed to assess the quality of care transitions. **International Journal of Integrated Care**, v. 2, p. 02, 2002. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1480381/>>. Acesso em: 17 fev. 2016.

COLEMAN, E. A.; BOULT, C. Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 51, n. 4, p. 556-557, 2003.

COLEMAN, E. A. et al. Preparing patients and caregivers to participate in care delivered across settings: the Care Transitions Intervention. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 52, n. 11, p. 1817-1825, 2004.

COLEMAN, E. A.; BERENSON, R. A. Lost in transition: challenges and opportunities for improving the quality of transitional care. **Annals of internal medicine**, v. 141, n. 7, p. 533-536, 2004.

COLEMAN, E. A. et al. The central role of performance measurement in improving the quality of transitional care. **Home health care services quarterly**, v. 26, n. 4, p. 93-104, 2007.

CROCKER, C. Following the patient journey to improve medicines management and reduce errors. **Nursing times**, v. 105, n. 46, p. 12-15, 2009.

CUA, Y. M.; KRIPALANI, S. Medication use in the transition from hospital to home. **Annals of the Academy of Medicine, Singapore**, v. 37, n. 2, p. 136, 2008.

CUMMINGS, S. R.; STUART, A.; RULLEY, S. B. Elaboração de questionários e instrumentos de coleta de dados. In: HULLEY, S. B. et al. **Delineando a pesquisa clínica**. Uma abordagem epidemiológica. Porto Alegre: Artmed, 2003, p. 265-281.

DANTAS, R. A. S. **Adaptação cultural e validação do Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky em uma amostra de pacientes cardíacos brasileiros**. 2007. 187f. Tese (Livre-Docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

DANTAS, R. A. S.; ROSSI, L. A. Tradução e adaptação transcultural de instrumentos na área da saúde: uma nova proposta. In: ENCONTRO ÍBERO-AMERICANO DE QUALIDADE DE VIDA, 2, 2004, Porto Alegre.

DANTAS, R. A. S.; GOIS, C. F. L.; SILVA, L.M. Utilização da versão adaptada da escala de qualidade de vida de Flanagan em pacientes cardíacos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 15-20, 2005.

DELATORRE, P. C. et al. Planejamento para a alta hospitalar como estratégia de cuidado de enfermagem: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE online**, v. 7, n. 12, p. 7151-7159, 2013. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3968>>. Acesso em: 17 fev. 2016.

DEPARTMENT OF HEALTH. **Discharge from hospital: pathway, process and practice**. London: Department of Health, 2003.

_____. **Achieving timely 'simple' discharge from hospital**: A toolkit for the multi-disciplinary team. London: Department of Health, 2004.

_____. **Ready to go?** Planning the Discharge and the Transfer of Patients from Hospital and Intermediate Care. London: The Stationery Office, 2010a.

_____. **Discharge planning**. A summary of the Department of Health's guidance Ready to go? Planning the discharge and the transfer of patients from hospital and intermediate care. The Stationery Office. London: The Stationery Office, 2010b.

ECHEVARRIA-GUANILO, M. E. **Burns Specific Pain Anxiety Scale – BPAS**: adaptação transcultural e validação preliminar. 2005. 131f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

MONTEIRO, E. A. **Validação do Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal em um amostra de cuidadores brasileiros**. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

FAYERS, P. M.; HAYS, R. **Assessing quality of life in clinical trials**. 2^a ed. Oxford: Oxford University Press, 2005. 467p.

FAYERS, P. M., MACHINI, D. Scores and Measurements: validity, reability, and sensivity. In: _____. **Quality of life: assessment, analysis and interpretation**. New York: Wiley, 2000. p. 47-71.

FAYERS, P. M.; MACHIN, D. Scores and measurements: validity, reliability, sensitivity. In: _____. **Quality of Life: The Assessment, Analysis and Interpretation of Patient-Reported Outcomes**, Second edition, New York: Wiley, 2007. p. 77-108.

FERKETICH, S. Focus on psychometrics. Aspects of item analysis. **Research in nursing & health**, v. 14, n. 2, p. 165-168, 1991.

FERREIRA, E. **Adaptação cultural da “Burns Specific Health Scale-Revised” (BSHS-R): versão para brasileiros que sofreram queimaduras**. Ribeirão Preto, 2006. 108f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

FERREIRA, P. L. et al. Tradução e validação para a língua portuguesa do questionário de planeamento da alta (PREPARED). **Revista de Enfermagem Referência**, v. 3, n. 5, p. 121-133, 2011.

FERRER, M. et al. Validity and reability of the St Geroge’s Respiratory Questionnaire after adaptation to a different language and culture: the Spanish example. **The European respiratory jornal**, v. 9, n. 6, p. 1160-1166, 1996.

FOUST, J. B. Discharge planning as part of daily nursing practice. **App I nursing research**, v. 20, n. 2, p. 72-77, 2007.

GANZELLA, M.; ZAGO, M. M. F. A alta hospitalar na avaliação de pacientes e cuidadores: uma revisão integrativa da literatura. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 351-355, 2008.

GREENWALD, J. L.; JACK, B. W. Preventing the preventable: reducing rehospitalizations through coordinated, patient-centered discharge processes. **Professional case management**, v. 14, n. 3, p. 135-142, 2009.

GRIMMER, K.; MOSS, J. The development, validity and application of a new instrument to assess the quality of discharge planning activities from the community perspective. **International journal for quality in healthcare**, v. 13, n. 2, p. 109-116, 2001.

GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. E. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life, measures: literature review and proposed guidelines. **Journal of clinical epidemiology**, v. 46, n. 12, p. 1417-1432, 1993.

HAIR, J. F. et al. **Análise multivariada dos dados**. 5^a ed. Porto Alegre: Bookman, 2007.

HALASYAMANI, L. et al. Transition of care for hospitalized elderly patients—development of a discharge checklist for hospitalists. **Journal of hospital medicine**. v. 1, n. 6, p. 354-360, 2006.

HEALTH QUALITY ONTARIO. **bestPATH: Transitions of Care Improvement Practice**. Ontario: HQO - Health Quality Ontario, 2013.

HERNANDEZ, A. F. et al. Relationship between early physician follow-up and 30-day readmission among Medicare beneficiaries hospitalized for heart failure. **JAMA**, v. 303, n. 17, p. 1716-1722, 2010.

HUBER, D. L.; MCCLELLAND, E. Patient preferences and discharge planning transitions. **Journal of professional nursing**, v. 19, n. 4, p. 204-210, 2003.

JHA, A.K.; ORAV, E.J.; EPSTEIN, A.M. Public Reporting of Discharge Planning and Rates of Readmissions. **The New England Journal of Medicine**, v. 361, n. 27, p. 2637-45, 2009. Disponível em: <<http://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJMsa0904859>>. Acesso em: 17 fev. 2016.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. **Joint Commission International Accreditation Standards For Hospitals: Including Standards for Academic Medical Center Hospitals**. 5ª ed. Chicago: Joint Commission International, 2013.

KANSAGARA, D. et al. Risk prediction models for hospital admission: a systematic review. **JAMA**, v. 306, n. 15, p. 1688-1698, 2011.

LARSEN, P. D.; LUBKIN, I. M. **Chronic Illness: impact and intervention**. 7ª ed. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, 2009.

LIN, Y. H. et al. [Psychometric Testing of the Chinese Version of the Readiness for Hospital Discharge Scale]. **Hu li za zhi The journal of nursing**, v. 61, n. 4, p. 56-65, 2014. Artigo em chinês.

LUBKIN, I. M.; LARSEN, P. D. **Chronic illness: impact and interventions**. Burlington: Jones & Bartlett Learning, 2006.

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. **Journal of advanced nursing**, v. 71, n. 11, p. 2686-2696, 2015.

MABIRE, C. et al. Translation and psychometric evaluation of a French version of the Readiness for Hospital Discharge Scale. **Journal of clinical nursing**, v. 24, n. 19-20, p. 2983-2992, 2015.

MALONEY, L. R.; WEISS, M. E. Patients' perceptions of hospital discharge informational content. **Clinical nursing research**, v. 17, n. 3, p. 200-219, 2008.

MARIN, M. J. S.; ANGERAMI, E. L. S. Caracterização de um grupo de idosas hospitalizadas e seus cuidadores visando o cuidado pós-alta hospitalar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 36, n. 1, p.33-41, 2002.

MELEIS, A. et al. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. **Advances in nursing Science**, v. 23, n. 1, p. 12-28, 2000.

MEIRELES, V. C. et al. Características dos idosos em área de abrangência do Programa Saúde da Família na região noroeste do Paraná: contribuições para a gestão do cuidado em enfermagem. **Saúde e Sociedade**, v. 16, n. 1, p. 69-80, 2007 .

MIASSO, A. I.; CASSIANI, S. H. B. Administração de medicamentos: orientação final de enfermagem para a alta hospitalar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 39, n. 2, p. 136-44, 2005.

MONTEIRO, E. A.; MAZIN, S. C.; DANTAS, R. A. S. Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal: validação para o Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 3, p. 421-428, 2015.

NAYLOR, M. D. et al. Transitional care of older adults hospitalized with heart failure: a randomized, controlled trial. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 52, n. 5, p. 675-684, 2004.

NAYLOR, M. D. et al. The importance of transitional care in achieving health reform. **Health Affairs**, v. 30, n. 4, p. 746-754, 2011.

NORMAN, G. R.; STREINER, D. L. **Biostatistics: the bare essentials**. Hamilton: Bc Decker, 2008.

OTTENBACHER, K. J. et al. Thirty-Day Hospital Readmission Following Discharge From Post acute Rehabilitation in Fee-for-Service Medicare Patients. **JAMA**, v. 311, n. 6, p. 604-614, 2014.

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Revista de Psiquiatria Clínica**. v. 25, n. 5, p. 206-213, 1998.

PASQUALI, L. Parâmetros psicométricos dos testes psicológicos. In: _____. **Técnicas de exame psicológico – TEP**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. p. 111-136.

PASQUALI, L. **Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação**. 2ª ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

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

PAUL, S. Hospital Discharge Education for Patients With Heart Failure: What Really Works and What Is the Evidence? **Critical Care Nurse**, v. 28, n. 2, p. 66-82, 2008.

PELEGRINO, F. M. **Adaptação cultural e validação do instrumento “Duke Anticoagulation Satisfaction Scale” (DASS): versão para brasileiros em uso de anticoagulação**. Ribeirão Preto, 2009. 168f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

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

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. P. 283-300.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Nursing Research**. Principles and Methods. 6ª ed. Philadelphia: Lippincott, 1999.

POOCHIKIAN-SARKISSIAN, S. et al. Examining the relationship between patient-centred care and outcomes. **Canadian journal of neuroscience nursing**, v. 32, n. 4, p. 14-21, 2010.

POMPEO, D. A. et al. Atuação do enfermeiro na alta hospitalar: reflexões a partir dos relatos de pacientes. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 345-350, 2007.

PRUDÊNCIO, P. S. **Adaptação cultural e validação para uso no Brasil do instrumento Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care (PESPC)**. Ribeirão Preto, 2012. 188f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

PRUITT, S. D.; EPPING-JORDAN, J. E. Preparing the 21st century global health care work force. **BMJ**, v. 330, n. 7492, p. 637-639, 2005.

SAPNAS, K. G.; ZELLER, R. A. Minimizing sample size when using exploratory factor analysis for measurement. **Journal of nursing measurement**, v. 10, n. 2, p. 135-154, 2002.

Shepperd, S. et al. **The Cochrane database of systematic reviews**, , n. 1, p. CD000313, 2004. John Wiley & Sons, Ltd. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000313.pub2/full>>. Acesso em: 17 fev. 2016.

SHYU, Y. I. et al. A family caregiver-oriented discharge planning program for older stroke patients and their family caregivers. **Journal of clinical nursing**, v. 17, n. 18, p. 2497-2508, 2008.

SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK. **The SIGN discharge document**. Edinburgh: SIGN; 2012.

SPEHAR, A. M. et al. Seamless Care: Safe Patient Transitions from Hospital to Home. In: HENRIKSEN, K. et al. **Advances in Patient Safety: From Research to Implementation (Volume 1: Research Findings)**. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2005 Feb. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK20459>>. Acesso em: 17 fev. 2016.

SIQUEIRA, L. D. C. **Adaptação cultural e validação inicial do instrumento MISSCARE para o Brasil**: contribuição para o mapeamento de riscos para a segurança do paciente hospitalizado. Ribeirão Preto, 2012. 134f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

STACCIARINI, T. S. G. **Adaptação e validação da escala para avaliar a capacidade de autocuidado Appraisal of Self Care Agency Scale – Revised** para o Brasil. Ribeirão Preto, 2012, 193f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

STREINER, D. L.; NORMAN, G. R. **Health measurement scales: a practical guide to their development and use**. Oxford: Oxford University Press, 1995.

SOUSA, V. D.; ROJJANASRIRAT, W. Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. **Journal of evaluation in clinical practice**, v. 17, n. 2, p. 268-274, 2011.

SUZUZI, V. F.; CARMONA, E. V.; LIMA M. H. M. Planejamento da alta hospitalar do paciente diabético: construção de uma proposta. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 2, p. 527-532, 2011.

URBINA, S. **Fundamentos da testagem psicológica**. 1ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. 320p.

WALTZ, C. F.; STRICKLAND, O. L.; LENZ, E. R. **Measurement in Nursing Research**. 2ª ed. Philadelphia: Davis Company, 2005.

WARE, J. E.; GANDEK, B. Methods for Testing Data Quality, Scaling Assumptions, and Reliability. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 51, n. 11, p. 945-952, 1998. Disponível em: <<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0895435698000857>>. Acesso em: 17 fev. 2015.

WEATHERS, D.; SHARMA, S.; NIEDRICH, R.W. The impact of the number of scale points, dispositional factors, and the status quo decision heuristic on scale reliability and response accuracy. **Journal of Business Research**. v. 58, n. 11, p. 1516-1524, 2005.

WEISS, M. E. et al. Validation of patient and nurse short forms of the Readiness for Hospital Discharge Scale and their relationship to return to the hospital. **Health services research**, v. 49, n. 1, p. 304-317, 2014.

WEISS, M. et al. Length of stay after vaginal birth: sociodemographic and readiness-for-discharge factors. **Birth**, v. 31, n. 2, p. 93-101, 2004.

WEISS, M. E. et al. Perceived readiness for hospital discharge in adult medical-surgical patients. **Clinical Nurse Specialist**, v. 21, n. 1, p. 31-42, 2007.

WEISS, M. E.; YAKUSHEVA, O.; BOBAY, K. L. Quality and cost analysis of nurse staffing, discharge preparation, and postdischarge utilization. **Health services research**, v. 46, n. 5, p. 1473-1494, 2011.

WEISS, M. E.; LOKKEN, L. Predictors and outcomes of postpartum mothers' perceptions of readiness for discharge after birth. **Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing**, v. 38, n. 4, p. 406-417, 2009.

WEISS, M. E.; PIACENTINE, L. B. Psychometric Properties of the Readiness for Hospital Discharge Scale. **Journal of Nursing Measurement**, v. 14, n. 3, p. 163-180, 2006.

WILD, D. et al. Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. **Value in health**, v. 8, n. 2, p. 94-104, 2005.

WILLIS, G. et al. Evaluation of a multi-step survey translation process. In: International Conference on Survey Methods in Multinational, Multiregional, and Multicultural Contexts (3MC), 2008, Berlin, **Proceedings...**Berlin: CSDI, 2008. p. 191-208.

APÊNDICES

APÊNDICE A – VERSÃO PORTUGUÊS CONSENSUAL 1 (VPC -1)

READINESS FOR HOSPITAL DISCHARGE – ADULT FORM

CONSENSO DE TRADUÇÕES: PREPARO PARA A ALTA HOSPITALAR – QUESTIONÁRIO ADULTO

Please check or circle your answer. Most of the responses are on a scale from 0 to 10. The words below the number indicate what the 0 or the 10 means. Pick the number between 0 and 10 that best describes how you feel. For example, circling number 7 means you feel more like the description of number 10 than number 0 but not completely.

CONSENSO DE TRADUÇÕES: Por favor, marque ou circule sua resposta. A maioria das respostas estão em uma escala de 0 a 10. As palavras abaixo dos números indicam o que significam os números 0 e 10. Escolha um número entre 0 e 10 que melhor descreva como você se sente. Por exemplo, ao circular o número 7, isto significa que você se sente mais parecido com a descrição do número 10 do que com o número 0, mas não totalmente.

1. As you think about your discharge from the hospital, do you believe you are ready to go home as planned?

CONSENSO DE TRADUÇÕES: Quando você pensa sobre a alta hospitalar, você acha que está preparado (a) para ir para sua casa como o programado?

() No Yes ()

CONSENSO DE TRADUÇÕES:() Não () Sim

2. How physically ready are you to go home?

CONSENSO DE TRADUÇÕES: Você está preparado (a) fisicamente para ir para casa?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Not ready										Totally ready

CONSENSO DE TRADUÇÕES: Não estou preparado (a) / Totalmente preparado (a)

3. How would you describe your pain or discomfort today?

CONSENSO DE TRADUÇÕES: Hoje, como você descreveria a sua dor ou o seu desconforto/incômodo?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No pain/ discomfort Severe pain/discomfort

CONSENSO DE TRADUÇÕES: Sem dor/ Sem desconforto/Dor insuportável/desconforto

4. How would you describe your strength today?

CONSENSO DE TRADUÇÕES: Hoje, como você descreveria sua força?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Weak Strong

CONSENSO DE TRADUÇÕES: Fraca / Forte

5. How would you describe your energy today?

CONSENSO DE TRADUÇÕES: Hoje, como está a sua energia?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Low energy High energy

CONSENSO DE TRADUÇÕES: Pouca energia / Muita energia

6. How much stress do you feel today?

CONSENSO DE TRADUÇÕES: Hoje, como está o seu nível de estresse?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
None A great deal

CONSENSO DE TRADUÇÕES: Nenhum estresse / Muitíssimo estresse

7. How emotionally ready are you to go home today?

CONSENSO DE TRADUÇÕES: Hoje, você está preparado (a) emocionalmente para ir para casa?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Not ready Totally ready

CONSENSO DE TRADUÇÕES: Não estou preparado (a) / Totalmente preparado (a)

8. How would you describe your physical ability to care for yourself today (for example, hygiene, walking, toileting)?

CONSENSO DE TRADUÇÕES: Como você descreveria hoje a sua capacidade/habilidade física para se cuidar (por exemplo, a higiene pessoal, andar, ir ao banheiro)?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Not able Totally able

CONSENSO DE TRADUÇÕES: Sem capacidade / Totalmente capaz

9. How much do you know about caring for yourself after you go home?

CONSENSO DE TRADUÇÕES: O que você sabe sobre como cuidar de si mesmo quando for para casa?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Know nothing at all Know all

CONSENSO DE TRADUÇÕES: Não sei nada / Sei tudo

10. How much do you know about taking care of your personal needs (for example, hygiene, bathing, toileting, eating) after you go home?

CONSENSO DE TRADUÇÕES: Você sabe cuidar de suas necessidades pessoais (por exemplo, a higiene pessoal, tomar banho, ir ao banheiro, alimentar-se) quando for para casa?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Know nothing at all Know all

CONSENSO DE TRADUÇÕES: Não sei nada / Sei tudo

11. How much do you know about taking care of your medical needs (treatments, medications) after you go home?

CONSENSO DE TRADUÇÕES: O que você sabe sobre os cuidados relacionados ao seu problema de saúde (tratamento, medicamentos) quando for para casa?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Know nothing at all Know all

CONSENSO DE TRADUÇÕES: Não sei nada / Sei tudo

12. How much do you know about problems to watch for after you go home?

CONSENSO DE TRADUÇÕES: Você sabe sobre quais os problemas você deverá ficar atento quando for para casa?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Know nothing at all Know all

CONSENSO DE TRADUÇÕES: Não sei nada / Sei tudo

13. How much do you know about who and when to call if you have problems after you go home?

CONSENSO DE TRADUÇÕES: Se você tiver problemas, você sabe quando e para quem pedir ajuda quando for para casa?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Know nothing at all Know all

CONSENSO DE TRADUÇÕES: Não sei nem quando e nem para quem/ Sei quando e sei para quem

14. How much do you know about restrictions (what you are allowed and not allowed to do) after you go home?

CONSENSO DE TRADUÇÕES: Você sabe suas restrições (o que você pode ou não fazer) quando for para casa?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Know nothing at all Know all

CONSENSO DE TRADUÇÕES: Não sei nada / Sei tudo

15. How much do you know about what happens next in your follow-up medical treatment plan after you go home?

CONSENSO DE TRADUÇÕES: O que você sabe sobre a continuidade do acompanhamento do seu tratamento de saúde quando você for para casa?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Know nothing at all Know all

CONSENSO DE TRADUÇÕES: Não sei nada / Sei tudo

16. How much do you know about services and information available to you in your community after you go home?

CONSENSO DE TRADUÇÕES: O que você sabe sobre as informações e serviços disponíveis para você em sua comunidade/bairro/setor depois que você for para casa?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Know nothing at all Know all

CONSENSO DE TRADUÇÕES: Não sei nada / Sei tudo

17. How well will you be able to handle the demands of life at home?

CONSENSO DE TRADUÇÕES: Você será capaz de lidar bem com as exigências do dia-a-dia em casa?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Not at all Extremely well

CONSENSO DE TRADUÇÕES: De jeito nenhum / Muitíssimo bem

18. How well will be able to perform your personal care (for example, hygiene, bathing, toileting, eating) at home?

CONSENSO DE TRADUÇÕES: Você será capaz de realizar seus cuidados pessoais (por exemplo, a higiene pessoal, tomar banho, ir ao banheiro, alimentar-se) quando estiver em casa?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Not at all Extremely well

CONSENSO DE TRADUÇÕES: De jeito nenhum / Muitíssimo bem

19. How well will you be able to perform your medical treatments (for example, caring for a surgical incision, respiratory treatments, exercise, rehabilitation, taking your medications in the correct amounts and at the correct times) at home?

CONSENSO DE TRADUÇÕES: Você será capaz de seguir o seu tratamento de saúde (por exemplo, cuidar de uma ferida cirúrgica, tratamento respiratório, exercício, reabilitação, tomar os remédios/medicamentos/medicações na quantidade certa e no horário certo) quando você estiver em casa?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Not at all Extremely well

CONSENSO DE TRADUÇÕES: De jeito nenhum / MUITÍSSIMO BEM

20. How much emotional support will you have after you go home?

CONSENSO DE TRADUÇÕES: Você terá apoio emocional quando for para casa?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
None A great deal

CONSENSO DE TRADUÇÕES: Nenhum apoio / MUITÍSSIMO APOIO

21. How much help will you have with your personal care after you go home?

CONSENSO DE TRADUÇÕES: Quando você for para casa, você terá ajuda para o seu cuidado pessoal?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
None A great deal

CONSENSO DE TRADUÇÕES: Nenhuma ajuda / MUITÍSSIMA AJUDA

22. How much help will you have with household activities (for example, cooking, cleaning, shopping, babysitting) after you go home?

CONSENSO DE TRADUÇÕES: Quando você for para casa, você terá ajuda para realizar as tarefas domésticas (por exemplo, cozinhar, limpar, fazer compras, cuidar das crianças)?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
None A great deal

CONSENSO DE TRADUÇÕES: Nenhuma ajuda / MUITÍSSIMA AJUDA

APÊNDICE B – CARTA AO COMITÊ DE ESPECIALISTAS



CARTA AO COMITÊ DE ESPECIALISTAS

Goiânia, 12 de Dezembro de 2014.

Prezado (a) colega,

Gostaríamos de convidá-lo (a) a fazer parte do comitê de especialistas da pesquisa sob o título “**O preparo para a alta hospitalar: adaptação cultural e validação do *Readiness for Hospital Discharge* para uso no Brasil**”. O objetivo do estudo será traduzir, adaptar e validar um instrumento americano para utilização no Brasil.

Esse instrumento avalia o preparo das pessoas para a alta hospitalar. O *Readiness for Hospital Discharge* foi desenvolvido a partir de uma extensão de estudos do *Perceived Readiness for Hospital Discharge After Birth Scale (PRDBS)* que inferia a percepção da disponibilidade para a alta hospitalar após o nascimento (WEISS; PIACENTINE, 2006).

Para a elaboração do *Readiness for Hospital Discharge* foram convocadas três equipes de pesquisa, cada uma delas com seis a doze enfermeiros assistenciais, especialistas clínicos e gestores nas áreas de saúde do adulto, saúde materno-infantil e pediátrica para planejar o estudo do instrumento (WEISS; PIACENTINE, 2006).

Inicialmente os enfermeiros e especialistas clínicos de cada grupo de forma independente e simultaneamente, com o pesquisador principal, presente nos três grupos, foram investigando e refletindo sobre os fatores importantes para determinar as percepções de prontidão a partir dos pacientes e dos pais. Assim, os itens relacionados à percepção para a alta, autoeficácia e competência para a autogestão foram desenvolvidos para avaliar a capacidade de enfrentamento (WEISS; PIACENTINE, 2006).

Após a identificação dos potenciais itens da escala gerada por cada um dos grupos, procedeu-se o refinamento dos itens semelhantes para cada um dos três grupos do estudo (WEISS; PIACENTINE, 2006).

A versão final do *Readiness for Hospital Discharge* foi submetida a testes psicométricos podendo ser utilizada em uma população heterogênea de pacientes que obtiverem alta hospitalar, tendo sido desenvolvido para medir a percepção do preparo para a alta hospitalar, em 23 itens e quatro domínios: (1) Estado pessoal, definido como o estado físico e emocional do paciente anteriormente ao período da alta hospitalar; (2) conhecimento, que seria a percepção das informações necessárias para responder às preocupações comuns e problemas no período pós-alta; (3) capacidade de enfrentamento, refere-se à capacidade de enfrentamento para auto-gerenciar as necessidades e cuidados de saúde após a alta hospitalar e (4) apoio, designado como a assistência

emocional e de continuidade do cuidado, através de instituições de saúde no período de transição para o domicílio (WEISS; PIACENTINE, 2006).

Os itens do *Readiness for Hospital Discharge* foram escritos no formato de perguntas e cada item é graduado em uma escala de 0 a 10. Para gerar a pontuação final os itens de cada domínio são somados. Desta forma, 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) (WEISS; PIACENTINE, 2006).

A finalidade do Comitê de Especialistas é comparar a versão brasileira adaptada com a versão original, propondo uma nova versão e averiguar as equivalências dos itens do instrumento, consolidando as versões traduzidas na versão final. Dessa forma, cabe ao comitê alterar ou suprimir itens inapropriados ou imprecisos para a cultura-alvo e que, ao mesmo tempo, mantenham o conceito geral dos itens alterados ou suprimidos. Pasquali (1998) sugere que entre os especialistas, deve haver concordância de 80% nas deliberações adotadas.

Assim como outros pesquisadores, adotaremos essa etapa antes da retrotradução dos instrumentos.

Solicitamos assim, a sua colaboração para que tal avaliação se concretize e possamos avançar nesse processo de adaptação cultural e análise psicométrica deste instrumento.

Sua participação nesse comitê consiste em avaliar as equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual da versão adaptada para o português do Brasil, considerando as seguintes orientações:

- *Equivalência semântica*: refere-se à equivalência dos significados das palavras. É a transferência de significado por meio da linguagem, obtendo-se um efeito similar sobre os respondentes que falam línguas diferentes ou a mesma língua em países distintos. O vocabulário e a gramática podem sofrer alterações na construção das sentenças.
- *Equivalência idiomática*: é aquela relativa aos significados das expressões idiomáticas e coloquiais, as quais devem ser substituídas por expressões equivalentes na cultura-alvo.
- *Equivalência cultural*: refere-se às situações evocadas ou retratadas nos itens que devem corresponder às vivenciadas em nosso meio/contexto cultural.
- *Equivalência conceitual*: representa a coerência do item com relação ao domínio que ele pretende medir.

Agradecemos desde já a sua colaboração.

Profa. Dra. Vanessa da Silva Carvalho Vila (orientadora)

Talita Honorato Siqueira (mestranda)

READINESS FOR HOSPITAL DISCHARGE – ADULT FORM

Tradução: PREPARO PARA A ALTA HOSPITALAR – QUESTIONÁRIO ADULTO

Análise do Comitê de Juízes:

Teve dificuldade para compreender a tradução? () Sim () Não

Se você não concorda como seria a reformulação de sua tradução?

Please check or circle your answer. Most of the responses are on a scale from 0 to 10. The words below the number indicate what the 0 or the 10 means. Pick the number between 0 and 10 that best describes how you feel. For example, circling number 7 means you feel more like the description of number 10 than number 0 but not completely.

Tradução: Por favor, marque ou circule sua resposta. A maioria das respostas estão em uma escala de 0 a 10. As palavras abaixo dos números indicam o que significam os números 0 e 10. Escolha um número entre 0 e 10 que melhor descreva como você se sente. Por exemplo, ao circular o número 7, isto significa que você se sente mais parecido com a descrição do número 10 do que com o número 0, mas não totalmente.

Análise do Comitê de Juízes:

Teve dificuldade para compreender a tradução? () Sim () Não

Se você não concorda como seria a reformulação de sua tradução?

1. As you think about your discharge from the hospital, do you believe you are ready to go home as planned?

() No Yes ()

Tradução: Quando você pensa sobre a alta hospitalar, você acha que está preparado (a) para ir para sua casa como o programado?

() Não () Sim

Análise do Comitê de Juízes:

Teve dificuldade para compreender a tradução? () Sim () Não

Se você não concorda como seria a reformulação de sua tradução?

2. How physically ready are you to go home?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Not ready											Totally ready

TRADUÇÃO: Você está preparado (a) fisicamente para ir para casa?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Não estou preparado (a)											Totalmente preparado (a)

Análise do Comitê de Juízes:

Teve dificuldade para compreender a tradução? () Sim () Não

Se você não concorda como seria a reformulação de sua tradução?

3. How would you describe your pain or discomfort today?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 No pain/ discomfort Severe pain/discomfort

TRADUÇÃO: Hoje, como você descreveria a sua dor ou o seu desconforto/incômodo?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Sem dor/ Sem desconforto Dor insuportável/desconforto

Análise do Comitê de Juízes:

Teve dificuldade para compreender a tradução? () Sim () Não

Se você não concorda como seria a reformulação de sua tradução?

4. How would you describe your strength today?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Weak Strong

TRADUÇÃO: Hoje, como você descreveria sua força?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Fraca Forte

Análise do Comitê de Juízes:

Teve dificuldade para compreender a tradução? () Sim () Não

Se você não concorda como seria a reformulação de sua tradução?

5. How would you describe your energy today?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Low energy High energy

TRADUÇÃO: Hoje, como está a sua energia?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Pouca energia Muita energia

Análise do Comitê de Juízes:

Teve dificuldade para compreender a tradução? () Sim () Não

Se você não concorda como seria a reformulação de sua tradução?

6. How much stress do you feel today?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 None A great deal

TRADUÇÃO: Hoje, como está o seu nível de estresse?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Nenhum estresse Muitíssimo estresse

Análise do Comitê de Juízes:

Teve dificuldade para compreender a tradução? () Sim () Não

Se você não concorda como seria a reformulação de sua tradução?

7. How emotionally ready are you to go home today?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Not ready Totally ready

TRADUÇÃO: Hoje, você está preparado (a) emocionalmente para ir para casa?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Não estou preparado (a) Totalmente preparado (a)

Análise do Comitê de Juízes:

Teve dificuldade para compreender a tradução? () Sim () Não

Se você não concorda como seria a reformulação de sua tradução?

8. How would you describe your physical ability to care for yourself today (for example, hygiene, walking, toileting)?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Not able Totally able

TRADUÇÃO: Como você descreveria hoje a sua capacidade/habilidade física para se cuidar (por exemplo, a higiene pessoal, andar, ir ao banheiro)?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sem capacidade Totalmente capaz

Análise do Comitê de Juízes:

Teve dificuldade para compreender a tradução? () Sim () Não

Se você não concorda como seria a reformulação de sua tradução?

11. How much do you know about taking care of your medical needs (treatments, medications) after you go home?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Know nothing at all Know all

TRADUÇÃO: O que você sabe sobre os cuidados relacionados ao seu problema de saúde (tratamento, medicamentos) quando for para casa?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Não sei nada Sei tudo

Análise do Comitê de Juízes:

Teve dificuldade para compreender a tradução? () Sim () Não

Se você não concorda como seria a reformulação de sua tradução?

12. How much do you know about problems to watch for after you go home?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Know nothing at all Know all

TRADUÇÃO: Você sabe sobre quais os problemas você deverá ficar atento quando for para casa?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Não sei nada Sei tudo

Análise do Comitê de Juízes:

Teve dificuldade para compreender a tradução? () Sim () Não

Se você não concorda como seria a reformulação de sua tradução?

19. How well will you be able to perform your medical treatments (for example, caring for a surgical incision, respiratory treatments, exercise, rehabilitation, taking your medications in the correct amounts and at the correct times) at home?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Not at all Extremely well

TRADUÇÃO: Você será capaz de seguir o seu tratamento de saúde (por exemplo, cuidar de uma ferida cirúrgica, tratamento respiratório, exercício, reabilitação, tomar os remédios/medicamentos/medicações na quantidade certa e no horário certo) quando você estiver em casa?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
De jeito nenhum MUITÍSSIMO BEM

Análise do Comitê de Juizes:

Teve dificuldade para compreender a tradução? () Sim () Não

Se você não concorda como seria a reformulação de sua tradução?

20. How much emotional support will you have after you go home?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
None A great deal

TRADUÇÃO: Você terá apoio emocional quando for para casa?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nenhum apoio MUITÍSSIMO APOIO

Análise do Comitê de Juizes:

Teve dificuldade para compreender a tradução? () Sim () Não

Se você não concorda como seria a reformulação de sua tradução?

21. How much help will you have with your personal care after you go home?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
None A great deal

TRADUÇÃO: Quando você for para casa, você terá ajuda para o seu cuidado pessoal?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nenhuma ajuda Muitíssima ajuda

Análise do Comitê de Juízes:

Teve dificuldade para compreender a tradução? () Sim () Não

Se você não concorda como seria a reformulação de sua tradução?

22. How much help will you have with household activities (for example, cooking, cleaning, shopping, babysitting) after you go home?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
None A great deal

TRADUÇÃO: Quando você for para casa, você terá ajuda para realizar as tarefas domésticas (por exemplo, cozinhar, limpar, fazer compras, cuidar das crianças)?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nenhuma ajuda Muitíssima ajuda

Análise do Comitê de Juízes:

Teve dificuldade para compreender a tradução? () Sim () Não

Se você não concorda como seria a reformulação de sua tradução?

23. How much help will you have with your medical care needs (treatments, medications)?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
None A great deal

TRADUÇÃO: Quando você for para casa você terá ajuda com as necessidades relacionadas (tratamento, medicações) do seu problema de saúde?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nenhuma ajuda Muitíssima ajuda

Análise do Comitê de Juízes:

Teve dificuldade para compreender a tradução? () Sim () Não

Se você não concorda como seria a reformulação de sua tradução?

Comments:

TRADUÇÃO: Comentários

Análise do Comitê de Juízes:

Teve dificuldade para compreender a tradução? () Sim () Não

Se você não concorda como seria a reformulação de sua tradução?

Thank you for participating in our study.

TRADUÇÃO: Agradeço sua participação na pesquisa.

Análise do Comitê de Juízes:

Teve dificuldade para compreender a tradução? () Sim () Não

Se você não concorda como seria a reformulação de sua tradução?

APÊNDICE C – VERSÃO PORTUGUÊS CONSENSUAL 2 (VPC -2)

VERSÃO PORTUGUÊS CONSENSUAL 2 (VPC -2)

PREPARO PARA ALTA HOSPITALAR – QUESTIONÁRIO ADULTO

Por favor, marque ou circule sua resposta. A maioria das respostas estão em uma escala de 0 a 10. As palavras abaixo dos números indicam o que o 0 e o 10 significam. Escolha um número entre 0 e 10 que melhor descreva como você se sente. Por exemplo, circular o número 7 significa que você se sente mais como a descrição do número 10 do que com a do número 0, mas não totalmente.

1. Quando você pensa sobre a alta hospitalar, você acha que está preparado (a) para ir para casa como programado?	() Não () Sim
2. Quanto você está fisicamente preparado (a) para ir para casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Não preparado (a) Totalmente preparado (a)
3. Como você descreveria sua dor ou seu desconforto hoje?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sem dor / desconforto Desconforto / dor insuportável
4. Como você descreveria a sua força, hoje?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Fraca Forte
5. Como você descreveria a sua energia, hoje?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pouca energia Muita energia
6. Quanto estresse você sente hoje?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nenhum Muito
7. Quanto você está emocionalmente preparado (a) para ir para casa hoje?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Não preparado (a) Totalmente preparado (a)
8. Como você descreveria sua capacidade física para se cuidar hoje (por exemplo: higiene pessoal, andar, ir ao banheiro)?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Incapaz Totalmente capaz
9. Quanto você sabe sobre cuidar de si mesmo, depois que for para casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sei nada Sei tudo
10. Quanto você sabe sobre cuidar das suas necessidades pessoais	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sei nada Sei tudo

(por exemplo: higiene pessoal, tomar banho, ir ao banheiro, alimentar-se) depois que for para casa?	
11. Quanto você sabe sobre cuidar das suas necessidades relacionadas à saúde (tratamentos, medicamentos) depois que for para casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sei nada Sei tudo
12. Quanto você sabe sobre os problemas aos quais você deve ficar atento (a) depois que for para casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sei nada Sei tudo
13. Quanto você sabe sobre quem e quando chamar se tiver problemas depois que for para casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sei nada Sei tudo
14. Quanto você sabe sobre restrições (o que você pode ou não fazer) depois que for para casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sei nada Sei tudo
15. Quanto você sabe sobre a continuidade do seu tratamento de saúde depois que for para casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sei nada Sei tudo
16. Quanto você sabe sobre os serviços e informações disponíveis em seu bairro depois que você for para casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sei nada Sei tudo
17. Você será capaz de lidar bem com as exigências do dia-a-dia em casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada bem Muito bem
18. Quanto você será capaz de realizar adequadamente seus cuidados pessoais (por exemplo: higiene pessoal, tomar banho, alimentar-se) quando estiver em casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 De jeito nenhum Muitíssimo bem
19. 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?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada bem Muito bem
20. Quanto apoio emocional você terá depois que for para casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nenhum Muito

21. Quanta ajuda você terá com seu cuidado pessoal depois que for para casa?	<p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Nenhuma Muita</p>
22. Quando você for para casa, quanta ajuda você terá para realizar as atividades domésticas (por exemplo: cozinhar, limpar, fazer compras, cuidar das crianças)?	<p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Nenhuma Muita</p>
23. Quanta ajuda você terá para cuidar das suas necessidades relacionadas à saúde (tratamentos, medicações) depois que for para casa?	<p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Nenhuma Muita</p>

Comentários:

OBRIGADA PELA PARTICIPAÇÃO NO NOSSO ESTUDO.

**APÊNDICE D – FINAL CONSENSUS BACK-TRANSLATION RHDS BRAZILIAN
PORTUGUESES**

READINESS FOR HOSPITAL DISCHARGE – ADULT QUESTIONNAIRE

Please check or circle your answer. The majority of responses will be on a scale from 0 to 10. The words below the numbers indicate what 0 and 10 mean. Choose the number between 0 and 10 that best describes how you feel. For example, circle 7 to indicate that you feel more like the description of number 10 than of number 0, but not completely.

1. When you think about leaving the hospital, do you believe that you are ready to go home as planned?	() No () Yes
2. How physically ready are you to go home?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Not ready Totally ready
3. How would you describe your pain or discomfort today?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 No pain / No discomfort Unbearable pain / Unbearable discomfort
4. How would you describe your strength today?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Weak Strong
5. How would you describe your energy level today?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Low Energy High energy
6. How much stress do you feel today?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 None A great deal
7. How emotionally ready are you to go home today?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Not ready Totally ready
8. How would you describe your physical ability to care for yourself today (for example: personal hygiene, walking, going to the bathroom)?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Unable Totally able
9. How much do you know about taking care for yourself, after you go home?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nothing Everything
10. How much do you know about taking care of your personal needs (for example: personal hygiene, taking a bath, going to the bathroom, feeding yourself) after you go home?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nothing Everything

11. How much do you know about taking care of your health-related needs (treatments, medications) after you go home?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Nothing	Everything
12. How much do you know about any problems to which you must pay attention to after you go home?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Nothing	Everything
13. How much do you know about who to call and when to call if you have any problems after you go home?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Nothing	Everything
14. How much do you know about any restrictions (what you can or cannot do) after you go home?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Nothing	Everything
15. How much do you know about the next stage of your treatment after you go home?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Nothing	Everything
16. How much do you know about the services and information available in your community after you go home?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Nothing	Everything
17. How well will you be able to cope with day-to-day life at home?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Not at all	Extremely well
18. Will you be able to perform your personal care properly (for example: personal hygiene, bathing, feeding yourself) when you are at home?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Not at all	Extremely well
19. How well will you be able to perform your own healthcare treatment (for example: caring for surgical wounds, respiratory treatments, exercise, rehabilitation, taking the right amount of medicine at the right time) at home?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Not at all	Extremely well
20. How much emotional support will you have after you go home?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	None	A great deal
21. How much help will you have with your personal care after you go home?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	None	A great deal
22. When you go home, how much help will you have to perform household activities (for example: cooking, cleaning, shopping, childcare)?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	None	A great deal

23. How much help will you have to take care of your health related needs (treatments, medications)?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 None A great deal
--	---

Comments:

THANK YOU FOR PARTICIPATING IN OUR STUDY.

APÊNDICE E – VERSÃO PORTUGUÊS CONSENSUAL 3 (VPC-3)

VERSÃO PORTUGUÊS CONSENSUAL 3 (VPC-3)

PREPARO PARA ALTA HOSPITALAR – QUESTIONÁRIO ADULTO

Por favor, marque ou circule sua resposta. A maioria das respostas estão em uma escala de 0 a 10. As palavras abaixo dos números indicam o que o 0 e o 10 significam. Escolha um número entre 0 e 10 que melhor descreva como você se sente. Por exemplo, circular o número 7 significa que você se sente mais como a descrição do número 10 do que com a do número 0, mas não totalmente.

1. Quando você pensa sobre a alta hospitalar, você acha que está preparado (a) para ir para casa como programado?	() Não () Sim
2. Quanto você está fisicamente preparado (a) para ir para casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Não preparado (a) Totalmente preparado (a)
3. Como você descreveria sua dor ou seu desconforto hoje?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sem dor / desconforto Desconforto / dor insuportável
4. Como você descreveria a sua força, hoje?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Fraca Forte
5. Como você descreveria a sua energia, hoje?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pouca energia Muita energia
6. Quanto estresse você sente hoje?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nenhum Muito
7. Quanto você está emocionalmente preparado (a) para ir para casa hoje?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Não preparado (a) Totalmente preparado (a)
8. Como você descreveria sua capacidade física para se cuidar hoje (por exemplo: higiene pessoal, andar, ir ao banheiro)?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Incapaz Totalmente capaz
9. Quanto você sabe sobre cuidar de si mesmo, depois que for para casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sei nada Sei tudo
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?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sei nada Sei tudo

11. Quanto você sabe sobre cuidar das suas necessidades relacionadas à saúde (tratamentos, medicamentos) depois que for para casa?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sei nada	Sei tudo
12. Quanto você sabe sobre os problemas aos quais você deve ficar atento (a) depois que for para casa?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sei nada	Sei tudo
13. Quanto você sabe sobre quem e quando chamar se tiver problemas depois que for para casa?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sei nada	Sei tudo
14. Quanto você sabe sobre restrições (o que você pode ou não fazer) depois que for para casa?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sei nada	Sei tudo
15. Quanto você sabe sobre a próxima etapa do seu tratamento de saúde depois que for para casa?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sei nada	Sei tudo
16. Quanto você sabe sobre os serviços e informações disponíveis em seu bairro depois que você for para casa?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sei nada	Sei tudo
17. Você será capaz de lidar bem com as exigências do dia-a-dia em casa?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Nada bem	Muito bem
18. Quanto você será capaz de realizar adequadamente seus cuidados pessoais (por exemplo: higiene pessoal, tomar banho, alimentar-se) quando estiver em casa?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	De jeito nenhum	Muitíssimo bem
19. 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?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Nada bem	Muito bem
20. Quanto apoio emocional você terá depois que for para casa?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Nenhum	Muito
21. Quanta ajuda você terá com seu cuidado pessoal depois que for para casa?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Nenhuma	Muita

22. Quando você for para casa, quanta ajuda você terá para realizar as atividades domésticas (por exemplo: cozinhar, limpar, fazer compras, cuidar das crianças)?	<p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Nenhuma Muita</p>
23. Quanta ajuda você terá para cuidar das suas necessidades relacionadas à saúde (tratamentos, medicações)?	<p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Nenhuma Muita</p>

Comentários: OBRIGADA PELA PARTICIPAÇÃO NO NOSSO ESTUDO.

SINTAXE

Domínio 1- ESTADO PESSOAL= 2 3(CR) 4 5 7 8
Domínio 2 – CONHECIMENTO= 9 10 11 12 13 14 15 16
Domínio 3 – CAPACIDADE DE ENFRENTAMENTO= 17 18 19
Domínio 4 – APOIO/SUPORTE= 20 21 22 23
ESCORE: <u>D1+D2+D3+D4=</u> <p style="text-align: center;">21</p>

LEGENDA: (1) Preparo muito elevado (9 – 10)

(2) Preparo elevado (8 – 8,9)

(3) Preparo moderado (7 – 7,9)

(4) Baixo preparo (< 7)

APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar como voluntário (a), da pesquisa sob o título **O preparo para a alta hospitalar: adaptação transcultural e análise psicométrica do *Readiness For Hospital Discharge Scale (RHDS) – Adult Form***, que está sob a responsabilidade da Prof.^a Dr.^a Vanessa da Silva Carvalho Vila. Meu nome é Talita Honorato Siqueira, sou enfermeira e mestranda do curso de Pós-Graduação Mestrado em Atenção à Saúde, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

O objetivo do estudo será traduzir, adaptar e validar um instrumento norte-americano para utilização no Brasil. Esse instrumento avalia o preparo das pessoas para a alta hospitalar. Para isto, precisaremos entrevistá-lo antes da sua alta hospitalar.

A entrevista será agendada de acordo com a sua disponibilidade e no horário que for melhor para você, já que será realizada pessoalmente, ainda no hospital e caso você concorde gostaríamos de gravá-la para que possamos registrar todas as informações.

Ressaltamos que caso você não se sinta à vontade para discutir sobre alguma questão, a qualquer momento, terá a total liberdade para interromper ou retirar o seu consentimento, sem que isso prejudique o seu acompanhamento, assistência ou tratamento no hospital.

Esse instrumento poderá ser utilizado para avaliar o preparo de alta hospitalar em todo o Brasil, o que contribuirá para que os profissionais de saúde possam avaliar melhor o preparo das pessoas para a alta e planejar o cuidado à saúde frente às necessidades específicas de cada pessoa. Além disso, após responder os instrumentos de coleta de dados você poderá receber orientações de acordo com as possíveis dúvidas relacionadas ao seu tratamento.

Consideramos que o estudo oferece riscos mínimos, mas se você sentir algum incômodo, desconforto, fadiga ou cansaço poderemos interromper imediatamente a entrevista. Caso você necessite poderá ser encaminhado imediatamente para assistência integral e gratuita.

As informações registradas serão usadas somente para fins científicos. Seu nome será mantido em sigilo e identificado apenas por números para garantir o caráter confidencial. As informações serão gravadas e ficarão registradas e arquivadas sob a responsabilidade das pesquisadoras responsáveis por um período de cinco anos.

Ao término da pesquisa, os dados serão publicados ou apresentados em eventos científicos, entretanto sem revelar a sua identidade. Informamos que você não terá nenhuma despesa, uma vez que todos os gastos serão de responsabilidade da pesquisadora. No entanto, caso você tenha alguma despesa, será ressarcido pela própria pesquisadora. Caso você se sinta prejudicado poderá solicitar indenização nos termos da lei e o que for decidido pela justiça será acatado pelas pesquisadoras.

Em caso de dúvida, sobre a pesquisa você poderá entrar em contato com as pesquisadoras responsáveis: Mestranda Talita no telefone (ligação a cobrar): (62) 92089238; e Professora Vanessa, nos telefones: (62) 39461261 e (62) 81328200. Em caso de dúvida sobre a ética aplicada à pesquisa você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, telefone: (62) 39461512, localizado na Avenida Universitária Nº 1069 Setor Universitário, Goiânia, Goiás.

Após ler com atenção este documento e ser esclarecido sobre o desenvolvimento da pesquisa, caso concorde em participar, este documento, que está em duas vias, deverá ser assinado e rubricado em todas as páginas. Uma das vias do documento é sua e a outra, das pesquisadoras responsáveis pela realização da entrevista.

Talita Honorato Siqueira
Pesquisadora Responsável
COREN DF 220360

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO PARTICIPANTE

Eu, _____, RG Nº. _____, abaixo assinado, discuti com a pesquisadora Talita Honorato Siqueira sobre a minha decisão em participar do estudo “**O preparo para a alta hospitalar: adaptação transcultural e análise psicométrica do *Readiness for Hospital Discharge Scale (RHDS) – Adult Form***”. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Brasília-DF, ____ / ____ / ____.

Assinatura do participante: _____

Assinatura da testemunha: _____

Assinatura do responsável pelo estudo: _____

APÊNDICE G – ANÁLISE SEMÂNTICA DO INSTRUMENTO – *READINESS FOR HOSPITAL DISCHARGE ADULT FORM*

PARTE A – AVALIAÇÃO ESPECÍFICA

Questão 01

1. Quando você pensa sobre a alta hospitalar, você acha que está preparado (a) para ir para casa como programado?

() Não () Sim

Considera essa questão importante para avaliar a presente situação?			Teve dificuldade para compreender essa questão?		Se você não concorda com essa questão, como faria essa pergunta?
Sim	Às vezes	Não	Sim	Não	Reformulação:

Questão 02

2. Quanto você está fisicamente preparado (a) para ir para casa?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Não preparado (a)

Totalmente preparado (a)

Considera essa questão importante para avaliar a presente situação?			Teve dificuldade para compreender essa questão?		Se você não concorda com essa questão, como faria essa pergunta?
Sim	Às vezes	Não	Sim	Não	Reformulação:

Questão 03

3.Como você descreveria sua dor ou seu desconforto hoje?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sem dor / desconforto

Desconforto / dor insuportável

Considera essa questão importante para avaliar a presente situação?			Teve dificuldade para compreender essa questão?		Se você não concorda com essa questão, como faria essa pergunta?
Sim	Às vezes	Não	Sim	Não	
					Reformulação:

Questão 04

4.Como você descreveria a sua força, hoje?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Fraca

Forte

Considera essa questão importante para avaliar a presente situação?			Teve dificuldade para compreender essa questão?		Se você não concorda com essa questão, como faria essa pergunta?
Sim	Às vezes	Não	Sim	Não	
					Reformulação:

Questão 05

5.Como você descreveria a sua energia, hoje?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pouca energia

Muita energia

Considera essa questão importante para avaliar a presente situação?			Teve dificuldade para compreender essa questão?		Se você não concorda com essa questão, como faria essa pergunta?
Sim	Às vezes	Não	Sim	Não	
					Reformulação:

Questão 06

6. Quanto estresse você sente hoje?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nenhum

Muito

Considera essa questão importante para avaliar a presente situação?			Teve dificuldade para compreender essa questão?		Se você não concorda com essa questão, como faria essa pergunta?
Sim	Às vezes	Não	Sim	Não	Reformulação:

Questão 07

7. Quanto você está emocionalmente preparado (a) para ir para casa hoje?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Não preparado (a)

Totalmente preparado (a)

Considera essa questão importante para avaliar a presente situação?			Teve dificuldade para compreender essa questão?		Se você não concorda com essa questão, como faria essa pergunta?
Sim	Às vezes	Não	Sim	Não	Reformulação:

Questão 08

8. Como você descreveria sua capacidade física para se cuidar hoje (por exemplo: higiene pessoal, andar, ir ao banheiro)?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Incapaz

Totalmente capaz

Considera essa questão importante para avaliar a presente situação?			Teve dificuldade para compreender essa questão?		Se você não concorda com essa questão, como faria essa pergunta?
Sim	Às vezes	Não	Sim	Não	Reformulação

Questão 09

9. Quanto você sabe sobre cuidar de si mesmo, depois que for para casa?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sei nada

Sei tudo

Considera essa questão importante para avaliar a presente situação?			Teve dificuldade para compreender essa questão?		Se você não concorda com essa questão, como faria essa pergunta?
Sim	Às vezes	Não	Sim	Não	Reformulação:

Questão 10

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?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sei nada

Sei tudo

Considera essa questão importante para avaliar a presente situação?			Teve dificuldade para compreender essa questão?		Se você não concorda com essa questão, como faria essa pergunta?
Sim	Às vezes	Não	Sim	Não	Reformulação:

Questão 11

11. Quanto você sabe sobre cuidar das suas necessidades relacionadas à saúde (tratamentos, medicamentos) depois que for para casa?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sei nada

Sei tudo

Considera essa questão importante para avaliar a presente situação?			Teve dificuldade para compreender essa questão?		Se você não concorda com essa questão, como faria essa pergunta?
Sim	Às vezes	Não	Sim	Não	Reformulação:

Questão 12

12. Quanto você sabe sobre os problemas aos quais você deve ficar atento depois que for para casa?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sei nada

Sei tudo

Considera essa questão importante para avaliar a presente situação?			Teve dificuldade para compreender essa questão?		Se você não concorda com essa questão, como faria essa pergunta?
Sim	Às vezes	Não	Sim	Não	Reformulação:

Questão 13

13. Quanto você sabe sobre quem e quando chamar se tiver problemas depois que for para casa?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sei nada

Sei tudo

Considera essa questão importante para avaliar a presente situação?			Teve dificuldade para compreender essa questão?		Se você não concorda com essa questão, como faria essa pergunta?
Sim	Às vezes	Não	Sim	Não	Reformulação:

Questão 14

14. Quanto você sabe sobre restrições (o que você pode ou não fazer) depois que for para casa?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sei nada

Sei tudo

Considera essa questão importante para avaliar a presente situação?			Teve dificuldade para compreender essa questão?		Se você não concorda com essa questão, como faria essa pergunta?
Sim	Às vezes	Não	Sim	Não	Reformulação:

Questão 15

15. Quanto você sabe sobre a próxima etapa do seu tratamento de saúde depois que for para casa?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sei nada

Sei tudo

Considera essa questão importante para avaliar a presente situação?			Teve dificuldade para compreender essa questão?		Se você não concorda com essa questão, como faria essa pergunta?
Sim	Às vezes	Não	Sim	Não	Reformulação:

Questão 16

16. Quanto você sabe sobre os serviços e informações disponíveis em seu bairro depois que você for para casa?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sei nada

Sei tudo

Considera essa questão importante para avaliar a presente situação?			Teve dificuldade para compreender essa questão?		Se você não concorda com essa questão, como faria essa pergunta?
Sim	Às vezes	Não	Sim	Não	Reformulação:

Questão 17

17. Você será capaz de lidar bem com as exigências do dia-a-dia em casa?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada bem

Muito bem

Considera essa questão importante para avaliar a presente situação?			Teve dificuldade para compreender essa questão?		Se você não concorda com essa questão, como faria essa pergunta?
Sim	Às vezes	Não	Sim	Não	Reformulação:

Questão 18

18. Quanto você será capaz de realizar adequadamente seus cuidados pessoais (por exemplo: higiene pessoal, tomar banho, alimentar-se) quando estiver em casa?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

De jeito nenhum

Muitíssimo bem

Considera essa questão importante para avaliar a presente situação?			Teve dificuldade para compreender essa questão?		Se você não concorda com essa questão, como faria essa pergunta?
Sim	Às vezes	Não	Sim	Não	Reformulação:

Questão 19

19. 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?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada bem

Muito bem

Considera essa questão importante para avaliar a presente situação?			Teve dificuldade para compreender essa questão?		Se você não concorda com essa questão, como faria essa pergunta?
Sim	Às vezes	Não	Sim	Não	Reformulação:

Questão 20

20. Quanto apoio emocional você terá depois que for para casa?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nenhum

Muito

Considera essa questão importante para avaliar a presente situação?			Teve dificuldade para compreender essa questão?		Se você não concorda com essa questão, como faria essa pergunta?
Sim	Às vezes	Não	Sim	Não	Reformulação:

Questão 21

21. Quanta ajuda você terá com seu cuidado pessoal depois que for para casa?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nenhuma

Muita

Considera essa questão importante para avaliar a presente situação?			Teve dificuldade para compreender essa questão?		Se você não concorda com essa questão, como faria essa pergunta?
Sim	Às vezes	Não	Sim	Não	Reformulação:

Questão 22

22. Quando você for para casa, quanta ajuda você terá para realizar as atividades domésticas (por exemplo: cozinhar, limpar, fazer compras, cuidar das crianças)?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nenhuma

Muita

Considera essa questão importante para avaliar a presente situação?			Teve dificuldade para compreender essa questão?		Se você não concorda com essa questão, como faria essa pergunta?
Sim	Às vezes	Não	Sim	Não	Reformulação:

Questão 23

23. Quanta ajuda você terá para cuidar das suas necessidades relacionadas à saúde (tratamentos, medicações)?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nenhuma

Muita

Considera essa questão importante para avaliar a presente situação?			Teve dificuldade para compreender essa questão?		Se você não concorda com essa questão, como faria essa pergunta?
Sim	Às vezes	Não	Sim	Não	Reformulação:

APÊNDICE G – ANÁLISE SEMÂNTICA DO INSTRUMENTO – *READINESS FOR HOSPITAL DISCHARGE ADULT FORM*

PARTE B – AVALIAÇÃO GERAL

Nº. do questionário: _____ Data da entrevista: ____ / ____ / ____ .

Duração da entrevista: () minutos Idade: _____

Sexo: _____ Escolaridade (em anos): _____

PARTE B – Avaliação Geral

1. De modo geral, como você avalia o questionário?

() bom () regular () ruim

2. Como você considera as questões do questionário?

() fáceis () regular () ruim

3. Você teve alguma dificuldade em responder a escala de resposta?

() sim () mais ou menos () não

4. Você considera as perguntas importantes para a avaliação do preparo para a alta?

() sim () mais ou menos () não

5. Você mudaria alguma pergunta do questionário?

() não () sim

6. Você acrescentaria alguma pergunta ao questionário?

() não () sim

7. No questionário, houve alguma pergunta que você não quis responder?

() não () sim

APÊNDICE H – CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA

Entrevista no: _____ Data da entrevista: ____/____/____ HORA: Início _____ Fim: _____
Entrevistador: _____

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

ID# _____ Número do prontuário: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade/UF: _____

PROCEDÊNCIA:(1) Outras regiões administrativas do DF (2) Brasília – DF (3) Outras cidades de outros estados

Telefone Residencial: () _____

Telefone Comercial: () _____

Telefone Celular: () _____

2. DADOS SOCIOECONÔMICOS

IDADE: _____ (anos completos)

SEXO: (1) masculino (2) feminino

COR DA PELE AUTORREFERIDA:(1) Branca (2) Parda (3) Preta (4) Amarela (5) Indígena

ESTADO CIVIL: (1) com companheiro (a) (casado, amasiado, união consensual) (2) sem companheiro (a) (solteiro)

ESCOLARIDADE: _____ em anos

(1) Sem instrução (2) Fundamental incompleto (3) Fundamental completo (4) Médio incompleto (5) Médio completo
(6) Superior incompleto (7) Superior completo

OCUPAÇÃO: _____

SITUAÇÃO OCUPACIONAL: (1) empregado, autônomo (2) aposentado, pensionista (3) desempregado (4) do lar

VOCÊ MORA SOZINHO? (1) Sim (0) Não

COM QUEM MORA: (1) sozinho (a) (2) com familiares (3) outro: _____

RENDA MENSAL INDIVIDUAL: _____ reais

(1) 0 + 1 SM (2) 1 + 5 SM (3) 5 + 10 SM (4) > 10 SM

RENDA MENSAL FAMILIAR: _____ reais

(1) 0 + 1 SM (2) 1 + 5 SM (3) 5 + 10 SM (4) > 10 SM

QUANTAS PESSOAS DEPENDEM DESSA RENDA MENSAL FAMILIAR? _____

3. ASPECTOS DA HOSPITALIZAÇÃO

ATENDIMENTO MÉDICO AO QUAL TEM ACESSO/PLANO DE COBERTURA DE SAÚDE: (1) SUS (2) SUS e outros

PRIMEIRA INTERNAÇÃO NO HOSPITAL: (1) Sim (0) Não

DATA DA ADMISSÃO: ____/____/____

DATA DA ALTA: ____/____/____

TEMPO DE INTERNAÇÃO: _____ Dias.

INTERNAÇÃO ANTERIOR RELACIONADA A MESMA CATEGORIA DIAGNÓSTICA:(1) Sim (0) Não

IRÁ RECEBER ALTA SOZINHO? (1) Sim (0) Não

TERÁ ACOMPANHANTE/CUIDADOR? (1) Sim (0) Não

4. ASPECTOS CLÍNICOS

DIAGNÓSTICO DA HOSPITALIZAÇÃO (categoria diagnóstica primária da internação CID 10):

- (1) Algumas doenças infecciosas e parasitárias A00-B99
- (2) Neoplasias [tumores] C00-D48
- (3) Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários D50-D89
- (4) Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas E00-E90
- (5) Transtornos mentais e comportamentais F00-F99
- (6) Doenças do sistema nervoso G00-G99
- (7) Doenças do olho e anexos H00-H59
- (8) Doenças do ouvido e da apófise mastóide H60-H95
- (9) Doenças do aparelho circulatório I00-I99
- (10) Doenças do aparelho respiratório J00-J99
- (11) Doenças do aparelho digestivo K00-K93
- (12) Doenças da pele e do tecido subcutâneo L00-L99
- (13) Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo M00-M99
- (14) Doenças do aparelho geniturinário N00-N99

NÚMERO DE COMORBIDADES:

- (1) ≤ 2
- (2) 3 – 5
- (3) ≥ 6

TERAPIA MEDICAMENTOSA CONTÍNUA: (1) Sim (0) Não

NÚMERO DE MEDICAMENTOS: _____

- (0) Sem medicamentos
- (1) Até 2 medicamentos
- (2) Entre 3 e 5 medicamentos
- (3) Mais de 5 medicamentos

ANEXOS

ANEXO A – READINESS FOR HOSPITAL DISCHARGE SCALE– ADULT FORM

16. How much do you know about services and information available to you in your community after you go home?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Know nothing at all										Know all
17. How well will you be able to handle the demands of life at home?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Not at all										Extremely well
18. How well will be able to perform your personal care (for example, hygiene, bathing, toileting, eating) at home?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Not at all										Extremely well
19. How well will you be able to perform your medical treatments (for example, caring for a surgical incision, respiratory treatments, exercise, rehabilitation, taking your medications in the correct amounts and at the correct times) at home?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Not at all										Extremely well
20. How much emotional support will you have after you go home?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	None										A great deal
21. How much help will you have with your personal care after you go home?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	None										A great deal
22. How much help will you have with household activities (for example, cooking, cleaning, shopping, babysitting) after you go home?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	None										A great deal
23. How much help will you have with your medical care needs (treatments, medications)?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	None										A great deal

Comments:

Thank you for participating in our study.

ANEXO B – AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE INSTRUMENTO

De: marianne.weiss@marquette.edu

Enviada: Sexta-feira, 15 de Agosto de 2014 16:00

Para: vscvila@uol.com.br

Assunto: RE: Request permission to cross-cultural adaptation of of the Readiness for Hospital Discharge Scale and Post-Discharge Coping Difficulty Scale to use in Brazil

Hello, Vanessa. Thank you for your email. I would be happy to have you conduct the cross-cultural adaptation of our instruments . I am away from my office right now and would be able to send the forms next week when I return. In the meantime, please see the following references. They describe several different versions of the Readiness for Hospital Discharge Instrument, long and short forms, and patient and nurse forms. I will need to know which you are wanting to use.

2010 Bobay, K., Jerofke, T, **Weiss, M.**, &Yakusheva, O. (2010). Age-related differences in perception of quality of discharge teaching and readiness for hospital discharge. *Geriatric Nursing, 31(3), 178-187.*

2014 **Weiss, M.E.**, Costa, L., Yakusheva, O., & Bobay.K.(2014).Validation of patient and nurse short forms of the Readiness for Hospital Discharge Scale and their relationship to return to the hospital. *Health Services Research, 49(1), 304-317.* DOI:10.1111/1475-6773.12092.

Let me know which version of the RHDS you want to use.

Best regards,

Marianne

Marianne Weiss, DNSc, RN

READI Study Principal Investigator

Associate Professor and

Wheaton Franciscan Healthcare, St. Joseph / Sister Rosalie Klein Professor of Women's Health

Marquette University College of Nursing

PO Box 1881

Milwaukee, WI, 53201-1881

phone - 414-288-3855

fax - 414-288-1939

cell - 847-514-2798

email - marianne.weiss@marquette.edu

From:vscvila@uol.com.br [<mailto:vscvila@uol.com.br>]

Sent: Friday, August 15, 2014 9:37 AM

To: Weiss, Marianne

Cc:talitahonorato@hotmail.com; talitahonorato@outlook.com

Subject: Request permission to cross-cultural adaptation of of the Readiness for Hospital Discharge Scale and Post-Discharge Coping Difficulty Scale to use in Brazil

Dear Dr Weiss,

Good morning!! My name is Vanessa Vila. I'm an Assistant Professor of the School of Nursing at Pontifical Catholic University of Goias, Brazil. I am currently studying the transitional care of adult patients with chronic conditions after discharge from hospital to home, exploring the demands of care in Brazilian Unified Health Care System, using as theoretical framework the Transitions theory. We would like to approach adults medical-surgical patients. As we were looking for possible instruments, we came across your research, and we became very interested in the instrument that you developed and tested.

Therefore, we would like to request your permission to conduct the cross-cultural adaptation of for the Readiness for Hospital Discharge Scale and Post-Discharge Coping Difficulty Scale (Weiss M, Piancentine LB, 2006) for the Brazilian Portuguese. We would like to affirm our commitment to maintain the reliability and validity in measuring patients' perceptions of readiness for discharge, as well as the integrity of all ethical issues related. For this research, we'll use the Guidelines for the process of cross-cultural adaptation described by Beaton et al. (2001). If additional permission is necessary, could you please supply that additional information?

Thank you very much for you kind attention. Looking forward to hearing from you.

Your sincerely,

Profª Drª Vanessa da Silva Carvalho Vila

Pontifical Catholic University of Goiás (PUC Goiás)

Department of Nursing, Phisioterapy and Nutrition

Postgraduate Program Master Health Attention

ANEXO C – VERSÃO PORTUGUÊS 1 (VP-1)

VERSÃO PORTUGUÊS 1 (VP-1)

PREPARO PARA ALTA HOSPITALAR – FORMULÁRIO ADULTO

Por favor, marque ou circule sua resposta. A maioria das respostas estão em uma escala de 0 a 10. As palavras abaixo dos números explicam o que o 0 e o 10 significam. Escolha o número entre 0 e 10 que melhor descreve como se sente. Por exemplo, circulando o número 7 significa que você se assemelha mais com a descrição de número 10 que o número 0, mas não completamente.

1. Quando você pensa sobre sua alta hospitalar, você acredita que está pronto para ir para casa como o planejado?	() Não () Sim
2. Você está fisicamente preparado para ir para casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Não sinto preparado Totalmente preparado
3. Como você descreveria a sua dor ou desconforto hoje?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sem dor/desconforto agudo Dor/desconforto
4. Como você descreveria a sua força hoje?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Fraco Forte
5. Como você descreveria a sua energia hoje?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Energia fraca Energia forte
6. Qual a quantidade de estresse você sente hoje?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nenhum Muito
7. Como você está emocionalmente para ir para casa hoje?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Não preparado Totalmente preparado
8. Como você descreveria a sua capacidade física para cuidar de si mesmo hoje (por exemplo, a higiene, caminhar, ir ao banheiro)?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Incapaz Totalmente capaz
9. O que você sabe sobre como cuidar de si mesmo depois de ir para casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Não sei de nada Sei tudo

10. Você sabe cuidar de suas necessidades pessoais (por exemplo, a higiene, tomar banho, ir ao banheiro, comer) depois de ir para casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Não sei de nada Sei tudo
11. Você sabe cuidar de suas necessidades médicas (tratamentos, medicamentos) depois de ir para casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Não sei de nada Sei tudo
12. O que você sabe sobre os problemas a serem acompanhados depois de ir para casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Não sei nada Sei tudo
13. Você sabe sobre o quê e quando pedir ajuda, se tiver problemas depois de ir para casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Não sei nada Sei tudo
14. Você sabe das restrições (o que é permitido e não permitido fazer) depois de ir para casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Não sei nada Sei tudo
15. Você sabe sobre seu plano de tratamento médico de acompanhamento depois de ir para casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Não sei nada Sei tudo
16. Você sabe sobre os serviços e informações disponíveis para você em sua comunidade depois de ir para casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Não sei nada Sei tudo
17. Você será capaz de lidar com as exigências da vida em casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 De jeito nenhum Muito bem
18. Você será capaz de realizar seus cuidados pessoais (por exemplo, a higiene, tomar banho, ir ao banheiro, comer) em casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 De jeito nenhum Extremamente bem
19. Você será capaz de realizar seus tratamentos médicos (por exemplo, cuidar de uma incisão cirúrgica, tratamentos respiratórios, exercícios de reabilitação, tomar seus medicamentos nas quantidades e nos horários corretos) em casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Não sei nada Sei tudo
20. Qual é o apoio emocional que você terá depois de ir para casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nenhum Uma grande quantidade

21. Que ajuda você terá com sua higiene pessoal depois de ir para casa?	<p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Nenhuma Uma grande quantidade</p>
22. Que ajuda terá com as atividades domésticas (por exemplo, cozinhar, limpar, fazer compras) depois de ir para casa?	<p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Nenhuma Uma grande quantidade</p>
23. Que ajuda você terá com suas necessidades de cuidados médicos (tratamentos, medicamentos)?	<p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Nenhuma Uma grande quantidade</p>

Comentários:

OBRIGADA POR PARTICIPAR DA NOSSA PESQUISA

ANEXO D – VERSÃO PORTUGUÊS 2 (VP-2)

VERSÃO PORTUGUÊS 2 (VP-2)

PRONTIDÃO PARA ALTA HOSPITALAR – QUESTIONÁRIO ADULTO

Por favor, marque ou circule sua resposta. A maioria das respostas está numa escala de 0 a 10. Abaixo dos números 0 e 10 está a explicação dos seus significados. Escolha um número da escala de 0 a 10 de acordo com o que melhor descreve como você se sente. Por exemplo, ao circular o número 7, você está indicando que você se sente mais inclinado para o lado do número 10 do que do número 0, mas não totalmente.

1. Ao pensar sobre a alta hospitalar e os planos de voltar para casa, você se sente preparado?	() Não () Sim
2. Fisicamente falando, quanto você está preparado para ir pra casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Não estou pronto Totalmente pronto
3. No dia de hoje, como você descreveria a sua dor (ou o seu desconforto)?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sem dor/desconforto Dor ou desconforto grave
4. No dia de hoje, como está o seu vigor?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Fraco Forte
5. No dia de hoje, como está a sua energia?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Energia baixa Energia alta
6. No dia de hoje, como está o seu nível de estresse?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nenhum estresse Muito, muito estresse
7. No dia de hoje, em que medida você se sente emocionalmente preparado para ir pra casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Não estou preparado Totalmente preparado
8. Fisicamente falando, como você descreveria sua habilidade de cuidar de si mesmo (por exemplo, fazer a higiene pessoal, caminhar, ir ao banheiro)?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Incapaz Completamente capaz
9. Quando você voltar pra casa, o quanto você sabe sobre como cuidar de si mesmo?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Não sei de nada Sei tudo

10. Quando você voltar pra casa, o quanto você sabe sobre como cuidar de suas necessidades pessoais (por exemplo, higiene pessoal, banho, ir ao banheiro, alimentar-se)?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Não sei de nada Sei tudo
11. Quando você voltar pra casa, o quanto você sabe como cuidar de sua saúde (tratamentos, medicação)?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Não sei de nada Sei tudo
12. Quando você voltar pra casa, você sabe em quais problemas deve prestar atenção?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Não sei nada Sei tudo
13. Quando você voltar pra casa, você sabe para quem ligar e quando ligar, se houver um problema?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Não sei nada Sei tudo
14. Quando você voltar pra casa, você sabe quais são os seus limites (o que você pode ou não pode fazer)?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Não sei nada Sei tudo
15. Quando você voltar pra casa, você sabe o que vai acontecer a seguir no seu tratamento e acompanhamento de saúde?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Não sei nada Sei tudo
16. Quando você voltar pra casa, você sabe quais são os serviços e informações disponíveis no seu bairro?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Não sei nada Sei tudo
17. Em que medida você será capaz de enfrentar as exigências do dia a dia quando você estiver em casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Não serei capaz Extremamente bem
18. Em que medida você será capaz de realizar o cuidado consigo mesmo (por exemplo, higiene, banho, ir ao banheiro, comer) quando você estiver em casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Não serei capaz Extremamente bem
19. Em que medida você será capaz de manter o seu tratamento de saúde (por exemplo, cuidar de uma ferida cirúrgica, tratamento respiratório, exercício, reabilitação, tomar os remédios na quantidade certa e no horário certo) quando você estiver em casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Não sei capaz Extremamente bem

20. Quanto apoio emocional você terá quando você voltar pra casa?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	Nenhum						Muito suporte					
21. Quando você voltar pra casa, você terá ajuda para o seu cuidado pessoal?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	Nenhuma ajuda						Muita ajuda					
22. Quando você voltar pra casa, você terá ajuda para realizar as tarefas de casa (por exemplo, cozinhar, limpar, fazer compras, cuidar das crianças)?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	Nenhuma ajuda						Muita ajuda					
23. Quando você voltar pra casa, você terá ajuda para cuidar da sua saúde (tratamento, medicamentos)?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	Nenhuma ajuda						Muita ajuda					

Comentários:

OBRIGADA POR PARTICIPAR DO NOSSO ESTUDO

ANEXO E – VERSÃO INGLÊS 1 (VI-1)

VERSÃO INGLÊS 1 (VI-1)

PREPARATION FOR HOSPITAL DISCHARGE - ADULT SURVEY

Please circle your response. The majority of responses will be on a scale from 0 to 10. The words below the numbers indicate what 0 and 10 mean. Choose the number between 0 and 10 that best describes how you feel. For example, circle 7 to indicate that you feel more like the description of number 10 than of number 0, but not completely.

1. When you think about leaving the hospital, do you find that you are ready to go home as scheduled?	() No () Yes
2. How physically prepared are you to go home?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Unprepared Totally prepared
3. How would you describe your pain or discomfort today?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 No pain/discomfort Unbearable pain/discomfort
4. How would you describe your strength today?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Weak Strong
5. How would you describe your energy level today?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Little Energy A lot of energy
6. How much stress do you feel today?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 None A lot
7. How emotionally prepared are you to go home today?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Unprepared Totally prepared
8. How would you describe your physical ability to care for yourself today (for example: personal hygiene, walking, going to the bathroom)?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Unable Completely able
9. How well informed are you about caring for yourself after you go home?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Completely uninformed Very well informed

10. How well informed are you about caring for your personal needs (for example: personal hygiene, taking a bath, going to the bathroom, feeding yourself) after you go home?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Completely uninformed Very well informed
11. How well informed are you about caring for your healthcare needs (treatments, medications) after you go home?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Completely uninformed Very well informed
12. How well informed are you about problems you should look out for after you go home?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Completely uninformed Very well informed
13. How well informed are you about who to call and when to call if you have problems after you go home?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Completely uninformed Very well informed
14. How well informed are you about restrictions (what you can and can't do) after you go home?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Completely uninformed Very well informed
15. How well informed are you about continuing your treatment after you go home?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Completely uninformed Very well informed
16. How well informed are you about services and information available in your area after you go home?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Completely uninformed Very well informed
17. How well will you be able to cope with day-to-day life at home?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Not well Very well
18. Will you be able to adequately perform your own personal care (for example: personal hygiene, taking a bath, feeding yourself) when you're at home?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Not at all Extremely well
19. How well will you be able to perform your own healthcare treatment (for example: caring for surgical wounds, respiratory treatments, exercise, rehabilitation, taking the right amount of medicine at the right time) at home?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Not well Very well

20. How much emotional support will you have after you go home?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 None A lot
21. How much help will you have with your personal care after you go home?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 None A lot
22. When you go home, how much help will you have with domestic activities (for example: cooking, cleaning, shopping, childcare)?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 None A lot
23. How much help will you have caring for necessities related to health (treatments, medications) after you go home?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 None A lot

Comments:

THANK YOU FOR PARTICIPATING IN THIS STUDY.

ANEXO F – VERSÃO INGLÊS 2 (VI-2)

VERSÃO INGLÊS 2 (VI-2)

HOSPITAL DISCHARGE PREPARATION – ADULT QUESTIONNAIRE

Please check or circle your answer. Most answers are on a scale of 0 to 10. Choose a number between 0 and 10 that best describes how you feel. For example, number 10 means that you feel completely prepared to be discharged and below 4 means that you do not feel prepared to be discharged.

1. Are ready to go home as scheduled?	() No () Yes
2. Are you physically ready to go home?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Not prepared Completely prepared
3. How would you describe your pain or discomfort today?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 No pain/discomfort Uncomfortable/Very painful
4. How would you describe your strength today?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Weak Strong
5. How would you describe your energy level today?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Low High
6. How much stress are you feeling today?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 None Very
7. Are you emotionally ready to go home today?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Not prepared Completely prepared
8. How would you describe your physical ability to take care of yourself today (for example: personal hygiene, walk, using the bathroom)?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Uncapable Completely capable
9. How much do you know about taking care of yourself, after you are home?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Not sure Fully aware
10. How much do you know about taking care of your personal needs (for example: personal hygiene, bathing, using the bathroom, feeding) after you are home?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Not sure Fully aware

11. How much do you know about taking care of your health-related needs (treatments, medications) after you are home?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Not sure Fully aware
12. How much do you know about any problems to which you must pay attention to after you are home?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Not sure Fully aware
13. How much do you know about who and when to call if you have any problems after you go home?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Not sure Fully aware
14. How much do you know about restrictions (what you can or cannot do) after you are home?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Not sure Fully aware
15. How much do you know about continuing your treatment after you go home?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Not sure Fully aware
16. How much do you know about the services and information available in your neighborhood after you go home?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Not sure Fully aware
17. Will you be able to cope well with the demands of everyday life at home?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Impossible Completely capable
18. Will you be able to perform your personal care properly (for example: personal hygiene, bathing, feeding) when at home?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Impossible Completely capable
19. Will you be capable to perform your health care treatment (e.g. surgical wound care, respiratory treatments, exercise, rehabilitation, taking the prescribed amount of drugs on time) at home?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Impossible Completely capable
20. How much emotional support will you have after you go home?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 None Full
21. How much help will you have with your personal care after you go home?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 None Full

ANEXO G – APROVAÇÃO DAS RETROTRADUÇÕES

De: marianne.weiss@marquette.edu

Enviada: Segunda-feira, 30 de Março de 2015 15:28

Para: vscvila@uol.com.br

Assunto: RE: Request evaluation of the Final Consensus of the Back-translation RHDS
Brazilian Portuguese version

Good morning. Your translation looks very accurate. The only point I would make is the term health needs or healthcare were substituted for medical needs and medical care in items 11, 19, 23. In the US we would differentiate better health, used in relation to health promotion needs, and medical which are disease and treatment focused. It may be that you would use the same terms for these words. That is really my only comment. I think you have a good translation to work from.

Best wishes for a successful research project.

Best regards,

Marianne

Marianne Weiss, DNSc, RN
READI Study Principal Investigator
Associate Professor and
Wheaton Franciscan Healthcare, St. Joseph / Sister Rosalie Klein Professor of Women's Health
Marquette University College of Nursing
PO Box 1881
Milwaukee, WI, 53201-1881
phone - 414-288-3855
fax - 414-288-1939
cell - 847-514-2798
email - marianne.weiss@marquette.edu

ANEXO I – APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O preparo para a alta hospitalar: adaptação cultural e validação do Readiness for Hospital Discharge para uso no Brasil

Pesquisador: Talita Honorato Siqueira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 42352615.0.0000.0037

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC/Goiás

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.004.395

Data da Relatoria: 25/03/2015

Apresentação do Projeto:

Projeto de Pesquisa apresentada ao curso de Mestrado em Atenção à Saúde da Pontifícia Universidade Católica de Goiás. O estudo será desenvolvido na Unidade de Clínica Médica de uma instituição hospitalar pública da rede de atenção à saúde no município de Brasília, Distrito Federal, Brasil, que oferece atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde no período previsto de 15/03/2015 a 31/08/2015. Trata-se de um estudo metodológico composto por duas etapas sequenciais: 1. Tradução e Adaptação Cultural do instrumento de preparo para alta hospitalar (Readiness for Hospital Discharge); 2. Estudo transversal analítico para validação dos aspectos psicométricos do instrumento. Visa disponibilizar a versão traduzida e adaptada para o português brasileiro do instrumento Readiness for Hospital Discharge e testar as propriedades psicométricas da versão traduzida e validada do Readiness for Hospital Discharge para o contexto brasileiro.

Por se tratar de um estudo metodológico que será desenvolvido em duas etapas sequenciais, a amostra por conveniência prevista para o pré-teste será de 40 indivíduos como preconizado na literatura científica (BEATON et al., 2000, 2002). Já no processo de validação será considerada a recomendação de Sappas e Zeller (2002), que baseados em pesquisas hipotéticas e reais demonstraram que amostras de no mínimo 50 e, no máximo de 100 participantes são suficientes quando se pretende analisar as propriedades psicométricas de um instrumento que está sendo

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.069
Bairro: Setor Universitário **CEP:** 74.605-010
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3946-1512 **Fax:** (62)3946-1070 **E-mail:** cep@pucgoias.edu.br



Continuação do Parecer: 1.004.395

testado em outra população.

Serão convidadas a participar todas as pessoas que atenderem aos seguintes critérios de inclusão: ter idade > 20 anos; estar vivenciando a alta hospitalar para o domicílio; não possuir déficit cognitivo para total consentimento dos processos do estudo. Serão excluídos indivíduos submetidos a cuidados paliativos, com déficit auditivo grave e com declínio cognitivo. Os dados serão coletados após triagem através do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) por meio de análise de prontuários e realização da entrevista com os participantes para obtenção de dados socioeconômicos, dados relacionados aos aspectos da hospitalização, disponibilidade para alta, aspectos clínicos além da aplicação da versão em Português do instrumento Readiness for Hospital Discharge. Considerando que o preparo para a alta hospitalar é um indicador de qualidade do cuidado prestado e que o Brasil não possui um instrumento que avalie o preparo para alta hospitalar, os resultados desse estudo poderão contribuir para a compreensão da importância de utilizar protocolos e medidas para avaliação do preparo e da qualidade da alta hospitalar que considerem a pessoa e seus familiares como atores principais do processo de cuidar na transição para o domicílio.

Objetivo da Pesquisa:

De acordo com os pesquisadores, o objetivo geral do projeto é disponibilizar a versão traduzida e adaptada para o português brasileiro do instrumento Readiness for Hospital Discharge e testar as propriedades psicométricas da versão traduzida e validada do Readiness for Hospital Discharge para o contexto brasileiro. Já os objetivos específicos são realizar a adaptação transcultural do instrumento Readiness for Hospital Discharge, versão paciente, para uso no Brasil; avaliar a confiabilidade da versão adaptada do Readiness for Hospital Discharge verificando a consistência interna de seus itens; avaliar a validade de face e conteúdo da versão para o português brasileiro do Readiness for Hospital Discharge, por meio da análise de um comitê de juízes; avaliar a validade de constructo divergente da versão em português brasileiro do Readiness for Hospital Discharge por meio da análise por hipótese; avaliar a validade preditiva do instrumento Readiness for Hospital Discharge.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Entre os possíveis riscos mínimos relacionados ao projeto incluem-se incômodo, desconforto, fadiga ou cansaço, caso isso seja relatado a entrevista poderá ser interrompida imediatamente e se o participante necessitar poderá ser encaminhado imediatamente para assistência integral e gratuita. Quanto ao ressarcimento, os participantes serão informados que não há previsão de custos pessoais com sua participação, uma vez que todos os gastos previstos

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.069
 Bairro: Setor Universitário CEP: 74.605-010
 UF: GO Município: GOIANIA
 Telefone: (62)3946-1512 Fax: (62)3946-1070 E-mail: cep@pucgoias.edu.br



Continuação do Parecer: 1.004.395

para realização da pesquisa serão de responsabilidade da pesquisadora e estão previstos no orçamento. A todos será esclarecido que, caso se sintam prejudicados, com a pesquisa, poderão solicitar indenização nos termos da lei e o que for decidido pela justiça será acatado pela pesquisadora.

Benefícios: Os participantes serão informados que entre os benefícios esperados com os resultados, inclui-se a compreensão do processo de transição do cuidado hospitalar para o cuidado domiciliar, o que contribuirá para que os profissionais de saúde possam elaborar um plano de alta hospitalar condizente com as necessidades de cada pessoa hospitalizada por adoecimento crônico. Além disso, serão informados que após responder o instrumento poderão receber orientações de acordo com as possíveis dúvidas relacionadas ao seu tratamento.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa com relevância científica, análise teórica presente e metodologia em acordo com o objetivo apresentado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos foram apresentados adequadamente através da Plataforma Brasil. Contém folha de rosto, projeto de pesquisa (inclusive orçamento, cronograma e formulários), TCLE, declaração de anuência da instituição coparticipante e currículos das pesquisadoras responsável e participante.

Recomendações:

- 1.Recomenda-se ao pesquisador atentar-se ao fato de que a coleta de dados deve ser prevista para datas posteriores à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, havendo assim a necessidade de ajuste no corpo do projeto uniformizando-o com o cronograma das atividades, ou seja, de 15/03 a 31/08/15 para os meses de "abril a agosto" de 2015,
- 2.Recomenda-se observar a gramática e tempos verbais na redação do projeto. Por exemplo, onde se lê: "Após obtida a autorização, as pesquisadoras iniciaram" corrigir para "Após obtida a autorização, as pesquisadoras iniciarão".
- 3.Recomenda-se a inclusão do tempo aproximado para cada entrevista e que serão realizadas conforme a necessidade física destes participantes, tendo calma, paciência e promovendo pausas durante o tempo destinado à entrevista, para que os participantes possam descansar conforme suas necessidades ou ainda dividir o tempo da entrevista em dias alternados utilizando metade do tempo proposto ou menos de acordo com as condições particulares de cada voluntário da pesquisa.
- 4.Recomenda-se ao pesquisador detalhar no corpo do TCLE como será dada a garantia de

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.069
Bairro: Setor Universitário **CEP:** 74.605-010
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3946-1512 **Fax:** (62)3946-1070 **E-mail:** cep@pucgoias.edu.br



Continuação do Parecer: 1.004.395

privacidade durante as entrevistas, o que pode ser feito explicitando o local que será disponibilizado para a entrevista.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

A aprovação deste, conferida pelo CEP, não isenta o Pesquisador de prestar satisfação sobre sua Pesquisa em casos de alteração de amostra ou centros de coparticipação. É exigido a entrega do relatório final após conclusão da pesquisa.

GOIANIA, 30 de Março de 2015

Assinado por:
NELSON JORGE DA SILVA JR.
(Coordenador)

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.069
Bairro: Setor Universitário **CEP:** 74.605-010
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3946-1512 **Fax:** (62)3946-1070 **E-mail:** cep@pucgoias.edu.br