REME • Rev Min Enferm. 2026;30:e-1612
DOI: 10.35699/2316-9389.2026.61416

PESQUISA

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ENFERMEIRAS SOBRE O PLANO DE ALTA HOSPITALAR

Representaciones sociales de enfermeras sobre el plan de alta hospitalaria

Larissa Jácome Madureira[1]
https://orcid.org/0009-0009-0917-1432

Simone Santos Souza[1]
https://orcid.org/0000-0002-5283-6083

Chandra Lima Maciel[1]
https://orcid.org/0009-0000-5922-2845

Rejane Santos Barreto[1]
https://orcid.org/0000-0002-2973-0272

Samira Silva Santos Soares[1]
https://orcid.org/0000-0001-9133-7044

Mariane Teixeira Dantas Farias[2]
https://orcid.org/0000-0003-4208-4911

Rízia Maria dos Santos Eustáquio Leite[3]
https://orcid.org/0009-0003-0933-0313

Andreia Silva Rodrigues[4]
https://orcid.org/0000-0002-0091-2849

[1]Universidade Estadual de Santa Cruz - UESC, Departamento de Ciências da Saúde – DCS. Ilhéus, BA - Brasil.

[2]Secretaria de Saúde do Estado da Bahia - SESAB. Salvador, BA - Brasil.

[3]Universidade Federal da Bahia - UFBA. Salvador, BA - Brasil.

[4]Centro Universitário Maurício de Nassau, Curso de Enfermagem. Salvador, BA - Brasil.

Autora Correspondente: Simone Santos Souza
E-mail: sssouza1@uesc.br

Contribuições dos autores:
Análise Estatística: Larissa J. Madureira, Simone S. Souza, Rejane S. Barreto;
Coleta de Dados: Larissa J. Madureira, Simone S. Souza, Rejane S. Barreto, Mariane T. D. Farias, Andreia S. Rodrigues;
Conceitualização: Larissa J. Madureira, Simone S. Souza, Rejane S. Barreto;
Gerenciamento do Projeto: Larissa J. Madureira, Simone S. Souza, Rejane S. Barreto;
Investigação: Larissa J. Madureira, Simone S. Souza, Rejane S. Barreto;
Metodologia: Larissa J. Madureira, Simone S. Souza, Rejane S. Barreto***;***
Redação - Preparo do Original: Larissa J. Madureira, Simone S. Souza, Rejane S. Barreto**;**
Redação - Revisão e Edição: Larissa J. Madureira, Simone S. Souza, Chandra L. Maciel, Rejane S. Barreto, Samira S. S. Soares, Mariane T. D. Farias, Rízia M. dos S. E. Leite, Andreia S. Rodrigues;
Software: Larissa J. Madureira, Simone S. Souza, Rejane S. Barreto*;*
Supervisão: Larissa J. Madureira, Simone S. Souza, Chandra L. Maciel, Rejane S. Barreto, Samira S. S. Soares, Mariane T. D. Farias, Rízia M. dos S. E. Leite, Andreia S. Rodrigues;
Validação: Larissa J. Madureira, Simone S. Souza, Chandra L. Maciel, Rejane S. Barreto, Samira S. S. Soares, Mariane T. D. Farias, Rízia M. S. E. Leite, Andreia S. Rodrigues;
Visualização: Larissa J. Madureira, Simone S. Souza, Chandra L. Maciel, Rejane S. Barreto, Samira S. S. Soares, Mariane T. D. Farias, Rízia M. S. E. Leite, Andreia S. Rodrigues.

Fomento: Não houve financiamento

Submetido em**:** 29/08/2025

Aprovado em**:** 17/09/2026

Editores Responsáveis**:**

Tânia Couto Machado Chianca
https://orcid.org/0000-0002-8313-2791

Kênia Lara Silva
https://orcid.org/0000-0003-3924-2122

RESUMO

Objetivo: analisar as representações sociais de enfermeiras sobre o plano de alta hospitalar. **Métodos:** estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa e fundamentada no aporte teórico-metodológico da Teoria das Representações Sociais, em sua vertente estrutural e conforme proposta por Abric. Participaram 100 enfermeiras, que responderam a um formulário virtual contendo um Teste de Associação Livre de Palavras. O corpus foi organizado e processado com o auxílio do software *Open Ensemble de Programmes Permettant L´analyse des Évocations* (v. 1.1), e os dados foram analisados segundo a estrutura das representações**. Resultados**: o núcleo central da representação foi composto pelos termos orientação, cuidado, recuperação, segurança, autocuidado e transição, evidenciando a identidade da enfermagem como protagonista da continuidade do cuidado. Elementos periféricos, como a Sistematização da Assistência de Enfermagem, a equipe multiprofissional, os protocolos e o retorno, revelaram tensões entre valores normativos e condições concretas da prática, marcadas pela ausência de protocolos institucionais e por lacunas formativas. **Considerações finais:** os sentidos atribuídos ao plano de alta estão ancorados na execução de cuidados que garantam a continuidade da assistência ao paciente e a transição segura após a hospitalização, sendo objetivados ferramentas educacionais orientadoras do cuidado e da segurança do usuário. Recomenda-se a inclusão sistemática do tema nos currículos de graduação e pós-graduação em enfermagem, bem como a institucionalização de protocolos que fortaleçam a autonomia do enfermeiro e a integração multiprofissional durante a alta.

Palavras-chave: Alta do Paciente; Representação Social; Enfermeiras e Enfermeiros; Enfermagem; Pesquisa Qualitativa.

Como citar este artigo:

Madureira LJ, Souza SS, Maciel CL, Barreto RS, Soares SSS, Farias MTD, Leite RMSE, Rodrigues AS. Representações sociais de enfermeiras sobre o plano de alta hospitalar. REME - Rev Min Enferm [Internet]. 2026[citado em____ __ __];30:e-1612. Disponível em: https://doi.org/10.35699/2316-9389.2026.61416

RESUMEN

Objetivo: analizar las representaciones sociales de enfermeras sobre el plan de alta hospitalaria. **Métodos:** estudio descriptivo y exploratorio, con enfoque cualitativo fundamentado en el aporte teórico-metodológico de la Teoría de las Representaciones Sociales, en su vertiente estructural, propuesta por Abric. Participaron 100 enfermeras, quienes respondieron un formulario virtual que contenía un Test de Asociación Libre de Palabras. El corpus se organizó y procesó con la ayuda del software *Open Ensemble de Programmes Permettant L´analyse des Évocations* (v. 1.1), y los datos se analizaron de acuerdo con la estructura de las representaciones. **Resultados:** el núcleo central de la representación estuvo compuesto por los términos orientación, cuidado, recuperación, seguridad, autocuidado y transición, lo que evidencia la identidad de la enfermería como protagonista de la continuidad del cuidado. Los elementos periféricos, como la Sistematización de la Atención de Enfermería, el equipo multiprofesional, los protocolos y el retorno, revelaron tensiones entre los valores normativos y las condiciones concretas de la práctica, marcadas por la ausencia de protocolos institucionales y por lagunas formativas. **Consideraciones finales:** los sentidos atribuidos al plan de alta se basan en la ejecución de cuidados que garanticen la continuidad de la asistencia al paciente y una transición segura después de la hospitalización, objetivados en herramientas educativas orientadoras del cuidado y de la seguridad del usuario. Se recomienda la inclusión sistemática del tema en los planes de estudio de grado y posgrado en enfermería, así como la institucionalización de protocolos que fortalezcan la autonomía del enfermero y la integración multiprofesional durante el alta.

Palabras clave: Alta del Paciente; Representación Social; Enfermeras y Enfermeros; Enfermería; Investigación Cualitativa.

INTRODUÇÃO

O plano de alta hospitalar configura-se como uma metodologia sistematizada de cuidado, orientada para organizar e qualificar o processo de desospitalização. Trata-se de um instrumento estruturado que reúne informações sobre as condições clínicas do paciente, as possíveis complicações de seu estado de saúde e as necessidades de cuidados especiais e continuados após a saída do hospital[1]. Nesse sentido, a alta do paciente deve ser compreendida como um processo responsável de transição do cuidado, que considere sua autonomia e suas necessidades individuais, incluindo a família no processo de cuidar. Quanto mais adequado o plano for ao estilo de vida do paciente, melhor será sua adesão às orientações, minimizando o risco de complicações e do surgimento de comorbidades[2].

Estudo aponta que cerca de 25% dos usuários desenvolvem algum tipo de complicação evitável até 30 dias após a alta hospitalar, geralmente associada à falta de orientação dos profissionais[3]. Planejar os cuidados somente após a alta contribui para

reinternações, gera altos custos para a gestão e expõe o paciente a riscos, como infecções hospitalares e quedas, que podem comprometer ainda mais seu estado de saúde[4].

A alta responsável é uma exigência da *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* e está prevista na legislação brasileira, na Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013, que institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde[5,6]. Essa portaria estabelece a alta responsável como estratégia fundamental para garantir a continuidade do cuidado e considera que a Rede de Atenção à Saúde deve estar articulada entre seus diferentes níveis de densidade tecnológica, a fim de favorecer a continuidade dos cuidados e promover a desospitalização segura[5].

Entretanto, apesar dessa diretriz normativa, evidências apontam que, na prática assistencial, o plano de alta ainda é frequentemente realizado de maneira incipiente, muitas vezes restrito a orientações verbais e sem registro formal, em decorrência de fatores como sobrecarga de trabalho, limitações organizacionais e prioridades assistenciais concorrentes[6,7]. Esse descompasso entre o que é preconizado pelas políticas de saúde e o que efetivamente se concretiza no cotidiano dos serviços evidencia a necessidade de compreender como as(os) enfermeiras(os) percebem, interpretam e atribuem significado ao plano de alta hospitalar.

Nesse contexto, encontra-se a(o) enfermeira(o), profissional da saúde que exerce papel primordial na assistência direta e segura ao paciente e à família. Entretanto, apesar de esses profissionais reconhecerem a importância do plano de alta hospitalar, sua aplicabilidade no cotidiano não ocorre ou ocorre de forma verbal, sem qualquer registro escrito[7]. O excesso de carga de trabalho, o elevado número de pacientes por profissional e a alta demanda de atividades administrativas são relatados pelas(os) enfermeiras(os) como empecilhos à realização dessa etapa do cuidado[7].

Embora o plano de alta hospitalar seja reconhecido como estratégia essencial para garantir a continuidade do cuidado, reduzir riscos pós-alta e fortalecer a segurança do paciente, observa-se que a literatura ainda é limitada no que se refere à compreensão das dimensões subjetivas que orientam a atuação das(os) enfermeiras(os) nesse processo. As publicações concentram-se majoritariamente nos aspectos normativos, procedimentais e estruturais do plano de alta, mas dedicam pouca atenção às percepções, aos significados e aos sistemas simbólicos que influenciam o modo como

esses profissionais concebem, valorizam e operacionalizam sua construção na rotina assistencial.

Nessa perspectiva, torna-se crucial investigar as representações sociais de enfermeiras(os) sobre o plano de alta hospitalar, uma vez que tais representações constituem elementos centrais para compreender como esse conhecimento é apropriado, reelaborado e aplicado na prática cotidiana. Esse entendimento é fundamental e, ao mesmo tempo, justifica a realização deste estudo, uma vez que o acesso ao imaginário desse grupo social pode subsidiar intervenções formativas, aprimorar protocolos institucionais, orientar políticas de segurança do paciente e fortalecer processos de trabalho ancorados em práticas comunicacionais eficazes, colaborativas e seguras.

Sendo assim, este estudo foi orientado pelas seguintes questões: Quais são as representações sociais das(os) enfermeiras(os) sobre o plano de alta hospitalar? Como os elementos simbólicos dessas representações orientam sua prática na transição do cuidado? Nesse sentido, o objetivo foi analisar as representações sociais das(os) enfermeiras(os) sobre o plano de alta hospitalar.

MÉTODO

O presente estudo adotou uma abordagem qualitativa, de caráter exploratório e descritivo, fundamentada no aporte teórico-metodológico da Teoria das Representações Sociais, em sua vertente estrutural, proposta por Jean-Claude Abric[8]. As representações são socialmente elaboradas e compartilhadas, influenciando comportamentos e condutas profissionais. Assim, a teoria fundamenta não apenas o percurso metodológico, mas também o processo analítico do estudo[9].

A adoção da abordagem de Abric justifica-se por reconhecer que a compreensão do plano de alta hospitalar envolve elementos simbólicos, valorativos e práticos que orientam a atuação das(os) enfermeiras(os) no cotidiano assistencial. Assim, busca-se apreender não apenas os conteúdos manifestos, mas também a organização interna das representações que estruturam modos de pensar e agir, a partir da Teoria do Núcleo Central e do Sistema Periférico. Essa abordagem permite compreender como elementos mais estáveis e normativos, considerados centrais, articulam-se com aspectos contextuais e experienciais, considerados periféricos, estruturando modos de pensar e

agir[8,9]. Dessa forma, a teoria de Abric não apenas orienta o método de investigação, mas também sustenta a análise.

Para guiar a escrita, utilizou-se o instrumento *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research*[10]. Os dados foram coletados no período de março a setembro de 2024 pela pesquisadora principal, do sexo feminino, discente do quarto ano do Curso de Graduação em Enfermagem de uma universidade estadual do sul da Bahia. A pesquisadora foi previamente treinada pela docente responsável pelo desenvolvimento deste estudo, vinculado a um programa de iniciação científica.

A pesquisa foi realizada em ambiente virtual com enfermeiras(os) de diversas regiões geográficas da Bahia, o que possibilitou ampliar o alcance da investigação e favoreceu a participação de profissionais inseridos em diferentes contextos institucionais. Dessa forma, a coleta de dados abarcou múltiplos espaços e realidades de trabalho no ambiente hospitalar. A pesquisadora principal conduziu as entrevistas por meio de chamadas de vídeo, das quais participaram apenas a entrevistada e a própria pesquisadora, garantindo privacidade, confidencialidade e condições adequadas para a livre expressão de experiências e percepções. Cada entrevista durou, em média, 15 minutos. Não foi necessário gravar nem repetir as entrevistas.

O estudo foi composto por 100 enfermeiras(os), número considerado adequado para pesquisas fundamentadas na Teoria das Representações Sociais, especialmente quando associadas a técnicas estruturais, o que amplia a confiabilidade das análises lexicais e estruturais das representações sociais investigadas. Todas(os) as(os) profissionais abordadas(os) aceitaram participar da pesquisa, não havendo perda amostral. Foram incluídas(os) enfermeiras(os) com, no mínimo, seis meses de atuação em unidades de internação hospitalar de qualquer região do Brasil que aceitassem participar da pesquisa. Foram excluídos os sujeitos que responderam parcialmente ao instrumento de coleta de dados.

Não foi estabelecido relacionamento prévio com as(os) participantes antes da pesquisa. As(Os) participantes foram selecionadas(os) por meio da técnica de *snowball*, uma técnica de amostragem não probabilística por conveniência na qual os próprios participantes recrutam outros indivíduos para participar do estudo, entre seus conhecidos, a fim de ampliar o número de participantes. Após o aceite, a pesquisadora agendava o momento da coleta virtual, identificava-se às profissionais, explicava o objetivo da pesquisa e fornecia o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para assinatura, enviando uma cópia para o e-mail da participante.

Para a apreensão e a interpretação da estrutura das representações sociais, foram utilizados, como técnicas de coleta de dados, o Teste de Associação Livre de Palavras (TALP) e a entrevista, conduzidos por meio de um formulário virtual estruturado. A entrevista continha informações de caracterização das participantes (*e.g.*, sexo, idade, estado civil, cor da pele, tempo de atuação, formação profissional e experiência prévia com o plano de alta).

O TALP consiste em apresentar uma palavra indutora aos indivíduos (plano de alta) e solicitar que associem livre e rapidamente cinco palavras ou expressões que lhes venham à mente a partir dela. A aplicação virtual do TALP exigiu a adoção de orientações padronizadas às participantes, solicitando que registrassem imediatamente as primeiras palavras que lhes viessem à mente ao entrarem em contato com o termo indutor, sem reflexão prévia, de modo a preservar o caráter de espontaneidade e rapidez característico dessa técnica, mesmo em ambiente digital. Assim, foi apresentada a seguinte pergunta: "O que vem à sua cabeça quando você ouve o termo 'plano de alta'"? Posteriormente, foi realizado o teste de centralidade, isto é, de importância atribuída, solicitando-se às participantes que ordenassem as palavras por ordem de importância e justificassem aquela considerada mais importante. Elementos centrais tendem a ser mais frequentes e mais importantes.

Após a coleta, os dados de caracterização das participantes foram transferidos e tabulados no Programa Excel (2021) e apresentados de forma descritiva, sob a forma de números absolutos e percentuais. As palavras resultantes do TALP foram reunidas, compondo um corpus para análise, e processadas pelo software *Open Ensemble de Programmes Permettant L´analyse des Évocations* (v. 1.1), que realiza o processamento das evocações por meio de análises fatoriais de tipificação ou de agrupamento, permitindo identificar os termos significativos para as participantes da pesquisa. A análise dos achados dessa etapa foi orientada por Abric[8], por meio da identificação do núcleo central (NC) e dos elementos periféricos da representação social.

Os termos ou expressões evocados foram submetidos à análise prototípica por meio do software *OpenEvoc*, que realiza cálculos baseados na frequência absoluta e na ordem média de evocação (OME), organizando os termos em um quadro de quatro casas. Os indicadores de frequência e OME permitem estimar a saliência cognitiva dos termos para o grupo estudado. A combinação desses critérios possibilita identificar os elementos potencialmente pertencentes ao NC da representação, ou seja, os mais frequentes e/ou evocados primeiro[8]. Além disso, foram considerados procedimentos de

confirmação da centralidade dos termos, a partir da análise conjunta da frequência, da ordem de evocação e da coerência semântica dos conteúdos, fortalecendo a consistência interpretativa da estrutura representacional identificada.

Foram observados os aspectos éticos regulamentados pelo Conselho Nacional de Saúde, de acordo com a Resolução nº 466/12, que norteia a ética em pesquisas com seres humanos, e com a Carta Circular nº 1/2021-CONEP/SECNS/MS, que orienta os procedimentos em pesquisas com qualquer etapa realizada em ambiente virtual. O trabalho foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa e aprovado sob o Parecer nº 6.339.030.

RESULTADOS

Um total de 100 profissionais respondeu integralmente ao formulário de coleta de dados, sendo que 89% se declararam do sexo feminino e 11%, do sexo masculino. No que se refere à idade, a maioria das(os) profissionais encontrava-se na faixa etária de 41 a 49 anos (32,0%), seguida pela faixa de 36 a 40 anos (23,0%). Em relação ao estado civil, 56,84% referiram ser casadas(os) e 28,42%, solteiras(os). No que diz respeito à cor da pele autorreferida, 58,95% das(os) enfermeiras(os) identificaram-se como pardas(os). Quando somados os percentuais de pardas(os) e pretas(os), esse número atingiu 72%, tornando-se o grupo mais expressivo na composição racial dos respondentes.

A maioria das(os) profissionais (69,47%) possuía mais tempo de atuação na atenção terciária. No que concerne ao tempo de experiência profissional no hospital, a maioria trabalhava havia mais de quatro anos (42,9%). Quanto ao tempo de formação, uma parcela expressiva das(os) enfermeiras(os) tinha entre 11 e 15 anos de formação (43,16%). Entre as(os) entrevistadas(os), 88,42% haviam cursado algum curso de pós-graduação, sendo que a maioria (31,58%) possuía pós-graduação *lato sensu* em Enfermagem em Cuidados Intensivos.

No que se refere ao plano de alta, 53,68% das(os) profissionais relataram trabalhar ou ter trabalhado com esse instrumento. Quanto à pergunta sobre terem tido alguma aula, durante a graduação, sobre a temática do plano de alta, 66,32% das(os) profissionais relataram não ter tido aula sobre o tema durante a graduação ou a formação técnica, e 76,84% relataram nunca ter tido essa aula na pós-graduação. Esses dados destacam uma lacuna significativa na educação continuada das(os) enfermeiras(os) sobre um aspecto crucial do cuidado.

No que diz respeito à análise da estrutura das representações sociais, o produto das evocações livres diante do termo indutor "plano de alta" totalizou 500 palavras, das quais 22 eram diferentes. Os pontos de corte definidos para esta análise corresponderam à frequência mínima de 8 e à OME de 2,96, que corresponde à média da posição de cada palavra no corpus analisado, conforme apresentado na Figura 1, que demonstra o resultado da análise prototípica das evocações, dispostas no quadro de quatro casas.

Figura 1 – Análise prototípica das evocações das(os) enfermeiras(os) diante do termo indutor "plano de alta". Salvador, BA, Brasil, 2024 (n = 100)

OME >2,96			**OME < 2,96**		
Termo evocado	**Freq.**	**OME**	**Termo evocado**	**Freq.**	**OME**
1º Quadrante Elementos do núcleo central			2º Quadrante Elementos do sistema periférico (1ª periferia)		
Orientação	68	2,19	SAE	40	3,71
Cuidado	52	2,79	Equipe	14	3,57
Recuperação	27	2,67	Multiprofissional	23	3,36
Segurança	21	2,62	Retorno	18	3,45
Autocuidado	19	2,89	Protocolo		
Transição	15	2,33			
3º Quadrante Zona de contraste			4º Quadrante Elementos do sistema periférico (2ª periferia)		
Alta segura	12	2,58	Responsabilidade	12	3,58
Comunicação efetiva	10	2,2	Conhecimento	11	3,64
Individualidade	8	2,5	Família	11	4
			Autonomia	9	3
			Curativo	9	3,78
			Medicação	8	3,13

SAE: Sistematização da assistência de enfermagem.
Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

DISCUSSÃO

A caracterização das participantes corrobora o predomínio feminino na enfermagem, fenômeno historicamente constituído e reiterado pela literatura, que aponta a profissão como expressão da feminização da força de trabalho em saúde[11]. Esse dado contextualiza o campo representacional no qual se inscrevem as práticas das enfermeiras, reforçando que suas vivências e os sentidos atribuídos ao plano de alta hospitalar estão imersos em uma construção social de gênero, identidade profissional e cuidado.

O perfil identificado neste estudo pode refletir a própria composição socioprofissional da enfermagem no contexto brasileiro, marcada pela forte presença de trabalhadoras negras em posições assistenciais. Tal característica pode influenciar as representações sociais sobre o plano de alta hospitalar, uma vez que trajetórias profissionais marcadas por sobrecarga laboral, desigualdades estruturais e condições

organizacionais específicas tendem a moldar os significados atribuídos às práticas de cuidado. Assim, a análise desse dado dialoga com a literatura que discute as relações entre raça, trabalho e saúde, ampliando a compreensão das representações produzidas no interior dessa categoria profissional[12].

O principal achado deste estudo consiste na identificação de uma estrutura representacional na qual o plano de alta hospitalar é centralmente associado às práticas de orientação e preparo do paciente para o retorno ao domicílio, evidenciando que as(os) enfermeiras(os) compreendem esse processo predominantemente como uma ação educativa vinculada à continuidade do cuidado. Como elemento inovador, observou-se que aspectos institucionais, como o registro formal do plano de alta e a atuação da equipe multiprofissional, aparecem em posições periféricas, indicando uma possível dissociação entre o discurso normativo da interdisciplinaridade e a experiência prática das enfermeiras. Esse resultado dialoga com estudos internacionais sobre a transição do cuidado, que também apontam o papel central da enfermagem na coordenação das orientações ao paciente e na preparação para a alta hospitalar[1,13].

O NC é composto pelos termos "orientação" (f = 68), "cuidado" (f = 52), "recuperação" (f = 27), "segurança" (f = 21), "autocuidado" (f = 19) e "transição" (f = 15), evidenciando elevada saliência cognitiva e evocação precoce. Esses elementos indicam que o plano de alta hospitalar é representado, de forma estável e compartilhada, como um processo centrado na orientação ao paciente, na continuidade do cuidado e na promoção da recuperação com segurança, articulado à ideia de transição assistencial e incentivo ao autocuidado. As baixas OMEs (2,19–2,89) reforçam que tais termos são prontamente acessados, configurando o núcleo estruturante da representação, com forte caráter normativo e organizador das práticas.

Os elementos do NC expressam valores normativos e estáveis, enraizados na prática cotidiana e na memória coletiva da profissão. Segundo Abric, o NC constitui a base de estabilidade da representação, conferindo-lhe permanência e resistência a mudanças[8,14]. Neste estudo, tais elementos evidenciam a construção identitária da(o) enfermeira(o) como agente central na garantia da continuidade do cuidado, concretizada na orientação e na preparação do paciente para a alta hospitalar[15].

A predominância da palavra "orientação" indica que, para as enfermeiras, o plano de alta hospitalar se configura como um dispositivo pedagógico e comunicacional. Nesse sentido, a orientação trata-se de um processo que vai além de informar, educar, instruir ou transmitir informações: representa a responsabilidade

profissional de capacitar o paciente e sua família, promovendo segurança e autonomia. Portanto, cumpre uma função simbólica ao legitimar o papel da(o) enfermeira(o) como mediadora(or) entre o saber técnico-científico e o saber leigo. Essa prática é fundamental para a prevenção de complicações e a redução das taxas de readmissão hospitalar, pois promove melhor compreensão e adesão ao plano de cuidados pós-alta. Além disso, a orientação adequada empodera os pacientes, permitindo-lhes assumir um papel mais ativo na gestão de sua saúde e aumentando sua confiança e capacidade de autocuidado[16].

O termo "cuidado", igualmente central, amplia essa compreensão, pois remete à essência identitária da enfermagem, articulando tanto a dimensão técnica quanto a humanística. Para o grupo social investigado, o "cuidado" refere-se ao acompanhamento contínuo, à empatia, ao suporte emocional e à atenção personalizada às singularidades do paciente; essa representação não se restringe à execução de procedimentos. Essa amplitude reafirma a dimensão normativa do NC, pois expressa valores coletivamente compartilhados sobre "o que significa ser enfermeira" diante da construção responsável do plano de alta hospitalar[16].

Ao assegurar que os pacientes compreendam e se sintam apoiados em suas responsabilidades após a alta, as(os) enfermeiras(os) desempenham papel crucial na prevenção de eventos adversos e na promoção do bem-estar[17]. Dessa forma, a palavra "cuidado" emergiu como um termo frequentemente mencionado, pois encapsula o núcleo de suas responsabilidades e valores na promoção da saúde e da segurança do paciente durante o processo de alta hospitalar.

A presença de "recuperação" e "segurança" no NC reforça a dimensão funcional da representação: ambos apontam para o objetivo prático do plano de alta hospitalar, que é assegurar que o paciente transite de forma protegida e eficaz entre os níveis de atenção. Na perspectiva de Abric, esses termos indicam a finalidade do cuidado: viabilizar a continuidade terapêutica, reduzir riscos e prevenir complicações[16,17].

O estudo indica que as(os) enfermeiras(os) associam a "recuperação" não apenas à melhora física do paciente, mas também ao seu bem-estar emocional e à capacidade de retomar as atividades diárias com segurança. Além disso, a recuperação é vista como um indicador de sucesso do cuidado prestado, englobando aspectos de educação, suporte emocional e coordenação de recursos para assegurar uma transição segura e eficaz[17].

A “segurança do paciente”, por sua vez, é um conceito central na prática da(o) enfermeira(o), englobando ações que previnem danos, erros e complicações durante a internação e após a alta. Durante a construção do plano de alta hospitalar, as(os) enfermeiras(os) desempenham papel fundamental na identificação de riscos, na comunicação de informações essenciais e na implementação de estratégias que assegurem que os pacientes compreendam todas as orientações fornecidas, como a administração correta de medicamentos, o reconhecimento de sinais de alerta e a necessidade de acompanhamento adequado pelos demais serviços de saúde[18]. A preocupação com a segurança reflete o compromisso das(os) enfermeiras(os) com a minimização de riscos, a prevenção de eventos adversos e a promoção de uma transição segura do cuidado[18].

A palavra “autocuidado”, emergente nas evocações, reflete os discursos contemporâneos de empoderamento e responsabilização do paciente, articulando-se a políticas de saúde centradas no usuário. Entendido como um conjunto de práticas deliberadas e aprendidas pelo indivíduo para atender às próprias necessidades de saúde física, psicológica e social, o autocuidado favorece a autonomia e a corresponsabilização[19].Desse modo, no NC, as representações apreendidas sobre a valorização do autocuidado revelam uma tensão entre a tradição do cuidado centrado na equipe e o deslocamento gradual para práticas que exigem a corresponsabilidade do paciente, permitindo que ele assuma um papel ativo na gestão eficaz e sustentável da própria saúde[20].

A “transição” também aparece como conceito central nas representações sociais desses profissionais. Os cuidados de transição são definidos como práticas coordenadas e eficazes que garantem a continuidade do cuidado, minimizando riscos e promovendo a segurança do paciente durante esse processo crítico[2]. A efetividade dessa transição depende de um plano de alta hospitalar bem estruturado, que inclua comunicação clara entre os profissionais de saúde, gerenciamento de casos e integração dos serviços envolvidos. Durante as entrevistas com enfermeiras(os), a “transição” foi destacada como uma das principais preocupações na alta do paciente, reforçando a necessidade de ações bem coordenadas para evitar fragmentações no cuidado.

Segundo a Teoria das Transições de Meleis[21], o enfermeiro desempenha papel central como facilitador do processo de transição, atuando de forma intencional e contínua para apoiar o paciente e sua família diante das mudanças impostas pela alta hospitalar. Essa atuação envolve educação em saúde personalizada, baseada nas

necessidades, nos conhecimentos prévios e no contexto sociocultural do paciente, bem como comunicação clara e contínua, fundamental para o estabelecimento de vínculo, segurança e compreensão do plano terapêutico. Assim, na construção do plano de alta hospitalar, quando combinada a estratégias eficazes de transição, como planejamento sistematizado, estímulo ao fortalecimento do autocuidado e envolvimento da família, assegura-se que o paciente receba suporte adequado em todas as etapas do cuidado, fortalecendo a continuidade da assistência e melhorando os desfechos em saúde.

Os elementos que compõem o segundo e o quarto quadrantes, em sentido horário, constituem representações consideradas periféricas em relação ao NC. O sistema periférico pode ser considerado uma complementação indispensável que protege o NC, além de atualizar e contextualizar as unidades significativas. São elementos mais flexíveis, que podem ser modulados a partir da experiência vivenciada no cotidiano em que as(os) enfermeiras(os) estão inseridas(os). Em síntese, esses elementos fazem a interface entre a realidade vivida e o NC[17].

No segundo quadrante, ou primeira periferia, aparecem "Sistematização da Assistência de Enfermagem" (SAE) (f = 40), "retorno" (f = 23), "protocolo" (f = 18) e "equipe multiprofissional" (f = 14)**.** Apesar da alta frequência, as OMEs elevadas (3,36–3,71) indicam evocação menos imediata, sugerindo que esses elementos possuem caráter mais operacional e contextual**.** Eles expressam a instrumentalização do plano de alta**,** vinculando-o à sistematização da assistência, à organização do cuidado por protocolos, ao seguimento pós-alta e à atuação em equipe. Assim, funcionam como mediadores entre o NC e a prática concreta, garantindo aplicabilidade sem alterar o significado essencial da representação.

Esses elementos periféricos cumprem a função de atualizar e proteger o NC, adaptando-o às condições concretas de trabalho[15]. A evocação da "SAE" remete à organização do cuidado e à necessidade de padronização dos processos. Ao estruturar o cuidado por meio de etapas inter-relacionadas, como avaliação, diagnóstico, planejamento, implementação e evolução, a sistematização desempenha papel essencial para assegurar que o plano de alta hospitalar seja realizado de maneira estruturada e eficiente[17]. A integração da SAE nesse contexto possibilita que a(o) enfermeira(o) utilize intervenções fundamentadas em evidências, adaptando-as às necessidades específicas de cada paciente, o que potencializa a adesão ao tratamento e a recuperação em casa[22]. Dessa forma, a construção do plano de alta hospitalar aliada à SAE não apenas otimiza a gestão do cuidado, mas também fortalece a autonomia do paciente e de

sua família, transformando o momento da alta em uma oportunidade de empoderamento e continuidade da assistência.

Outro aspecto relevante refere-se à posição periférica atribuída à sistematização e ao registro do cuidado no planejamento da alta hospitalar. Embora a SAE seja reconhecida como instrumento fundamental para a organização do cuidado, sua localização periférica na estrutura representacional pode indicar que, no cotidiano assistencial, os registros formais são frequentemente percebidos como atividades burocráticas diante das demandas assistenciais imediatas. Esse achado dialoga com os dados caracterizadores apreendidos nas entrevistas, nas quais as enfermeiras relatam sobrecarga de trabalho, elevado número de pacientes e acúmulo de atividades administrativas. Nesse contexto, o plano de alta tende a ser representado prioritariamente como uma prática de cuidado direto, expressa nas orientações ao paciente e à família, enquanto sua formalização documental pode ser relegada a segundo plano. Essa tensão entre cuidado e burocracia revela um aspecto importante das representações sociais: o NC valoriza a dimensão assistencial e relacional do cuidado, enquanto os elementos periféricos expressam as dificuldades operacionais e organizacionais que permeiam a prática profissional.

Já a menção à "equipe multiprofissional" destaca a complexidade do cuidado transicional, reforçando a percepção de que a alta segura exige articulação coletiva, embora, na prática, essa responsabilidade recaia predominantemente sobre a(o) enfermeira(o)[23]. Estudos mostram que a falta de comunicação e a fragmentação do cuidado são fatores de risco significativos para eventos adversos em ambientes hospitalares[24]. Nesse sentido, a atuação em equipe multiprofissional é vista como estratégia para minimizar erros e aumentar a segurança do paciente. A integração entre os membros da equipe não só melhora a qualidade do cuidado, mas também fortalece a confiança e a satisfação do paciente com o serviço de saúde. Outro aspecto relevante é a comunicação eficaz, que se revela crucial para identificar e resolver problemas potenciais antes que afetem o paciente[25].

Embora o referencial teórico sustente que o plano de alta hospitalar constitui um processo interdisciplinar, os resultados do TALP evidenciaram que a equipe multiprofissional aparece em posição periférica na estrutura representacional. Esse achado sugere que, no cotidiano assistencial, o planejamento da alta ainda é percebido predominantemente como responsabilidade atribuída à(ao) enfermeira(o). Tal configuração pode refletir o que se pode denominar "solidão assistencial", na qual a(o)

enfermeira(o) assume centralmente a organização da continuidade do cuidado, muitas vezes diante de limitações institucionais para o trabalho interprofissional efetivo. Essa tensão entre o ideal interdisciplinar e a prática cotidiana se constrói a partir das experiências concretas dos sujeitos. Assim, mesmo que, normativamente, a alta seja concebida como um processo coletivo, a experiência prática das enfermeiras pode reforçar a percepção de que essa responsabilidade recai majoritariamente sobre sua atuação.

O termo "retorno" surge como resultado da realização de uma alta responsável. Para o paciente, o principal benefício é a garantia da continuidade do cuidado. Para que esta seja eficaz, é essencial uma articulação eficiente entre os profissionais de saúde das diversas unidades que compõem a rede de saúde. A fluidez da informação entre os diferentes serviços de saúde contribui para minimizar o risco de readmissões hospitalares e prevenir possíveis complicações.

O "protocolo" aparece com menor frequência, pois, conforme os dados obtidos na pesquisa, nem todos os hospitais baianos possuem protocolo para o plano de alta de pacientes institucionalizados. Sendo assim, nem sempre essa dimensão está consolidada a ponto de fazer parte do imaginário e da prática cotidiana desses profissionais. Os protocolos incluem diretrizes detalhadas sobre a avaliação do paciente, a comunicação das informações de alta, a educação do paciente e de seus familiares e a coordenação dos cuidados pós-alta. Assim, são essenciais para uma assistência segura, pois ajudam a padronizar o processo, garantindo que todos os pacientes recebam um nível consistente de cuidado, independentemente do profissional de saúde responsável[1].

No âmbito internacional, a utilização de protocolos norteadores da transição do cuidado é uma prática habitual. Nos Estados Unidos, na Europa e na Austrália, a prática da transição de cuidados mediada por protocolos e planos de alta hospitalar tem sido estruturada com base em modelos internacionais de cuidado transicional, como o *Care Transitions Intervention*, o *Transitional Care Model* e o *Better Outcomes for Older Adults through Safe Transitions*, amplamente utilizados. Esses modelos incluem componentes como planejamento antecipado da alta durante a internação, educação do paciente e da família, acompanhamento pós-alta por meio de visitas domiciliares ou ligações telefônicas, reconciliação de medicamentos e contato com serviços de saúde no âmbito da atenção primária ou comunitária antes da alta, reduzindo readmissões e eventos adversos no período pós-alta[25]. Tais intervenções são amplamente

recomendadas por organizações como a *Agency for Healthcare Research and Quality*, por reduzirem danos e melhorarem a segurança na transição do cuidado.

A zona de contraste, ou zona de tensão, é representada pelo terceiro quadrante e possui elementos com OMEs baixas e frequências baixas. Esses termos reforçam os significados presentes no NC e nas periferias, expressando valores emergentes e potencialmente transformadores da prática. Neste estudo, a zona de contraste reuniu termos como "alta segura" (f = 12), "comunicação efetiva" (f = 10) e "individualidade" (f = 8)**.** Embora menos frequentes, as OMEs baixas indicam que esses termos são prontamente evocáveis por um subgrupo, revelando possível sub-representação ou núcleo alternativo. Esses elementos enfatizam dimensões mais específicas do cuidado, como a segurança na alta**,** a qualidade da comunicação e o respeito à individualidade**,** apontando para uma visão mais centrada no paciente e na singularidade do cuidado. Tal configuração pode indicar tensões ou nuances dentro do grupo estudado.

A evocação do termo "alta segura" justifica-se por ser este um componente essencial e objetivo final do plano de alta hospitalar, garantindo que o paciente continue a receber cuidados adequados após a desospitalização. Esse processo envolve várias etapas e requer a colaboração de uma equipe multidisciplinar para minimizar riscos e promover a recuperação contínua do paciente[1]. Paralelamente, a comunicação efetiva e a valorização da individualidade apontam para uma necessidade crescente de humanização do cuidado, indicando que as representações sociais das enfermeiras já incorporam demandas sociais por práticas mais centradas no paciente[21].

Nesse sentido, a evocação da individualidade pode indicar a emergência de elementos inovadores ou tensionadores da representação dominante sobre o plano de alta hospitalar. Sinaliza, portanto, um movimento de ampliação do entendimento da alta hospitalar para além de uma prática estritamente técnica ou protocolar, incorporando dimensões relacionadas à singularidade do paciente, às suas necessidades específicas e ao contexto sociocultural no qual está inserido. Assim, esse elemento sugere uma possível transição de uma representação centrada predominantemente em procedimentos e orientações padronizadas para uma concepção mais humanizada e centrada na pessoa, alinhada às diretrizes contemporâneas de cuidado integral e de transição segura do cuidado.

No quarto quadrante da segunda periferia, encontram-se "responsabilidade" (f = 12), "conhecimento" (f = 11), "família" (f = 11), "autonomia" (f = 9), "curativo" (f = 9) e "medicação" (f = 8). Esses termos apresentam menor saliência e evocação tardia

(OME: 2,2–2,58), caracterizando-se como elementos mais flexíveis e contextuais, fortemente influenciados pela experiência prática. Representam aspectos específicos do cuidado pós-alta, como procedimentos técnicos, envolvimento familiar e competências profissionais. Embora menos estruturantes, contribuem para a adaptação da representação às situações concretas, sem impactar diretamente seu núcleo.

Os termos "responsabilidade", "conhecimento" e "família" reforçam a percepção de que a efetividade do plano de alta depende não apenas da atuação profissional, mas também da corresponsabilização do paciente e de seus cuidadores. A ausência de conteúdos formais sobre o plano de alta hospitalar na formação acadêmica, revelada nos resultados, articula-se a esse achado: a falta de conhecimento institucionalizado fragiliza a representação, transferindo para a experiência prática e para a família parte do ônus da continuidade do cuidado.

No que diz respeito ao termo "conhecimento", a pesquisa revelou que a maioria das profissionais relatou não ter tido aulas sobre o tema durante a graduação. Esse dado destaca uma lacuna significativa na formação, que reverbera na prática e exige maior investimento na educação continuada dos enfermeiros sobre esse aspecto crucial do cuidado. Convergindo com esse achado, um estudo aponta que muitos profissionais apresentam baixo nível de conhecimento sobre o planejamento da alta, dificuldade para definir esse processo e limitações para aplicá-lo na prática assistencial, evidenciando a necessidade de programas de educação e treinamento para aprimorar essa competência profissional[15].

Nessa direção, registra-se que as enfermeiras(os) enfrentam diversas barreiras na utilização do plano de alta hospitalar, as quais podem comprometer a qualidade do cuidado e a segurança do paciente. A falta de apropriação do tema, a intensa carga de trabalho e a necessidade de atender a múltiplos pacientes frequentemente limitam o tempo disponível para a elaboração e a implementação de planos de alta detalhados. Outro empecilho significativo é a resistência à mudança. Alguns profissionais podem apegar-se a métodos tradicionais de cuidado, preferindo-os a novos processos e protocolos[4]. Além disso, a escassez de estudos e produções científicas sobre o tema ainda constitui um desafio que precisa ser superado. Essa lacuna reflete, em grande parte, a ausência do tema durante a formação acadêmica dos enfermeiros, uma vez que o plano de alta raramente é abordado em trabalhos de conclusão de curso ou em pesquisas de iniciação científica[1].

Por sua vez, a evocação da palavra "autonomia" apresenta aspecto fundamental no plano de alta hospitalar, pois capacita o paciente a assumir um papel ativo e responsável no próprio cuidado após deixar o hospital. Promover a autonomia do paciente é essencial para garantir que ele possa gerir sua saúde de forma eficaz, tomar decisões informadas e seguir o plano de cuidados de maneira independente[24].

À luz de Abric[8], compreende-se que as representações sociais das(os) enfermeiras(os) sobre o plano de alta hospitalar revelam um equilíbrio entre dimensões normativas (*e.g.*, orientação, cuidado e segurança), que estabilizam a prática, e dimensões funcionais (*e.g.*, protocolos, retorno e comunicação), que se adaptam às condições concretas do trabalho. Esse arranjo representacional expressa a identidade profissional da enfermagem como protagonista da continuidade do cuidado, mas também expõe tensões relacionadas a lacunas formativas, à ausência de protocolos institucionais e à sobrecarga de trabalho.

Portanto, as representações identificadas não apenas descrevem percepções individuais, mas também refletem um campo social mais amplo, no qual se entrelaçam valores institucionais, experiências profissionais e expectativas sociais. Essa compreensão crítica, por sua vez, impõe implicações práticas relevantes.

Para o ensino, aponta-se uma lacuna formativa expressiva quanto ao plano de alta hospitalar, tornando imprescindível a inserção do tema de forma transversal nos currículos de enfermagem, articulando fundamentos teóricos, simulações clínicas, estudos de caso e práticas supervisionadas que contemplem a transição do cuidado, a autonomia do paciente e o envolvimento familiar.

No âmbito da pesquisa, os resultados indicam a necessidade de ampliar a produção científica sobre o plano de alta hospitalar, especialmente de estudos que explorem as representações sociais dos profissionais, os impactos da formação acadêmica na prática assistencial e os desfechos relacionados à segurança do paciente. Investigações avaliativas e interventivas podem contribuir para o desenvolvimento e a validação de protocolos, instrumentos educativos e estratégias de educação permanente, fortalecendo a base científica que sustenta a prática da enfermagem nesse campo.

No que se refere às implicações para a prática profissional, o NC e os elementos periféricos identificados reforçam o papel central da(o) enfermeira(o) na coordenação da transição do cuidado, sinalizando a necessidade de institucionalizar o plano de alta hospitalar como componente essencial da assistência, com definição clara de fluxos, responsabilidades multiprofissionais e tempo protegido para sua elaboração. Ademais,

destaca-se a importância de estratégias que promovam a autonomia do paciente e a corresponsabilização da família, com orientações sistemáticas sobre medicação, curativos e autocuidado, contribuindo para a continuidade segura do cuidado após a alta hospitalar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As representações sociais das enfermeiras sobre o plano de alta hospitalar evidenciam que esse processo é concebido como eixo estruturante da continuidade do cuidado e da transição segura entre os diferentes níveis de atenção. Os elementos centrais, orientação, cuidado, segurança, recuperação, autocuidado e transição, refletem valores normativos que sustentam a identidade da enfermagem como protagonista da gestão do cuidado. Ao mesmo tempo, elementos periféricos, como protocolos, SAE e equipe multiprofissional, revelam tensões entre o ideal normativo e as condições concretas de trabalho, indicando fragilidades institucionais e formativas que comprometem a consolidação dessa prática.

A análise à luz de Abric [8] permitiu compreender que as representações das(os) enfermeiras(os) sobre o plano de alta hospitalar não se restringem a procedimentos técnicos, mas traduzem uma construção simbólica que articula saberes profissionais, expectativas sociais e demandas institucionais. Essa compreensão crítica permite identificar tanto os aspectos que estabilizam a prática quanto aqueles que necessitam ser transformados para fortalecer a assistência.

Os resultados apontam para a necessidade de incorporar a temática do plano de alta hospitalar de forma sistemática nos currículos de graduação e pós-graduação em enfermagem, ampliando a formação crítica e instrumental dos profissionais. Do mesmo modo, é urgente que as instituições de saúde implementem protocolos institucionais e políticas que valorizem a participação da(o) enfermeira(o) na coordenação da transição do cuidado, favorecendo práticas multiprofissionais integradas e a autonomia desses profissionais.

Como limitação, destaca-se que o estudo não tem como finalidade a generalização estatística dos resultados, mas a compreensão das representações sociais compartilhadas por um grupo específico de enfermeiras(os), em consonância com a epistemologia das pesquisas qualitativas. Ademais, a coleta realizada em ambiente virtual pode apresentar limitações relacionadas ao acesso desigual às tecnologias

digitais e à impossibilidade de controle do ambiente de resposta dos participantes. No entanto, essa estratégia também permitiu ampliar o alcance geográfico da pesquisa e incluir profissionais de diferentes contextos hospitalares baianos, contribuindo para maior diversidade de experiências no corpus analisado.

Conclui-se que fortalecer o plano de alta hospitalar como tecnologia de cuidado demanda não apenas mudanças organizacionais, mas também a valorização da dimensão simbólica presente nas representações sociais das enfermeiras. Essa valorização é fundamental para que o plano de alta deixe de ser uma prática fragmentada e se torne um instrumento consolidado de promoção da segurança, do autocuidado e da integralidade da assistência em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Uchimura LYT, Figueiró MF, Silva DB, Paiva LK de, Chrispim PPM, Yonekura T. Evidências de efetividade dos cuidados de transição em idosos após internação hospitalar: uma revisão sistemática rápida. Rev Panamer Salud Pública [Internet]. 2023 (citado em 2025 dez. 11);47:e143. Disponível em: https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.143

2. Bernardino E, Sousa SM, Nascimento JD, Lacerda MR, Torres DG, Gonçalves LS. Cuidados de transição: análise do conceito na gestão da alta hospitalar. Esc Anna Nery [Internet]. 2022 (citado em 2025 ago. 29);26:e20200435. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ean/a/jrPCm5ktvgDrkf3cKhFkH7R/?lang=pt

3. Krumholz HM. Post-hospital syndrome--an acquired, transient condition of generalized risk. New Engl Med J [Internet]. 2013 (citado em 2025 ago. 29);368(2):100-2. Disponível em: https://doi.org/10.1056/NEJMp1212324.

4. Carneiro JM, Jesus LO, Silva CS, Santiago AS, Santos AAL, Marques PF. Nursing discharge plan in hospitals: an experience report. Rev Pesq Cuid Fundam [Internet]. 2021 [citado em 2025 ago. 29];12:1045-104. Disponível em: https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/7495

5. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3.390, de 30 de Dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasilia: Ministério da Saúde, 2013[citado em 2025 ago.29]. Disponível em: https://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/leis/outras-relevantes/portaria_-_politica_nacional_de_atencao_hospitalar_-_ministerio_da_saude.pdf

6. Joint Commission On Accreditation Of Healthcare Organization (JCAHO). Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals (CAMH). Oakbrook Terrace: Joint Commission Resources [Internet]. 2026 [citado em 2023 maio 10]. Disponível em: https://www.jointcommission.org/en-us/products/cam26p.

7. Zanetoni TC, Cucolo DF, Perroca MG. Responsible hospital discharge: content validation of nurse's activities. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2022 [citado em 2025 ago. 29]; 43:e20210044. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210044.en

8. Abric JC. A abordagem estrutural das representações sociais. In: Moreira ASP, Oliveira DC (Orgs.) Estudos interdisciplinares de representação social. 2ª ed. Goiânia: Cultura e Qualidade; 2002. p. 27-38.

9. Moscovici S. Sobre representações sociais. (Traduzido por Clélia Nascimento Schulze para circulação interna). Santa Catarina: Núcleo de Psicologia Social; 1985.

10. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care [Internet]. 2007[citado em 2021 maio 9];19(6):349-57. Disponível em: https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042

11. Boniol M, McIsaac M, Xu L, Wuliji T, Diallo K, Campbell J. Gender equity in the health workforce: analysis of 104 countries. BMJ Glob Health [Internet]. 2020 (citado em 2025 ago. 29];5:e003719. Disponível em: https://gh.bmj.com/content/5/3/e003719.

12. Marinho GL, Oliveira BLCA, Cunha CLF, Tavares FG, Paz EPA. Nursing in Brazil: socioeconomic analysis with a focus on the racial composition. Rev Bras Enferm [Internet]. 2021 Oct 25 [citado em 2025 ago. 29];75(2):e20201370. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1370
.
13. Hayajneh AA, Hweidi IM, Abu Dieh MW. Nurses' knowledge, perception and practice toward discharge planning in acute care settings: a systematic review. Nurs Open [Internet]. 2020 Jun [citado em 2055 ago. 29]24;7(5):1313-20. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32802351/

14. Díaz-Herrera C, Peña KO, Matamala CM, Muñoz-Figueroa P. Analyzing social representations from the theory of the central core: A qualitative methodological proposal. Int Humanities Rev [Internet]. 2023 [citado em 2025 ago. 29]; 16(1):43-58. Disponivel em: https://journals.eaapublishing.org/journal/humanrev/article/1471

15. Goularte AF, Lanzoni GMM, Cechinel-Peiter C, Koerich C, Magalhães ALP, Costa MFBNA. Continuidade do cuidado: atuação do enfermeiro hospitalar na transição do paciente com ferida. REME- Rev Min Enferm [Internet]. 2021 [citado em 2026 maio 04];1(25). Disponível em: https://periodicos.ufmg.br/index.php/reme/article/view/54981

16. Oliveira VBCA, Santos SSA, Gusso AK, Franco JM, Meireles T, Barbosa FM. Orientações de enfermagem para a alta hospitalar em pronto atendimento. Rev Soc. Dev [Internet]. 2022 [citado em 2025 ago. 29];11(3): e0911527714.

Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/27714/24267/323340

17. Villar VCFL, Duarte SCM, Martins M. Segurança do paciente no cuidado hospitalar: uma revisão sobre a perspectiva do paciente. Cad Saúde Pública [Internet]. 2020 [citado em 2025 ago. 29];36(12):e00223019. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/csp/2020.v36n12/e00223019/

18. Acosta AM, Lima MADS, Marques GQ, Zucatti PB, Silveira CS, Oelke ND. Construção de instrumento de avaliação da transição segura do paciente na alta hospitalar. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2023 [citado em 2026 abr. 23] ;43(ESP). Disponível em: https://seer.ufrgs.br/index.php/rgenf/article/view/129605

19. Audulv Å, Sampaio F, Sousa C. Nursing approaches to self-care, self-management, and adaptation to illness. BMC Nursing [Internet]. 2025 [citado em 2025 ago. 29];24:81. Disponível em: https://link.springer.com/article/10.1186/s12912-025-02737-2

20. Franco SMM, Jorge AO, Silva KL. Continuidade do cuidado a partir do hospital: interdisciplinaridade e dispositivos para integralidade na rede de atenção à saúde. Saúde Debate [Internet]. 2022 [citado em 2025 ago. 29] 2025);46(133):551-70. Disponível em: Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-1104202213321

21. Bitencourt AC, Paula DM, Fagundes LH, Oliveira A, Silva JV, Resck SM, Dázio EMR. Transição hospital-domicílio da pessoa em cuidados paliativos à luz da Teoria de Afaf Ibrahim Meleis. Rev Eletrôn Enferm [Internet]. 2025[citado em 2025 ago. 29];27:77687. Disponível em: https://revistas.ufg.br/fen/article/view/77687

22. Magagnin AB, Heidemann ITSB, Rumor PCF, Souza JM, Manfrini GC, Alvarez AM. Desenvolvimento de habilidades pessoais do cuidador familiar na hospitalização de pessoas com acidente vascular cerebral. REME Rev Min Enferm [Internet]. 2021[citado em 2025 set 12];25:e1375. Disponível em: https://periodicos.ufmg.br/index.php/reme/article/view/55005

23. Barbosa SM, Zacharias FCM, Schönholzer TE, Carlos DM, Pires MEL, Valente SH. Hospital discharge planning in care transition of patients with chronic noncommunicable diseases. Rev Bras Enferm [Internet]. 2023 dez. [citado em 2026 set 30];76(6):e20220772. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0772

24. Santos MLR, Correa Júnior AJS, Silva MVS. Comunicação de eventos adversos e trabalho interprofissional em Unidade de Terapia Intensiva: entre o ideal e o (não) realizado. Interface (Botucatu) [Internet]. 2022 [citado em 2025 ago. 29];26:e210754. Disponível em: https://doi.org/10.1590/interface.210754

25. Hall KK, Shoemaker-Hunt S, Hoffman L, Richard S, Gall E, Schoyer E, et al. Making healthcare safer III: a critical analysis of existing and emerging patient safety practices [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2020 [Citado em 2025 ago. 29]. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32255576/