

Cuidado de enfermeiras a idosos com doença arterial coronariana na perspectiva da Teoria das Transições

The care offered by nurses to elders with coronary artery disease from the perspective of Transitions Theory

Cuidado de enfermeiras a ancianos con enfermedad arterial coronaria en la perspectiva de la Teoría de las Transiciones

Cláudia Fernanda Trindade Silva¹

ORCID: 0000-0003-4003-7767

Larissa Chaves Pedreira¹

ORCID: 0000-0001-8939-324X

Juliana Bezerra do Amaral¹

ORCID: 0000-0002-7465-0183

Fernanda Carneiro Mussi¹

ORCID: 0000-0003-0692-5912

Maria Antonia Martorell-Poveda¹

ORCID: 0000-0002-0309-1812

Monaliza Lemos de Souza¹

ORCID: 0000-0002-7036-4358

¹ Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil.

² Rovira i Virgili University, Tarragona, Catalunya, Espanha.

Como citar este artigo:

Silva CFT, Pedreira LC, Amaral JB, Mussi FC, Martorell-PovedaMA, Souza ML. The care offered by nurses to elders with coronary artery disease from the perspective of Transitions Theory. Rev Bras Enferm. 2021;74(Suppl 2):e20200992. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0992>

Autor Correspondente:

Cláudia Fernanda Trindade Silva
E-mail: claudiafernanda.trindade@gmail.com



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho

EDITOR ASSOCIADO: Hugo Fernandes

Submissão: 26-09-2020

Aprovação: 26-01-2021

RESUMO

Objetivo: Analisar o planejamento e implementação do cuidado de transição hospital-domicílio de enfermeiras à pessoa idosa com doença arterial coronariana. **Métodos:** Pesquisa qualitativa que utilizou como referencial teórico a Teoria das Transições. Participaram 12 enfermeiras atuantes em um hospital-referência em cardiologia da cidade de Salvador-BA. Realizou-se entrevista semiestruturada entre os meses de janeiro e fevereiro de 2018; e analisaram-se os dados pela técnica de Análise de Conteúdo. **Resultados:** O cuidado de transição é efetuado no dia da alta. A presença do familiar foi considerada facilitadora; e a baixa adesão, condição financeira e nível de escolaridade foram apontados como inibidores da sua implementação. A reinternação é o indicador de resultado do cuidado de transição. **Considerações finais:** O cuidado de transição é planejado e implementado de maneira ineficaz. É necessário que ele proporcione segurança na gestão do autocuidado em domicílio do idoso com doença coronariana e de sua família. **Descritores:** Cuidado de Transição; Idoso; Enfermagem; Doença Arterial Coronariana; Assistência Centrada no Paciente.

ABSTRACT

Objective: To analyze the planning and implementation of the care offered by nurses to elders with coronary disease during the hospital-house transition. **Methods:** Qualitative research that used the Transitions Theory as a theoretical reference. The participants were 12 nurses who work in a hospital that specializes in cardiology, in the city of Salvador-BA. A semistructured interview was carried out from January to February 2018, and the data was analyzed using the Content Analysis technique. **Results:** Transition care takes place on the day of discharge. The presence of the family was found to be a facilitator; low adherence, poor financial situations, the low educational levels inhibited its implementation. The rehospitalization is an indicator of the results of the transition of care. **Final considerations:** The planning and implementation of transition care is not effective. It must provide safety in the management of self-care in the home of elders with coronary disease and their families. **Descriptors:** Transitional Care; Aged; Nursing; Coronary Artery Disease; Care, Patient Focused.

RESUMEN

Objetivo: Analizar el planeamiento e implementación del cuidado de transición hospital-domicilio de enfermeiras a ancianos con enfermedad arterial coronaria. **Métodos:** Investigación cualitativa que utilizó como referencial teórico la Teoría de las Transiciones. Participaron 12 enfermeiras actuantes en un hospital-referencia en cardiología de Salvador-BA. Realizó entrevista semiestructurada entre los meses de enero y febrero de 2018; y analizaron los datos por la técnica de Análisis de Contenido. **Resultados:** El cuidado de transición es efectuado en el día de la alta. La presencia del familiar fue considerada facilitadora; y la baja adhesión, condición financiera y nivel de escolaridad fueron apuntados como inibidores de su implementación. La reinternación es el indicador de resultado del cuidado de transición. **Consideraciones finales:** El cuidado de transición es planeado e implementado de manera ineficaz. Es necesario que él proporcione seguridad en la gestión del autocuidado en domicilio del anciano con enfermedad coronaria y de su familia. **Descritores:** Cuidado de Transición; Anciano; Enfermería; Enfermedad Arterial Coronaria; Asistencia Centrada en el Paciente.

INTRODUÇÃO

O cuidado de transição é definido como aquele voltado para preparar o indivíduo de um nível de cuidado a outro. O contexto entre o hospital e o domicílio significa a transferência da responsabilidade dos cuidados realizados por profissionais de saúde para o próprio usuário, sua família e/ou outros cuidadores. Quando realizado de maneira efetiva, resulta em melhor adesão ao tratamento, menor proporção de erros ou reações adversas, refletindo na redução das taxas de readmissão hospitalar⁽¹⁻²⁾.

O termo “transição” começou a ser relacionado ao cuidado na década de 1960, por meio da Teoria das Transições, de médio alcance, proposta pela enfermeira egípcio-americana Afaf Ibrahim Meleis. Para ela, a transição é definida como a mudança entre ambientes, condições ou estados estáveis, exigindo do indivíduo conhecimento e disposição para adaptações internas e externas diante do paradigma emergente⁽³⁾. Essas situações nem sempre são desejadas, transcendendo ao controle da pessoa, como nas situações de doença e morte, podendo levar a transições insalubres ou ineficazes, caracterizadas por instabilidade, vulnerabilidade, estresse, insegurança e até mesmo ruptura do ciclo vital⁽⁴⁾. Sendo assim, são necessárias intervenções de profissionais de saúde para auxiliar na transposição das dificuldades enfrentadas, de modo a minimizar ou evitar riscos para a integridade física e mental não só da pessoa acometida, mas também de seus familiares/cuidadores.

Para pessoas idosas acometidas pela doença arterial coronariana (DAC), o cuidado de transição é essencial, devido à necessidade de incorporarem ou modificarem hábitos de vida, o que demanda adaptação a novas escolhas alimentares, ao uso de medicamentos, à prática de atividade física e às possíveis fragilidades ou limitações que podem surgir após o internamento, muitas vezes, prolongado.

Em pessoas idosas, a cronicidade da DAC junto com outras comorbidades, alterações da senescência e fragilidade aumentam o número de internações e podem trazer complicações durante o tratamento hospitalar e após a alta⁽⁵⁾. No Brasil, em 2019, foram registradas mais de 80 mil internações de pessoas idosas por infarto agudo do miocárdio e 49 mil internações de adultos entre 20 e 59 anos pela mesma causa. O tempo de hospitalização entre os idosos foi quase duas vezes maior em comparação ao de pessoas adultas, no mesmo período⁽⁶⁾. Esse panorama explicita a importância dos cuidados de transição para fortalecer a capacidade do autocuidado nesse grupo etário.

Modificações no estilo de vida necessárias para o tratamento da DAC podem ser acolhidas pelas pessoas idosas quando se encontram motivadas pelo desejo de adotar hábitos de vida mais saudáveis⁽⁷⁾; ou negligenciadas, quando impostas pelos profissionais de saúde, ou quando pacientes, familiares e cuidadores não estão devidamente capacitados para guiarem-se pelos cuidados recomendados; e também podem ser rejeitadas quando não há vontade pessoal⁽⁸⁾.

A teoria das transições pontua que a enfermeira deve estar atenta às formas como a pessoa idosa reage a uma situação de transição hospital-domicílio, identificando os fatores envolvidos (ambientais, condição socioeconômica, apoio familiar e vontade pessoal) para subsidiar a elaboração de estratégias compartilhadas com a pessoa idosa, familiares/cuidadores e redes de saúde disponíveis que facilitem a interação e o enfrentamento das

mudanças necessárias ao controle da doença, bem como melhor adaptação ao tratamento de forma global⁽³⁾.

Desse modo, as enfermeiras têm papel fundamental no cuidado transicional, pois permanecem muito próximas dos idosos e seus familiares/cuidadores, prestando cuidados diretos para o atendimento de suas necessidades de saúde. Ademais, possuem competências e habilidades para planejar e implementar os cuidados de transição de forma efetiva e individualizada, tendo como um dos principais pilares a educação em saúde⁽⁹⁾. Alguns modelos de cuidados implementados para pessoas idosas com doenças crônicas gerenciados por enfermeiras relatam resultados positivos bem documentados na literatura, como os modelos *Interventions to Reduce Acute Care Transfers* (INTERACT); *Missouri Quality Initiative* (MOQI); *Transitional Care Model* (TCM)⁽¹⁰⁾.

Conhecer como tem se configurado essa prática e suas possíveis fragilidades e potencialidades possibilita a elaboração de intervenções efetivas com modelos de transição de cuidado eficazes. Nesse contexto, este estudo emergiu da questão: Como as enfermeiras planejam e implementam os cuidados de transição à pessoa idosa com DAC?

OBJETIVO

Analisar o planejamento e a implementação do cuidado de transição hospital-domicílio de enfermeiras à pessoa idosa com doença arterial coronariana.

MÉTODOS

Aspectos éticos

Esta pesquisa é um recorte da dissertação de mestrado intitulada “Cuidados de enfermeiros na transição hospital-domicílio de idosos com doença arterial coronariana”, desenvolvida no Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EEUFBA). Foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do hospital onde foi realizada, respeitando-se os aspectos éticos relacionados a pesquisas com seres humanos, determinados pela Resolução 466/12, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde⁽¹¹⁾.

Todas as enfermeiras participantes concordaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando cientes dos possíveis riscos e benefícios, bem como da possibilidade de recusa ou desistência em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízos.

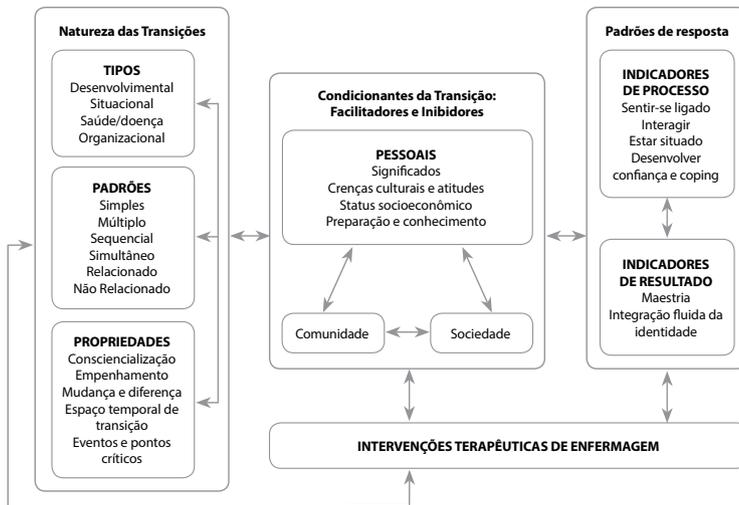
De modo a garantir o anonimato, as participantes da pesquisa serão apresentadas nos Resultados mediante códigos alfanuméricos, representados pela letra “E” (enfermeira), seguida pela numeração correspondente à ordem de realização das entrevistas.

Enquadramento teórico-metodológico

Este estudo utilizou como arcabouço metodológico a pesquisa qualitativa, orientada pelo referencial teórico da Teoria das Transições, baseada em três constructos principais, norteadores das intervenções terapêuticas de enfermagem. O primeiro, denominado “Natureza das transições”, relaciona-se à classificação, padrões de ocorrência e propriedades delas. O segundo constructo, chamado de “Condições da transição”, refere-se aos fatores facilitadores

ou inibidores do processo de transição do indivíduo, sejam eles internos ou externos. E o terceiro constructo está relacionado aos “Padrões de resposta” do indivíduo na transição, constituindo um meio de avaliação das intervenções terapêuticas de enfermagem⁽³⁾.

O diagrama da Teoria das Transições⁽³⁾ pode ser visualizado na Figura 1. Essa teoria foi utilizada como alicerce teórico por ter ampla aplicação na prática da enfermagem, sendo adotada como base teórica de cuidados na transição de vários grupos, como idosos, portadores de doença psiquiátrica, cuidadores, parturientes, mulheres e pacientes portadores de doenças crônicas⁽⁴⁾.



Fonte: Meleis AI⁽³⁾.

Figura 1 – Diagrama da Teoria das Transições de Meleis: uma teoria de médio alcance (traduzida)

Tipo de estudo

Pesquisa qualitativa, descritiva, exploratória, norteada pela ferramenta COREQ⁽¹²⁾. A utilização da pesquisa qualitativa baseou-se no desejo de compreender, por meio das falas das participantes, como as enfermeiras planejam e realizam o cuidado transicional hospital-domicílio na sua prática.

Procedimentos metodológicos

Cenário de estudo

Este estudo foi realizado em um hospital de grande porte, localizado no município de Salvador-BA, especializado no atendimento de pessoas com doenças cardiológicas em vários níveis de complexidade, tanto do Sistema Único de Saúde quanto suplementar. As entrevistas foram realizadas com enfermeiras atuantes nas Unidades de Internação Cardíaca (UIC) e na Unidade Cardiovascular Semi-Intensiva (UCSI).

A UIC é uma unidade hospitalar destinada ao atendimento de adultos com cardiopatias em nível não crítico, onde os usuários e seus familiares são preparados para a alta hospitalar. Já a unidade UCSI está voltada para o atendimento de pessoas com doença arterial coronariana que necessitam de maior vigilância do seu estado de saúde, mas que não se encontram em estado crítico. Essa unidade foi escolhida como local de pesquisa devido ao fato de que, após melhora do quadro, os usuários podem ser encaminhados à UIC

ou receber alta hospitalar diretamente da unidade, sendo esta um ambiente potencial para o cuidado transicional hospital-domicílio.

As unidades de terapia intensiva que atendem pessoas idosas com DAC foram excluídas devido à maior gravidade dos pacientes encontrados nesses ambientes, com limitação de visitas, o que compromete o cuidado de transição eficaz.

Fonte dos dados

Participaram 12 enfermeiras que atendiam aos critérios de inclusão: atuar em uma das unidades escolhidas para a pesquisa e trabalhar na assistência direta à pessoa idosa com DAC. Foram excluídas quatro enfermeiras que atuavam eventualmente na UIC conforme demanda da instituição, mas não possuíam escala fixa no setor. Desse modo, foram entrevistadas quatro enfermeiras da UIC e oito da UCSI. Todas dessa última unidade participaram do estudo.

Coleta e organização dos dados

A coleta de dados ocorreu entre janeiro e fevereiro de 2018. As potenciais participantes foram identificadas por meio da escala de serviço disponibilizada pela gerência de enfermagem da instituição. Em seguida, realizou-se o primeiro contato direto em suas unidades de trabalho, para apresentação da pesquisa e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido bem como agendamento das entrevistas em horário conveniente. Não houve recusa em participar.

As entrevistas ocorreram no ambiente hospitalar, de forma interativa, face a face e em local reservado, visando facilitar a interação entre a participante e a pesquisadora. Foram gravadas em aparelho MP3 e transcritas na íntegra.

O roteiro da entrevista semiestruturada foi composto por duas partes: a primeira relacionava-se às características sociodemográficas, formação e local de atuação das participantes. A segunda continha questões abertas, direcionadas ao objeto do estudo, a saber: O que você entende por cuidado de transição? Quais facilidades e/ou dificuldades que interferem na continuidade do tratamento após a alta hospitalar você identifica nos idosos com DAC? Como você realiza e quando inicia o planejamento e a implementação dos cuidados para a alta dos idosos hospitalizados com DAC, familiares e/ou cuidadores? Como você avalia a resposta de pessoas idosas portadoras de DAC e de familiares/cuidadores sobre os cuidados implementados para a alta?

O instrumento de pesquisa foi validado com uso de pré-teste, a fim de identificar sua compreensão pelas entrevistadas. Foram realizados três pré-testes com enfermeiras que atuavam esporadicamente na UIC e, portanto, atendiam aos critérios de exclusão deste estudo.

Análise dos dados

A organização do material para análise dos dados iniciou-se imediatamente após o término das entrevistas, por meio da técnica de Análise de Conteúdo⁽¹³⁻¹⁴⁾. Foram obedecidas as três fases. A Fase 1 – Pré-análise consistiu na interação da pesquisadora com

o material por meio da leitura flutuante, a fim de identificar, nos discursos, respostas à questão de investigação que conduziram à Fase 2, denominada de “Exploração do material”. Nesta, procedeu-se a recortes do texto por semelhanças e diferenças, culminando na codificação por categorias, que foram formadas respeitando-se os princípios da exaustividade, representatividade, homogeneidade, pertinência e exclusão mútua. Por fim, a Fase 3 consistiu na “Proposição de inferências e interpretação dos dados”, com base no referencial teórico adotado e em publicações sobre o tema. Em todas as fases, foram usados como referência os constructos basilares da Teoria das Transições.

RESULTADOS

Das 12 enfermeiras entrevistadas, 11 eram do sexo feminino e 7 possuíam especialização na área da cardiologia. A idade variou entre 28 e 45 anos; e o tempo de atuação nas unidades cardiológicas, entre 15 dias e 14 anos.

Por meio da análise das falas, observou-se que o cuidado transicional realizado é baseado em alguns elementos dos constructos da Teoria das Transições, sendo eles: Natureza da transição (identificação de pontos críticos), Fatores condicionantes (reconhecimento de fatores facilitadores e inibidores do cuidado transicional), Padrões de resposta à transição e à intervenção terapêutica de enfermagem. Isso permitiu a identificação de quatro categorias de análise, a saber: Orientação como intervenção terapêutica da enfermeira no cuidado transicional hospital-domicílio; Reconhecimento de pontos críticos para o cuidado transicional hospital-domicílio; Condicionantes para o cuidado transicional hospital-domicílio; Padrões de resposta aos cuidados de enfermagem para transição hospital-domicílio.

Categoria I – Orientação como intervenção terapêutica da enfermeira no cuidado transicional hospital-domicílio

A orientação foi a intervenção terapêutica utilizada pelas enfermeiras no cuidado transicional hospital-domicílio. Nesse sentido, o cuidado transicional é iniciado após as enfermeiras serem informadas da alta pela equipe médica, o que ocorre no dia da alta. É nesse momento que as orientações são ofertadas, em geral uma única vez, verbalmente e com auxílio de um instrumento escrito, denominado “Relatório de alta”, preenchido pela enfermeira.

[...] infelizmente, esse planejamento é feito no dia da alta [...]. Na hora que a pessoa idosa vai sair, oriento quanto ao tipo de cuidado, hábitos alimentares, curativos [...]. Escrevo as informações no relatório de enfermagem e pergunto se tem alguma dúvida ou questionamento. (E1)

[...] quando o médico define que o idoso vai para casa, realizo as orientações necessárias para o cuidado em domicílio. Isso ocorre no dia da alta do paciente. (E4)

No momento da alta... a partir daí traço o plano, dou as orientações e entrego o relatório escrito. (E6)

No dia da alta, dou explicações básicas sobre o cuidado necessário no domicílio. Em geral, não consigo fazer uma explicação minuciosa do que tem que ser feito. (E11)

Espero o médico comunicar sobre a alta e, logo após, inicio as orientações. Entrego os exames, realizo os curativos (se houver) e dou as explicações necessárias à realização do cuidado em domicílio ou oriento se terá que retornar ao hospital para fazê-lo. (E12)

Categoria II – Reconhecimento de pontos críticos para o cuidado transicional hospital-domicílio

Segundo as enfermeiras, as situações que podem representar maior risco para uma transição insalubre — também denominadas, na Teoria das Transições, de “Pontos críticos” — foram: presença de comorbidades, usuários que tinham sido submetidos a procedimentos mais complexos (p.ex., cirurgia de revascularização miocárdica) ou que necessitassem utilizar dispositivos ou medicamentos de administração parenteral em domicílio. Diante dessas situações, as enfermeiras planejavam e implementavam o cuidado transicional antes do dia da alta.

Se o idoso faz uso de insulina no hospital, começo a dar as orientações durante todo o internamento. Solicito aos técnicos de enfermagem que, ao administrarem o medicamento, orientem o paciente e a família para, no momento da alta hospitalar, não ter muita informação. [...] Quanto mais cedo começar, mais eles conseguem assimilar e ter mais segurança no momento da alta. (E3)

Preparo o idoso que utiliza muitos medicamentos através de orientações diárias, falando sobre a indicação e por que precisa tomar nos horários certos. É informal, na prática mesmo. (E5)

Caso o idoso apresente várias comorbidades ou tenha sido submetido a uma cirurgia cardíaca, começo a orientá-lo desde o segundo ou terceiro dia de internação, porque é uma cirurgia grande e, certamente, haverá várias dúvidas. Se deixarmos para dar toda essa orientação no momento da alta, é provável que ele saia inseguro. (E9)

Categoria III – Condicionantes para o cuidado transicional hospital-domicílio

De acordo com as depoentes, a presença e o envolvimento de familiares/cuidadores no ambiente hospitalar foram um fator facilitador para implementação dos cuidados transicionais, uma vez que compartilham as informações transmitidas no momento da alta em conjunto com a pessoa idosa e, em geral, também dão continuidade ao cuidado após a alta hospitalar.

Já como fatores condicionantes negativos destacaram: a existência de uma condição clínica mais grave, o grau de dependência, o baixo nível de escolaridade e a baixa adesão ao tratamento proposto para a pessoa idosa com DAC.

Quando o idoso tem um baixo nível de escolaridade, tem que chamar o familiar ou o acompanhante. Porque ele não sabe identificar os medicamentos que vai utilizar e depende do cuidado de outra pessoa. (E1)

Eu sempre convoco a família para estar presente no momento em que vou dar as orientações, porque o idoso tem uma característica de teimosia: você pode falar 50 vezes. É importante a presença do familiar! (E6)

Considero que a condição geral do idoso dificulta a implementação do cuidado transicional. Se ele tem dificuldade para ler por déficit

visual, é provável que ele não consiga entender o que está escrito na receita médica. (E7)

[...] é difícil se o idoso não é aderente ao tratamento e aos hábitos de vida saudáveis. Tento adequar as orientações, porque não adianta estabelecer condutas que sabemos que o paciente não vai aderir da melhor forma, já que é uma pessoa idosa e tem suas fragilidades. (E8)

Se o idoso é dependente, preciso identificar o cuidador responsável, quem vai dar os medicamentos e estimulá-lo à atividade física. [...] se eu faço um plano diferente da rotina dele, a tendência é ele não seguir. (E10)

Categoria IV – Padrões de resposta aos cuidados de enfermagem para transição hospital domicílio

As enfermeiras entrevistadas não possuem informações sobre o estado de saúde dos idosos com DAC após a alta hospitalar. Desse modo, não há avaliação das respostas ao cuidado de transição implementado. O parâmetro utilizado para avaliação da efetividade do cuidado de transição é a reinternação no hospital.

Percebo que o preparo para a alta foi efetivo quando o paciente demora de reinternar. (E2)

Eu não consigo ter o retorno, porque necessitaria ter um controle desse paciente após a alta e eu não tenho. [...] quando a pessoa idosa com doença coronariana reinternar, por transgressão medicamentosa, dietética, posso inferir que o cuidado não foi sedimentado. (E4)

Quando o paciente leva mais tempo para ser hospitalizado, então vejo que o cuidado foi efetivo. (E9)

DISCUSSÃO

Qualquer mudança no estado de saúde é uma transição importante na vida do indivíduo, em especial da pessoa idosa, que já vivencia as alterações da senescência na sua vida. Na situação de hospitalização, o cuidado transicional para o domicílio deve ser iniciado o mais precocemente possível, sendo incluído no processo de cuidado da enfermagem, visando à boa compreensão sobre o autocuidado, valorização da adesão ao tratamento e apoio à mudança de hábitos de vida⁽¹⁵⁻¹⁶⁾ que consistem em risco para a DAC. Para isso, é necessário considerar a individualidade e o contexto socioeconômico e cultural de cada pessoa, a perspectiva e as condições que possui para o cuidado de si, seu projeto de vida e fontes de prazer, oferecendo segurança para a continuidade do cuidado e tratamento fora do ambiente hospitalar.

Nesse sentido, a enfermeira tem um papel de suporte fundamental. Sua intervenção deve basear-se na história do indivíduo; na análise de suas respostas diante da situação vivida, como seu grau de aceitação e disposição para mudanças; na identificação de fatores positivos e negativos advindos desse processo; e na avaliação das ações implementadas, considerando a resposta do paciente diante da transição⁽¹⁵⁾.

Logo, esse processo deve ser individualizado, levando-se em consideração o nível cognitivo, o desenvolvimento intelectual,

a escolaridade e as experiências de vida da pessoa idosa, com o objetivo de estimulá-la a transformar a sua própria realidade em face das alterações provocadas pela doença⁽¹⁷⁾.

Para o idoso com DAC, um cuidado de transição efetivo se faz necessário devido às especificidades da doença e modificações necessárias que serão vivenciadas. O preparo para a mudança nos hábitos de vida, que inclui a realização de exercícios físicos, a opção por hábitos alimentares saudáveis e o uso correto dos medicamentos, é determinante para a redução dos fatores de risco para DAC e, por sua vez, sucesso do tratamento da doença e prevenção de novos eventos isquêmicos⁽⁸⁾.

Entretanto, o estudo em tela deixou evidente a falta de planejamento prévio e continuado das informações a serem compartilhadas com o paciente e familiares/cuidadores. As orientações que visam ao preparo para a alta hospitalar são comumente realizadas no dia da saída do paciente do hospital, predispondo este e seus familiares/cuidadores à compreensão ineficaz devido ao excesso de informações transmitidas, muitas vezes distantes de seu contexto social e cultural, dos projetos de vida e das perspectivas que ele tem para o cuidado de si.

As enfermeiras percebem que os pacientes precisam mudar de hábitos, mas as orientações são normativas e prescritivas. O cuidado de transição deve ser implementado o mais precocemente possível no ambiente hospitalar, a fim de que as enfermeiras conheçam as necessidades dos pacientes, para melhor adaptação aos novos hábitos pós-alta.

O preparo para os cuidados domiciliares realizado próximo ao momento da saída da pessoa idosa do ambiente hospitalar pode colocá-la em risco de não conseguir atingir as metas necessárias, por falta de clareza e compreensão das informações e/ou treinamento, principalmente por parte daqueles com necessidades de saúde mais complexas⁽¹⁶⁾.

Todavia, percebeu-se que, apenas na presença de pontos críticos, as enfermeiras entrevistadas iniciavam as orientações precocemente, por entenderem que o excesso de informações no dia da alta poderia trazer prejuízo aos cuidados domiciliares. Assim, compreende-se que a identificação da existência dessas situações de risco foi importante para que elas pudessem gerenciar o processo de transição nesse período de maior vulnerabilidade do indivíduo.

Os pontos críticos identificados pelas enfermeiras compreendiam situações que exigiam maior número de orientações, requerendo da família/cuidadores atenção e preparo, maior habilidade e envolvimento, como cuidados com a ferida operatória dos pacientes submetidos a cirurgia de revascularização miocárdica ou utilização de medicamentos parenterais (insulinas e anticoagulantes) assim como o uso de sondas enterais ou vesicais.

Contudo, tais condutas deveriam ser ampliadas para todo paciente, de maneira formal e institucional, independentemente da presença de algum evento crítico. O planejamento e a implementação do cuidado de transição é parte complexa do cuidado de enfermagem e, por isso, deve ser realizado o mais precocemente possível, seguindo as cinco etapas do processo de enfermagem (investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação), todas devidamente documentadas, de modo a facilitar a comunicação entre as equipes e o acompanhamento do estado de saúde da pessoa idosa com DAC⁽¹⁷⁾.

Quanto às facilidades da implementação do cuidado de transição, as enfermeiras pontuaram que familiares/cuidadores contribuem positivamente para o processo. Sua presença é vista como um elo importante na sedimentação das informações oferecidas, assegurando a continuidade do cuidado domiciliar.

O envolvimento do familiar/cuidador é fundamental na manutenção do bem-estar e da qualidade de vida da pessoa idosa durante a continuidade do cuidado, diante de possíveis fragilidades ou incapacidade para o autocuidado após a alta hospitalar⁽¹⁷⁾. Desse modo, sua participação em todo processo de implementação do cuidado transicional proporciona melhor preparo para a realização do cuidado domiciliar, principalmente em relação aos idosos dependentes⁽¹⁸⁾.

Entretanto, a transferência dos cuidados de profissionais capacitados para os familiares/cuidadores responsáveis pelo idoso com DAC no domicílio pode ser um momento estressante se não houver o suporte necessário por meio da comunicação efetiva entre os profissionais de saúde, paciente e familiar/cuidador⁽¹⁾, procurando-se estabelecer uma relação de parceria com estes últimos, de forma a envolvê-los efetivamente no papel de apoiadores do idoso.

Estudo realizado com 13 pessoas idosas e 9 cuidadores internados em dois hospitais nos Estados Unidos mostrou falhas importantes na comunicação entre profissionais de saúde, idosos e familiares. De maneira geral, os familiares não tinham nenhum conhecimento sobre o plano de transição de tratamento; e, quando isso ocorreu, as informações tiveram caráter normativo, gerando insegurança e pouca compreensão sobre o plano implementado⁽¹⁹⁾. É importante que os profissionais de saúde tenham consciência de que a ausência de informações claras e precisas, bem como a existência de dúvidas, coloca a saúde da pessoa em risco, uma vez que aumentam as chances de falhas no tratamento domiciliar, por falta de conhecimento.

Fatores como déficit cognitivo, estado geral precário e baixa adesão à terapia proposta foram pontuados pelas enfermeiras como negativos à implementação do cuidado de transição, justificando a importância do apoio dos familiares/cuidadores nesse processo. Entretanto, tais colocações levam a pensar se essas dificuldades não poderiam ser dirimidas se houvesse um maior acompanhamento durante o período de internação⁽²⁰⁾.

Idosos são mais vulneráveis e susceptíveis a sofrer danos durante a hospitalização, devido às alterações provocadas pela senescência, que dificultam o equilíbrio homeostático ante situações de estresse, gerando maior tempo de internação, inatividade e mortalidade quando comparados aos adultos jovens⁽²¹⁻²²⁾. Ademais, por serem, em sua maioria, portadores de múltiplas comorbidades, apresentam risco elevado de descontinuidade do tratamento no período de transição, devido a fatores como: grau de debilidade e baixo nível cognitivo, ausência de familiar/cuidador responsável, polifarmácia e falta de compreensão das orientações relacionadas ao cuidado em domicílio — tudo isso pode, além de aumentar os riscos de reinternação, provocar eventos adversos e até óbito⁽¹⁵⁾. Por esse motivo, é importante que sejam acompanhados junto com seus familiares/cuidadores para a transição durante todo o internamento.

As enfermeiras entrevistadas demonstraram reconhecer a importância das orientações para além do tratamento da doença

coronariana. Entretanto, apesar desse cuidado, observa-se ainda uma atenção centrada no modelo biomédico, permeada por preconceitos, estereótipos e rótulos socialmente atribuídos às pessoas idosas, conforme evidenciado em algumas falas.

Nesse sentido, as informações oferecidas pelas enfermeiras parecem ter a intenção de transformar o objeto, e não o sujeito que conhece. Tal atitude é observada por meio de falas e práticas veiculadoras de um conhecimento estritamente técnico-científico, “capazes de dizer a verdade sobre o funcionamento do outro, porém, carentes de acolhimento para aquilo que ele traz”⁽²³⁾, pouco considerando o projeto de vida e de felicidade dessas pessoas.

Durante a implementação do cuidado transicional, a enfermeira deve também adequar suas orientações ao grau de dependência e funcionalidade do idoso, associando seus conhecimentos cardiológicos aos princípios gerontológicos, de modo respeitar as vontades e os princípios das pessoas envolvidas⁽¹⁷⁾. Por isso, também é importante que a pessoa idosa participe ativamente no seu processo de autocuidado, com vistas a um planejamento conjunto.

Um fator que influencia negativamente o processo de transição hospital-domicílio, conforme as falas, é a baixa adesão ao tratamento, seja este medicamentoso ou não. O tratamento da DAC geralmente traz profundas mudanças na vida da pessoa idosa. A inserção de novos medicamentos necessita de orientação sobre os seus riscos e interações, tanto para a pessoa idosa quanto para familiares/cuidadores. Além disso, há necessidade de adoção de hábitos alimentares saudáveis, prática de atividade física e controle rigoroso de fatores agravantes da doença, como a hipertensão arterial e diabetes⁽²⁴⁾.

Um inquérito domiciliar realizado no Brasil observou que os fatores mais associados com a baixa adesão entre pessoas idosas foram: idade; não ter plano de saúde; necessidade de comprar o medicamento; ter três ou mais morbidades; possuir incapacidade instrumental para a vida diária; e polifarmácia⁽²⁵⁾. Por conseguinte, quando o idoso e seus familiares/cuidadores não estão bem orientados e envolvidos no plano terapêutico, o cuidado no domicílio após a alta hospitalar pode ser aquém do desejado.

A ausência de instrumentos que permitam a avaliação do cuidado transicional implementado ainda enquanto o usuário encontra-se hospitalizado dificulta o desenvolvimento desse cuidado pelo serviço no pós-alta hospitalar. Tal situação, conforme apontado pelas participantes, impossibilita uma avaliação dos padrões de resposta dessas pessoas, dificultando: a identificação de possíveis erros na condução do cuidado; a implementação de novas estratégias; e uma análise crítica do cuidado transicional que está sendo praticado.

As falas das participantes também permitiram identificar que não há comunicação entre os níveis de atenção à saúde, sequer entre a própria equipe multiprofissional atuante na instituição hospitalar. E quando as pessoas idosas recebem a alta, além de não serem preparadas previamente, correm o risco de ficar por sua própria conta no domicílio, sem acompanhamento do serviço hospitalar pós-alta nem encaminhamento adequado para um outro serviço de saúde, exceto ao retornarem ao ambulatório para revisão médica. Logo, a reinternação acaba sendo utilizada pelas enfermeiras como um parâmetro final de avaliação do preparo para a alta.

Estudos relatam modelos de cuidados de transição bem implementados, em que o acompanhamento após alta ocorre mediante monitoramento remoto, ligações telefônicas ou visitas domiciliares previamente agendadas, pelo período de um a três meses após a saída do usuário da instituição hospitalar. Esse acompanhamento permite que os profissionais possam avaliar tanto a evolução do paciente, em seu processo de adaptação à nova situação, quanto o cuidado de transição ofertado durante o internamento^(2,26).

Ensaio clínico randomizado realizado com 140 idosos após infarto agudo do miocárdio, divididos em dois grupos (controle e intervenção), mostrou que o grupo-intervenção, que recebeu acompanhamento telefônico de profissionais de saúde por 12 semanas após alta hospitalar relacionada ao evento isquêmico, com orientações relativas ao tratamento da doença, demonstrou melhor adesão à terapia medicamentosa e ao estilo de vida saudável, com menores taxas de eventos adversos e reinternações. Todas as variáveis comparadas foram estatisticamente significantes⁽²⁷⁾.

A comunicação entre os diferentes níveis de saúde deve ser um componente do cuidado transicional. Por essa razão, é importante conhecer o contexto de vida da pessoa e garantir o seu acompanhamento, preferencialmente, em serviços de saúde próximos aos seus domicílios⁽²⁸⁾, a fim de adaptar o planejamento do cuidado transicional à realidade de cada um, evitando dificuldades de adesão e proporcionando adaptação satisfatória no domicílio.

Para que o processo da transição seja bem-sucedido, o cuidado transicional deve ser planejado coletivamente, de maneira holística, envolvendo tanto o hospital como o domicílio, por intermédio dos serviços de Atenção Primária e em articulação com a Rede de Atenção à Saúde. Assim, podem-se evitar eventos adversos como erros de medicação e diagnóstico, infecções pós-operatórias e estados de confusão entre as pessoas idosas, sobretudo entre aquelas que já possuem algum grau de dependência⁽¹⁶⁾.

Limitações do estudo

Os resultados desta pesquisa devem ser interpretados levando-se em consideração duas limitações. A primeira está relacionada ao número pequeno de participantes, o que pode não refletir a realidade do cuidado transicional em grupos maiores

de enfermeiras. A segunda limitação refere-se ao estudo ter sido realizado em uma única instituição hospitalar, fato que pode gerar algumas alterações no planejamento e implementação do cuidado de transição devido às regras e dinâmica institucionais, não sendo possível, desse modo, generalizar os resultados.

Contribuições para a área de enfermagem, saúde ou política pública

O estudo contribui para fomentar discussões e para construir estratégias de implementação do cuidado transicional holístico, em que as enfermeiras busquem o aprimoramento necessário à sua prática, ao seu serviço e perfil de atendimento. É evidente a necessidade de um cuidado de transição abrangente, que abarque o período de mudança vivenciado pelo paciente e sua família, a fim de garantir-lhe maestria ao lidar com sua nova condição de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho aponta que o planejamento e implementação do cuidado transicional praticado por enfermeiras a pessoas idosas com DAC é incompleto, restrito a orientações ofertadas no dia da alta do usuário do ambiente hospitalar, em um único momento, sem acompanhamento do aprendizado e sem a segurança de que foram compreendidas. Ademais, o relatório de alta escrito é um instrumento de apoio utilizado pelas enfermeiras ao qual o paciente e seus familiares/cuidadores possam recorrer após a alta.

O envolvimento de familiares/cuidadores foi considerado pelas enfermeiras como fator positivo no cuidado transicional, e as enfermeiras reconhecem que fatores como fragilidades, déficit cognitivo e baixa adesão influenciam negativamente o sucesso do cuidado de transição. Elas também não avaliam a resposta do paciente diante do cuidado implementado, tendo como parâmetro a reinternação hospitalar.

A julgar pelos resultados, há necessidade de maior discussão sobre o conceito do cuidado transicional nas unidades de saúde, que é amplo e deve ser iniciado precocemente, com suporte de uma rede articulada.

REFERÊNCIAS

1. Hwang U, Dresden SM, Rosenberg MS, Garrido MM, Loo G, Sze J, et al. Geriatric emergency department innovations: transitional care nurses and hospital use. *J Am Geriatr Soc.* 2018;66(3):459-66. <https://doi.org/10.1111/jgs.15235>
2. Finlayson K, Chang AM, Courtney MD, Edwards HE, Parker AW, Hamilton K, et al. Transitional care interventions reduce unplanned hospital readmissions in high-risk older adults. *BMC Health Serv Res.* 2018;18(1):956. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3771-9>
3. Meleis AI. *Transitions Theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice.* New York: Springer Publishing Company; 2010. 664p.
4. Costa LGF. Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem. *Enferm Brasil.* 2016;15(3):137-45. <https://doi.org/10.33233/eb.v15i3.181>
5. Ivers NM, Schwalm JD, Bouck Z, McCready T, Taljaard M, Grace SL, et al. Interventions supporting long term adherence and decreasing cardiovascular events after myocardial infarction (ISLAND): pragmatic randomised controlled trial. *BMJ.* 2020;369. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1731>
6. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Internações por faixa etária causadas por infarto agudo do miocárdio no Brasil [Internet]. Brasil: Ministério da Saúde. 2020 [cited 2020 Jun 15]. Available from: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=01>

7. Giannopoulos G, Karageorgiou S, Vrachatis D, Kousta M, Tsoukala S, Letsas K, et al. Usefulness of a structured adult education program in modifying markers of cardiovascular risk after acute myocardial infarction. *Am J Cardiol.* 2020;125(6):845-50. <https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2019.12.033>
8. Vieira MB, Souza WS, Cavalcante PF, Carvalho IGM, Almeida RJ. [Men's perception after acute myocardial infarction]. *Rev Bras Promoç Saúde.* 2017;30(3):1-9. <https://doi.org/10.5020/18061230.2017.5833> Portuguese.
9. Acosta A, Câmara C, Weber L, Fontenele R. [Nurse's activities in care transition: realities and challenges]. *Rev Enferm UFPE.* 2018;12(12):3190-7. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a231432p3190-3197-2018> Portuguese.
10. Cacchione PZ. Innovative care models across settings: providing nursing care to older adults. *Geriatric Nursing.* 2020;41(1):16-20. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.01.011>
11. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União: República Federativa do Brasil [Internet].* 2012 Jun 13[cited 2020 Jun 02]; Seção 1:59 (col.3). Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
12. 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.* 2007;19(6):349-57. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
13. Mendes RM, Miskulin RGS. [Content analysis as a methodology]. *Cad Pesqui.* 2017;47(165):1044-66. <https://doi.org/10.1590/198053143988> Portuguese.
14. Bardin L. *Análise de Conteúdo.* Edições 70; 2016. 280p.
15. Menezes TMO, Oliveira ALB, Santos LB, Freitas RA, Pedreira LC, Veras SMCB. [Hospital transition care for the elderly: an integrative review]. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(Suppl2):294-301. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0286> Portuguese.
16. Weber LAF, Lima MADS, Acosta AM. Quality of care transition and its association with hospital readmission. *Aquichan.* 2019;19(4):e1945. <https://doi.org/10.5294/aqui.2019.19.4.5>
17. Pereira FGF, Pinheiro SJ, Caetano JA, Ataíde MBC. [Characteristics of nursing students' health education practices]. *Cogitare Enferm.* 2016;21(2):1-6. <https://doi.org/10.5380/ce.v21i2.44209> Portuguese.
18. Nunes SFL, Alvarez AM, Costa MFBNA, Valcarenghi RV. Determining factors in the situational transition of family members who care of elderly people with Parkinson's disease. *Texto Contexto Enferm.* 2019;28:e20170438. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2017-0438>
19. Jeffs L, Saragosa M, Law M, Kulski K, Espin S, Merkley J, et al. Elucidating the information exchange during interfacility care transitions: insights from a qualitative study. *BMJ Open.* 2017;7:e015400. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015400>
20. Lima MADS, Magalhães AMM, Oelke ND, Marques GQ, Lorenzini E, Weber LAF, et al. [Care transition strategies in Latin American countries: an integrative review]. *Rev Gaúcha Enferm.* 2018;39:e20180119. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180119> Portuguese.
21. Freitas FAS, Santos ESS, Pereira LSM, Lustosa LP. [Physical vulnerability of older adults in hospital discharge]. *Fisioter Pesqui.* 2017;24(3):253-8. <https://doi.org/10.1590/1809-2950/16205224032017> Portuguese.
22. Hardicre NK, Birks Y, Murray J, Sheard L, Hughes L, Heyhoe J, et al. Partners at care transitions (PACT)-exploring older peoples' experiences of transitioning from hospital to home in the UK: protocol for an observation and interview study of older people and their families to understand patient experience and involvement in care at transitions. *BMJ Open.* 2017;7(11):1-8. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018054>
23. Andrade EO, Givigi LRP, Abrahão AL. A ética do cuidado de si como criação de possíveis no trabalho em Saúde. *Interface Comun Saúde Educ.* 2018;22(64):67-76. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0643>
24. Bonow B, Libby L, Mann DL, Zipes D. *Braunwald: Tratado Doenças Cardiovasculares.* Elsevier, 2017. 2200p.
25. Tavares NUL, Bertoldi AD, Mengue SS, Arrais PSD, Luiza VL, Oliveira MA, et al. [Factors associated with low adherence to medicine treatment for chronic diseases in Brazil]. *Rev Saúde Pública.* 2016;50(suppl.2):1s-11s. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006150> Portuguese.
26. Buurman BM, Parlevliet JL, Allore HG, Blok W, van Deelen BA, van Charante EPM, et al. Comprehensive geriatric assessment and transitional care in acutely hospitalized patients: the transitional care bridge randomized clinical trial. *JAMA Intern Med.* 2016;176(3):302-9. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.8042>
27. Wu Q, Zhang D, Zhao Q, Liu L, He Z, Chen Y, et al. Effects of transitional health management on adherence and prognosis in elderly patients with acute myocardial infarction in percutaneous coronary intervention: a cluster randomized controlled trial. *PLoS One.* 2019;14(5):e0217535. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217535>
28. Paniagua DV, Ribeiro MPH, Correia AM, Cunha CRF, Baixinho CL, Ferreira Ó. [Project K: Training for hospital-community safe transition]. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(Suppl-5):2264-71. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0190>