

Cuidado transicional do hospital para o domicílio na insuficiência cardíaca: implementação das melhores práticas

Transitional care from the hospital to the home in heart failure: implementation of best practices

Cuidado de transición del hospital al domicilio en la insuficiencia cardíaca: implementación de las mejores prácticas

Michele Nakahara-Melo^I

ORCID: 0000-0002-3730-6981

Ana Paula da Conceição^{II}

ORCID: 0000-0002-1598-807X

Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz^{III}

ORCID: 0000-0003-1373-409X

Vilanice Alves de Araújo Püschel^{III}

ORCID: 0000-0001-6375-3876

^I Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, São Paulo, Brasil.

^{II} Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia. São Paulo, São Paulo, Brasil.

^{III} Centro Brasileiro para o Cuidado à Saúde baseado em Evidências: Centro de Excelência do JBI (JBI Brasil). São Paulo, São Paulo, Brasil.

Como citar este artigo:

Nakahara-Melo M, Conceição AP, Cruz DALM, Püschel VAA.

Transitional care from the hospital to the home in heart failure: implementation of best practices.

Rev Bras Enferm. 2022;75(1):e20210123.

<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0123>

Autor Correspondente:

Michele Nakahara-Melo
nakahara.michele@usp.br



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho

EDITOR ASSOCIADO: Alexandre Balsanelli

Submissão: 07-03-2021

Aprovação: 04-05-2021

RESUMO

Objetivos: Avaliar a conformidade da implementação de melhores evidências no cuidado transicional da pessoa com insuficiência cardíaca do hospital para o domicílio. **Métodos:** Projeto de implementação de evidências conforme metodologia do JBI em um hospital cardiológico em São Paulo. Seis critérios foram auditados antes e depois da implementação de estratégias para aumentar a conformidade com as melhores práticas. Participaram das auditorias 14 enfermeiros e 22 pacientes. **Resultados:** Na auditoria de base, a conformidade foi nula com cinco dos seis critérios. Estratégias: capacitação dos enfermeiros; reformulação da ficha de alta hospitalar e orientações sobre autocuidado nos contextos de cuidado; e realização de contato telefônico no 7º, 14º e 21º dias após alta. Na auditoria de seguimento, houve 100% de conformidade com cinco dos seis critérios. **Conclusão:** O projeto permitiu aumentar a conformidade das práticas de cuidado transicional em pessoas com insuficiência cardíaca com as recomendações baseadas nas melhores evidências.

Descritores: Cuidado Transicional; Insuficiência Cardíaca; Educação em Enfermagem; Autocuidado; Prática Clínica Baseada em Evidências.

ABSTRACT

Objectives: Assess the compliance of the implementation of better evidence in the transitional care of the person with heart failure from the hospital to the home. **Methods:** Evidence implementation project according to the JBI methodology in a cardiology hospital in São Paulo. Six criteria were audited before and after implementing strategies to increase compliance with best practices. 14 nurses and 22 patients participated in the audits. **Results:** In the baseline audit, compliance was null with five of the six criteria. Strategies: training of nurses; reformulation of the hospital discharge form and guidance on self-care in care contexts; and making telephone contact on the 7th, 14th and 21st days after discharge. In the follow-up audit, there was 100% compliance with five of the six criteria. **Conclusion:** The project made it possible to increase the compliance of transitional care practices in people with heart failure with the recommendations based on the best evidence.

Descriptors: Transitional Care; Heart failure; Nursing Education; Self-Care; Evidence-Based Practice.

RESUMEN

Objetivos: Evaluar la conformidad de implementación de mejores evidencias en cuidado de transición de personas con insuficiencia cardíaca del hospital al domicilio. **Métodos:** Proyecto de implementación de evidencias conforme metodología del JBI en hospital cardiológico de São Paulo. Seis criterios fueron auditados antes y post implementación de estrategias para aumentar la conformidad con las mejores prácticas. Participaron de las auditorias 14 enfermeros y 22 pacientes. **Resultados:** Auditoría de base, la conformidad fue nula con cinco de los seis criterios. Estrategias: capacitación de enfermeros; reformulación de ficha de alta hospitalaria y orientaciones sobre autocuidado en contextos de cuidado; y realización de contacto telefónico al 7º, 14º y 21º días post alta. Auditoría de seguimento, hubo 100% de conformidad con cinco de los seis criterios. **Conclusión:** El proyecto permitió aumentar la conformidad de las prácticas de cuidado de transición en personas con insuficiencia cardíaca con las recomendaciones basadas en las mejores evidencias.

Descriptorios: Cuidado de Transición; Insuficiencia Cardíaca; Educación en Enfermería; Autocuidado; Práctica Clínica Basada en la Evidencia.

INTRODUÇÃO

Mundialmente, a insuficiência cardíaca (IC) é considerada uma pandemia que acomete mais de 64 milhões de pessoas⁽¹⁻²⁾. Ela apresenta sintomatologia diversificada, sendo que ações cotidianas de autocuidado para o controle, monitoramento e manejo dos sintomas são fundamentais⁽³⁾.

Apesar dos avanços no diagnóstico e no tratamento da IC, as internações hospitalares em situações de urgência e emergência ainda são um grande desafio de saúde pública⁽¹⁻²⁾. A hospitalização por descompensação da IC é preditora de mau prognóstico, pois cerca de 25% das pessoas nessa situação morrem, e 40% são readmitidas por pelo menos mais uma vez no período de um ano⁽⁴⁾. No Brasil, o principal fator para a descompensação é o autocuidado inadequado, incluindo a baixa adesão à terapêutica medicamentosa e o inadequado controle hídrico⁽⁵⁾.

Uma das estratégias amplamente recomendadas para melhorar esse cenário é o cuidado transicional (CT)⁽⁴⁾, definido como a assistência à saúde durante a mudança de um contexto de cuidado para outro(s), principalmente no período de alta hospitalar⁽⁶⁾. Nas pessoas com IC, o CT envolve diversas intervenções para dar continuidade ao tratamento, a fim de reduzir e/ou prevenir as internações hospitalares, provendo o acompanhamento nos diversos contextos de assistência à saúde, como o domiciliar e o ambulatorial⁽⁶⁾.

Revisões sistemáticas apresentam evidências robustas sobre a superioridade do CT comparado ao cuidado usual⁽⁷⁾, com redução de até 8% nas taxas de readmissões hospitalares e 29% nos atendimentos em situação de urgência e emergência⁽⁸⁾, assim como redução da mortalidade e do tempo de internação, além de melhorar a adesão terapêutica e a satisfação do paciente⁽⁷⁾.

Para a obtenção de melhores desfechos na IC, preconiza-se que o CT seja composto de ensino do paciente quanto ao manejo dos sintomas da doença, plano de alta estruturado e individualizado, contato telefônico precoce depois da alta, telemonitoramento, programa de visitas domiciliares e acompanhamento ambulatorial⁽⁹⁾. E, de acordo com o JBI, as melhores práticas para as pessoas com IC em transição entre os contextos de cuidado são: 1) o CT deve incluir intervenções que incluam visitas domiciliares, combinadas com contato telefônico e/ou acompanhamento clínico; 2) o plano de alta hospitalar deve ser estruturado e individualizado; 3) todas as informações sobre o paciente devem ser compartilhadas entre os profissionais da equipe de saúde; 4) o CT deve ser prestado por profissionais de saúde devidamente treinados e 5) os pacientes/cuidadores devem receber orientações sobre o manejo da síndrome, iniciado ainda no contexto hospitalar e continuado no âmbito domiciliar e ambulatorial⁽⁶⁾.

Apesar de ser reconhecidamente indicado e resultar em desfechos satisfatórios para pessoas com insuficiência cardíaca⁽⁴⁾, o cuidado transicional ainda é incipiente no contexto brasileiro⁽⁵⁾. A necessidade de melhorá-lo em pacientes hospitalizados por descompensação de insuficiência cardíaca foi identificada como oportunidade para adotar as melhores práticas no cenário escolhido.

OBJETIVO

Avaliar a conformidade da implementação de melhores evidências no cuidado transicional da pessoa com insuficiência cardíaca do hospital para o domicílio.

MÉTODOS

Aspectos éticos

O presente projeto de implementação foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, sendo atendidos todos os critérios éticos e legais de pesquisas envolvendo seres humanos. Todos os participantes que aceitaram participar do projeto receberam esclarecimento sobre os objetivos e procedimentos, bem como assinaram e receberam uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

População: critérios de inclusão e exclusão

Participaram do projeto todos os 14 enfermeiros que estavam atuando nos dois setores durante o período do projeto. O número total de pacientes com IC e/ou seus acompanhantes foi definido com base no recorte temporal de 30 dias da auditoria de base (Fase 1), resultando numa amostra de 11 pessoas com IC incluídas nessa fase; e, na fase 3, independentemente da duração desta, outras 11 pessoas com IC foram incluídas. Os critérios de participação dos pacientes foram: estar em processo de alta hospitalar, ter idade maior ou igual a 18 anos, estar internado por descompensação de IC, ter condições clínicas que permitissem participar da entrevista e, na auditoria de seguimento, dispor de contato telefônico ativo.

Desenho, local do estudo e período

Trata-se de um projeto de implementação que utilizou o método do JBI de implementação de evidências⁽¹⁰⁻¹¹⁾, com o uso das ferramentas: *Practical Application of Clinical Evidence System* – (PACES), ferramenta on-line para registro dos processos de auditoria (de base e de seguimento); e *Getting Research Into Practice* (GRiP), para registrar as barreiras identificadas durante o processo de implementação. Também, foram utilizadas estratégias para superar tais barreiras e melhorar o grau de conformidade com os critérios auditados⁽¹¹⁾.

Foram cenário do presente projeto dois setores de um hospital-escola especializado em cardiologia, localizado na cidade de São Paulo, estado de São Paulo (SP). A Unidade Clínica Geral (UCG) é uma unidade de internação composta por 48 leitos dispostos em 24 quartos e presta assistência aos pacientes, em sua maioria, advindos do Pronto-Socorro. Por conta da alta demanda no Pronto-Socorro, a rotatividade de ambos os setores é alta. Durante os meses de outubro a dezembro de 2019, houve em média 80 internações por mês. A escolha pela UCG se deu pelo fato de que grande parte dos pacientes são internados por descompensação da IC. O outro setor foi o ambulatório de Miocardiopatias, que assiste em média a 70 pacientes clinicamente estáveis por dia, sendo constituído por equipe multiprofissional que atende em horário comercial.

Protocolo do estudo

As melhores práticas consideradas neste projeto foram fundamentadas nos resultados de uma revisão abrangente para responder à pergunta: "Quais são as melhores evidências disponíveis

sobre o CT de pessoas com IC crônica do hospital para o domicílio?” As recomendação de melhores práticas, resultantes da revisão, foram operacionalizadas em seis critérios de boas práticas de CT de pessoas com IC⁽⁶⁾. Esses critérios foram analisados pela equipe deste projeto considerando o potencial para serem atendidos com a implementação de estratégias viáveis, conforme a realidade do cenário. Os métodos para verificar a conformidade da prática vigente com os critérios derivados das melhores práticas foram definidos, bem como as fontes para obtenção das informações necessárias. Enfermeiros, pacientes, com ou sem seus familiares/cuidadores, e prontuários dos pacientes foram as fontes de informações para as verificações de conformidade com os critérios de boas práticas (auditorias). O Quadro 1 mostra os critérios selecionados, os métodos de avaliação da conformidade e as amostras que foram as fontes de informação.

O projeto foi operacionalizado em três fases: na Fase 1, a equipe do projeto foi estabelecida, e realizou-se a auditoria de base com o objetivo de identificar o grau de conformidade das práticas vigentes com os critérios estabelecidos. Na Fase 2, os resultados da auditoria de base foram analisados e discutidos com a equipe do projeto, e

foram delineadas e empregadas estratégias para aumentar o grau de conformidade com as melhores práticas de CT. Na Fase 3, efetuou-se a auditoria de seguimento, utilizando-se os mesmos seis critérios, para avaliar o impacto das estratégias implementadas e identificar as possíveis barreiras para a sustentabilidade da proposta.

Análise dos resultados e estatística

Os dados das auditorias clínicas foram registrados em um formulário de coleta de dados com variáveis de caracterização sociodemográfica para todos os participantes; a caracterização clínica, somente para os pacientes; a caracterização profissional, somente para os enfermeiros; e a conformidade ou não com os critérios auditados (Quadro 1). Os dados de caracterização dos participantes foram analisados por estatística descritiva (SPSS[®], versão 22), e os dados de conformidade com os critérios foram inseridos no programa PACES, que gera um gráfico de barras permitindo visualizar a conformidade dos critérios auditados nas duas fases e, conseqüentemente, o impacto do projeto de implementação.

Quadro 1 – Critérios de auditoria, amostra e o método utilizado para avaliar a conformidade com os critérios de boas práticas de cuidado transicional, São Paulo, São Paulo, Brasil, 2020

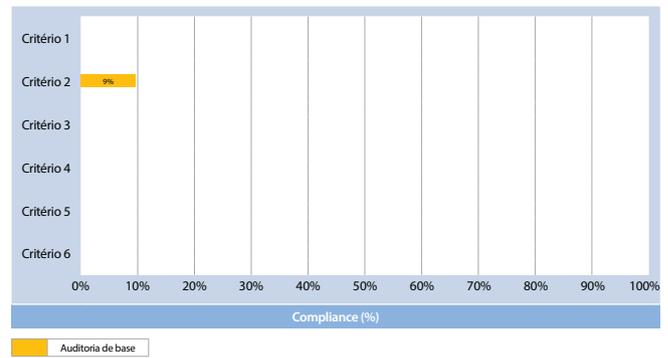
Critérios auditados	Amostra	Método(s) utilizado(s) para verificar (%) a conformidade com os critérios
1) Enfermeiros participaram da intervenção educativa sobre CT de pessoas com IC.	Enfermeiros Auditoria de base: 14 Auditoria de seguimento: 14	Questionamento individual aos enfermeiros Pergunta: O(A) Sr.(a) já participou de algum curso/capacitação sobre CT de pessoas com IC? () Sim () Não Será considerado “conforme” se o enfermeiro participou de intervenção educativa sobre CT de pessoas com IC.
2) Pessoas com Insufici/ cuidadores participaram da intervenção educativa sobre temas importantes para CT de pessoas com IC.	Pessoas com IC/cuidadores Auditoria de base: 11 Auditoria de seguimento: 11	Questionamento individual à pessoa com IC Pergunta: O(A) Sr.(a) já recebeu alguma informação/capacitação sobre CT de pessoas com IC? () Sim () Não Será considerado “conforme” se a pessoa com IC/cuidador tenha participado da roda de conversa/beira leito sobre temas relevantes para o efetivo CT.
3) Um plano individual de alta hospitalar foi desenvolvido e documentado em prontuário.	Plano de alta individualizado documentado Auditoria de base: 11 Auditoria de seguimento: 11	Avaliação do planejamento de alta individualizado entregue em uma via à pessoa com IC/cuidador, e outra via anexada ao prontuário. () Sim () Não Será considerado “conforme” se a pessoa com IC recebeu o planejamento de alta individualizado e outra via anexada ao prontuário.
4) O CT aconteceu de forma individual a fim de interligar os contextos hospitalar com o ambulatorial/atenção especializada.	Plano de alta individualizado Auditoria de base: 11 Auditoria de seguimento: 11	Avaliação da documentação de sumário de alta com o plano de cuidados domiciliar e o encaminhamento ambulatorial/atenção especializada em prontuário. () Sim () Não Será considerado “conforme” se a ficha de planejamento de alta foi anexada ao prontuário.
5) As necessidades de cuidado das pessoas com IC foram comunicadas entre os profissionais de saúde dos contextos hospitalar e ambulatorial/atenção especializada;	Processo de alta hospitalar Auditoria de base: 11 Auditoria de seguimento: 11	Avaliação do processo de alta e a orientação da importância da ficha para a comunicação com o serviço para o qual foi encaminhado. () Sim () Não Será considerado “conforme” se a ficha de planejamento de alta foi entregue à pessoa com IC/cuidador e se foi realizada a orientação da importância desta e da documentação em prontuário.
6) O acompanhamento pós-alta ocorreu de forma a incluir uma combinação de visitas domiciliares e/ou acompanhamento telefônico ou clínica ambulatorial.	Contato telefônico após a alta hospitalar Auditoria de base: 11 Auditoria de seguimento: 11	Contato telefônico com a pessoa com IC e/ou cuidador com conteúdo: gatilhos de descompensação após a alta, reforço das ações de autocuidado e importância do acompanhamento ambulatorial. () Sim () Não Será considerado “conforme” se a pessoa com IC/cuidador respondeu ao contato telefônico ou mensagem (aplicativo de celular) em três momentos: 7, 14, 21 ou 30 dias após a alta hospitalar.

CT: Cuidado Transicional; IC: Insuficiência Cardíaca.

RESULTADOS

A auditoria de base ocorreu de 17 de maio a 17 de junho de 2019. Dos 14 enfermeiros, 13 atuavam na UCG; e no ambulatório, 1 enfermeira, responsável pelo acompanhamento das pessoas com IC. Do total de enfermeiros, 78,6% eram mulheres, a idade média foi de 43,64 (DP = 12,6) anos, 78,6% informaram ter realizado curso de auxiliar e/ou técnico de enfermagem antes de cursar o bacharelado em enfermagem, 50% trabalhavam no período diurno, a média de tempo de atuação como enfermeiro foi de 10,1 anos, e a média de tempo na instituição foi de 10,2 anos.

Das 11 pessoas com IC, 63,6% eram homens, a idade média foi de 63 (DP = 12,9) anos; 63,6% se autodeclararam brancos; 45,5% tinham ensino médio completo; 54,5% eram casados e tinham vínculo empregatício no momento da implementação do projeto. As características clínicas foram: IC de etiologia isquêmica em 54,5%; média de fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) igual a 39,4% (DP = 17,4); tempo médio de IC de 89,3 (DP = 91,3) meses; 45,5% estavam em classe funcional III, segundo New York Heart Association (NYHA); a HAS foi a comorbidade mais frequente (72,2%); todos relataram ter procurado o pronto-socorro nos últimos 12 meses, com frequência média de 4,1 (DP = 3,4) vezes; 54% referiram ter um cuidador, sendo um membro da família em 83% dos casos; 90,9% relataram ter dispnéia e, destes, 27,3% aos pequenos esforços; e 54,6% referiram hábito de fumar em algum momento de suas vidas. Todos foram internados via pronto-socorro por sinais de descompensação da IC. À alta hospitalar, foram direcionados para algum ambulatório da mesma instituição (81,9%). Na Figura 1, é mostrado o grau de conformidade com os seis critérios auditados antes da implementação das melhores práticas.



Critério 1: O enfermeiro participou de intervenção educativa sobre o cuidado transicional na insuficiência cardíaca do contexto hospitalar para o domiciliar e ambulatorial;
Critério 2: Pessoas com insuficiência cardíaca/familiares/cuidadores participaram de intervenção educativa dos cuidados na transição do contexto hospitalar para o domiciliar/ambulatorial, incluindo estratégias de manejo da enfermidade;
Critério 3: Planos individuais de alta hospitalar foram desenvolvidos e documentados em prontuário;
Critério 4: O cuidado transicional aconteceu de forma personalizada a fim de interligar os contextos hospitalar com o domiciliar e ambulatorial;
Critério 5: As necessidades de cuidado das pessoas com insuficiência cardíaca foram comunicadas entre os profissionais de saúde dos contextos hospitalar e ambulatorial;
Critério 6: O acompanhamento pós-alta ocorreu de forma a incluir uma combinação de visitas domiciliares e acompanhamento telefônico ou clínico ambulatorial.

Figura 1 – Grau de conformidade com os seis critérios avaliados na auditoria de base, São Paulo, São Paulo, Brasil, 2020

Os resultados da auditoria de base foram compartilhados entre a equipe do projeto e os enfermeiros dos setores envolvidos, que, com base nesses resultados, identificaram estratégias factíveis para melhorar o grau de conformidade das práticas locais com os critérios das melhores práticas do CT de pessoas com IC.

No Quadro 2, são apresentadas as barreiras identificadas registradas na ferramenta GRIP, assim como as estratégias desenvolvidas e os recursos que foram necessários/utilizados para melhorar o grau de conformidade com cada critério.

Quadro 2 – Barreiras identificadas, estratégias e recursos utilizados e resultados, São Paulo, Brasil, 2020

Barreiras	Estratégias	Recursos	Resultados
Desconhecimento por parte dos enfermeiros sobre a temática do CT de pessoas com IC e suas principais ações e finalidades	Desenvolvimento de uma intervenção educativa com o conteúdo: 1) Critérios preconizados pelo JBI do CT de pessoas com IC; e 2) Implementação de um protocolo sobre CT de pessoas com IC para todos os enfermeiros do setor.	Multimídia com o conteúdo educativo; Treinamento de todos os enfermeiros sobre o CT de pessoas com IC.	Os 14 enfermeiros envolvidos no projeto participaram da intervenção educativa, de forma individual ou em grupo, totalizando sete encontros.
Desconhecimento por parte dos pacientes com IC/cuidadores sobre o CT na IC	Criação de uma rotina institucional semanal da "Roda de Conversa" sobre IC e ações de autocuidado	Confecção de placas lúdicas e educativas sobre os assuntos abordados	Criação da rotina institucional da realização semanal da "Roda de Conversa"
Dificuldade de troca de informações entre os enfermeiros dos setores de UCG e do ambulatório	Reformulação da ficha de planejamento de alta hospitalar	Ficha de alta hospitalar individualizada para interligar os contextos de cuidado	Reformulação da ficha de alta hospitalar, em duas vias: uma era entregue para a pessoa com IC/cuidador, e a outra era anexada ao prontuário do paciente.
Acompanhamento do paciente pós-alta hospitalar	Construção e implementação de um protocolo para o seguimento dos pacientes via contato telefônico	Contato telefônico em três momentos, durante os 30 primeiros dias após a alta	Acompanhamento dos pacientes por via telefônica para identificação de sinais e sintomas de descompensação da IC

CT: Cuidado Transicional; IC: Insuficiência Cardíaca; UCG: Unidade Clínica Geral.

Durante a intervenção educativa com os enfermeiros, foi destacada a importância do CT na prática clínica, e os enfermeiros tiveram a oportunidade de compartilhar suas impressões, vivências e sugestões de quais ações eram mais relevantes para os pacientes com IC assistidos por eles, de forma a fomentar a participação ativa dos envolvidos. Tais impressões e sugestões foram registradas em um diário de campo, que, posteriormente, fundamentou a criação do roteiro da Roda de Conversa conduzida por esses enfermeiros com as pessoas internadas e seus respectivos cuidadores/familiares. Todos os enfermeiros referiram que a intervenção educativa contribuiu para a prática assistencial, uma vez que alicerçou as orientações no processo de alta hospitalar e permitiu atualizar os conhecimentos necessários ao cuidado da pessoa com IC que apresenta sinais e sintomas de descompensação.

Durante o período de um mês de implementação das estratégias, a Roda de Conversa foi acompanhada da criação de um manual de intervenção para os enfermeiros envolvidos. Foram realizados cinco encontros com 50 pessoas com IC e 20 cuidadores/familiares. Ao longo dos encontros, foram tratados os seguintes temas: o que é IC, etiologia, principais sinais e sintomas e principais gatilhos de descompensação; a importância da adesão farmacológica; ações de autocuidado (controle do peso, restrição hídrica e salina, monitoramento do edema e dispneia) e a importância de, em caso de agravamento da sintomatologia, procurar o serviço de saúde.

Depois da implementação das estratégias, uma nova auditoria foi conduzida durante o período necessário para obter o mesmo quantitativo de pessoas com IC avaliadas na auditoria de base. As 11 pessoas com IC dessa fase foram homens (63,6%); idade média de 58 anos (DP = 7,79); 54,5% se autodeclararam pardos; 36,4% referiram ensino médio completo; 54,5% eram casados; 36,4% estavam desempregados; 36,4% eram aposentados; 81,8% tinham IC de etiologia não isquêmica; FEVE média de 40,9% (DP = 19,3); média de tempo com o diagnóstico de IC de 105,2 (DP = 107) meses; 54,5% estavam em classe funcional III, segundo NYHA; a HAS foi a comorbidade mais frequente (81,2%); todos relataram ter procurado o pronto-socorro nos últimos 12 meses, com frequência média de 9,5 (DP = 12,41) vezes; todos (100%) indicaram ter um cuidador, e 72,75% dos cuidadores eram um membro da família; 90,9% relataram ter dispneia, sendo 45,5% aos pequenos esforços, e 63,6% foram tabagistas em algum momento de suas vidas.

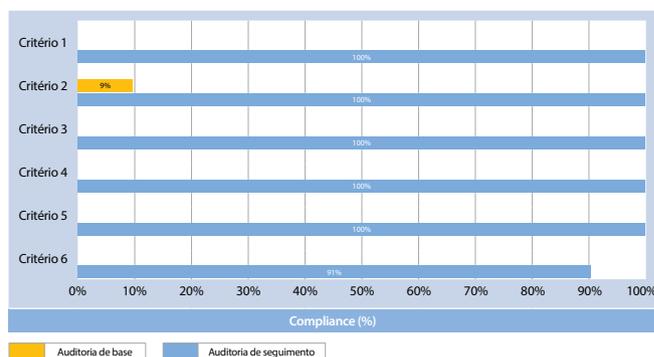
O acompanhamento telefônico foi realizado pela líder da equipe, com 10 dos 11 participantes, em horário combinado, e os conteúdos abordados foram registrados em um diário de registro. Este foi estruturado pelas pesquisadoras do projeto a fim de deixar livre a fala dos participantes sobre a transição do hospital para o domicílio e de forma a compilar os assuntos mais relevantes durante esse período: sinais e sintomas de descompensação e/ou efeitos colaterais dos medicamentos prescritos, adesão ao tratamento farmacológico, reforço às ações de autocuidado e a importância de comparecer à consulta de retorno ao ambulatório.

Além desses temas, as dez pessoas acompanhadas apresentaram dúvidas relacionadas aos sinais e sintomas de edema, vacinação, realização de atividades físicas, efeitos adversos dos medicamentos e marcação das consultas nos ambulatórios.

Cabe mencionar que, no período dos contatos telefônicos, que variou 21 a 28 dias após a alta, apenas um paciente relatou ter sido internado durante 7 dias devido a quadro de hipotensão por descompensação da IC.

No terceiro e último contato telefônico, os participantes foram questionados sobre como se sentiram e como avaliavam o acompanhamento telefônico após a alta. As avaliações foram positivas, com sugestão de continuidade do acompanhamento por essa via. Algumas falas sobre a avaliação foram: “pode continuar ligando, muito bom”, “seu suporte é muito bom”, “estou satisfeito”, “não me senti desamparado”, “melhor coisa, muito bom, voto que continue esse acompanhamento”, “muito bom poder tirar as dúvidas contigo”.

Os critérios considerados na auditoria de seguimento atingiram 100% de conformidade, exceto o sexto critério, com 91%, uma vez que 1 dos 11 participantes não respondeu aos contatos telefônicos (Figura 2).



Critério 1: O enfermeiro participou de intervenção educativa sobre o cuidado transicional na insuficiência cardíaca do contexto hospitalar para o domiciliar e ambulatorial;
Critério 2: Pessoas com insuficiência cardíaca/familiares/cuidadores participaram de intervenção educativa dos cuidados na transição do contexto hospitalar para o domiciliar/ambulatorial, incluindo estratégias de manejo da enfermidade;
Critério 3: Planos individuais de alta hospitalar foram desenvolvidos e documentados em prontuário;
Critério 4: O cuidado transicional aconteceu de forma personalizada a fim de interligar os contextos hospitalar com o domiciliar e ambulatorial;
Critério 5: As necessidades de cuidado das pessoas com insuficiência cardíaca foram comunicadas entre os profissionais de saúde dos contextos hospitalar e ambulatorial;
Critério 6: O acompanhamento pós-alta ocorreu de forma a incluir uma combinação de visitas domiciliares e acompanhamento telefônico ou clínico ambulatorial.

Figura 2 – Comparação do grau de conformidade entre a auditoria de base e a de seguimento após a implementação das estratégias de cuidado transicional em pessoas com insuficiência cardíaca, São Paulo, São Paulo, Brasil, 2020

DISCUSSÃO

Para adotar as melhores evidências do CT de pessoas com IC, é necessário promover a adoção, pelos profissionais de saúde, de estratégias de ensino-aprendizagem para fomentar o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e habilidades dos pacientes e cuidadores para monitorar, reconhecer e manejar os sintomas da IC de forma adequada^(7-9,12-14). Além disso, é preciso contribuir para a utilização pelos enfermeiros das melhores evidências científicas aplicadas à prática clínica^(10,14).

Os conteúdos tratados nas Rodas de Conversa e nos contatos telefônicos incluíram conhecimentos sobre a IC, monitorização de sinais e sintomas de descompensação, engajamento nas ações de autocuidado e adesão da terapêutica farmacológica — e todos esses conhecimentos tiveram por fundamento a última Diretriz Brasileira de IC Crônica e Aguda⁽¹²⁾. Há evidências de que

o ensino para a promoção do autocuidado e o monitoramento remoto para adesão medicamentosa e para o manejo de sinais e sintomas de descompensação melhoram a qualidade de vida das pessoas com IC⁽³⁾. Destaca-se que, na internação hospitalar, os cuidados transicionais devem ser iniciados o quanto antes (se possível, já na admissão) e intensificado durante o preparo para a alta hospitalar⁽⁶⁾. Junto com os processos educativos, as outras necessidades de cuidados dos pacientes com IC devem ser continuamente identificadas, atendidas e compartilhadas entre os profissionais de saúde, com base no planejamento de alta estruturado e individualizado⁽¹³⁻¹⁴⁾. Esse compartilhamento caracteriza a transição do cuidado pelos diferentes dispositivos de atenção à saúde^(6,13), principalmente no sistema de referência e contrarreferência previsto na Rede de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde.

As manifestações dos pacientes de que ficaram satisfeitos com as ações é um possível desfecho sobre o impacto da implementação. No entanto, é necessário enfatizar que a avaliação da efetividade da implementação de boas práticas no CT em desfechos dos pacientes não foi objetivo do presente estudo. Em outras pesquisas, será necessário verificar o efeito dessas práticas em desfechos como a frequência de busca de serviços de pronto-socorro. No presente trabalho, os 11 pacientes nas auditorias relataram ter procurado esses serviços na média de aproximadamente quatro vezes por ano (os pacientes da auditoria de base) ou na média de mais de nove vezes por ano (os pacientes da auditoria depois da implementação).

Dos dez pacientes acompanhados via telefone, durante 21 a 28 dias, somente um foi internado por descompensação da IC. Os primeiros 30 dias após a alta são o período de maior vulnerabilidade para o risco de readmissão, sobretudo para aqueles pacientes mais sintomáticos. Por isso, a fim de identificar sinais e sintomas de descompensação, as três ligações foram divididas ao longo do primeiro mês após a alta hospitalar. Esse resultado é consistente com os de outros estudos em que o telemonitoramento ou os contatos telefônicos estruturados foram mais eficazes que o cuidado usual para obtenção de desfechos positivos na IC⁽¹⁵⁾.

Contribuições para a área da enfermagem

Como contribuição para a enfermagem, este estudo, realizado com a participação dos profissionais do local em que foi feito, permitiu verificar que, em espaço de tempo relativamente curto, esses profissionais conseguiram adotar práticas baseadas em evidências (Figura 2). Portanto, podemos extrapolar que a metodologia do JBI para implementação de evidências usada neste estudo é viável e pode ser instrumento valioso para a educação permanente da enfermagem com o intuito de implementar práticas fundamentadas em evidências e fomentar atitudes favoráveis à aprendizagem contínua.

Limitações do estudo

Tendo em vista que um dos grandes desafios da implementação de evidências é a garantia de sustentabilidade da proposta, a principal limitação deste estudo foi o relativo curto prazo entre a realização das estratégias para adoção das boas práticas e a verificação da conformidade na auditoria de seguimento. Ademais, a generalização dos resultados deste estudo precisa ser cautelosa, especialmente porque foi realizado em serviço especializado em cardiologia, que tem características peculiares em relação às características dos pacientes, bem como em relação aos profissionais, estrutura e processos de trabalho.

CONCLUSÕES

A implementação das melhores evidências do CT na IC, na prática clínica, atingiu 100% de conformidade em cinco dos seis critérios recomendados pelo JBI. As pessoas com IC e/ou seus cuidadores que participaram da implementação do projeto mostraram-se satisfeitos com as ações implementadas e relataram ter adquirido novos conhecimentos sobre a IC, seu monitoramento e controle.

Os enfermeiros que participaram da educação permanente incorporaram em sua prática assistencial o planejamento de alta hospitalar estruturado e individualizado, bem como a realização semanal da Roda de Conversa, valorizando o papel do enfermeiro enquanto um educador em saúde, capaz de promover conhecimentos dessa área.

As auditorias de práticas clínicas pautadas em evidências são instrumentos úteis para orientar a identificação de estratégias voltadas à implementação das melhores práticas no cuidado à saúde.

FOMENTO

Centro Brasileiro para o Cuidado à Saúde baseado em Evidências: Centro de Excelência do JBI (JBI Brasil).

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior -Brasil (CAPES) -Código de Financiamento 001.

AGRADECIMENTO

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EUSP);
Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto (PROESA);

Centro Brasileiro para o Cuidado à Saúde baseado em Evidências: Centro de Excelência do JBI (JBI Brasil);

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia.

REFERÊNCIAS

1. Global Burden of Disease (GBD). Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. *Lancet* 2018;392:1789-858. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32279-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32279-7)

2. Groenewegen A, Rutten FH, Mosterd A, Hoes AW. Epidemiology of heart failure. *Eur J Heart Fail.* 2020;22(8):1342-56. <https://doi.org/10.1002/ejhf.1858>
3. Amaral DR, Rossi MB, Lopes CT, Lopes JL. Intervenções não farmacológicas para melhor qualidade de vida na insuficiência cardíaca: revisão integrativa. *Rev Bras Enferm.* 2017;70(1):198-209. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0112>
4. Stafylas P, Farmakis D, Kourlaba G, Giamouzis G, Tsarouhas K, Maniadakis N, et al. The heart failure pandemic: the clinical and economic burden in Greece. *Int J Cardiol.* 2017;227:923-9. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2016.10.042>
5. Albuquerque DC, Souza Neto JD, Bacal F, Rohde LE, Bernardes-Pereira S, Berwanger O, et al. I Brazilian Registry of Heart Failure: clinical aspects, care quality and hospitalization outcomes. *Arq Bras Cardiol.* 2015;104(6):433-42. <https://doi.org/10.5935/abc.20150031>
6. Stephenson M. Chronic Heart Failure: transitional care from hospital to home. The Joanna Briggs Institute EBP Database. 2018.
7. Bryant-Lukosius D, Carter N, Reid K, Donald F, Martin-Misener R, Kilpatrick K, et al. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of clinical nurse specialist-led hospital to home transitional care: a systematic review. *J Eval Clin Pract.* 2015;21(5):763-81. <https://doi.org/10.1111/jep.12401>
8. Vedel I, Khanassov V. Transitional care for patients with congestive heart failure: a systematic review and meta-analysis. *Ann Fam Med.* 2015;13(6):562-71. <https://doi.org/10.1370/afm.1844>
9. Kansagara D, Chiovaro JC, Kagen D, Jencks S, Rhyne K, O'Neil M, et al. So many options, where do we start? an overview of the care transitions literature. *J Hosp Med.* 2016;11(3):221-30. <https://doi.org/10.1002/jhm.2502>
10. Lockwood C, Stannard D, Jordan Z, Porritt K. The Joanna Briggs Institute clinical fellowship program: a gateway opportunity for evidence-based quality improvement and organizational culture change. *Int J Evid Based Healthc.* 2020;18(1):1-4. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000221>
11. Porritt K, McArthur A, Lockwood C, Munn Z (Editors). *JBI Handbook for Evidence Implementation.* JBI. 2019. <https://doi.org/10.46658/JBIH-19-01>
12. Comitê Coordenador da Diretriz de Insuficiência Cardíaca. Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2018[cited 2020 Dec 01];111(3):436-539. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/abc/v111n3/0066-782X-abc-111-03-0436.pdf>
13. Costa MFBNA, Sichieri K, Poveda VB, Baptista MC, Aguado PC. Transitional care from hospital to home for older people: implementation of best practices. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(Suppl 3):e20200187. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0187>
14. Acosta AM, Lima MADS, Pinto IC, Weber LAF. Transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas na alta da emergência para o domicílio. *Rev Gaúcha Enferm.* 2020;41(spe):e20190155. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190155>
15. Kotb A, Cameron C, Hsieh S, Wells G. Comparative effectiveness of different forms of telemedicine for individuals with heart failure (HF): a systematic review and network meta-analysis. *PLoS One.* 2015;10(2):e0118681. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0118681>