

Eficácia do Plano Transicional de Alta Hospitalar na competência para o cuidado de pacientes com condições crônicas e seu cuidador familiar: ensaio clínico*

Yuliana Valentina Rincón Estrada¹

 <https://orcid.org/0000-0002-8758-1746>

Astrid Nathalia Páez Esteban¹

 <https://orcid.org/0000-0003-0010-7564>

Maria Stella Campos de Aldana¹

 <https://orcid.org/0000-0002-6190-181X>

Erika Yurley Durán Niño¹

 <https://orcid.org/0000-0001-5314-775X>

Juan Sebastian Rincón Contreras¹

 <https://orcid.org/0000-0003-2814-7269>

Maria del Pilar Castillo Galvis¹

 <https://orcid.org/0000-0002-2783-3550>

Valeria Arias Pinzón¹

 <https://orcid.org/0000-0002-9257-2182>

Sergio Andrés García Arenas¹

 <https://orcid.org/0000-0003-4325-5292>

* Apoio financeiro do Ministerio de Ciencias, Tecnología e Innovación de Colombia, Convênio 427-2021, Colômbia.

¹ Universidad de Santander, Facultad de Ciencias Médicas y de la Salud, Institución de Investigación Masira, Bucaramanga, Santander, Colômbia.

Destques: (1) É utilizada a ferramenta validada CUIDAR, que mede a competência no cuidar. (2) É necessário fortalecer a transição do cuidado para a alta hospitalar. (3) A adesão dos pacientes ao tratamento é moderada. (4) A intervenção educativa criada aumentou a competência para o cuidado dos cuidadores.

Objetivo: avaliar a efetividade do Plano Transicional de Alta Hospitalar na competência para o cuidado e adesão terapêutica da díade paciente-cuidador com doença crônica não transmissível. **Método:** ensaio clínico randomizado controlado; a amostra foi composta por 80 díades paciente-cuidador com condição crônica distribuídas aleatoriamente, sendo 40 díades para o grupo controle e 40 para o grupo intervenção. Foram aplicados os instrumentos de caracterização da díade paciente-cuidador, competência do cuidar de pacientes e cuidadores e escala de adesão ao tratamento do paciente. No grupo intervenção foi realizada a “Intervención Educativa Cuidemos” e no grupo controle foram prestados os cuidados habituais, com auxílio de folheto; com acompanhamento telefônico após um mês. **Resultados:** 52,5% dos pacientes são mulheres, assim como 81,3% dos cuidadores. A idade média dos pacientes e cuidadores é de 69,5±12,6 e 47,5±13,1 anos. O Plano Transicional de Alta Hospitalar aumentou os escores das dimensões conhecimento, singularidade, instrumentalidade, desfrutar, antecipação e relação e competência global do cuidado ao paciente e cuidador familiar. Também os fatores medicamentos, dieta, controle de estimulantes, controle de peso, gerenciamento de estresse e adesão terapêutica geral do paciente. Não houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos controle e intervenção. **Conclusão:** o Plano Transicional de Alta Hospitalar aumenta a competência para o cuidado do paciente e do cuidador familiar pós-intervenção, e também a adesão do paciente. Porém, não houve diferenças entre os grupos intervenção e controle, possivelmente pela semelhança das atividades.

Registro *Clinical Trial* NCT04175860 (11/2019).

Descritores: Fardo do Cuidador; Cuidado Transicional; Doença Crônica; Cuidadores; Educação de Pacientes como Tema; Cooperação e Adesão ao Tratamento.

Como citar este artigo

Rincón-Estrada YV, Páez-Esteban NA, Aldana MSC, Durán-Niño EY, Rincón-Contreras JS, Castillo-Galvis MDP, et al. Efficacy of a Hospital Discharge Transition Plan in the care competence of patients with chronic conditions and their family caregivers: a clinical trial. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2024;32:e4104 [cited ____/____/____]. Available from: _____ URL  <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6620.4104>  ano mês dia

Introdução

A transição de cuidados é o movimento ordenado e ininterrupto de um paciente entre profissionais de saúde e ambientes durante o curso de uma doença crônica ou aguda. No entanto, esta transição é muitas vezes alterada pela descontinuidade e pela falta de coordenação relacionadas com uma comunicação pobre sobre os cuidados, papéis e responsabilidades pouco claros, propriedade pessoal diluída dos cuidados e tensão no papel devido às limitações do sistema⁽¹⁻²⁾. Pesquisas anteriores se concentraram em avaliar o efeito de intervenções de cuidados de transição nas taxas de reinternação e nos custos para as instituições de saúde, deixando de lado outros resultados que também são importantes⁽³⁾, como a adesão terapêutica do paciente e a competência para o cuidado na díade paciente-cuidador no domicílio⁽⁴⁻⁵⁾.

Competência de cuidado é definida como "a capacidade, habilidade e preparo que a pessoa com condição crônica e o cuidador familiar têm para realizar o trabalho de cuidar no domicílio"⁽⁶⁾. O paciente e sua família devem comprometer-se a adotar as competências necessárias para gerir a sua condição crônica, aderir ao tratamento e adotar comportamentos mais saudáveis que permitam a recuperação de sua saúde e qualidade de vida⁽⁷⁾. A adesão ao tratamento é definida como o "conjunto de comportamentos que refletem a participação em um programa de tratamento e que procuram evitar comportamentos de risco, incorporar recomendações médicas às rotinas diárias e levar um estilo de vida saudável"⁽⁸⁻⁹⁾. A adesão ao tratamento tem impacto na qualidade de vida, na prevenção de complicações a longo prazo, nas internações e nas readmissões de pacientes^(8,10).

Por conseguinte, a alta hospitalar representa um momento crítico e crucial tanto para o cuidador familiar quanto para o paciente, pois envolve a tomada de decisões quanto ao cuidado, modificação e adaptação à medicação prescrita, adoção de novas rotinas ou busca de ajuda profissional quando necessário⁽¹¹⁾. É nesse momento que a avaliação, mensuração e análise da competência para o cuidado domiciliar do paciente com condição crônica e de seu familiar, bem como a adesão ao tratamento, tornam-se importantes dentro do plano transicional de cuidados durante a alta hospitalar. Pacientes com condições cardiovasculares crônicas geralmente recebem orientações complexas para seus cuidados e gerenciamento terapêutico⁽⁶⁾. Portanto, mensurando a importância do adequado acolhimento e compreensão por parte da díade paciente-cuidador do plano de alta, pode-se gerar um impacto na redução das readmissões hospitalares por condições evitáveis, nos custos dos serviços de saúde, no estresse da pessoa e na continuidade do cuidado⁽⁶⁾.

Diante do exposto, o objetivo geral do estudo foi avaliar a efetividade do Plano Transicional de Alta Hospitalar na competência do cuidar da díade paciente-cuidador familiar com condição cardiovascular crônica e na adesão terapêutica do paciente. A hipótese é que pacientes com doenças cardiovasculares crônicas e cuidadores familiares que recebem a intervenção do Plano de Transição de Alta Hospitalar relatariam níveis mais elevados de competência de cuidado do que aqueles que receberam o plano de alta institucional usual. Da mesma forma, os pacientes que recebem a intervenção apresentariam maior nível de adesão terapêutica do que o grupo de comparação.

Método

Tipo de estudo

Ensaio clínico controlado e randomizado, registrado no *Clinical Trial* com o código NCT04175860 (11/2019).

População

Os participantes do ensaio clínico eram pacientes com diagnóstico de doença cardiovascular crônica que foram hospitalizados junto ao seu cuidador familiar.

Critérios de seleção

Participaram adultos, internados em uma das três instituições de saúde supracitadas, que tivessem no mínimo um diagnóstico de condição cardiovascular crônica (hipertensão e/ou diabetes mellitus) há pelo menos 6 meses e que tivessem um cuidador familiar, também adulto. Foram excluídas pessoas que também tivessem diagnóstico psiquiátrico e que, devido à sua condição ou estado de saúde, não conseguissem se comunicar adequadamente com os pesquisadores.

Cenário

As díades paciente-cuidador foram recrutadas nos serviços de internação e emergência de três instituições de saúde de baixa e média complexidade de atenção à saúde, localizadas na região metropolitana de Bucaramanga, Santander, Colômbia; estas instituições foram: *Empresa Social Estatal Hospital San Juan de Dios* do Município de Floridablanca, hospital público, nível secundário ou baixa complexidade de atenção à saúde; *Clínica Bucaramanga*, instituição de saúde privada, de atenção terciária ou de média e alta complexidade; e *Empresa Social Estatal Clínica Guane* de Floridablanca, instituição

de saúde pública, nível primário ou baixa complexidade de atenção à saúde.

Definição da amostra

O tamanho da amostra foi calculado considerando nível de confiança de 95%, poder estatístico de 80%, proporção de 1:1, delta de 9 com desvio-padrão de 13,54 pontuação na competência para o cuidado entre o grupo intervenção e controle, conforme um teste piloto com 50 díades diferentes das incluídas neste estudo. Foi aumentado em 15% devido a possíveis perdas durante o seguimento, totalizando 80 díades paciente-cuidador; 40 no grupo intervenção e 40 no grupo controle.

Dos 557 pacientes internados durante o período de recrutamento nas três instituições de saúde da região metropolitana de Bucaramanga, 157 apresentavam doenças cardiovasculares crônicas, 114 tinham cuidadores familiares, 114 atendiam aos critérios de seleção, 95 díades concordaram em participar e 15 foram excluídos por outros motivos. Finalmente, a amostra foi composta por 80 díades paciente-cuidador de três instituições de saúde (instituição A: 33 díades; B: 45 díades e C: 3 díades), sendo 40 díades aleatoriamente designadas ao grupo intervenção e 40 díades ao grupo controle.

Grupo controle

Trabalhou-se com 40 díades, que receberam cuidados gerais e orientações no momento da alta hospitalar estabelecidos pela instituição; por outro lado, foram fornecidas informações sobre prevenção de quedas, acidentes no domicílio e adesão ao tratamento. Essas instruções foram dadas pelos integrantes da pesquisa com o auxílio de um folheto educativo. No primeiro mês foi realizado acompanhamento telefônico para aplicação do instrumento competência do cuidar.

Grupo intervenção

Foram abordadas 40 díades, que receberam quatro intervenções educativas teóricas com auxílio da Cartilha Educativa do Plano Transicional “*Intervención Educativa CUIDEMOS*”⁽¹²⁾, sobre cuidados domiciliares ao paciente e seu familiar cuidador com condição crônica, abordando temas como: informações sobre alta hospitalar, cuidados para ter uma alimentação saudável, rotina e recomendações para prática de exercícios, conhecimento sobre doenças crônicas não transmissíveis, cuidados com fatores de risco cardiovasculares e modificáveis, cuidados para melhorar a adesão ao tratamento, conhecimento sobre o papel do paciente e cuidador para reduzir o risco

de complicações e gerar melhor qualidade de vida. Esta cartilha tem validade facial realizada por especialistas, pacientes e cuidadores (resultados não publicados).

Durante a capacitação das díades paciente-cuidador nos serviços de internação, foi realizada a primeira intervenção sobre adesão ao tratamento: horário e dose adequados, ações que ajudam a lembrar a ingestão, importância da adesão ao tratamento. Cada díade recebeu a cartilha impressa.

Posteriormente, foram realizadas semanalmente três intervenções educativas via telefone, utilizando como suporte a Cartilha Educativa do Plano Transicional “*Intervención Educativa CUIDEMOS*”, enfatizando os seguintes temas e conteúdos:

- Alimentação saudável, incluindo consumo de água, diminuição do consumo de alimentos ultraprocessados e aumento do consumo de frutas e vegetais.
- Atividade física pelo menos três vezes por semana, com duração de 30 minutos, dependendo do estado de saúde de cada paciente.
- Recomendações sobre sinais de alerta e fatores de risco para doenças crônicas sofridas pelos participantes do estudo.

Da mesma forma, o instrumento competência do cuidar foi aplicado após o primeiro mês pós-intervenção.

Variáveis

O principal resultado foi a competência para o cuidado de pacientes com condição crônica e seus cuidadores familiares; outro desfecho primário foi a adesão do paciente ao tratamento.

As variáveis envolvidas no estudo foram: variáveis sociodemográficas (sexo, idade, procedência, situação conjugal, religião, ocupação, *status* socioeconômico), tempo que o paciente possui condição crônica cardiovascular, estimativa de sobrecarga para sua família, tempo que o cuidador tem cuidado de seu familiar, percepção de sobrecarga do cuidador para determinar se tinha ou não sobrecarga de cuidado e a variável adesão terapêutica do paciente ao tratamento.

Instrumentos para coletar informações

Foram aplicados para coletar informações os seguintes instrumentos:

O primeiro foi criado pelo Grupo de Assistência de Enfermagem a Pacientes Crônicos da Universidade Nacional da Colômbia (GCPC-UN), *Encuesta para la caracterización de la díada paciente (GCPC-UN-P[®]) y su cuidador (GCPC-UN-C[®]) con enfermedad crónica*⁽¹³⁾, que aborda aspectos do perfil sociodemográfico do

paciente e cuidador, aspectos da doença crônica, seus cuidados e nível de sobrecarga percebida⁽¹³⁾. A variável nível socioeconômico é medida como uma variável proxy do *status* socioeconômico declarado pelos participantes do instrumento anterior, esta é uma classificação das moradias ou propriedades, é uma aproximação à diferença socioeconômica hierárquica e conforme o Departamento Nacional de Estatística na Colômbia são classificados assim: 1) Baixo-baixo, 2) Baixo, 3) Médio-baixo, 4) Médio, 5) Médio-alto e 6) Alto.

O instrumento *CUIDAR* versão longa, tanto para o paciente quanto para o cuidador, também foi desenvolvido pelo GCPC-UN, com o objetivo de determinar a competência para o cuidado da díade paciente-cuidador. Esta ferramenta possui seis dimensões derivadas do acrônimo cuidar em espanhol: conhecimento (9 itens), singularidade: condições pessoais (13 itens), instrumentalidade e processual (8 itens), Desfrutar: bem-estar (12 itens), antecipação: previsão (6 itens) e relação social e interação (12 itens). Totalizam 60 itens medidos com uma escala do tipo Likert e com pontuação de 0 a 3, onde 0 é nunca ou quase nunca, 1 raramente, 2 frequentemente e 3 quase sempre ou sempre. A pontuação total do questionário é a somatória da pontuação de cada item. Quanto maior a pontuação total, melhor o cuidado⁽¹⁴⁾.

Finalmente, foi utilizado o questionário de adesão ao tratamento em pacientes com hipertensão arterial, que foi traduzido e validado para a Colômbia⁽⁹⁾. Essa escala possui seis dimensões: medicamentos, dieta, controle de estimulantes, exercícios, controle de peso e gerenciamento de estresse; incluindo um total de 28 itens que são medidos com uma escala tipo Likert com pontuação de 1 a 4, onde 1 corresponde a nunca, 2 às vezes, 3 quase sempre e 4 o tempo todo. A pontuação total é a somatória dos itens, quanto maior a pontuação melhor a adesão ao tratamento, a faixa fica entre 29 e 112 pontos. O ponto de corte é 84, pontuações mais altas são classificadas como boa adesão e pontuações mais baixas como não adesão⁽⁹⁾. Este instrumento foi utilizado, embora nem todos os participantes sofressem de hipertensão, pois avalia as principais e gerais indicações para adesão em pacientes com condições cardiovasculares.

Randomização

A randomização foi realizada em blocos sem reposição por meio do *software* www.randomization.com. A sequência de randomização foi conduzida por pessoa externa à pesquisa. Logo que o participante atendia aos critérios de seleção e aceitava participar, o auxiliar de pesquisa entrava em contato com o administrador da lista, informava o nome,

a idade e o sexo do participante, e este indicava o grupo em que o participante deveria ser alocado.

Coleta de dados e mascaramento

O recrutamento, a intervenção e o acompanhamento dos participantes foram realizados durante o período de janeiro a setembro de 2022. A coleta de informação foi realizada por cinco auxiliares de investigação, sendo três estudantes do último ano do curso de enfermagem e dois profissionais de enfermagem.

O recrutamento das díades paciente-cuidador e a medição basal foram realizados nos serviços de internação de medicina interna e urgência. Foram verificados os critérios de inclusão, realizado o processo de consentimento informado da díade paciente-cuidador, aplicados os instrumentos de avaliação e cada díade foi aleatoriamente designada ao grupo intervenção ou grupo controle. O grupo de pesquisadores não tinha nenhuma relação prévia com os participantes. A medição basal e a final foram realizadas de forma independente e mascaradas por pessoal diferente daquele que realizou as atividades no grupo controle ou intervenção e que desconhecia essa condição.

Análise dos dados

Foi utilizada a ferramenta *EpiData Software* para dupla digitação e validação das informações dos instrumentos aplicados. O *software Stata 14.0* foi utilizado para análise. Na análise univariada foram calculadas proporções para as variáveis qualitativas, utilizou-se o teste de Shapiro-Wilk para avaliação da normalidade das variáveis quantitativas, foram calculadas médias e desvios-padrão para as variáveis com distribuição normal e mediana e intervalo interquartil para as variáveis com distribuição não normal. Para a análise bivariada, as diferenças de médias e desvios-padrão entre os escores final e inicial dos instrumentos aplicados em cada grupo e o valor p foram calculados por meio do teste t de Student pareado. Em seguida, foram calculadas as médias das diferenças entre os deltas do grupo intervenção e do grupo controle, com intervalo de confiança de 95% e valor p com o teste de Análise de Variância (ANOVA). Posteriormente, essas diferenças foram ajustadas para o escore inicial da variável por meio do teste de Análise de Covariância (ANCOVA). A análise foi realizada por intenção de tratar, para isso, foram mantidos os valores basais nas variáveis com dados faltantes no acompanhamento dos falecidos e perdidos tanto no grupo controle quanto no grupo intervenção. Além disso, a análise dos dados foi realizada de forma cega, atribuindo um número à variável do grupo.

Validade e confiabilidade

Em relação aos valores psicométricos dos instrumentos, o instrumento CUIDAR versão longa, tanto para o paciente quanto para o cuidador, possui validade de face, validade de construto, confiabilidade e alfa de Cronbach de 0,96 na Colômbia⁽¹⁴⁾. No presente estudo, o alfa de Cronbach foi de 0,95 para pacientes e 0,93 para cuidadores.

O questionário de adesão ao tratamento em pacientes com hipertensão arterial possui validade de construto e confiabilidade, alfa de Cronbach de 0,74 para a Colômbia⁽⁹⁾. Neste estudo o alfa de Cronbach foi de 0,89. A escala de sobrecarga de cuidadores de Zarit apresenta reprodutibilidade interobservador, devido ao coeficiente de correlação intraclassa de 0,81 e alfa de Cronbach de 0,84⁽¹⁵⁾. Neste estudo o alfa de Cronbach foi de 0,87. Todos os valores calculados no presente estudo foram pré-intervenção.

Aspectos éticos

O estudo foi realizado conforme a Resolução n.º 8.430 de 1993 da Colômbia, que estabelece normas científicas, técnicas e administrativas para a pesquisa em saúde e foi aprovado pelo comitê de bioética da Universidade de Santander. Todos os participantes, tanto os pacientes quanto seus cuidadores assinaram

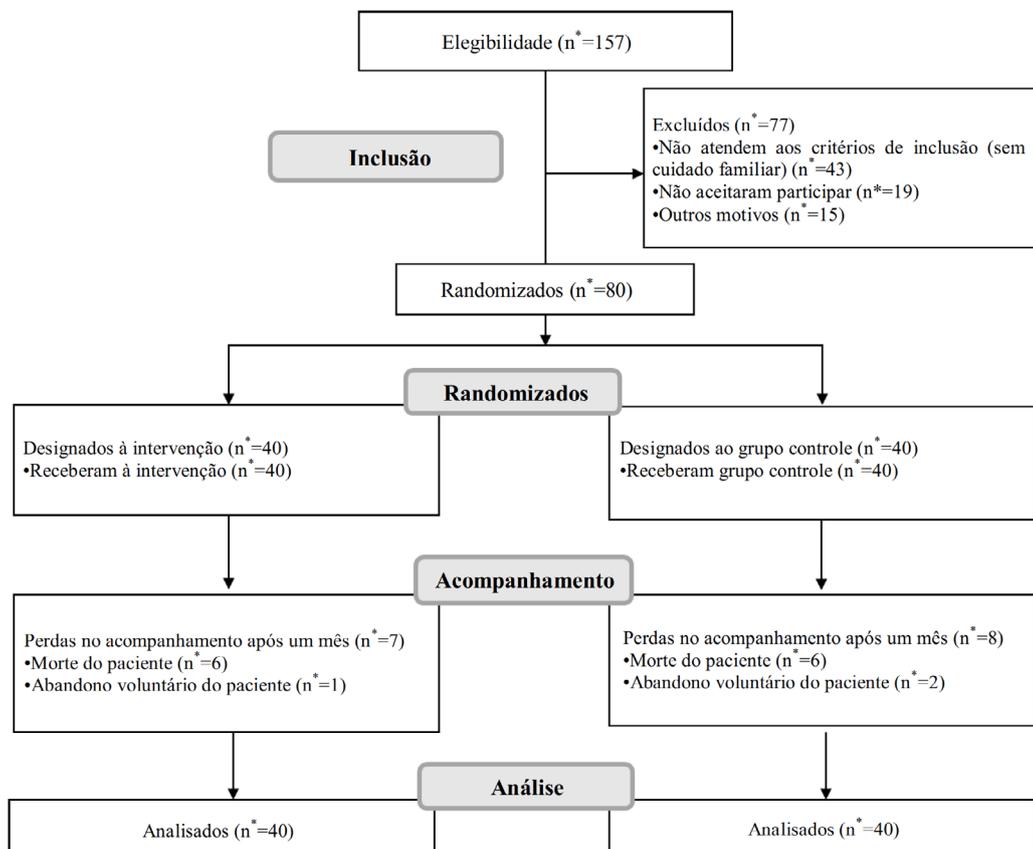
o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As informações foram tratadas de forma confidencial e a privacidade dos participantes do estudo foi respeitada. Os participantes foram identificados por meio de códigos nos instrumentos e no banco de dados para o processo de anonimização, somente os pesquisadores terão acesso às informações e os registros serão mantidos por cinco anos. Nenhum dano foi relatado nesta investigação.

Resultados

O relatório foi realizado seguindo as recomendações dos Padrões Consolidados de Ensaio de Relatórios para boas práticas clínicas (*Consolidated Standards of Reporting Trials*, CONSORT) para relato de ensaios clínicos.

A Figura 1 apresenta o fluxograma do ensaio clínico randomizado. Totalizaram 80 díades paciente-cuidador familiar, 40 díades foram designadas ao grupo controle e 40 díades foram designadas aleatoriamente ao grupo intervenção.

Durante o desenvolvimento do estudo houve perda de 15 díades, 12 por óbito do paciente, 6 díades pertenciam ao grupo controle e 6 díades ao grupo intervenção, e 3 díades decidiram retirar-se voluntariamente do estudo, uma díade pertencia ao grupo intervenção e duas díades ao grupo controle. Portanto, só foi possível acompanhar no primeiro mês 65 díades.



*n = Número de díades

Figura 1 - Fluxograma do resultado da seleção das díades paciente-cuidador

A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas dos pacientes e cuidadores familiares, tanto no grupo intervenção quanto no grupo controle. Apesar de haver diferenças entre as categorias de respostas de algumas variáveis,

os valores de p foram maiores ou iguais a 0,05 para as variáveis sociodemográficas: sexo, idade, procedência, maior escolaridade, situação conjugal, ocupação, nível socioeconômico e religião, ou seja, o grupo controle e o grupo intervenção eram homogêneos.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica das díades paciente-cuidador do grupo controle e intervenção. Bucaramanga, Colômbia, 2022

Variável	Paciente		p [†]	Cuidador		p [†]
	Controle	Intervenção		Controle	Intervenção	
	n* (%)	n* (%)		n* (%)	n* (%)	
Gênero			1,00			0,39
Masculino	19 (47,50%)	19 (47,50%)		6 (15,00%)	9 (22,50%)	
Feminino	21 (52,50%)	21 (52,50%)		34 (85,00%)	31 (77,50%)	
Idade, média	71 (10)	68 (14)	0,18 [‡]	46 (11)	49 (15)	0,48 [‡]
Procedência			0,17			0,28
Santander	27 (67,50%)	31 (77,50%)		28 (70,00%)	31 (77,50%)	
Outra	13 (32,50%)	9 (22,50%)		12 (30,00%)	9 (22,50%)	
Escolaridade			0,10			0,47
Nenhuma	12 (30,00%)	5 (12,50%)		1 (2,50%)	0 (0,00%)	
Ensino Fundamental	6 (15,00%)	12 (30,00%)		12 (30,00%)	8 (20,00%)	
Ensino Fundamental Incompleto	6 (15,00%)	7 (17,50%)		1 (2,50%)	1 (2,50%)	
Ensino Médio	4 (10,00%)	7 (17,50%)		11 (27,50%)	21 (52,50%)	
Ensino Médio Incompleto	5 (12,50%)	2 (5,00%)		4 (10,00%)	2 (5,00%)	
Técnico	0 (0,00%)	3 (7,50%)		6 (15,00%)	3 (7,50%)	
Universitário	5 (12,50%)	4 (10,00%)		4 (10,00%)	4 (10,00%)	
Pós-graduação	2 (5,00%)	0 (0,00%)		1 (2,50%)	1 (2,50%)	
Residência			0,07			0,04
Rural	9 (22,50%)	1 (2,50%)		8 (20,00%)	2 (5,00%)	
Urbana	31 (77,50%)	39 (97,50%)		32 (80,00%)	38 (95,00%)	
Situação conjugal			0,11			1,00
Com parceiro	21 (52,50%)	14 (35,00%)		14 (35,00%)	14 (35,00%)	
Sem parceiro	19 (47,50%)	26 (65,00%)		26 (65,00%)	26 (65,00%)	
Ocupação			0,72			0,58
Lar	26 (65,00%)	26 (65,00%)		18 (46,15%)	16 (40,00%)	
Funcionário	2 (5,00%)	1 (2,50%)		5 (12,82%)	2 (5,00%)	
Independente	7 (17,50%)	5 (12,50%)		11 (28,21%)	13 (32,50%)	
Outro	5 (12,50%)	8 (20,00%)		5 (12,82%)	9 (22,50%)	
Nível socioeconômico			0,05			0,16
Baixo	22 (55,00%)	10 (25,00%)		18 (45,00%)	9 (22,50%)	
Baixo-médio	10 (25,00%)	15 (37,50%)		12 (30,00%)	15 (37,50%)	
Médio	5 (12,50%)	10 (25,00%)		7 (17,50%)	11 (27,50%)	
Médio-alto	2 (5,00%)	5 (12,50%)		2 (5,00%)	5 (12,50%)	
Outros	1 (2,50%)	0 (0,00%)		1 (2,50%)	0 (0,00%)	
Religião			0,26			0,10
Católica	33 (82,50%)	37 (92,50%)		32 (80,00%)	35 (87,50%)	
Cristã	4 (10,00%)	1 (2,50%)		6 (15,00%)	0 (0,00%)	
Ateu	3 (7,50%)	1 (2,50%)		0 (0,00%)	1 (2,50%)	
Outras	0 (0,00%)	1 (2,50%)		2 (5,00%)	4 (10,00%)	

*n = Número de pessoas; †p = Valor p obtido pelo teste qui-quadrado; ‡p = Valor p obtido pelo teste t de Student

A Tabela 2 descreve as características da doença e do cuidado familiar, evidenciando que a maioria dos participantes possui hipertensão e diabetes mellitus.

Em relação à sobrecarga do cuidador, no grupo intervenção há maior proporção de cuidadores com sobrecarga intensa (20%) do que no grupo controle (2,5%), valor $p=0,04$.

Tabela 2 - Aspectos da saúde e do cuidado da díade paciente-cuidador do grupo controle e intervenção. Bucaramanga, Colômbia, 2022

Variável	Controle	Intervenção	p [†]
	n*=40	n*=40	
Hipertensão			0,07
Não	6 (15,00%)	13 (32,50%)	
Sim	34 (85,00%)	27 (67,50%)	
Diabetes mellitus tipo II			0,37
Não	25 (62,50%)	21 (52,50%)	
Sim	15 (37,50%)	19 (47,50%)	
Hipertensão e diabetes			0,79
Não	30 (75,00%)	31 (77,50%)	
Sim	10 (25,00%)	9 (22,50%)	
Tempo com doença crônica, média (DP) [§]	115 (102)	149 (134)	0,20 [‡]
Número de medicamentos, média (DP) [§]	4 (2)	4 (2)	0,75 [‡]
Tempo como cuidador em meses, média (DP) [§]	49 (46)	58 (72)	0,52 [‡]
Horas diárias de cuidado ao familiar, média (DP) [§]	9 (7)	10 (8)	0,64 [‡]
O cuidador é:			0,07
Cônjuge	8 (20,00%)	16 (40,00%)	
Mãe/Pai	0 (0,00%)	1 (2,50%)	
Filho/a	23 (57,50%)	21 (52,50%)	
Outro	9 (22,50%)	2 (5,00%)	
Sobrecarga do cuidado			0,04
Ausência	31 (77,50%)	23 (57,50%)	
Leve	8 (20,00%)	9 (22,50%)	
Intensa	1 (2,50%)	8 (20,00%)	

*n = Número de pessoas; †p = Valor p obtido pelo teste do qui-quadrado; ‡p = Valor p obtido pelo teste t de Student; §DP = Desvio-padrão

A Tabela 3 mostra a competência para o cuidado da díade paciente-cuidador no grupo controle e intervenção, antes e depois da intervenção, e o delta entre esses valores, observou-se tanto no grupo controle quanto no grupo intervenção aumento na pontuação do paciente e do cuidador familiar nas dimensões singularidade, instrumentalidade, desfrutar, antecipação e relação; além disso, o escore total de competência aumentou em ambos os grupos, valores de $p<0,05$. Também, aumentou o conhecimento do paciente e cuidador no grupo intervenção, valores de $p<0,001$.

Da mesma forma, em relação à adesão dos pacientes ao tratamento, a Tabela 3 também apresenta as médias e

desvios-padrão dos escores pré e pós-intervenção por fatores de adesão e totais entre os grupos, bem como seus deltas. Observou-se aumento nos escores pós-intervenção em relação aos valores pré-intervenção nos fatores medicamentos, dieta, controle de estimulantes, controle de peso, gerenciamento de estresse e adesão total, tanto no grupo controle quanto no grupo intervenção, valores de $p<0,05$.

Finalmente, na Tabela 4, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os deltas dos grupos controle e intervenção no escore global de competência para o cuidado ou por dimensões, tanto do paciente quanto do cuidador, e na adesão ao tratamento, nas diferenças brutas, bem como nas ajustadas.

Tabela 3 - Efeito da intervenção do Plano Transicional de Alta Hospitalar na competência para o cuidado da díade paciente-cuidador e na adesão do paciente ao tratamento, no grupo controle e no grupo intervenção. Bucaramanga, Colômbia, 2022

Fator	Grupo controle				Grupo intervenção			
	Média				Média			
	(Desvio-padrão)				(Desvio-padrão)			
Paciente	Pré*	Pós†	Delta	p‡	Pré*	Pós†	Delta	p‡
Conhecimento	17,00 (5,80)	23,35 (8,12)	6,35 (7,65)	<0,001	18,45 (6,42)	23,92 (8,44)	5,47 (6,60)	<0,001
Unicidade	24,17 (5,39)	29,95 (7,34)	5,78 (8,27)	<0,001	22,85 (5,18)	29,00 (9,06)	6,15 (9,38)	<0,001
Instrumentalidade	14,23 (5,23)	16,52 (6,93)	2,30 (6,26)	0,03	15,25 (3,80)	18,20 (6,63)	2,95 (5,81)	0,003
Desfrutar	22,02 (5,06)	26,75 (8,02)	4,72 (6,43)	<0,001	22,55 (4,53)	27,05 (7,50)	4,50 (6,81)	<0,001
Antecipação	9,45 (3,40)	13,75 (4,87)	4,30 (4,42)	<0,001	9,90 (4,00)	13,45 (5,69)	3,55 (5,02)	<0,001
Relação	29,48 (5,83)	34,40 (3,28)	4,93 (6,61)	<0,001	29,05 (5,11)	33,20 (4,69)	4,15 (5,71)	<0,001
Total	116,35 (23,27)	144,73 (35,89)	28,38 (32,69)	<0,001	118,05 (22,86)	144,82 (38,71)	26,77 (32,61)	<0,001
Medicamentos	3,41 (0,49)	3,61 (0,55)	0,20 (0,43)	0,006	3,55 (0,48)	3,78 (0,38)	0,23 (0,50)	0,005
Dieta	2,89 (0,56)	3,37 (0,55)	0,47 (0,80)	<0,001	2,91 (0,49)	3,38 (0,58)	0,47 (0,64)	<0,001
Controle de estimulantes	3,07 (0,80)	3,61 (0,48)	0,54 (0,86)	<0,001	3,23 (0,74)	3,46 (0,49)	0,23 (0,74)	0,06
Exercícios	1,99 (1,01)	2,05 (1,01)	0,06 (1,13)	0,73	1,80 (0,81)	1,95 (0,75)	0,15 (0,87)	0,28
Controle de peso	2,75 (0,88)	3,35 (0,79)	0,60 (1,10)	<0,001	2,78 (0,69)	3,46 (0,76)	0,69 (0,99)	<0,001
Gerenciamento de estresse	2,47 (0,84)	3,42 (0,91)	0,94 (0,95)	<0,001	2,50 (0,54)	3,52 (0,76)	1,02 (0,87)	<0,001
Adesão	78,82 (11,23)	90,10 (14,93)	11,27 (16,29)	<0,001	80,68 (11,47)	91,57 (11,77)	10,90 (14,79)	<0,001
Cuidador	Pré*	Pós†	Delta	p‡	Pré*	Pós†	Delta	p‡
Conhecimento	19,83 (4,65)	27,70 (4,94)	7,88 (5,83)	0,3	21,35 (5,31)	29,00 (2,87)	7,65 (5,97)	<0,001
Unicidade	26,48 (5,15)	34,42 (4,06)	7,95 (5,96)	<0,001	25,13 (5,28)	34,50 (3,48)	9,38 (6,53)	<0,001
Instrumentalidade	17,38 (3,93)	22,67 (3,21)	5,30 (4,41)	<0,001	18,50 (3,93)	23,10 (2,78)	4,60 (4,02)	<0,001
Desfrutar	26,58 (5,09)	33,15 (4,14)	6,57 (6,13)	<0,001	24,00 (4,56)	32,20 (5,99)	8,20 (6,47)	<0,001
Antecipação	12,00 (2,94)	16,67 (3,16)	4,68 (3,29)	<0,001	12,23 (3,44)	17,08 (2,82)	4,85 (3,61)	<0,001
Relação	30,50 (5,14)	35,08 (2,62)	4,57 (5,32)	<0,001	30,25 (5,57)	35,03 (3,39)	4,78 (5,39)	<0,001
Total	132,75 (18,52)	169,70 (19,53)	36,95 (25,22)	<0,001	131,45 (19,97)	170,90 (18,72)	39,45 (25,52)	<0,001

*Pré = Pré-intervenção; †Pós = Pós-intervenção; ‡p = Valor p obtido pelo teste t de Student pareada

Tabela 4 - Diferença bruta e ajustada nos deltas dos escores de competência para o cuidado e adesão entre o grupo intervenção e o grupo controle. Bucaramanga, Colômbia, 2022

Variável	Grupo controle		Grupo intervenção		Diferença entre deltas			Diferença ajustada		
	n*=40		n*=40							
	Delta	IC95%†	Delta	IC95%†	Média	IC95%†	p‡	Média	IC95%†	p§
Adesão	11,27	6,07 16,48	10,9	6,17 15,63	-0,38	-7,3 6,55	0,91	0,99	-4,9 6,89	0,74
Competência para o cuidado do paciente	28,38	17,92 38,83	26,78	16,34 37,2	-1,6	-16,1 12,93	0,83	-1,27	-15,7 13,23	0,86
Competência para o cuidado do cuidador	36,95	28,88 45,02	39,45	31,29 47,61	2,5	-8,79 13,79	0,66	1,36	-7,15 9,87	0,75

*n = Número de díades paciente-cuidador; †IC95% = Intervalo de confiança; ‡p = Valor p obtido pela ANOVA; §p = Valor p obtido pela ANCOVA

Discussão

Este estudo avaliou a efetividade de um programa transicional na alta hospitalar comparada aos cuidados habituais na adesão terapêutica e competência para o cuidado na díade do paciente com condição cardiovascular crônica e do cuidador familiar. Os resultados mais relevantes do presente estudo são o aumento da pontuação nas dimensões e do escore global da competência para o cuidado tanto nos pacientes quanto nos cuidadores familiares pós-intervenção. No entanto, esta diferença entre os grupos controle e intervenção não foi estatisticamente significativa. Da mesma forma, os escores dos fatores e a adesão do paciente ao tratamento aumentaram pós-intervenção, porém, não houve diferenças na comparação entre os grupos controle e intervenção.

Por outro lado, os resultados obtidos na caracterização sociodemográfica são semelhantes aos encontrados em outros estudos. Quanto ao gênero, em estudo realizado no *Instituto Nacional de Cancerología* de Bogotá, Colômbia, a amostra tanto de pacientes (59,3%) quanto de cuidadores (73,8%), no grupo controle e no grupo intervenção, foi composta em sua maioria por mulheres⁽¹⁶⁾. Outro estudo realizado em cinco regiões da Colômbia determinou que, tanto no grupo de pacientes quanto no grupo de cuidadores, a maioria era de mulheres⁽¹⁷⁾. Semelhante ao encontrado em outro estudo realizado em duas instituições de saúde de Pasto, Colômbia, em que 71% dos cuidadores familiares pertenciam ao gênero feminino⁽¹⁸⁾. Isto pode ser devido às expectativas dos papéis masculinos e femininos, em que a mulher assume o papel de cuidadora, pois tende a estar maioritariamente comprometida com o bem-estar e a qualidade de vida da pessoa cuidada⁽¹³⁾.

Além disso, observa-se que o nível máximo de escolaridade alcançado pelos participantes é baixo, uma vez que a maioria não possui nenhum tipo de estudo concluído ou talvez ensino fundamental completo. Aliás, a maioria dos participantes são de baixos recursos econômicos, prevalecem os estratos socioeconômicos 1 e 2, dedicam-se aos trabalhos domésticos e praticam a religião católica. Isto é semelhante ao encontrado em outros estudos^(11,18-20), o que implica que o baixo nível de escolaridade e de recursos econômicos gera a necessidade de fornecer apoio educacional e social às pessoas para o manejo das doenças crônicas, adaptado para suas necessidades e conhecimentos, ou seja, com abordagem personalizada, para alcançar melhor gerenciamento de sua condição crônica e maior adesão⁽¹⁶⁾.

Quanto à competência para o cuidado, após a intervenção educativa aplicada, no presente estudo

observou-se aumento nas dimensões: conhecimento, singularidade, instrumentalidade, desfrutar, antecipação, relação e no escore global; conforme o esperado, pois a intervenção utilizada no estudo inclui temas como importância da adesão ao tratamento, educação sobre estilos de vida saudáveis, como alimentação e atividade física, e sinais de alerta. Não foram encontrados estudos semelhantes a este, isso dificulta a comparação com achados anteriores e sua discussão, além de mostrar a relevância e novidade deste estudo ao avaliar o plano transicional de alta hospitalar na competência para o cuidado e adesão do paciente. Portanto, foi realizado um contraste entre este estudo e outros com população-alvo e intervenção semelhantes, e foram encontradas semelhanças no efeito das intervenções educativas na alta hospitalar.

Assim, em Taiwan, foi avaliada a eficácia de um programa de planejamento de alta para idosos com AVC e seus cuidadores familiares (158 díades; 86 no grupo controle e 72 no grupo intervenção). O programa incluiu educação em saúde para pacientes internados e serviços de referência, acompanhamento por telefone no pós-alta e visitas domiciliares; além disso, seis enfermeiras pesquisadoras foram responsáveis pela implementação do programa, que foi concebido para atender as necessidades de alta dos cuidadores, melhorar o equilíbrio entre as necessidades de competência dos cuidadores e melhorar a preparação dos cuidadores antes da alta. Os cuidadores do grupo experimental tiveram avaliação de enfermagem e autoavaliação de preparação significativamente melhores após a intervenção em comparação com a medição inicial. Além disso, esses resultados foram significativamente melhores no grupo intervenção do que no grupo controle após a implementação do programa⁽²¹⁾.

Na Austrália, foi avaliada a implementação de um programa de apoio pós-alta imediato, sistemático e específico, baseado em evidências, para cuidadores familiares de idosos hospitalizados com doenças agudas (141 díades; 62 no grupo intervenção e 79 no grupo controle) a fim de que os cuidadores se sentissem preparados para prestar cuidados no domicílio. O programa foi ministrado por uma enfermeira, que conduziu o treinamento por telefone e incluiu os seguintes aspectos: ajuda para facilitar a compreensão da carta de alta do paciente, avaliação das necessidades de apoio do cuidador, priorização dos cuidadores das necessidades urgentes, e orientação colaborativa da enfermeira em relação ao acesso à ajuda. Em comparação com os controles, a prontidão para o cuidado melhorou no grupo intervenção do Tempo 1 (4 dias após a alta), para o Tempo 2 (15 a 21 dias após a alta) e do Tempo 3 (6 semanas após a alta). Estas melhorias corresponderam a uma

alteração de aproximadamente 2 pontos no instrumento preparação para o cuidado⁽²²⁻²³⁾.

Da mesma forma, em Hong Kong, foi avaliada a eficácia de um programa psicoeducacional orientado para a fortaleza na competência para o cuidado, habilidades de enfrentamento para a resolução de problemas, sintomas depressivos do cuidador, carga e recursos de cuidado da saúde física em sobreviventes de AVC, em 128 díades paciente-cuidador (64 no grupo controle e 64 no grupo intervenção). Os cuidadores familiares do grupo intervenção receberam um programa psicoeducacional ministrado por uma enfermeira com experiência em condições de saúde psiquiátricas e gerais. O programa é composto por: (a) experiência afetiva, que orienta os cuidadores para uma resposta emocional positiva ao estresse diário, (b) regulação comportamental, que modifica habilidades e hábitos de cuidado para promover a saúde dos cuidadores e (c) o domínio cognitivo, que reformula a percepção dos problemas e fortalece as habilidades e capacidades de resolução de problemas. O grupo intervenção demonstrou melhorias significativamente maiores ao longo do estudo em termos de competência de cuidado, habilidades de enfrentamento para resolução de problemas e satisfação com o apoio social⁽²⁴⁾.

Em nível nacional, os resultados são semelhantes aos de outro estudo para conhecer o efeito de uma intervenção educativa para cuidadores familiares de pessoas com câncer submetidas a cirurgia, que apresentou alterações significativas na categoria conhecimento no grupo intervenção⁽¹⁶⁾.

Conforme apontado por outro estudo realizado em Pasto, no qual foi avaliado o impacto da intervenção pedagógica na competência para o cuidado, confirma-se que é necessário gerar intervenções educativas e integrais que contribuam para aumentar o nível educacional da díade paciente-cuidador com relação à doença, para fortalecer seus conhecimentos, promover mudanças de comportamento e melhorar suas habilidades de cuidado⁽¹⁸⁾; visto que tem sido observado baixo nível de conhecimento em pessoas com doenças crônicas⁽¹⁹⁾.

Por outro lado, outras categorias que melhoraram nos cuidadores do grupo intervenção foram singularidade e desfrutar. A singularidade refere-se às ferramentas e habilidades que as pessoas possuem para lidar com os problemas⁽⁶⁾, semelhante ao encontrado em outros dois estudos nos quais os cuidadores obtiveram pontuação elevada nesta categoria^(19,25). O desfrutar indica o grau de bem-estar da pessoa e a percepção que ela tem de sua qualidade de vida⁽⁶⁾. Em outros estudos, essa categoria costuma obter pontuação baixa, devido a dois aspectos principais: não perceberem satisfação pessoal ao desempenharem o papel de cuidadores e que o

elevado número de horas que dedicam ao cuidado não permite o desenvolvimento de seu plano de vida e a realização de seus projetos pessoais, o que evidencia a sobrecarga dos cuidadores^(19,25).

Finalmente, a categoria antecipação, que faz referência às noções e ideias para antecipar as necessidades e problemas que podem surgir para a díade paciente-cuidador familiar⁽⁶⁾, foi observada favoravelmente em dois estudos^(19,25), o que indica que os cuidadores estão cientes do que a pessoa que recebe o cuidado pode necessitar no seu presente e futuro. Poder-se-ia considerar se isto se aplica aos próprios cuidadores, pois este seria um aspecto fundamental a considerar no autocuidado, a fim de prevenir ou reduzir a sua sobrecarga.

Por outro lado, não foram obtidas diferenças estatisticamente significativas em termos de adesão terapêutica comparada entre o grupo controle e o grupo intervenção no presente estudo, diferindo de um estudo quase experimental desenvolvido na Colômbia, cujo objetivo foi determinar a eficácia de uma intervenção de enfermagem para melhorar a adesão terapêutica em pacientes com hipertensão. No estudo foi observada melhora na adesão no grupo experimental graças à intervenção adaptada "*Desplegando mis recursos personales*", ou seja, foi demonstrada a eficácia de uma intervenção psicossocial para melhorar a adesão terapêutica no grupo experimental que obteve 86,6% versus 11,4% do grupo controle⁽⁸⁾. Isso mostra que é necessário implantar diferentes tipos de intervenções que abordem a adesão que uma pessoa pode ter ao tratamento sob diferentes ângulos. Uma vez que não envolve apenas a realização de tratamento farmacológico, mas também deve-se levar em consideração o conhecimento do paciente, suas necessidades, desejos e acesso a serviços de saúde que possam melhorar sua qualidade de vida.

Além do mais, nas implicações práticas deste estudo, identifica-se a necessidade predominante de garantir uma transição adequada dos cuidados do ambiente clínico para o ambiente comunitário da pessoa com condição crônica e do seu cuidador familiar. Posto que é um momento de maior risco⁽¹⁷⁾ e, ao mesmo tempo, uma grande oportunidade para fortalecer os conhecimentos, competências, comportamentos e atitudes essenciais para aumentar a qualidade de vida e o bem-estar da díade. É aqui que a determinação da competência para o cuidado da díade paciente-cuidador torna-se útil para orientar programas e intervenções integrais, uma vez que o enfermeiro desempenha um papel importante na criação e implementação dos mesmos, pois faz parte da rede de apoio ao paciente crônico e seu cuidador⁽²⁰⁾.

Como pontos fortes do estudo, destaca-se que este é um dos poucos estudos que avaliou o impacto de um

programa transicional na alta hospitalar na competência para o cuidado na díade paciente-cuidador com condição crônica em um país de renda média-baixa. Há também a utilização de instrumentos validados como a escala de cuidado e a escala de sobrecarga do cuidador; além disso, as características basais tanto do grupo intervenção quanto do grupo controle não apresentaram diferenças estatisticamente significativas, ou seja, os grupos são comparáveis devido à randomização, buscando assim reduzir o viés de informação e de seleção, respectivamente. Evitou-se a contaminação da amostra, visto que os pacientes randomizados para um grupo não compartilhavam informações nem interagiam com o outro, além disso, a educação da díade paciente-cuidador era realizada de forma personalizada no cubículo, ou sala pessoal, ou em sala reservada na instituição de saúde. Foi realizado também duplo mascaramento, do avaliador e do analisador dos dados.

Por outro lado, as limitações do estudo foram o tamanho da amostra e a perda de seguimento após um mês de algumas das díades, devido a dois fatores importantes: à morte do paciente e porque algumas díades residem em áreas remotas de Santander, o que dificultou a comunicação e o acompanhamento telefônico, devido às múltiplas tarefas que os cuidadores devem realizar principalmente e também pela dificuldade de acesso ao sinal telefônico e aos dados que alguns dos participantes tinham em determinadas áreas. Porém, as perdas foram semelhantes nos dois grupos (p valor 0,78) e foi realizada análise de intenção de tratar, assumindo que as díades perdidas não apresentavam alterações nas variáveis no seguimento.

Além disso, na medição basal houve diferenças estatisticamente significativas no nível de sobrecarga percebida dos cuidadores familiares no grupo controle e intervenção; a sobrecarga intensa foi maior no grupo intervenção, o que pode ter influenciado no fato de não terem sido encontradas diferenças entre os grupos intervenção e controle. Além disso, não foi possível mascarar os participantes do estudo devido à natureza da intervenção.

Embora os participantes do estudo, em sua maioria, utilizem celulares e aplicativos de mensagens instantâneas como o *WhatsApp*, por exemplo, isso não garante que a intervenção educativa ministrada por telefone atenda ao seu objetivo devido a outros possíveis fatores que podem influenciar na aquisição e transferência de conhecimento.

Outro aspecto que poderia influenciar a ausência de diferenças entre os grupos poderia ser o fato de o grupo controle ter recebido educação básica sobre adesão e cuidados de transição na instituição com o auxílio de um folheto, o que poderia ser semelhante à intervenção principal do plano transicional e subestimar o efeito, dado que em

ambos os grupos foram observados deltas pós-intervenção significativos tanto em pacientes quanto em cuidadores.

Conclusão

O programa transicional para a alta hospitalar permitiu aumentar a competência do cuidado tanto do paciente como do cuidador e a adesão do paciente ao tratamento terapêutico, pois obteve valores pós-intervenção significativos comparativamente à pré-intervenção. Porém, ao comparar esses efeitos com os obtidos no grupo controle, não foram evidentes diferenças entre os grupos, esse achado possivelmente se deve ao fato de o grupo controle ter recebido da instituição o plano de transição habitual e o auxílio de um folheto educativo básico do grupo de pesquisadores, segundo o pedido da comissão de ética, o que poderia ter tornado essa intervenção semelhante à intervenção principal do plano transicional e subestimado ou diluído o seu efeito.

Por tanto, as atividades realizadas no âmbito do Plano Transicional de Alta Hospitalar do paciente com doença cardiovascular crônica e do seu cuidador familiar que visam melhorar a adesão, o estilo de vida e o acompanhamento das indicações executadas na instituição de saúde permitem aumentar a pontuação de competência para o cuidado tanto do paciente quanto do cuidador familiar, pois constituem uma ferramenta para educar, apoiar e orientar o cuidado domiciliar a fim de evitar ou reduzir complicações e melhorar o bem-estar do paciente e do cuidador familiar. Da mesma forma, é útil que a instituição de saúde tenha uma estratégia padronizada para prestar o cuidado e facilitar o processo de alta hospitalar com o auxílio de materiais educativos e recomendações voltadas ao controle da doença e à manutenção da saúde, o que pode aumentar a qualidade do atendimento. Sugere-se para pesquisas futuras complementar o plano de transição com atividades que visem melhorar a adesão terapêutica e fornecer outras alternativas além do acompanhamento telefônico, como, por exemplo, consulta de enfermagem ou atendimento domiciliar, suporte de tecnologias da informação, aumento do tamanho da amostra, fazer uma diferenciação clara das atividades do grupo intervenção e do grupo controle e, finalmente, um período de acompanhamento mais longo para determinar a sustentabilidade do efeito da intervenção ao longo do tempo.

Referências

1. Toscan J, Mairs K, Hinton S, Stolee P. Integrated transitional care: Patient, informal caregiver and health care provider perspectives on care transitions for older

- persons with hip fracture. *Int J Integr Care*. 2012;12:e13. <https://doi.org/10.5334/ijic.797>
2. Joo JY, Liu MF. The Experience of Chronic Illness Transitional Care: A Qualitative Systematic Review. *Clin Nurs Res*. 2022;31(2):163-73. <https://doi.org/10.1177/10547738211056166>
 3. Allen J, Hutchinson AM, Brown R, Livingston PM. Quality care outcomes following transitional care interventions for older people from hospital to home: A systematic review. *BMC Health Serv Res* 2014;14(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-346>
 4. Sánchez B, Carrillo GM, Barrera L. Transition and discharge hospital planning and its effect in health care: an integrated review. *Rev U.D.C.A Act Div Cient*. 2014;17(1):13-23. <https://doi.org/10.31910/rudca.v17.n1.2014.936>
 5. De Maria M, Vellone E, Ausili D, Alvaro R, Di Mauro S, Piredda M, et al. Self-care of patient and caregiver DyAds in multiple chronic conditions: A LongITudinal study (SODALITY) protocol. *J Adv Nurs*. 2019;75(2):461-71. <https://doi.org/10.1111/jan.13834>
 6. Carrillo Gonzalez GM, Sanchez Herrera B, Vargas Rosero E. Desarrollo y pruebas psicométricas del Instrumento "cuidar" - versión corta para medir la competencia de cuidado en el hogar. *Rev Univ Ind Santander Salud*. 2016;48(2):222-31. <https://doi.org/10.18273/revsal.v48n2-2016007>
 7. Carrillo GM, Rosero EV, Ramírez OJG. Validation of the competency scale for cancer patient in-home care. *Rev Cuidarte*. 2021;12(2). <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1210>
 8. Garzón NE, Díaz Heredia LP, Romero HG, Cañon-Montañez W. Effectiveness of tailored intervention with a salutogenic approach to improve adherence in adults with hypertension: a non-randomized trial. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2022;21(2):135-42. <https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvab030>
 9. Garzón NE, Heredia LPD. Validity and reliability of the treatment adherence questionnaire for patients with hypertension. *Invest Educ Enferm*. 2019;37(3):1-13. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v37n3e09>
 10. Dye C, Willoughby D, Aybar-Damali B, Grady C, Oran R, Knudson A. Improving chronic disease self-management by older home health patients through community health coaching. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(4):660. <https://doi.org/10.3390/ijerph15040660>
 11. Rojas Barbosa JC, Quemba Mesa MP. Díadas de cuidado y competencia para cuidar al alta hospitalaria en un hospital de Bogotá. *Rev Investig Salud Univ Boyacá*. 2020;7(1):71-86. <https://doi.org/10.24267/23897325.417>
 12. Arias Pinzón V, Castillo Galvis MP, Contreras Rincón JS, García Arenas SA, Sarmiento Maldonado MC, Suárez Plazas JD, et al. Plan transicional "Intervención educativa" [Internet]. 1. ed. Bucaramanga: Universidad de Santander; 2022 [cited 2022 Dec 04]. Available from: <https://isbn.camlibro.com.co/catalogo.php?mode=detalle&nt=401916>
 13. Chaparro L, Sánchez B, Carrillo GM. Encuesta de caracterización del cuidado de la diada cuidador familiar-persona con enfermedad crónica. *Rev Ciencia Cuid* [Internet]. 2014 [cited 2022 Dec 04];11(2):31-45. Available from: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/196>
 14. Carrillo GM, Herrera BS, Arias Rojas EM. Validation of an instrument to assess the homecare competency of the family caregiver of a person with chronic disease. *Invest Educ Enferm*. 2015;33(3):449-55. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v33n3a08>
 15. Breinbauer H, Vásquez H, Mayanz S, Guerra C, Millán T. Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. *Rev Med Chile* [Internet]. 2009 [cited 2022 Dec 04];137:657-65. Available from: <https://www.revistamedicadechile.cl/ojs/index.php/rmedica/article/view/414>
 16. Carrillo GM, de la Luz Laguna M, Gómez OJ, Díaz LC, Carreño SP. Effect of an Educational Intervention for Family Caregivers of Individuals with Cancer in Surgery. *Enferm Global*. 2021;20(1):408-19. <https://doi.org/10.6018/eglobal.419811>
 17. Carrillo-González GM, Barreto-Osorio RV, Arboleda LB, Gutiérrez-Lesmes OA, Melo BG, Ortiz VT. Competence for home health care in colombian people with chronic illness and their caregivers. *Rev Fac Med*. 2015;63(4):665-75. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v63.n4.50322>
 18. Gallardo Solarte R, Ortiz Nievas V. Impact of pedagogical intervention on care competence. *Rev Cien Salud*. 2021;19(2):1-15. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.10282>
 19. Peñaranda-Pabón EH, Rico-Medina YA, Roza-Hurtado YA, Vega-Angarita OM. Family caregivers: Competence in the care of the chronically ill. *Rev Cien Cuidado*. 2018;15(1):7. <https://doi.org/10.22463/17949831.1227>
 20. Vega Angarita OM, Gonzalez Escobar DS. Soporte social percibido y competencia para el cuidado en el hogar, Ocaña, Colombia. *Nova*. 2019;17(32). <https://doi.org/10.25058/24629448.3638>
 21. Shyu YIL, Chen MC, Chen ST, Wang HP, Shao JH. A family caregiver-oriented discharge planning program for older stroke patients and their family caregivers. *J Clin Nurs*. 2008;17(18):2497-508. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02450.x>
 22. Toye C, Parsons R, Slatyer S, Aoun SM, Moorin R, Osseiran-Moisson R, et al. Outcomes for family carers of a nurse-delivered hospital discharge intervention for older people (the Further Enabling Care at Home Program): Single blind

- randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud*. 2016;64:32-41. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.09.012>
23. Toye C, Moorin R, Slatyer S, Aoun SM, Parsons R, Hegney D, et al. Protocol for a randomised controlled trial of an outreach support program for family carers of older people discharged from hospital. *BMC Geriatr*. 2015;15(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-015-0065-5>
24. Cheng HY, Chair SY, Chau JPC. Effectiveness of a strength-oriented psychoeducation on caregiving competence, problem-solving abilities, psychosocial outcomes and physical health among family caregiver of stroke survivors: A randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud*. 2018;87:84-93. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.07.005>
25. Vega-Angarita OM. Os prestadores de cuidados e competência no cuidado de suas famílias. *Revista Ciencia y Cuidado* [Internet]. 2016 [cited 2022 Dec 04];13(2):9-22. Available from: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/732>

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa: Astrid Nathalia Páez Esteban, Maria Stella Campos de Aldana, Erika Yurley Durán Niño. **Obtenção de dados:** Yuliana Valentina Rincón Estrada, Juan Sebastian Rincón Contreras, Maria del Pilar Castillo Galvis, Valeria Arias Pinzón, Sergio Andrés García Arenas. **Análise e interpretação dos dados:** Yuliana Valentina Rincón Estrada, Astrid Nathalia Páez Esteban, Maria Stella Campos de Aldana, Erika Yurley Durán Niño, Juan Sebastian Rincón Contreras, Maria del Pilar Castillo Galvis, Valeria Arias Pinzón, Sergio Andrés García Arenas. **Análise estatística:** Yuliana Valentina Rincón Estrada, Astrid Nathalia Páez Esteban, Juan Sebastian Rincón Contreras, Maria del Pilar Castillo Galvis, Valeria Arias Pinzón, Sergio Andrés García Arenas. **Obtenção de financiamento:** Maria Stella Campos de Aldana, Erika Yurley Durán Niño. **Redação do manuscrito:** Yuliana Valentina Rincón Estrada, Astrid Nathalia Páez Esteban, Maria Stella Campos de Aldana, Erika Yurley Durán Niño, Juan Sebastian Rincón Contreras, Maria del Pilar Castillo Galvis, Valeria Arias Pinzón, Sergio Andrés García Arenas. **Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante:** Yuliana Valentina Rincón Estrada, Astrid Nathalia Páez Esteban, Maria Stella Campos de Aldana, Erika Yurley Durán Niño, Juan

Sebastian Rincón Contreras, Maria del Pilar Castillo Galvis, Valeria Arias Pinzón, Sergio Andrés García Arenas.

Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.

Recebido: 29.12.2022

Aceito: 07.10.2023

Editor Associado:
Ricardo Alexandre Arcêncio

Autor correspondente:
Maria Stella Campos de Aldana
E-mail: al.campos@mail.udes.edu.co
 <https://orcid.org/0000-0002-6190-181X>

Copyright © 2024 Revista Latino-Americana de Enfermagem
Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.