

TRANSIÇÃO DO CUIDADO DE PACIENTES SUBMETIDOS AO TRANSPLANTE HEPÁTICO DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19

Neide da Silva Knihns¹ 
Suyan Sens² 
Ariadne Matzembacher da Silva² 
Laísa Fischer Wachholz² 
Sibele Maria Schuantes Paim³ 
Aline Lima Pestana Magalhães¹ 

¹Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem - Modalidade Profissional. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

²Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Enfermagem. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

³Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, São Paulo, Brasil.

RESUMO

Objetivo: apresentar a experiência vivenciada na transição do cuidado para alta hospitalar de pacientes submetidos ao transplante hepático em razão da pandemia da COVID-19.

Método: relato de experiência sobre planejamento da alta hospitalar e transição do cuidado de pacientes submetidos ao transplante hepático em um hospital-escola.

Resultados: após a declaração da pandemia da COVID-19 foram utilizados diversos meios tecnológicos para apoiar as estratégias de autocuidado no momento da transição entre hospital e domicílio. Assim como, atendimento remoto aos pacientes com foco em dúvidas acerca da rotina de cuidados e tratamentos. Além disso, novas estratégias de contrarreferência foram estruturadas, priorizando a segurança e o isolamento social.

Conclusão: os ajustes na transição de cuidado com apoio das tecnologias oportunizaram acesso aos pacientes transplantados a todas as informações que orientam o autocuidado. Igualmente, regularam o fluxo da rede de apoio e rede de saúde, diminuindo a possibilidade de propagação, infecção e desenvolvimento da COVID-19.

DESCRIPTORIOS: Continuidade da assistência ao paciente. Infecções por coronavírus. Transplante hepático. Enfermagem. Alta do paciente.

COMO CITAR: Knihns NS, Sens S, Silva AM, Wachholz LF, Paim SMS, Magalhães ALP. Transição do cuidado de pacientes submetidos ao transplante hepático durante a pandemia da COVID-19. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2020 [acesso ANO MÊS DIA]; 29:e20200191. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0191>

CARE TRANSITION FOR LIVER TRANSPLANTED PATIENTS DURING THE COVID-19 PANDEMIC

ABSTRACT

Objective: to submit the experience lived in the care transition for hospital discharge of patients undergoing liver transplantation due to the COVID-19 pandemic.

Method: an experience report on hospital discharge planning and care transition for patients undergoing liver transplantation at a teaching hospital.

Results: after COVID-19 pandemic has been declared, several technological means were used to support self-care strategies at the time of the hospital-home transition, as well as remote care for patients focusing on doubts about the routine of care and treatments. In addition, new counterreferral strategies were structured, prioritizing safety and social isolation.

Conclusion: the adjustments in care transition with the support of the technologies provided transplanted patients access to all the information that guides self-care. Likewise, they regulated the flow of the support network and the health network, decreasing the possibility for COVID-19 spread, infection and development.

DESCRIPTORS: Continuity of Patient Care. Coronavirus infections. Hepatic transplant. Nursing. Patient discharge.

TRANSICIÓN DEL CUIDADO DE PACIENTES SOMETIDOS A TRASPLANTE HEPÁTICO DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19

RESUMEN

Objetivo: presentar la experiencia en la transición del cuidado para el alta hospitalaria de pacientes sometidos a trasplante hepático en vistas de la pandemia del COVID-19.

Método: informe de experiencia sobre la planificación del alta hospitalaria y la transición del cuidado de pacientes sometidos a trasplante hepático en un hospital escuela.

Resultados: después de declarada la pandemia del COVID-19 se utilizaron diversos medios tecnológicos para respaldar las estrategias de autocuidado al momento de la transición entre el hospital y el domicilio, al igual que la asistencia remota a los pacientes enfocada en dudas acerca de la rutina de cuidados y tratamientos. También se estructuraron nuevas estrategias de contra-derivación, priorizando la seguridad y el aislamiento social.

Conclusión: los ajustes en la transición del cuidado con el respaldo de las tecnologías viabilizaron el acceso de los pacientes trasplantados a todas las informaciones que guían el autocuidado. De igual manera, regularon el flujo de la red de apoyo y de la red de salud, reduciendo así la posibilidad de propagación, infección y desarrollo del COVID-19.

DESCRIPTORES: Continuidad de la atención al paciente. Infecciones por coronavirus. Trasplante hepático. Enfermería. Alta del paciente.

INTRODUÇÃO

Após a declaração da pandemia da COVID-19, iniciou-se um período de medo, preocupações e incertezas acerca do potencial patogênico do vírus, transmissão, tratamento, prevenção e maneiras de mitigação. Equipes de saúde, governantes e sociedade passaram a vivenciar uma realidade inédita: um inimigo invisível, com transmissibilidade rápida, que atinge a população de maneira devastadora. Apesar de grandes esforços da Organização Mundial da Saúde (OMS) e das políticas públicas específicas de cada país, ainda não há uma efetividade na contenção da transmissão deste vírus.¹

Como resposta global, pesquisadores direcionaram seus esforços para solucionar as questões impostas pela COVID-19. Contudo, até o momento, não há resultados satisfatórios e promissores diante de todas as necessidades sociais e de saúde, em especial, no cuidado aos pacientes transplantados. O impacto desta doença sobre os receptores de transplante ainda é desconhecido.²

É nesse cenário que se encontra o paciente submetido ao transplante, o qual apresenta características desfavoráveis, uma vez que, durante o procedimento cirúrgico já são iniciadas doses de corticoides seguidas de doses altas de imunossupressores, resultando em baixa significativa da imunidade.²⁻³

Estudo desenvolvido na China aponta que receptores de transplante de fígado, devido aos efeitos imunossupressores, podem estar mais suscetíveis à infecção pelo SARS-CoV-2, vírus causador da COVID-19 e ter um prognóstico pior de evolução da doença que a população, em geral.²⁻³ Na Itália, outro estudo aponta que receptores de transplante de órgãos comparados a hospedeiros normais, demonstram maior suscetibilidade para a infecção por vírus respiratórios, progressão mais rápida para pneumonia e maior gravidade da doença.⁴ Ainda, estudo produzido na França mostra que pacientes submetidos ao transplante hepático parecem ter um aumento rápido da replicação viral quando infectados, devido ao uso dos imunossupressores.⁵

Considerando a realidade apontada pela OMS de que os coronavírus humanos podem permanecer em superfícies por até 9 dias, e que o vírus causador da COVID-19 foi detectado após 72 horas em condições experimentais, os riscos de contágio são enormes.⁶ Observando a realidade e as informações de outros países que já vivenciaram a pandemia e os dados da OMS, constata-se a urgente necessidade de se estabelecerem diretrizes para a prevenção, diagnóstico e tratamento da COVID-19 em receptores de transplante de fígado.³

Assim, considerando a urgência em estabelecer ajustes nos cuidados aos pacientes submetidos a transplantes, diante da pandemia da COVID-19, esse estudo apresentará adaptações no plano de alta hospitalar para a transição de cuidado do hospital para o domicílio aos pacientes submetidos ao Transplante Hepático (THx) em um hospital-escola do sul do país.

A transição do cuidado a esses pacientes se desenvolve por meio do projeto de extensão intitulado: “Planejamento da Assistência de Enfermagem para Alta Hospitalar do Paciente Transplantado Hepático” desde 2017. Projeto este, vinculado a outro projeto de pesquisa intitulado: “Transplante hepático: caracterização e gerência do cuidado para a melhoria do processo de cuidar”.

O projeto de extensão é fundamentado na Teoria do Autocuidado, a qual, em essência, defende que o enfermeiro e o usuário devem identificar os déficits no cumprimento das necessidades de autocuidado. Nesse contexto, o enfermeiro é o profissional que identifica as dificuldades e viabiliza a resolução por meio de orientações e empoderamento do indivíduo. A transição do cuidado neste cenário se dá, quando o cuidado deixa de ser integralmente de responsabilidade da equipe hospitalar e passa a ser responsabilidade do transplantado e da rede de apoio.⁷

Para tanto, são desenvolvidas estratégias para a transição do cuidado, ou seja, por meio de visitas e orientações ainda em ambiente hospitalar, a equipe participante do projeto utiliza-se de recursos que têm como finalidade viabilizar o autocuidado deste paciente em seu domicílio. As ações estão relacionadas a: cuidados com higiene, alimentação, uso de fármacos, verificação de sinais vitais e glicemia, controle de temperatura e diurese e administração de insulina.

Essa equipe é, ainda, responsável pela contrarreferência e acompanhamento do paciente após a alta hospitalar e retorno ao domicílio. Em síntese, a equipe que conduz o projeto de extensão vai ao hospital e realiza atividades de orientação junto aos pacientes transplantados antes da alta hospitalar. Em seguida, com os dados dos pacientes e prontuário, efetivam a contrarreferência. Até o surgimento da pandemia, todas essas atividades eram desenvolvidas presencialmente. No entanto, após o surto da COVID-19, fez-se necessário reestruturar o plano de transição do cuidado, visando diminuir o contato com o paciente, ampliar o seu isolamento social, minimizar a movimentação de profissionais no quarto, além de promover isolamento social dos bolsistas e proponentes do projeto.

Diante do desafio imposto, houve a necessidade de realizar ajustes nas ações de cuidado e no plano de alta para a transição do cuidado, utilizando ferramentas tecnológicas de cuidado, além de alterar o fluxo dos encaminhamentos da contrarreferência, uma vez que a equipe do projeto não estava mais presencialmente no hospital. Nesta perspectiva, o objetivo deste estudo é apresentar a experiência vivenciada na transição do cuidado para a alta hospitalar de pacientes submetidos ao transplante hepático, em razão pandemia da COVID-19.

MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência que descreve a atuação de discentes e docentes no planejamento da alta para a transição do cuidado entre a hospitalização e o retorno ao domicílio dos pacientes submetidos ao THx, frente à pandemia da COVID-19. Conforme a proposta supracitada, essa atividade é realizada por meio do projeto de extensão vinculado a um projeto de pesquisa.

Destaca-se que o estudo está fundamentado na teoria de Dorothea Elizabeth Orem, que expõe a teoria do autocuidado. O autocuidado é abrangente, envolvendo diversas ações realizadas no cotidiano, dentre elas: estilo de vida, higiene, alimentação, condição socioeconômica e ambiental, entre outras.⁸⁻⁹

O estudo é desenvolvido com todos pacientes submetidos ao THx desde 2017, que participaram do planejamento da alta para a transição do cuidado em um hospital-escola, referência em transplante hepático, localizado na região sul do Brasil. A exclusão dos participantes ocorre quando esses internam somente para tratamento clínico, sem a realização do transplante nessa instituição.

As ferramentas de cuidado que serão mencionadas foram desenvolvidas pela equipe deste projeto no decorrer da execução das atividades. Descrevem-se a seguir, as etapas do planejamento da alta para a transição do cuidado do hospital para o ambiente domiciliar:

Primeira etapa: a cada dois dias ocorre um rastreamento de pacientes submetidos ao transplante hepático na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e na clínica cirúrgica, a fim de identificar as novas internações.

Segunda etapa: conhecer a realidade do paciente, identificando desde especificidades sociais até aspectos pessoais que envolvem as dúvidas sobre o período pós-transplante. Ainda, buscam-se conhecer as condições clínicas com a equipe multiprofissional. Na sequência, discute-se com a equipe do projeto quais estratégias serão desenvolvidas para a transição do cuidado, conforme as necessidades individuais do paciente.

Terceira etapa: desenvolvimento da transição do cuidado: 1º passo - a equipe do projeto realiza a consulta de enfermagem com paciente e família para avaliação das condições clínicas; identificação das dúvidas; apresentação do guia e *folder* de cuidados domiciliares. Nesse momento, estimula-se a leitura e visualização do material e solicita-se que anotem as dúvidas para solucioná-las em encontro posterior. 2º passo - a equipe do projeto retorna para esclarecer dúvidas e inseguranças em relação aos materiais fornecidos, reforçando os pontos mais importantes. 3º passo - inicia-se com a estimulação do autocuidado, instrumentalizando o paciente e a família em como proceder com cada cuidado a ser desenvolvido em domicílio (controle de glicemia três vezes ao dia, aplicação de insulina, verificação de peso, aferição de pressão arterial, controle de temperatura e diurese, utilização de diversas medicações, capacidade em identificar possíveis sinais de rejeição e infecção, além de

outros cuidados). Essa etapa é desenvolvida em média, de dois a três dias, podendo ser prorrogada, dependendo das características de cada paciente, como: grau de compreensão, condição clínica, situação emocional e outros, que possam surgir. Após o preparo do paciente para desenvolver seus cuidados, ele os inicia, ainda, no ambiente hospitalar para que possa ser acompanhado, avaliado e, caso necessário, propor ajustes.

Quarta etapa: estabelece-se contato com a rede de apoio, promovendo encaminhamentos necessários junto à rede de atenção à saúde, social e farmacêutica.

Quinta etapa: realiza-se contato com a equipe da atenção básica, solicitando informações sobre a visita domiciliar, além de fazer contato com o paciente, buscando identificar como está a adaptação à nova realidade.

Sexta etapa: executa-se reunião com a equipe multidisciplinar do THx, propondo ajustes no planejamento da transição do cuidado.

Diante da pandemia da COVID-19, todas essas etapas e fluxos necessitaram de ajustes e adaptações. Contudo, como os transplantes continuam acontecendo, além da demanda de apoio para os pacientes que já estão em domicílio, fez-se necessário que a equipe do projeto buscasse estratégias para ajustes internos durante a hospitalização e preparo para a alta.

Realizou-se a coleta de informações para ajuste na transição do cuidado diante da pandemia de COVID-19 como: reuniões *on-line* com a equipe do projeto, buscando identificar como seria possível dar continuidade ao planejamento; buscas na literatura de informações que apoiassem estes ajustes; conversas com pacientes e familiares para compreender quais as necessidades e dúvidas, considerando a realidade de retornar ao domicílio com a pandemia.

Após a obtenção das informações junto à equipe, busca na literatura e, por fim, com pacientes e familiares, procedeu-se ao agrupamento das informações e ajustes nas etapas do planejamento da transição do cuidado, observando: cuidados com o paciente, levando em conta o risco de contaminação e desenvolvimento da COVID-19, cuidados com o cuidador e os ajustes no fluxo de encaminhamentos junto à rede de atenção à saúde.

RESULTADOS DA VIVÊNCIA DA EQUIPE DO PROJETO FRENTE A PANDEMIA DO COVID-19

Para melhor compreensão, as alterações no plano da transição de cuidado serão apresentadas por meio de figuras, comparando o antes e o depois da pandemia da COVID-19.

Na Figura 1, apresenta-se o antes e o depois dos ajustes das ações de cuidado junto ao paciente e família. Observa-se que antes da pandemia, todas as atividades da equipe do projeto eram presenciais. Após a pandemia, apenas o acompanhamento da verificação da glicemia e aplicação da insulina foram realizados presencialmente, por uma enfermeira do ambulatório do transplante.

Conforme é possível perceber, após a pandemia da COVID-19, foram utilizados diversos meios tecnológicos para apoiar as estratégias de cuidados, como: consulta de enfermagem *on-line*; vídeos; *podcasts*; chamadas de vídeos, entre outros. A consulta de enfermagem *on-line* buscou conhecer a situação clínica do paciente, interação e reconhecimento da situação real do mesmo, a qual é realizada antes de a equipe do projeto iniciar as ações de orientação para o autocuidado em domicílio. Foi elaborado pela equipe um vídeo, mostrando o passo a passo de como o paciente deve proceder para verificar os sinais vitais, verificar a glicemia, ingerir medicamentos, cuidados com medicamentos, aplicação de insulina, cuidados com alimentos, higiene pessoal e domiciliar. Além disso, compartilhou-se com o paciente os vídeos, elaborados pela equipe de outro projeto de extensão, orientando a preparação de insulina.

Disponibilizou-se, ainda, outro vídeo, criado somente com orientações e cuidados quanto à prevenção da COVID-19 para o paciente transplantado, em razão de sua imunossupressão. Neste

segundo vídeo, conta-se com orientações específicas quanto à: Isolamento social; Cuidados de saúde e controle de temperatura do cuidador; Higiene e cuidados com o cuidador quanto da saída deste para adquirir insumos.

Em relação aos *podcasts* (mensagens de áudio), estes tiveram no máximo, três minutos de duração cada um e tinham a proposta de incentivar e apresentar ao paciente a importância de ele manusear o guia e entrar nos *links* dos vídeos de orientação.

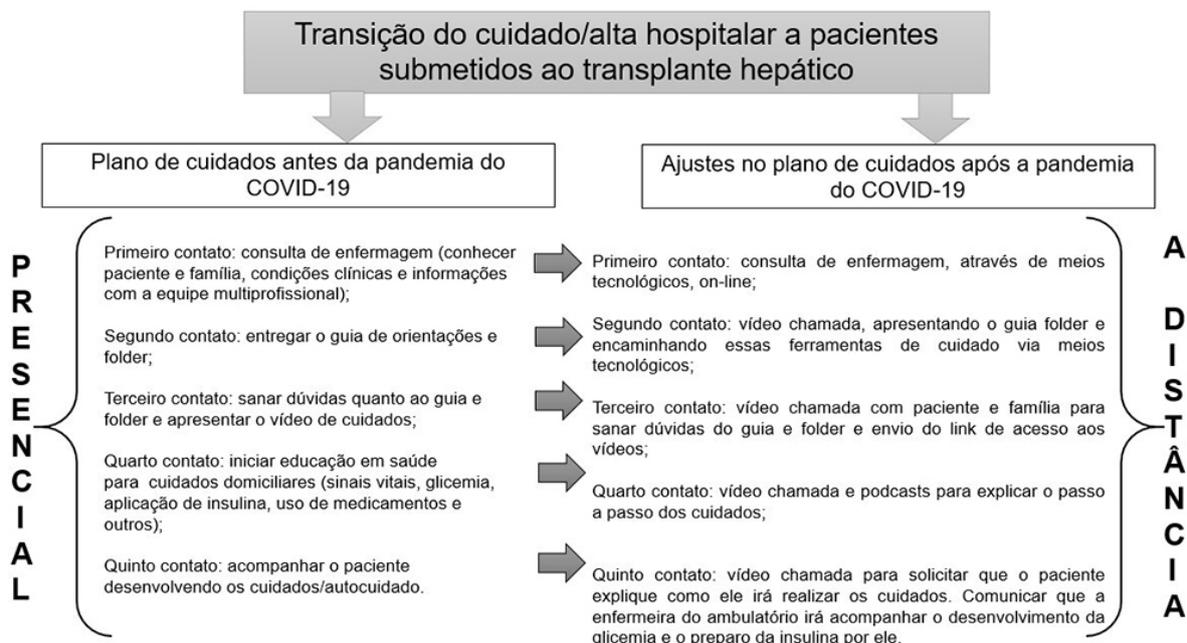


Figura 1 – Transição do cuidado - ações junto ao paciente e família antes e após a pandemia. Florianópolis, SC, Brasil, 2020.

Percebe-se na figura acima, que houve a necessidade de inserção e uso frequente dos meios tecnológicos nas atividades do projeto, os quais foram de suma importância para que a equipe do projeto conseguisse interagir com a equipe multiprofissional do THx, pacientes e familiares.

Na Figura 2, apresenta-se a contrarreferência antes e depois da pandemia. Nota-se que devido à restrição de profissionais nas unidades de saúde para evitar a contaminação pela COVID-19, restringiram-se os atendimentos nesse ambiente. Assim, foi necessário encaminhar as solicitações de insumos para a realização do cuidado no ambiente domiciliar por *WhatsApp*® e agendar o horário para a retirada. Quanto à visita domiciliar, em razão do isolamento social do paciente e restrição de circulação da equipe, essa atividade não está sendo realizada durante a pandemia. Nesse sentido, a equipe do projeto acompanha o paciente a distância, monitorando e assessorando as demandas emergentes, por meio de vídeo chamadas.

Considerando a Figura 2, observa-se que a equipe do projeto passou a acompanhar o paciente, também, em domicílio por meios tecnológicos, em razão de novos fluxos introduzidos pela atenção básica e, principalmente, para evitar o contato pessoal destes profissionais nas visitas domiciliares. Mantendo assim, o isolamento social do paciente transplantado. Contudo, como ele necessita de apoio em domicílio para o autocuidado, esse contato está sendo feito *on-line*.

O contexto atual propõe desafios a todas as áreas da saúde, fazendo com que profissionais de diversos segmentos se adaptem à realidade vivenciada. Ante a pandemia, a telessaúde/teleconsulta, ou seja, o contato profissional através de meios tecnológicos, tem-se destacado como um instrumento para substituir os encontros presenciais, reduzindo o contato físico e promovendo o isolamento social.¹⁰ Estudos apontam que a teleconsulta em reabilitação cardíaca é altamente eficaz no suporte da autogestão dos cuidados através de telefonemas, videoconferências e aplicativos móveis.¹¹

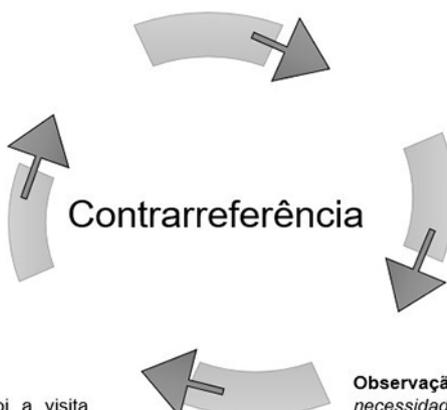
Transição do cuidado/alta hospitalar a pacientes submetidos ao transplante hepático

Antes da COVID-19

Primeiro contato: contato com a unidade de referência do paciente passando todas as informações da situação clínica do mesmo e solicitação de:

- > Medicamentos; Insumos; e Materiais descartáveis;
- > Agendamento de retorno para retirada dos produtos pelo familiar;
- > Agendamento de visita domiciliar na residência do paciente pela equipe da unidade de saúde.

Segundo contato: identificava como foi a visita domiciliar e se há alguma dúvida da equipe quanto ao apoio ao paciente.



Após a COVID-19

Primeiro contato: equipe do projeto faz contato com a unidade de referência do paciente passando todas as informações da situação clínica do paciente e procede com:

- > Encaminhamento das receitas através de meios tecnológicos;
- > Pedido para que os materiais sejam separados;
- > Comunicação de que um familiar ou amigo irá buscar;
- > Agendamento de horário para retirada dos materiais e medicamentos.

Observação: devido a restrição dos atendimentos e necessidade de isolamento social, não está sendo agendada visita da equipe.

A equipe do projeto faz vídeo chamada para acompanhar o paciente em domicílio.

Figura 2 – Transição do cuidado e contrarreferência - ações junto à equipe da atenção básica. Florianópolis, SC, Brasil, 2020.

Ainda, as ferramentas educacionais da *Web* para aconselhamentos têm apoiado cirurgiões no tratamento pós-operatório em domicílio, além de dar suporte ao uso de medicamentos e tratamentos, mantendo o isolamento social e minimizando o risco de contaminação pela COVID-19.¹²⁻¹³ Recente estudo realizado sobre a comunicação médico-paciente na prática cirúrgica durante a pandemia revela que a comunicação através do *WhatsApp*® sana as dúvidas dos pacientes e compartilha informações acerca do tratamento, incluindo o tratamento medicamentoso. Além disso, o paciente pode descrever os sintomas que está apresentando, permitindo ao médico verificar se há a necessidade ou não de uma consulta presencial, o que limita a propagação do vírus SARS-CoV-2.¹⁴

Diante do cenário pandêmico, é fundamental desenvolver estratégias para reduzir a exposição de pacientes que fazem parte do grupo de risco, favorecendo e estimulando o distanciamento social.¹⁵ Minimizar o risco de transmissão e diminuir o impacto dessa pandemia dependem do esforço colaborativo do poder público, famílias e cidadãos.¹⁶ Em razão de receptores de transplante hepático terem maior susceptibilidade à infecção por COVID-19, devido aos efeitos imunossupressores orais em longo prazo, e em razão de não haver possibilidade de diminuir o uso desses medicamentos, pois levaria a uma rejeição aguda, estratégias educacionais para ampliar o isolamento são de suma importância, em especial, com a equipe de saúde, considerando que esses profissionais circulam por diversos ambientes hospitalares.³

A Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO) por meio da Comissão de Infecção em Transplantes e da Coordenação Geral do Sistema Nacional de Transplantes (SNT), através de nota técnica, destacam a necessidade de diminuir, ao máximo, o fluxo de pessoas no ambiente onde estão hospitalizados pacientes que foram submetidos a um transplante. Incluem-se, ainda, a restrição de visitas, número de acompanhantes, além de limitar, ao máximo, o contato com a equipe de saúde. Pacientes com menos de um ano de transplante devem reduzir a sua circulação nos ambientes de saúde. Sempre que possível, o atendimento a esses pacientes deve ser por meio de teleconsulta ou por horários de atendimentos flexíveis, agendamento de exames, quando houver menos fluxo e evitar ao máximo que esse paciente circule por ambientes com aglomerações, quando for essencial o atendimento presencial.¹⁷⁻¹⁸

Tendo em vista as recomendações para o uso de meios tecnológicos na literatura, e as recomendações da ABTO e SNT para o atendimento a pacientes submetidos a transplantes, esse relato de experiência revela que essas ferramentas tecnológicas oportunizam consultas de enfermagem, conversas, orientações, educação em saúde, apoio às dúvidas do paciente e comunicação efetiva entre equipe multiprofissional, atenção básica e equipe do projeto de extensão.

Considerando que este paciente apresenta dificuldades e necessidades de saúde quanto ao controle da glicemia, aplicação de insulina, identificação de sinais de alerta para complicações e uso de diversos medicamentos, é de fundamental importância que haja preparo minucioso quanto aos cuidados domiciliares, além de sanar dúvidas que possam surgir em domicílio¹⁹. E, dessa maneira, a utilização de ferramentas tecnológicas, como *podcasts*, videochamadas, vídeos instrutivos e, até mesmo, telefonemas permitiu que os pacientes recém-transplantados tivessem acesso à assistência, de maneira segura, mesmo durante a pandemia.

Assim, visando diminuir a circulação deste paciente e atender as necessidades de cuidado, certamente, os ajustes na transição de cuidado do hospital para o domicílio com apoio das tecnologias foram relevantes para minimizar os riscos de contaminação e desenvolvimento da COVID-19 a esse paciente.¹⁹

A transição do cuidado realizada neste relato de experiência viabilizou maior aproximação com os bolsistas, paciente e família, além de ter possibilitado segurança. Uma vez que, por meio das tecnologias inexistia qualquer preocupação com o tempo de exposição, ou seja, a equipe pode orientar, informar, questionar, escutar e sanar dúvidas, sem inquietar-se para o fato de oferecer algum risco ao paciente devido à contaminação. Ainda, foi possível perceber maior tranquilidade desses para acessar vídeos e *podcasts* a qualquer momento que desejassem.

CONCLUSÃO

A transição do cuidado do hospital para o domicílio do paciente pós-transplante hepático foi realizada de maneira remota, via recursos tecnológicos. Com essa experiência foi possível identificar que, mesmo em um cenário pandêmico, o paciente transplantado recebeu cuidados, bem como orientações para auxiliar na promoção do autocuidado.

Essas foram ferramentas essenciais, pois garantiram maior articulação para questões não somente de caráter individual, nas quais incluem-se a resolução de dúvidas, mas, em relação à contrarreferência que também sofreu alterações. Foi possível efetuar a comunicação entre a rede de apoio e a rede de saúde, priorizando a segurança, o distanciamento social e a realização das atividades necessárias, com a devida cautela.

Apesar das dificuldades enfrentadas devido à escassez de estudos referentes aos cuidados em domicílio durante cenários semelhantes aos da pandemia da COVID-19, acredita-se que os ajustes realizados no plano de alta para a transição do cuidado do hospital para o domicílio do paciente transplantado hepático, oportunizaram maior restrição de circulação de profissionais da saúde com esses pacientes. Por meio dos ajustes realizados, espera-se que haja êxito nas ações desenvolvidas pela equipe, suprimindo as demandas atuais dos pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Freitas ARR, Napimoga M, Donalisio MR. Análise da gravidade da pandemia de Covid-19. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2020 [acesso 2020 Mai 7];29(2):e2020119. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742020000200008>
2. Zhu L, Xu X, Ma K, Yang J, Guan H, Chen S, et al. Successful recovery of COVID-19 pneumonia in a renal transplant recipient with long-term immunosuppression. *Am J Transplant* [Internet]. 2020 [acesso 2020 Mai 6];20:1859-63. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1111/ajt.15869>
3. Liu H, He X, Zhou S, Zhang D, Zhu J, He Q, et al. Management of COVID-19 in patients after liver transplantation: Beijing working party for liver transplantation. *Hepatology International* [Internet]. 2020 [acesso 2020 Mai 4];14: 432-6. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1007/s12072-020-10043-z>
4. Fishman JA, Grossi PA. Novel Coronavirus-19 (COVID-19) in the immunocompromised transplant recipient: #Flatteningthecurve. *Am J Transplant* [Internet]. 2020 [acesso 2020 Mai 4];20:1765-67 Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1111/ajt.15890>
5. Tzedakis S, Jeddou H, Houssel-Debry P, Sulpice L, Boudjema K. COVID-19: Thoughts and comments from a tertiary liver transplant center in France. *Am J Transplant* [Internet]. 2020 [acesso 2020 Abr 6]; 20:1952-53. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1111/ajt.15918>
6. World Health Organization. Water, sanitation, hygiene, and waste management for the COVID-19 virus. Interim guidance. [Internet]. 2020 [acesso 2020 Mai 7]; WHO reference number: WHO/2019-nCoV/IPC_WASH/2020.2. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail/water-sanitation-hygiene-and-waste-management-for-covid-19>
7. Orem DE. *Nursing: concepts of practice*. Nova York (US): McGraw-Hill; 1971.
8. Santiago JF, Selow ML. Gestão de qualidade em pacientes transplantados. *Vitrine Prod Acad*. 2015;3(2):354-9.
9. Bezerra MLR, Faria RPR, Costa de Jesus CA, Reis PED, Pinho DLM, Kamada I. Aplicabilidade da teoria do déficit do autocuidado de ordem no Brasil: uma revisão integrativa. *J Manag Prim Health Care* [Internet]. 2018 [acesso 2020 Mai 8];9:e16. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.14295/jmphc.v9i0.538>
10. Keshvaridoost S, Bahaadinbeigy K, Fatehi F. Role of telehealth in the management of COVID-19: Lessons Learned from Previous SARS, MERS, and Ebola Outbreaks. *Telemedicine and e-Health* [Internet]. 2020 [acesso 2020 Mai 8];7:850-2. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1089/tmj.2020.0105>
11. Thomas E, Gallagher R, Grace SL. Future-proofing cardiac rehabilitation: transitioning services to telehealth during COVID-19. *Europ J Prevent Cardiol* [Internet]. 2020 Apr 23 [acesso 2020 Mai 4]; Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1177/2047487320922926>
12. Sell E, Chao T, Shah M, Rajasekaran K. Creation of educational videos for patients undergoing nonelective surgery: tools for the COVID-19 era. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery* [Internet]. 2020 [acesso 2020 Mai 8];163:83-5. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1177/0194599820925043>
13. Stout M. The role of virtual support groups for patients with hidradenitis suppurativa during the COVID-19 pandemic. *Inter J Women's Dermatol* [Internet]. 2020 Apr 29 [acesso 2020 Mai 8];6(30): 154-5. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1016/j.ijwd.2020.04.009>
14. Hamza M, Khan HS, Sattar ZA, Hanif M. Doctor–patient communication in surgical practice during the coronavirus (COVID-19) pandemic. *BJS Society* [Internet]. 2020 [acesso 2020 Mai 8];107:e19. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1002/bjs.11661>

15. Middleton A, Simpson KN, Bettger JP, Bowden MG. COVID-19 Pandemic and beyond: considerations and costs of telehealth exercise programs for older adults with functional impairments living at home - lessons learned from a pilot case study. *Physical Therapy* [Internet]. 2020 [acesso 2020 Mai 11];100(8):1278–88. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1093/ptj/pzaa089>
16. Oliveira AC, Lucas TC, Iquiapaza RA. What has the COVID-19 pandemic taught us about adopting preventive measures? *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2020 [acesso 2020 Mai 9];29:e20200106. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2020-0106>
17. Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos - Comissão de Infecção em Transplantes. Recomendações no cenário de transplantes de órgãos sólidos: novo Coronavírus-SARS-COV-2 [Internet]. 2020 [acesso 2020 Mai 11]. Disponível em: <http://www.abto.org.br/abtov03/upload/file/coronavi%cc%81rus%20-%20recomendac%cc%a7o%cc%83es.pdf>
18. Ministério da Saúde (BR). Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes. Nota Técnica Nº 34/2020: CGSNT/DAET/SAES/MS: Atualiza as orientações da Nota Técnica Nº 25/2020-CGSNT/DAET/SAES/MS (0014073431) alterando os critérios técnicos para triagem de candidatos à doação de órgãos e tecidos e para manejo do paciente em lista de espera, frente à pandemia de coronavírus (SARS-CoV-2) [Internet]. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2020 [acesso 2020 May 11]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/4048533/4920270/nota+t%c3%a9cnica+n%c2%b0+34+de+2020/e021dfe8-3247-4924-9921-e60455359262>
19. Knihs NS, Lorençoni BP, Pessoa JLE, Paim SMS, Ramos SF, Martins MS, et al. Health needs of patients undergoing liver transplant from the context of hospital discharge. *Transp Proceed* [Internet]. 2020 [acesso 2020 Mai 9];52(5):1344-49. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1016/j.transproceed.2020.02.022>

NOTAS

ORIGEM DO ARTIGO

Extraído do projeto de extensão - Planejamento da Assistência de Enfermagem para Alta Hospitalar do Paciente Transplantado Hepático, vinculado ao projeto de pesquisa - Transplante hepático: caracterização e gerência do cuidado para a melhoria do processo de cuidar. vinculado ao Programa Pró-Bolsas 2019/2020 da Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina.

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do estudo: Knihs NS.

Coleta de dados: Sens S, Silva AM.

Análise e interpretação dos dados: Knihs NS, Sens S, Silva AM, Wachholz LF.

Discussão dos resultados: Knihs NS, Sens S, Silva AM, Wachholz LF, Paim SMS.

Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Knihs NS, Sens S, Silva AM, Wachholz LF, Magalhães ALP.

Revisão e aprovação final da versão final: Knihs NS, Magalhães ALP.

AGRADECIMENTO

Agradecemos a Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina pela Concessão do Programa de Pró-Bolsas 2019/2020, o qual está vinculado esse manuscrito.

FINANCIAMENTO

Para a construção e elaboração desse artigo não houve financiamento. Contudo, as bolsistas participantes recebem bolsa da Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina.

APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, parecer n. 1.575.457 Certificado de apresentação para apreciação ética CAAE: 54900716.8.0000.0121.

CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesses.

EDITORES

Editores Associados: Selma Regina de Andrade, Gisele Cristina Manfrini Fernandes, Mara Ambrosina de Oliveira Vargas, Ana Izabel Jatobá de Souza

Editora-chefe: Roberta Costa

HISTÓRICO

Recebido: 12 de maio de 2020.

Aprovado: 3 de agosto de 2020.

AUTOR CORRESPONDENTE

Neide da Silva Knihs

neide.knihs@ufsc.br

