

## TRANSIÇÃO DO CUIDADO ENTRE O DOMICÍLIO E O HOSPITAL EM DOENÇA AVANÇADA: REVISÃO INTEGRATIVA

NEUTO FELIPE MARQUES DA SILVA<sup>1</sup>; FRANCIELE ROBERTA CORDEIRO<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidade Federal de Pelotas 1 – [neuto.silva@ufpel.edu.br](mailto:neuto.silva@ufpel.edu.br)

<sup>2</sup>Universidade Federal de Pelotas 2 – [franciele.cordeiro@ufpel.edu.br](mailto:franciele.cordeiro@ufpel.edu.br)

### 1. INTRODUÇÃO

A transição do cuidado é um conjunto de ações promovidas ao paciente e familiar com o intuito de assegurar a continuidade e coordenação dos cuidados durante as transferências entre os diferentes tipos de serviços de saúde ou unidades da mesma instituição. A continuidade dos cuidados diz respeito às ações desenvolvidas de forma coesas e conectadas durante todo processo de adoecimento dos pacientes. Igualmente, a coordenação dos cuidados é desenvolvida por uma ou mais pessoas, incluindo cuidador, paciente e profissional dos serviços de saúde (COLEMAN; BOULT, 2003; SANTOS *et al.*, 2022).

Doenças avançadas são definidas como condições graves com índice alto de mortalidade, e por terem um avanço progressivo (PALLIPEDIA, 2023), podem repercutir no tratamento modificador. Elas afetam a qualidade de vida dos pacientes e seus cuidadores/famíliares devido à exacerbação de sinais e sintomas, resultando em estresse devido à necessidade frequente de acessar os serviços hospitalares para viabilizar conforto.

Frente ao exposto, o objetivo deste trabalho foi compreender a transição do cuidado entre domicílio e serviços hospitalares, na perspectiva de pessoas com doença avançada e suas famílias apresentadas na literatura internacional.

### 2. METODOLOGIA

Revisão integrativa (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2019), que teve como questão de pesquisa: como ocorre a transição do cuidado entre domicílio e serviços hospitalares, na perspectiva de pessoas com doença avançada e suas famílias? Os estudos foram identificados nas bases de dados SCIELO e Medline, por meio da associação com o operador booleano AND, dos Descritores em Ciências da Saúde (DECS) e *Medical Subject Headings* (MESH): “estado Terminal”, “continuidade da assistência ao paciente”, “cuidados paliativos”, “transição do hospital para o domicílio” e “critical Illness”, “continuity of patient care”, “palliative care”, “hospital to home transition”.

Posteriormente, foram extraídos os documentos específicos para o aplicativo Rayyan na versão gratuita. Após a exclusão dos duplicados (10), restaram 333 para leitura de títulos e resumos, dos quais foram selecionados 16 para leitura na íntegra. Após essa etapa, nove estudos compuseram o material empírico desta revisão, por atenderem os critérios de inclusão: artigos originais, publicados nos idiomas inglês, português e espanhol, sem delimitação temporal, mas com acesso gratuito ou via portal de periódicos CAPES.

Por fim, a coleta dos dados foi realizada em formulário na ferramenta de gerenciamento de pesquisas do Google, com a finalidade de gerar uma planilha

com os dados metodológicos, resultados das pesquisas e conclusão. Na planilha foi realizada a codificação e posterior categorização dos dados por similaridade dos resultados, sendo elas: *Dificultadores da transição do cuidado na perspectiva da pessoa com doença avançada e seu familiar/cuidador* e *Facilitadores da transição do cuidado na perspectiva da pessoa com doença avançada e seu familiar/cuidador*.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quanto aos países dos estudos, quatro eram do Canadá (MOREY *et al.*, 2021; ISENBERG *et al.*, 2021; SAUNDERS *et al.*, 2021); dois do Reino Unido (SMITH *et al.*, 2019; EWING *et al.*, 2018); dois dos Estados Unidos (CROSS *et al.*, 2022; LAMAS *et al.*, 2017); e um da Austrália (HATCHER *et al.*, 2014). O ano que teve mais publicação foi 2021, com três artigos (ISENBERG *et al.*, 2021; SAUNDERS *et al.*, 2021; MOREY *et al.*, 2021). Quanto à abordagem metodológica, oito estudos eram qualitativos (CROSS *et al.*, 2022; EWING *et al.*, 2018; HATCHER *et al.*, 2014; ISENBERG *et al.*, 2021; LAMAS *et al.*, 2017; MOREY *et al.*, 2021;; SMITH *et al.*, 2019; WILSON; BIRCH, 2018).

#### **Dificultadores da transição do cuidado na perspectiva da pessoa com doença avançada e seu familiar/cuidador**

Como dificultadores foram encontrados estudos que identificaram questões relacionadas à comunicação, insegurança, processos administrativos, profissional de referência, conhecimento do cuidador a respeito dos dispositivos e sintomas da pessoa sobre seus cuidados.

A comunicação foi identificada em cinco estudos como um dificultador na transição (EWING *et al.*, 2018; HATCHER *et al.*, 2014; MOREY *et al.*, 2021; SAUNDERS *et al.*, 2021; WILSON; BIRCH, 2018). Nestes estudos, os pacientes e seus cuidadores/familiar expressaram as dificuldades que enfrentaram no processo de transição do cuidado quando necessitavam de uma comunicação clara, o uso de termos técnicos e as informações conflitantes que recebiam dos profissionais referente à sua alta hospitalar ou a internação.

Outros dificultadores identificados foram a insegurança do paciente e seus cuidadores, além de expectativas irrealistas e incerteza. Quando estão em processo de transição, os cuidadores sentem-se inseguros para manusear os dispositivos no domicílio e ajudar a pessoa sob seus cuidados no controle da dor, além disso estes familiares/cuidadores lidam com questões emocionais ligadas ao domicílio e essas questões estão relacionadas a uma experiência negativa durante o processo de transição (MOREY *et al.*, 2021; ISENBERG *et al.*, 2021; HATCHER *et al.*, 2014; SAUNDERS *et al.*, 2021; CROSS *et al.*, 2022).

Nota-se que as instituições necessitam de um processo de trabalho mais sincronizado e ferramentas que integram os serviços de saúde e ajudam os profissionais na hora de transmitir as informações. A Organização Mundial da Saúde e a *Joint Commission International* construíram um documento referente à comunicação durante as transferências de pacientes e este diz que em casos de transferências entre o serviços de saúde e o domicílio, os profissionais devem passar informações concretas, que consistem na condição atual do paciente, mudanças da condição, tratamento e possíveis intercorrências (WHO, 2007).

## Facilitadores da transição do cuidado na perspectiva da pessoa com doença avançada e seu familiar/cuidador.

No que tange aos facilitadores, identificou-se que o acompanhamento de uma equipe de cuidados comunitários, a participação do profissional de enfermagem na transição, a educação em saúde com os pacientes e cuidadores, um olhar de integralidade do paciente e cuidador e processo de preparação para alta hospitalar foram os pontos citados pelos estudos.

Nos estudos em que os pacientes foram acompanhados por uma equipe de cuidados comunitários, atenção domiciliar ou equipes especializadas em cuidados paliativos, os participantes, principalmente o cuidador, tiveram uma boa experiência no processo de transição de cuidados do hospital para o domicílio, mesmo que os fosse o caminho inverso, do domicílio para o hospital (MOREY *et al.*, 2021; HATCHER *et al.*, 2014; SMITH *et al.*, 2019).

Outro ponto destacado foram as facilidades que pacientes tiveram quando houve comunicação, estes relatando que quando há troca de informações, planos de cuidados consistentes e uma relação tranquila paciente-profissional, a transição do cuidado é melhor conduzida. Além disso, destaca-se a necessidade desta ser transmitida de forma clara e objetiva e a importância de os participantes receberem a mesma informação independente dos profissionais e tipos de serviços (ISENBERG *et al.*, 2021; LAMAS *et al.*, 2017; MOREY *et al.*, 2021; WILSON; BIRCH, 2018).

Os profissionais de enfermagem tiveram destaque, visto que estes estão inseridos em todos serviços de saúde que prestam cuidados aos pacientes, o enfermeiro por estar sempre ao lado do paciente tem mais facilidade na criação de um vínculo, podendo então desenvolver ações e estratégias na transição do cuidado promovendo orientações e saciando dúvidas dos pacientes e cuidadores aos possíveis desafio na sua transição entre o domicílio e os serviços hospitalares (LANZONI *et al.*, 2023).

## 4. CONCLUSÕES

Os aspectos dificultadores mostram a necessidade da implementação de recursos e ferramentas nos serviços, visando melhorar a transição entre o hospital e o domicílio. Os facilitadores indicam que quando há um acompanhamento dos pacientes por serviços comunitários e o envolvimento de um profissional de enfermagem no processo, os pacientes e seus cuidadores podem se sentir mais aptos para a transição.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CROSS, S. H. *et al.* "That Little Bit of Time": Transition-to-Hospice Perspectives From Hospice Staff and Bereaved Family. **Innovation in Aging**, v. 6, n. 1, p. igab057, 2022.

COLEMAN, E. A.; BOULT, C.. Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 51, n. 4, p. 556–557, 2003.

EWING, G. *et al.* Who cares for the carers at hospital discharge at the end of life? A qualitative study of current practice in discharge planning and the potential value of using The Carer Support Needs Assessment Tool (CSNAT) Approach.

**Palliative Medicine**, v. 32, n. 5, p. 939–949, 2018.

HATCHER, I. *et al.* Rural palliative care transitions from home to hospital: carers' experiences. **The Australian Journal of Rural Health**, v. 22, n. 4, p. 160–164, 2014.

ISENBERG, S. R. *et al.* “Going Home [Is] Just a Feel-Good Idea With No Structure”: A Qualitative Exploration of Patient and Family Caregiver Needs When Transitioning From Hospital to Home in Palliative Care. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 62, n. 3, p. e9–e19, 2021.

LAMAS, D. J. *et al.* Opening the Door: The Experience of Chronic Critical Illness in a Long-Term Acute Care Hospital. **Critical Care Medicine**, v. 45, n. 4, p. e357–e362, 2017.

LANZONI, G. M. DE M. *et al.* Transição do cuidado da pessoa com doença crônica na alta hospitalar: perspectiva de enfermeiros. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 37, 2023.

MOREY, T. *et al.* Transitioning From Hospital to Palliative Care at Home: Patient and Caregiver Perceptions of Continuity of Care. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 62, n. 2, p. 233–241, 2021.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. DE C. P.; GALVÃO, C. M. Uso de gerenciador de referências bibliográficas na seleção dos estudos primários em revisão integrativa. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 28, p. e20170204, 2019.

SAUNDERS, S. *et al.* Examining the course of transitions from hospital to home-based palliative care: a mixed methods study. **Palliative Medicine**, v. 35, n. 8, p. 1590–1601, 2021.

SANTOS, M. T. DOS *et al.* Continuidade e coordenação do cuidado: interface conceitual e contribuições dos enfermeiros. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 56, p. e20220100, 2022.

PALLIPEDIA. **Serious illness**. Houston: International Association for Hospice and Palliative Care, 2023. Disponível em: <https://pallipedia.org/serious-illness/> . Acesso em: 13 set. 2023.

SMITH, C. *et al.* Loss, transition and trust: perspectives of terminally ill patients and their oncologists when transferring care from the hospital into the community at the end of life. **BMJ supportive & palliative care**, v. 9, n. 3, p. 346–355, 2019.

WILSON, D. M.; BIRCH, S. Moving from place to place in the last year of life: A qualitative study identifying care setting transition issues and solutions in Ontario. **Health & Social Care in the Community**, v. 26, n. 2, p. 232–239, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Communication During Patient Hand-Overs. **Patient Safety Solutions**. volume 1, maio 2007. Geneva, 2007.