

TRANSIÇÃO DO CUIDADO DO HOSPITAL PARA A COMUNIDADE¹

Gabriela Ceretta Flôres², Caroline Donini Rodrigues³, Elisiane Lorenzini⁴, Pâmella Pluta⁵, Vanessa Dalsasso Batista Winter⁶, Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz⁷

¹ Pesquisa Institucional desenvolvida no Grupo de pesquisa Cuidado, Gestão e Educação em Enfermagem e Saúde (GPCGES) pertencente a Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ).

² Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIJUÍ. Bolsista de Iniciação Científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (PIBIC/ CNPQ). gabriela.flores@sou.unijui.edu.br. Ijuí/ RS/ Brasil.

³ Enfermeira. Mestre em Atenção Integral à Saúde. Ijuí/RS/Brasil.

⁴ Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Docente no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e do Programa de Pós- Graduação em Enfermagem (PEN/UFSC). Florianópolis/SC/Brasil.

⁵ Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIJUÍ. Ijuí/ RS/ Brasil.

⁶ Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIJUÍ. Bolsista PIBIC/CNPQ. Ijuí/ RS/ Brasil.

⁷ Professora Orientadora. Enfermeira. Doutora em Ciências. Docente do Curso de Enfermagem e do Programa de Pós Graduação em Atenção Integral a Saúde (PPGAIS) da UNIJUÍ. adriane.bernat@unijui.edu.br. Ijuí/RS/Brasil.

Resumo:

Introdução: Pacientes oncológicos apresentam demandas de cuidado contínuo e, portanto, há necessidade de integração e organização do cuidado em toda a rede assistencial de saúde, que favorece a transição do cuidado. **Objetivo:** Analisar as questões do instrumento CTM-15, na perspectiva de pacientes oncológicos de um hospital geral do sul do Brasil. **Metodologia:** Estudo transversal, quantitativo, desenvolvido com pacientes oncológicos internados em um hospital geral do sul do Brasil. Coleta de dados com questionário sociodemográfico e clínico e instrumento *Care Transitions Measure* (CTM-15). Análise dos dados realizada no programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) Versão 25.0. **Resultados:** Participaram 213 pacientes. Evidenciou-se maior média na questão Q9 (3,7±05) e a menor na questão Q7 (2,4±07). Não foi identificado efeito de teto e chão. **Conclusão:** O fator plano de cuidados apresentou maiores fragilidades, e necessita de maior atenção e prioridade para que a transição do cuidado seja efetiva e segura nessa instituição.

Introdução:

Devido ao envelhecimento populacional, a crescente prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), constitui um problema de saúde de grande magnitude, sendo responsáveis por expressiva demanda de assistência de saúde (BRASIL, 2013; OMS, 2018). Entre as DCNT, o câncer é uma doença que causa impacto para o paciente, para o

contexto familiar e para a saúde pública, de relevância epidemiológica, principalmente no que tange a incidência, morbimortalidade e demandas de cuidado (INCA, 2018).

Os pacientes acometidos por esta doença, tornam-se mais vulneráveis e passíveis de cuidados complexos, e para isso, necessitam de uma continuação do cuidado adequada após a alta hospitalar, que englobe a equipe de saúde, os próprios pacientes, familiares e ou cuidadores e toda rede assistencial que o atende (WEBER *et al.*, 2017). Tanto a internação, quanto a preparação para a alta, são momentos que requerem um planejamento e orientações, principalmente em pacientes idosos e com DCNT (MONTERO *et al.*, 2020), no entanto, sabe-se que muitas vezes, esses momentos são realizados de forma mecânica e pontual.

Nesse sentido, estratégias de transição do cuidado (TC) têm sido destacadas como uma das formas de superar a fragmentação da atenção (MARTINS *et al.*, 2018), assegurar a coordenação e articulação dos serviços, e garantir a continuidade dos cuidados de saúde na transferência de pacientes entre diferentes serviços de saúde ou diferentes unidades dentro do hospital, ou até mesmo ao domicílio. A TC está relacionada ao preparo dos cuidados para alta hospitalar, educação em saúde de pacientes e familiares, apoio na continuidade dos cuidados no domicílio e acompanhamento após a alta hospitalar (ACOSTA *et al.*, 2020).

Considerando a importância desse tema, faz-se necessário o desenvolvimento de mais estudos voltadas para essa área, considerada ainda incipiente no Brasil (ACOSTA *et al.*, 2016). Estas pesquisas poderão auxiliar na melhoria da assistência, e assim, justifica-se este estudo que se propôs a contribuir com a temática. A partir disso, o objetivo desse estudo é analisar as questões do instrumento CTM-15, na perspectiva de pacientes oncológicos de um hospital geral do sul do Brasil.

Metodologia:

Trata-se de um recorte de dissertação de mestrado “Transição do cuidado na perspectiva do paciente oncológico e equipe de saúde”. Estudo transversal, de abordagem quantitativa, desenvolvido em quatro unidades de internação, de um hospital geral localizado no sul do Brasil. A população do estudo consistiu em todos os pacientes maiores de 18 anos, internados com diagnóstico de câncer. Excluídos pacientes que apresentavam problemas cognitivos e estavam sem acompanhante. Os dados foram coletados entre os meses de junho e setembro de 2019, por uma mestranda e bolsistas de iniciação científica previamente capacitados (LORENZINI *et al.*, 2020a; LORENZINI *et al.*, 2020b).

Os sujeitos foram convidados a participar da pesquisa e após o aceite, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias de igual teor. Durante a internação hospitalar, utilizou-se um questionário com dados sociodemográficos e clínicos com informações do prontuário do paciente e autorreferidas Posteriormente, via contato telefônico após alta hospitalar, em um período de sete a 30 dias, foi aplicado o questionário *Care Transitions Measure* (CTM-15), traduzido e validado para o Brasil no ano de 2016 (ACOSTA, et al., 2016). Participaram do estudo 213 pacientes. Houve perda de 12 pacientes, destes 8 óbitos e quatro não responderam ao contato telefônico após três tentativas.

O CTM – 15, avalia a qualidade e a experiência da transição de cuidado na perspectiva dos pacientes oncológicos no que tange à transferência de informação apropriada, ao preparo dos pacientes e de seus cuidadores, ao apoio para autogerenciamento da condição de saúde e quanto à garantia da inclusão das preferências dos pacientes e de seus cuidadores no plano de cuidados (ACOSTA et al., 2016).

O instrumento é composto por 4 fatores (Preparação para autogerenciamento; Entendimento sobre medicações; Preferências asseguradas; Plano de cuidados), divididos em 15 questões. (ACOSTA et al., 2016). A partir da resposta do participante, é atribuída uma pontuação. O instrumento é avaliado por uma escala de cinco pontos: “Não sei/não me lembro/não se aplica” = 0; “Discordo totalmente” = 1 ponto; “Discordo” = 2 pontos; “Concordo” = 3 pontos; “Concordo totalmente” = 4 pontos. Após foi obtida uma média simples dos escores de cada respondente, que varia de 1 a 4 pontos. Desta forma, quanto maior a pontuação média, melhor será a qualidade da TC (ACOSTA et al., 2016; ACOSTA et al., 2020).

A análise dos dados foi realizada no programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) Versão 25.0. Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o n. 3.266.259/2019 respeitando as prerrogativas da Resolução 466/2012.

Resultados:

Participaram do estudo 213 pacientes oncológicos. Quanto aos parâmetros sociodemográficos, destes predominaram os do sexo masculino (57,7%), brancos (86,2%), com idade média de 59,6 anos, casados ou em união estável (79,7%). Quanto aos parâmetros clínicos, cerca de (63,4%), tinham neoplasias de sistema digestivo (63,4%), com maior prevalência nos estadiamentos III (27,9%) e IV (38,0%). Além disso, mostrou-

se significativas as internações hospitalares em decorrências de complicações clínicas (73,1%).

Na tabela 1, de acordo com as estimativas descritivas, estão identificadas as medidas de tendência central e de variabilidade para as questões dos fatores do instrumento CTM-15, com a pontuação não transformada de 1 a 4. A média mais elevada foi evidenciada na questão Q9 ($3,7 \pm 0,5$) e a menor observada na questão Q7 ($2,4 \pm 0,7$). Observa-se que o fator plano de cuidados obteve a menor média.

Não foi identificado efeito de teto e chão no CTM-15. Somente seis participantes (2,8%) responderam todos os itens como “concordo muito”, tendo a pontuação máxima (teto), e nenhum participante teve a pontuação mínima “discordo totalmente”, em todos os itens do instrumento (chão). Em relação aos resultados do CTM-15, a consistência global da escala foi avaliada por meio do alfa de Cronbach, que resultou em 0,876.

Tabela 1: Medidas de tendência central e de variabilidade para as questões dos fatores do instrumento CTM-15. RS, Brasil, 2020. (n=213)

Questões	Média	DP	Amplitude	
			Mín	Máx
Fator 1 (preparação para autogerenciamento)				
4. Quando eu saí do hospital, eu tive todas as informações que precisava para que eu pudesse cuidar de mim mesmo.	2,9	0,6	1,0	4,0
5. Quando eu saí do hospital, eu entendi claramente como cuidar da minha saúde.	3,0	0,6	1,0	4,0
6. Quando eu saí do hospital, eu entendi claramente os sinais de alerta e os sintomas que eu deveria observar para monitorar a minha condição de saúde.	3,2	0,6	1,0	4,0
8. Quando eu saí do hospital, eu compreendi bem minha condição de saúde e o que poderia melhorá-la ou piorá-la.	3,3	0,5	1,0	4,0

9. Quando eu saí do hospital, eu compreendi bem o que era de minha responsabilidade para cuidar da minha saúde.	3,7	0,5	1,0	4,0
10. Quando eu saí do hospital, eu me senti seguro de que eu sabia o que fazer para cuidar da minha saúde.	3,3	0,5	1,0	4,0
11. Quando eu saí do hospital, eu me senti seguro de que conseguiria fazer as coisas necessárias para cuidar da minha saúde.	3,3	0,5	1,0	4,0

Fator 2 (entendimento sobre medicação)

13. Quando eu saí do hospital, eu entendi claramente o motivo de tomar cada um dos meus medicamentos.	3,3	0,6	1,0	4,0
14. Quando eu saí do hospital, eu entendi claramente como tomar cada um dos meus medicamentos, inclusive a quantidade e os horários.	3,3	0,6	1,0	4,0
15. Quando saí do hospital, eu entendi claramente os possíveis efeitos colaterais de cada um dos meus medicamentos.	3,1	0,8	1,0	4,0

Fator 3 (preferências asseguradas)

1. Antes de sair do hospital, eu e a equipe de saúde concordamos sobre objetivos para minha saúde e como eles seriam alcançados.	2,8	0,7	1,0	4,0
2. A equipe do hospital considerou as minhas preferências e as da minha família ou cuidador para decidir quais seriam as minhas necessidades de saúde para depois que eu saísse do hospital.	2,7	0,7	1,0	4,0
3. A equipe do hospital considerou as minhas preferências e as da minha família ou cuidador para decidir onde as minhas necessidades de saúde seriam atendidas depois que eu saísse do hospital.	2,9	0,7	1,0	4,0

Fator 4 (plano de cuidados)

7. Quando eu saí do hospital, eu recebi um plano escrito, legível e de fácil compreensão, que descrevia como todas as minhas necessidades de saúde seriam atendidas.	2,4	0,7	1,0	4,0
12. Quando eu saí do hospital, eu recebi uma lista por escrito, legível e de fácil compreensão, das consultas ou exames que eu precisava realizar dentro das próximas semanas.	2,9	0,7	1,0	4,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

DP = desvio padrão

Discussão:

As neoplasias de cólon e reto fazem parte do sistema digestório e vem se mostrando cada vez mais incidentes. Nesse sentido, denota-se a necessidade de uma rede de atenção à saúde integrada, a fim de garantir cuidados efetivos para suprir as demandas e a complexidade dos cuidados ao paciente oncológico, visando à resolução dos problemas (RODRIGUES, 2020). A ocorrência de internações, reinternações hospitalares e o tempo de permanência são fatores relevantes das condições de saúde e da assistência aos pacientes oncológicos (RODRIGUES, 2020).

A não padronização transição do cuidado, a falta de acompanhamento, divergências de informações e as falhas de comunicação, afetam diretamente a qualidade da assistência e ocasionam readmissões hospitalares não planejadas, resultando na fragmentação e inadequação do cuidado (MONTERO *et al.*, 2020). Isto também representa um ônus financeiro para o sistema de saúde, além das implicações na segurança do paciente (MENEZES *et al.*, 2019).

Em relação às questões, a média mais elevada foi evidenciada na questão Q9 (3,7±05), a qual diz respeito ao Fator 1, “preparação para autogerenciamento”, evidenciando que os pacientes compreendem o que é de responsabilidade deles para cuidar da saúde. Sabe-se que o pouco tempo disponibilizado para preparo do paciente e dos familiares e o acúmulo de informações, pode influenciar no entendimento das orientações, gerando incertezas e

falta de segurança para realizar os cuidados pós-alta (ACOSTA *et al.*, 2020). Assim o autogerenciamento de sua condição de saúde é influenciado pelo entendimento ou não das informações fornecidas pelos profissionais de saúde, e pela atenção dispensada para o esclarecimento das dúvidas devendo ser fortemente trabalhada (RODRIGUES, 2020).

Em relação ao Fator 2, “entendimento sobre medicações”, observa-se que as questões em sua maioria obtiveram a média de 3 pontos, o que representa um entendimento dos pacientes sobre as medicações em uso quanto à importância delas. Esse aspecto torna-se importante pois contribui para a segurança do paciente voltado para a medicação, visto que muitos eventos adversos decorrem no pós alta. Sabe-se que a alta hospitalar é um momento de mudanças no cotidiano dos pacientes, e geralmente há acréscimo de medicações e cuidados no domicílio. Essas mudanças, se não abordadas de modo eficaz durante a internação, proporcionam a fragmentação do cuidado após a alta, (WEBER *et al.*, 2017) sendo importante e necessário realizar a orientação sobre o uso de medicamentos para os pacientes e para a família.

O Fator 3, “preferências asseguradas”, obteve média entre 2,7 à 2,9. Percebe-se que ainda pode ser trabalhado este fator, pois assegurar as preferências em relação ao processo de cuidado de pacientes oncológicos é primordial no momento da tomada de decisão dos cuidados pós-alta. Levar em consideração essas preferências é necessário para planejar ações promovendo um cuidado centrado no paciente, identificando as necessidades e preferências do paciente e sua família, elaborando um plano individualizado e desenvolvendo ações de educação em saúde durante a internação, o que pode contribuir para redução de readmissões hospitalares (RODRIGUES, 2020; ACOSTA *et al.*, 2020).

Por fim, o Fator 4, “plano de cuidados”, obteve a menor média observada, destaca-se a questão Q7 que teve a menor pontuação (2,4±07). Este resultado demonstra fragilidades no que diz respeito ao plano de cuidados. Entende-se com esse escore, que de forma moderada os pacientes e seus familiares recebem por escrito, orientações de cuidado e retorno para consultas após a alta. Destaca-se que para que a continuidade do cuidado ocorra, é necessário um fluxo de comunicação efetiva entre os profissionais e pacientes, para evitar transtornos dispensáveis e prevenir uma readmissão hospitalar (MARTINS *et al.*, 2018). Ao somar esse fluxo efetivo com um registro por escrito e auto explicativo, pode-se fornecer informações relevantes ao paciente e família, e poderão ajudá-los em momentos de incertezas (LIMA *et al.*, 2018).

Durante a hospitalização, o planejamento de alta e a elaboração de um plano de cuidados pela equipe multiprofissional, são fundamentais para assegurar o preparo do paciente e da família para o autogerenciamento da sua condição de saúde no domicílio (ACOSTA *et al.*,

2020). Mesmo que os pacientes se sintam preparados no momento da alta, ao retornar para casa, podem se deparar com incertezas no que tange ao tratamento, aos cuidados e a recuperação.

A falta ou insuficiência de planejamento e informações podem estar associadas a repercussões negativas na recuperação do paciente, nos erros de medicação, na baixa aderência ao tratamento e baixa qualidade de vida (WEBER *et al.*, 2017). Além do mais, a realização de efetivas transições é, ainda, um desafio e uma das inúmeras dificuldades de atendimento ao usuário que procura um serviço de saúde, principalmente no que tange a articulação do hospital com os demais serviços da rede assistencial, impedindo a continuidade dos cuidados de forma adequada (ACOSTA *et al.*, 2016).

Conclusões:

A avaliação das questões relativas ao instrumento do CTM-15 apresentou melhores resultados no Fator 1, preparação para autogerenciamento, em especial na questão Q9, e demonstrou fragilidades no fator 4, plano de cuidados, na questão Q7. Essas evidências podem ser observadas em instituições de saúde que apresentam fragilidades nesses aspectos que necessitam de maior atenção, e devem ser reavaliados e priorizados como potencializadores de uma transição do cuidado efetiva e segura.

Palavras-chave: Neoplasias; Hospitalização; Continuidade da assistência ao paciente; *Transitional Care*; Segurança do Paciente.

Agradecimentos:

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pela concessão da bolsa de iniciação científica.

Referências:

ACOSTA, A. M. *et al.* Brazilian version of the Care Transitions Measure: translation and validation. *International Nursing Review*, v. 64, n. 3, p. 379–387, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/inr.12326>>.

ACOSTA, A. A. et al. Transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas na alta da emergência para o domicílio. *Rev Gaúcha Enferm.* 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190155>>.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

INCA. Instituto Nacional De Câncer José Alencar Gomes Da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. – Rio de Janeiro: INCA, 2017.

LIMA, M.A.D.S., et al. Care transition strategies in Latin American countries: an integrative review. *Rev Gaúcha Enferm.* 2018; 39:e20180119. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180119> >

LORENZINI, E., et al. (2020): Cancer patient's care transition database.xlsx. figshare. Dataset. Disponível em:<<https://doi.org/10.6084/m9.figshare.11831343.v3>>.

LORENZINI, E., Boell, J.E.W., Oelke, N.D. et al. Care transition from hospital to home: cancer patients' perspective. *BMC Res Notes* 13, 267 (2020). Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s13104-020-05099-x>>.

MARTINS, M. M. et al. Gestão de alta para a continuidade do cuidado: experiência das enfermeiras de ligação de Portugal. *Cogitare Enferm.* (23) 3: e58449, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i3.58449>>.

MENEZES, T.M.O. et al. Cuidados de transição hospitalar à pessoa idosa: revisão integrativa. *Rev Bras Enferm.*, v. 72, n. Supl 2, p. 307–315, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0286>>

MONTERO, A. J. et al. Reducing Unplanned Medical Oncology Readmissions by Improving Outpatient Care Transitions: A Process Improvement Project at the Cleveland Clinic. *JCO Oncology Practice.* v. 12, n. 5, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1200/JOP.2015.007880>>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Estatísticas de saúde e sistemas de informação. Estimativas para 2000-2015. Disponível em: <http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html>. 2018.

RODRIGUES, C. D. Transição do cuidado na perspectiva do paciente oncológico e equipe de saúde: estudo com métodos mistos. 113 f. 2020. Dissertação (Pós-Graduação em Atenção Integral à Saúde) – Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Ijuí, 2020.

WEBER, L.A.F. et al. Transição Do Cuidado Do Hospital Para O Domicílio: Revisão Integrativa. *Cogitare Enfermagem*, v. 22, n. 3, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i3.47615>>.