



Evento: XXIX Seminário de Iniciação Científica

PLANEJAMENTO DA ALTA E O ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE ONCOLÓGICO PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE CONTRIBUEM PARA MELHOR TRANSIÇÃO DO CUIDADO¹

DISCHARGE PLANNING AND REFERRING THE ONCOLOGICAL PATIENT TO PRIMARY HEALTH CARE CONTRIBUTES TO BETTER CARE TRANSITION

Vanessa Dalsasso Batista Winter², Caroline Donini Rodrigues³, Elisiane Lorenzini⁴, Pâmella Pluta⁵, Larissa Berghetti⁶, Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz⁷

¹ Pesquisa institucional desenvolvida na Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ), pelo Grupo de pesquisa Cuidado, Gestão e Educação em Enfermagem e Saúde

² Estudante do Curso de Enfermagem da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ). Bolsista do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ).

³ Enfermeira. Mestre em Atenção Integral à Saúde pela UNIJUÍ.

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

⁵ Estudante do Curso de Enfermagem da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ). Bolsista do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ).

⁶ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Atenção Integral à Saúde da UNIJUÍ.

⁷ Enfermeira. Doutora em Ciências. Docente do Curso de Enfermagem da UNIJUÍ.

RESUMO

Introdução: A transição do cuidado é importante para a coordenação e a continuidade dos cuidados em saúde para pacientes que transitam entre diferentes locais ou níveis de cuidado.

Objetivo: identificar estratégias de transição do cuidado utilizadas pela equipe multiprofissional, frente a pacientes oncológicos internados. **Metodologia:** Estudo transversal, de abordagem qualitativa, realizado através de Grupo Focal em um hospital geral do sul do Brasil, com a participação da equipe de saúde local. **Resultados:** Participaram 15 profissionais que discutiram sobre estratégias de transição do cuidado para melhorar o atendimento ao paciente oncológico. **Considerações Finais:** Constatou-se que o melhoramento do plano de alta e o encaminhamento adequado para a Atenção Primária à Saúde (APS) são estratégias que podem ser implantadas pela equipe de saúde envolvida no cuidado do paciente oncológico.

Palavras-chave: Transição do Cuidado; Equipe de Saúde; Neoplasias; Continuidade do cuidado.

INTRODUÇÃO

A transição do cuidado (TC) é um conjunto de ações que objetivam assegurar a coordenação e a continuidade dos cuidados em saúde na transferência de pacientes entre diferentes locais ou níveis de cuidado (COLEMAN, 2003). No Brasil, trata-se de uma temática



ainda incipiente (WEBER et al, 2017), mas com importante potencial para o avanço do sistema de saúde do país, principalmente no manejo das doenças crônicas não transmissíveis, dentre as quais o câncer se destaca como principal problema de saúde pública no mundo com crescentes taxas de incidência e mortalidade (BRAY et al, 2018).

Frente a essa demanda do sistema de saúde, é importante entender que a assistência ao paciente oncológico exige cuidados complexos, haja vista as possíveis complicações da doença e consequentemente o aumento das taxas de readmissão hospitalar (SILVA; MOREIRA, 2018), além da possibilidade do uso de dispositivos clínicos e tecnologias que requerem aprimoramento profissional para a continuidade do cuidado ao domicílio.

Nesse sentido, é evidente a importância da TC no que se refere à melhoria da qualidade da assistência prestada ao cliente, na prevenção de novas reinternações e na redução dos custos hospitalares (HIRSCHMAN, et al, 2015).

A partir deste contexto, este trabalho tem por objetivo identificar estratégias de transição do cuidado utilizadas pela equipe multiprofissional, frente a pacientes oncológicos internados.

METODOLOGIA

Trata-se de um recorte do projeto “Transição do cuidado na perspectiva do paciente oncológico e equipe de saúde” vinculado ao grupo de pesquisa “Cuidado, gestão e educação em enfermagem e saúde”. Estudo transversal, de abordagem qualitativa, realizado em um hospital geral do sul do Brasil, com a participação da equipe multiprofissional.

A estratégia de coleta de dados foi por meio de grupo focal (GF). Foram realizados dois encontros, nos dias 15 e 28 de maio de 2020, com duração média de 90 e 100 minutos, respectivamente. Os critérios de inclusão foram ser profissional na instituição há pelo menos seis meses e ter jornada de trabalho de pelo menos 20 horas semanais. Foram excluídos aqueles em licença de saúde no período da coleta de dados.

Os dois encontros foram coordenados pela pesquisadora principal (C. D. R) que, como moderadora, conduziu a discussão. Houve também a presença de uma observadora, bolsista de iniciação científica (V. D. B. W.), para suporte logístico e registro de informações não verbais dos participantes. As sessões do GF foram gravadas em áudio type, com posterior dupla transcrição independente na íntegra. Os participantes do GF foram nomeados como P1, P2, e assim sucessivamente.



A análise dos resultados transcorreu de acordo com Minayo (2014): pré-análise, exploração do material, tratamento, inferência e interpretação dos resultados. Projeto aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa sob o Parecer Consubstanciado nº 3.266.259/2018 e foram respeitados todos preceitos éticos, conforme a resolução.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram 14 profissionais de saúde no primeiro encontro e 12 no segundo, sendo esses das seguintes áreas: enfermagem (7), farmácia (1), nutrição (2), fisioterapia (1), medicina (2), assistência social (1) e administração (1). A partir das discussões dos participantes do GF, emergiram dois temas de análise: “planejamento para alta” e “encaminhamento para a Atenção Básica”.

Planejamento para alta

A equipe de saúde constatou que o plano de cuidado é realizado apenas no primeiro dia de quimioterapia. Segundo Menezes et al (2019), os cuidados de transição devem ser planejados e iniciados ao longo do internamento hospitalar e não somente em momentos pontuais.

“ele recebe um plano de cuidado assim, um pouco mais explicativo (...) então a gente sempre na primeira quimioterapia a gente acaba fazendo isso. Mas daqui um pouco a gente vai ter que estar lembrando isso na segunda, na terceira vinda, porque é sempre na primeira né, no primeiro dia...” (P1)

Além disso, a entrega de um manual de orientações aos pacientes a partir do início da internação foi destacada como uma estratégia para que os mesmos possam adquirir conhecimentos sobre os cuidados que deverão ser realizados após a alta hospitalar.

“talvez seria interessante no momento que o paciente interna... gente passar e entregar o manual de orientações... talvez entregar isso antes, pra ele ir se apropriando né. ir lendo né.. alguma coisa assim.” (P10)

Mitchell et al (2018) relata que pacientes quando educados e preparados pela equipe de saúde sobre o planejamento de cuidados sentem-se confiantes e capacitados a realizar as condutas necessárias. Além disso, pontua que a incerteza sobre os cuidados é um fator gerador de ansiedade e estresse ao paciente e seu cuidador.

Em um estudo realizado com pacientes em tratamento oncológico que internaram a primeira vez no hospital, avaliou que a TC geral foi considerada satisfatória, porém o fator planejamento da alta apresentou fragilidades, o que evidencia a necessidade de a equipe de



saúde melhorar o plano de alta de modo que os usuários se sintam seguros após saírem do hospital. (FLORES et al, 2020)

Encaminhamento para a Atenção Primária à Saúde

A importância da articulação com a Atenção Primária à Saúde é destacada pelos profissionais no sentido de dar continuidade aos cuidados após a alta hospitalar.

“Por isso que é bom, tão importante esse trabalho com a ESF né, principalmente nessa primeira semana, 15 dias, (...) que daí alguém da equipe vai lá fazer essa educação continuada junto com ele”. (P6)

Segundo a literatura, o desconhecimento do funcionamento da rede de atenção ao oncológico agrava os sentimentos de angústia e insegurança que poderiam ser evitados com a articulação e continuidade da assistência em todas as esferas da rede de atenção à saúde (TESTON et al, 2018; RODRIGUES, 2020). Segundo Mitchell (2018) os pacientes e seus cuidadores desejam sentir-se familiarizados com os serviços de saúde que irão acompanhar o seu cuidado. Nesse sentido, o vínculo estabelecido com a APS oportuniza que os usuários se sintam acolhidos e conhecidos pela rede de atenção.

A equipe também pontua que o encaminhamento poderia ser feito por escrito para que os profissionais da APS possam ter acesso aos procedimentos realizados a nível hospitalar e os cuidados que deverão ser continuados no domicílio.

“Por isso que eu digo que é importante levar esse papel lá na ESF, esse relatório, vai lá no posto de saúde que o senhor vai sempre lá. Ele vai lá, leva, vai ver o que que é e vai acompanhar né”. (P13)

“A minha sugestão, assim, como do outro lado né, é que fosse, que tivesse um formulário que fosse fornecido. No caso “ O Sr agora, o sr fez tal procedimento, vai precisar de acompanhamento, o senhor entrega isso lá na unidade de saúde, no postinho lá da sua referência. ” Daí a equipe vai conhecer...”.

A continuidade da assistência pode ser adotada como uma estratégia da equipe de saúde para proporcionar cuidados adequados ao paciente e reduzir a superlotação do sistema de saúde por causas evitáveis. Para tanto, é necessária a articulação dos diferentes níveis de atenção à saúde e o empenho da equipe multiprofissional para oferecer atendimento integralizado ao paciente e seu cuidador (MENDES 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS



Por meio deste estudo, podemos apontar que os profissionais de saúde, reconhecem a necessidade de melhorar o planejamento de alta hospitalar e o encaminhamento para atenção primária à saúde como potenciais para qualificar o processo de TC.

AGRADECIMENTOS

Ao CNPq pela concessão da bolsa de iniciação científica.

REFERÊNCIAS

- BRAY, F. et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, Hoboken, v. 68, n. 6, p. 394-424, nov. 2018. DOI: 10.3322/caac.21492
- COLEMAN, E. A., BOULT, C. Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. **J Am Geriatr Soc**, v.51, p. 556–557, mar. 2003. DOI:10.466/j.1532-5415.2003.51186.x
- MENDES, F. R. P., et al. Continuity of care from the perspective of users. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 841-53, mar. 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017223.26292015
- MENEZES, T.M.O.; et al. Cuidados de transição hospitalar à pessoa idosa: revisão integrativa. **Rev Bras Enferm.**, v. 72, n. Suppl 2, p. 307–315, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0286>
- MITCHELL, S. E., et al. Care transitions from patient and caregiver perspectives. *Annals of Family Medicine*, v. 16, n. 3, maio/jun. 2018. DOI: 10.1370/afm.2222
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14th ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
- HIRSCHMAN, K. B., et al. Continuity of care: the Transitional Care Model. **Online J Issues Nurs**, v. 20, n. 3, p. 1, set. 2015. DOI: 10.3912/OJIN.Vol20No03Man01
- RODRIGUES, C. D. **Transição do cuidado na perspectiva do paciente oncológico e equipe de saúde: estudo com métodos mistos**. 2020. 113f. Dissertação de mestrado – Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Programa De Pós-Graduação Stricto Sensu Em Atenção Integral À Saúde. Ijuí, RS, 2020.
- SILVA L. G., MOREIRA, M. C. Grau de complexidade dos cuidados de enfermagem: readmissões hospitalares de pessoas com câncer de mama. **Rev Gaúcha Enferm.** 2018;39:e20180015. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180015>.
- TESTON, E. F., et al. Feelings and difficulties experienced by cancer patients. **Esc Anna Nery**, v. 22, n. 4, 2018. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2018-0017
- WEBER, L. A. F., LIMA, M. A. D. S. A., ACOSTA A. M., MARQUES G. Q. Care transition from hospital to home: integrative review. **Cogitare Enferm.** v. 22, n. 3, 2017. doi: <https://doi.org/10.5380/ce.v22i3.47615>