

Desafios da equipe interprofissional na transição do cuidado hospitalar para o domicílio de pacientes oncológicos

RESUMO | Os pacientes oncológicos necessitam de uma assistência integral, sobretudo no que se refere à transição do cuidado em saúde entre os diferentes locais e níveis de cuidado. Este estudo tem como objetivo investigar se existem protocolos assistenciais utilizados pela equipe interprofissional sobre a transição do cuidado oncológico hospitalar para o domicílio e identificar as estratégias utilizadas no planejamento e orientações da alta hospitalar. Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa, realizado através de Grupo Focal, com profissionais da equipe interprofissional que atuam diretamente com o cuidado oncológico, em hospital filantrópico, localizado no interior do Estado do Rio Grande do Sul. Construíram-se categorias que elencaram as principais características: Desafios na transição do cuidado para a rede de atenção primária e domiciliar e Sugestões para a mudança nas intervenções do cuidado integrado em oncologia. Constatou-se que a equipe interprofissional apresenta dificuldades na compreensão sobre a transição do cuidado e a necessidade de uma maior quantidade de colaboradores para a qualificação da assistência.

Palavras-chaves: Transição para Assistência do Adulto; Continuidade da Assistência ao Paciente; Planejamento da Alta; Oncologia.

ABSTRACT | Cancer patients need comprehensive care, especially with regard to the transition of health care between different locations and levels of care. This study aims to investigate whether there are care protocols used by the interprofessional team on the transition from hospital to home oncology care and to identify the strategies used in hospital discharge planning and guidance. This is a descriptive study with a qualitative approach, carried out through focus groups with professionals from the interprofessional team who work directly with cancer care in a philanthropic hospital located in the interior of the state of Rio Grande do Sul. Categories were constructed which listed the main characteristics: Challenges in the transition of care to the primary and home care network and suggestions for change in integrated oncology care interventions. It was found that the interprofessional team has difficulties in understanding the transition of care and the need for a greater number of collaborators to improve care.

Keywords: Transition to Adult Care; Continuity of Patient Care; Discharge Planning; Oncology.

RESUMEN | Los pacientes oncológicos requieren una atención integral, especialmente en lo que se refiere a la transición de la asistencia sanitaria entre diferentes lugares y niveles asistenciales. Este estudio pretende investigar si existen protocolos asistenciales utilizados por el equipo interprofesional en la transición de la atención oncológica hospitalaria a la domiciliar e identificar las estrategias utilizadas en la planificación y guías de alta hospitalaria. Se trata de un estudio descriptivo con abordaje cualitativo, realizado a través de grupos focales con profesionales del equipo interprofesional que trabajan directamente con la atención oncológica en un hospital filantrópico localizado en el interior del estado de Rio Grande do Sul. Se construyeron categorías que enumeraron las principales características: Desafíos en la transición de la atención a la red de atención primaria y domiciliar y Sugerencias de cambio en las intervenciones de atención oncológica integrada. Se encontró que el equipo interprofesional tiene dificultades en la comprensión de la transición de la atención y la necesidad de un mayor número de colaboradores para mejorar la atención.

Palabras claves: Transición a la atención de adultos; Continuidad de la atención al paciente; Planificación del alta; Oncología.

Mônica da Silva Santos

Enfermeira. Pós-graduação em Oncologia pela Faculdade Holística – FAHOL, Curitiba, PR. Pós-graduação em Enfermagem em UTI e Enfermagem Urgência e Emergência pelo Centro Universitário União das Américas Descomplica, Foz do Iguaçu, PR.
ORCID: 0000-0003-0686-9447

Francisco Carlos Pinto Rodrigues

Enfermeiro. Doutor em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria - UFSM. Docente no Curso de Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões- Campus Santo Ângelo- RS.
ORCID: 0000-0002-7989-788X

Maria Cristina Meneghete

Enfermeira. Mestre em Educação nas Ciências pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUÍ. Especialista em Administração Hospitalar pela Universidade de Cruz Alta – UNICRUZ. Docente no Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - URI - Campus de Santo Ângelo - RS.
ORCID: 0000-0003-4001-1866

Carine Amabile Guimarães

Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde. Especialista em Formação Pedagógica para Docentes da Educação Profissional Técnica e Tecnológica. Especialista em Ciências da Saúde com ênfase em Saúde Pública. Docente na Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e Das Missões campus Santo Ângelo.
ORCID: 0000-0003-2889-0933

Kelly Cristina Meller Sangoi

Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Docente na Graduação em Enfermagem Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, URI Santo Ângelo. Enfermeira responsável técnica da Clínica de Oncologia e Hematologia das Missões.
ORCID: 0000-0001-5550-0086

Recebido em: 25/11/2023

Aprovado em: 08/12/2023

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde⁽¹⁾ estima-se que para o ano de 2030 cerca de 27 milhões de novos casos de câncer serão registrados em todo o mundo e acredita-se que 50% desses pacientes precisarão de tratamento oncológico. Essa estimativa reforça a necessidade de pensar no paciente oncológico e oferecer assistência integral, sobretudo no que se refere a continuidade do cuidado que engloba toda a rede assistencial na qual está inserido⁽²⁾.

Neste aspecto, a transição do cuidado (TC) como uma estratégia para alcançar, operacionalizar e coordenar a continuidade do cuidado da assistência à saúde, na transferência de pacientes entre diferentes serviços de saúde ou diferentes unidades de um mesmo local, é tida como um importante processo para a extensão da qualidade da assistência hospitalar após alta, garante a segurança dos pacientes quanto a manutenção do tratamento, reduzindo readmissões hospitalares, a procura à emergência, e diminuindo a lotação e custos do sistema de saúde⁽³⁾. Na alta hospitalar ocorrem diversas mudanças no cotidiano dos pacientes oncológicos, sendo o preparo para a alta o início da organização dos cuidados necessários para a continuidade do tratamento no domicílio. Neste momento os enfermeiros realizam a educação em saúde para pacientes e familiares, assim como a organização adequada das necessidades de acompanhamento pós-alta nos serviços de saúde⁽⁴⁾.

A equipe interprofissional de saúde tem um papel fundamental para instrumentalizar a família para esta transição do ambiente de cuidado hospitalar para o contexto domiciliar. Os profissionais devem considerar, além dos aspectos clínicos, as necessidades e as experiências do paciente e sua família⁽⁵⁾. Assim, o planejamento da alta e a elaboração de um plano de cuidados pela equipe multiprofissional, são imprescindíveis

para garantir o preparo do paciente e da família para o autogerenciamento da sua condição de saúde no domicílio⁽⁴⁾.

Segundo o Instituto Nacional de Câncer⁽⁶⁾, os pacientes oncológicos apresentam vários sinais e sintomas entre os quais destacam-se: dor, fadiga, falta de apetite, náuseas e vômitos, edema e linfedema, constipação intestinal, obstrução intestinal, alteração da mucosa oral, diarreia, aumento do volume abdominal, sangramentos e depressão. Devido a essa grande quantidade de sinais e sintomas, ocorre que muitos profissionais de saúde podem ficar desatentos às possíveis causas.

Com isso, o profissional deve se empenhar em manter a dignidade humana promovendo a esse paciente uma atenção individualizada, humanizada, tirando o foco da doença, dando toda autonomia e respeito nas decisões sobre o seu tratamento, buscando a excelência no controle da dor, procurando garantir que o cuidado envolva o paciente e seus familiares proporcionando apoio e alívio dos sofrimentos físicos e psicossociais ao longo do tratamento⁽⁵⁾.

Os enfermeiros, segundo Dusek⁽⁷⁾ têm a responsabilidade em assegurar que os pacientes voltem para casa devidamente preparados e com apoio adequado, contribuindo para melhor articulação e comunicação entre equipes, pacientes, cuidadores e serviços de saúde. Entende-se que os enfermeiros podem exercer um papel ativo em estratégias de TC por meio de sua coordenação, bem como oferecendo suporte de educação em saúde e orientações para a prevenção, controle da doença, promoção e manutenção da saúde⁽⁸⁾, a fim de garantir o aprimoramento do preparo da alta e a continuidade dos cuidados no domicílio.

No Brasil o processo de TC para a desospitalização ainda está ganhando força, enquanto que, em outros países, já existem enfermeiros coordenando esta atividade. Autores afirmam que a dedicação do enfermeiro em muitas

atividades administrativas compromete a execução plena do cuidado de enfermagem⁽⁹⁾. O tema foi escolhido pela amplitude e complexidade dos aspectos da TC pela necessidade de compreensão e domínio dos profissionais sobre o assunto, assegurando uma assistência qualificada.

Perante essa perspectiva, o tema apresentado é de extrema relevância para a equipe interprofissional na área de tratamento oncológico, visto que viabiliza a sensibilização dos profissionais quanto às dificuldades existentes no decorrer desse tratamento e assim tornar-se-á possível o melhor manejo das terapias disponíveis.

Portanto, essa pesquisa justifica-se pelo fato de que existe a necessidade de orientações no preparo para a alta e acompanhamento no pós-alta para que tratamento e reabilitação sejam eficazes. Partiu-se da seguinte questão norteadora: Quais as ações da equipe interprofissional na TC oncológico hospitalar para o domicílio? E, teve como objetivos: investigar se existem protocolos de assistência sobre a TC oncológico hospitalar para o domicílio; identificar as estratégias utilizadas para o planejamento e orientações para a alta hospitalar ao paciente oncológico e averiguar quais os desafios para que a TC aconteça.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa realizado em um hospital filantrópico localizado no interior do Estado do Rio Grande do Sul, em uma Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON). A equipe de saúde é composta por oncologistas, mastologista, ginecologistas, urologista, cirurgões gerais, cirurgião oncológico e torácico. Também conta com enfermeiras, farmacêuticas e técnicas em enfermagem exclusivas para a unidade, bem como nutricionista, psicóloga e assistente social que atendem na unidade. O estudo ocorreu no segundo semestre de 2022.

Participaram do estudo dezesseis pro-

fissionais da equipe interprofissional (assistente social, nutricionista, médico, psicólogo, enfermeiros, farmacêuticos, técnicos de enfermagem) que atuam diretamente com o cuidado oncológico na unidade da instituição de saúde. Foram realizadas duas sessões de encontros do Grupo Focal (GF) na instituição de saúde e tiveram a duração média de 80 minutos, sendo gravadas em áudio via smartphone marca Lenovo® e, posteriormente, transcritas na íntegra. Além dos participantes estavam presentes duas pesquisadoras, que fizeram a moderação e gravação das falas durante o GF. A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética e pesquisa pelo parecer nº. 5.652.273.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Realizaram-se dois encontros, do tipo GF, durante os meses de outubro e novembro de 2022. O primeiro ocorreu no ambulatório do serviço de oncologia e participaram oito profissionais da equipe interprofissional, entre estes duas enfermeiras, uma farmacêutica, uma assistente social, três técnicas em enfermagem e uma nutricionista. Na sessão foi realizada uma apresentação do projeto de pesquisa e feito algumas perguntas para que os participantes da equipe pudessem explicar sua visão sobre conceitos da TC e ações desenvolvidas na equipe.

No segundo GF que foi realizado no consultório médico participaram também oito profissionais: duas enfermeiras, três técnicas em enfermagem, uma farmacêutica, um médico oncologista e uma psicóloga. Nesse último encontro foram abordadas questões sobre dificuldades enfrentadas e estratégias para que a TC aconteça. A análise das informações revelaram duas categorias temáticas: Desafios na Transição do Cuidado para a Rede de Atenção Primária e Domiciliar e Sugestões para a mudança nas intervenções do cuidado integrado em oncologia.

Desafios na Transição de Cuidado para a Rede de Atenção Primária e Domiciliar

Identificou-se que não há um pla-

nejamento interprofissional estruturado para a realização das orientações e da TC hospitalar para o domiciliar, mas sim um processo segmentado e de organização individual de cada profissional. O planejamento conjunto e antecipado foi citado, mas de fato não conseguem efetivá-lo. Foram identificadas dificuldades da família na compreensão dos cuidados necessários no domicílio.

O desenvolvimento e implementação de um plano de alta é imprescindível para que ocorra a transição segura do paciente para o domicílio. A equipe interprofissional precisa planejar de forma a enaltecer a participação da família no tratamento. Planos estruturados de alta hospitalar permitem qualificar os cuidados desde a primeira internação até a manutenção da assistência domiciliar, o que minimiza a ocorrência de hospitalizações não programadas e possibilita que os cuidados domiciliares sejam desenvolvidos de maneira consciente, garantindo a segurança do paciente ⁽¹⁰⁾.

A equipe interprofissional sinalizou que o plano de cuidado é realizado no primeiro dia de quimioterapia, onde cada profissional passa essas informações e, é reforçado em cada sessão de quimioterapia:

“Nós não temos um específico, a gente dá orientações básicas porque nós não temos como acolher esse paciente em toda intercorrência, precisa procurar a UBS ou Pronto Atendimento. Porque nós aqui não podemos dar esse suporte a esses pacientes” (P4).

“Nós damos uma orientação da medicação via oral, como tomar, armazenar, quais são os efeitos adversos, na primeira vez” (P2).

“ [...] Normalmente eles já vão com pedido de todo o material, toda a documentação que eles precisam para o município fornecer esse suplemento, podendo ser em pó ou líquido” (P7).

“No momento que eu consigo vir aqui eu atendo um paciente, passo as informações que consigo, tiro as dúvidas que são muitas, é muita informação falsa na internet ou que o vizinho disse [...]” (P7).

Muitas dificuldades foram pontuadas, além da falta de planejamento interprofissional, emergiram também relatos de fragmentação do cuidado. Entretanto, um dos profissionais essenciais na orientação da equipe e paciente no planejamento são os farmacêuticos:

[...] não tem tempo adequado para dar na entrega da medicação da via oral. A demanda é muito alta para o farmacêutico fornecer atenção farmacêutica” (P2)

O mesmo autor também sinaliza a importância da educação permanente em saúde retratada como o processo de ensino-aprendizagem, centrado no indivíduo como agente ativo na gestão da sua educação, é eficaz na melhora do desempenho técnico dos profissionais, reduzindo os erros no cuidado e transformando a prática profissional para eficiência contínua da assistência.

Deste modo, a combinação da educação continuada e permanente em saúde, consistem em maneiras eficientes de atualizar os profissionais para lidar com as demandas clínicas, aliado na busca de cursos, especializações e treinamentos, por meio de processos de busca ativa de conhecimentos por meio das demandas observadas na prática profissional.

Embora o tratamento quimioterápico tenha se mostrado uma abordagem capaz de reduzir a morbimortalidade do câncer, segundo dados do INCA ⁽⁶⁾, também pode impactar negativamente na qualidade de vida dos pacientes, pois seus benefícios são acompanhados de efeitos colaterais, como fadiga, sintomas gastrointestinais, perda ou ganho de peso, úlceras orais, queda de cabelo, tonturas, entre outros.

Nesse contexto, os farmacêuticos

também são responsáveis pela educação e monitoramento dos pacientes que fazem uso de medicamentos quimioterápicos antineoplásicos, buscando a realização de ações interventivas para atenuar efeitos adversos e garantir que continuem o tratamento demonstrando a importância da adesão ao tratamento, melhorando a segurança do paciente e fornecendo ações imediatas para corrigir erros e outros problemas relacionado às medicações⁽¹¹⁾.

“Outra dificuldade é o paciente com quimioterapia VO, vai ter que tomar em casa, tem idade avançada e mora sozinho, vai ter que tomar capecitabina que é um quimioterápico com muitos efeitos colaterais. Aí não veio familiar, ele sai com oitenta comprimidos e retorna aqui com trinta porque ele tomou errado e sobrou comprimidos” (P6).

Um estudo realizado em Florianópolis/SC, capital do estado, na região Sul do Brasil pelos autores⁽¹²⁾, relatam que os farmacêuticos evidenciaram além de dificuldades de acesso a medicamentos por falhas de comunicação entre os serviços, o problema da fragmentação do cuidado. Em razão dessas lacunas, demonstraram a dificuldade do profissional em atender às demandas reprimidas, que exigem sua presença contínua e não apenas em alguns períodos. Identificou-se, por meio deste estudo, que apesar da relevância de todos os profissionais da equipe interprofissional nas orientações para a alta e na habilitação da família, destaca-se o enfermeiro como profissional de referência neste processo, o que foi corroborado pela literatura⁽¹³⁾.

Os participantes enfermeiros relataram a falta de um local adequado e estruturado para a consulta de enfermagem individualizada. A falta de um espaço para realizar a consulta de enfermagem ou a comunicação entre profissionais e pacientes sobre informações importantes para o tratamento

dificultam a qualidade na assistência à saúde dos pacientes oncológicos.

“Um exemplo da consulta de enfermagem é quando o paciente chega e na maioria das vezes sentamos ao lado do paciente no ambulatório, não tem uma sala, ficam expostos [...]” (P5).

Os autores⁽¹³⁾ confirmam que fatos relacionados na dificuldade do processo de humanização estão relacionados com falta de apoio e valorização institucional, situações precárias do ambiente hospitalar e espaço físico inadequado, impossibilitando o conforto ao paciente hospitalizado e seu familiar. E mesmo que os profissionais tenham a oportunidade de oferecer humanização, acabam dando mais importância para a execução de procedimentos ao invés do acolhimento.

Quando identificada dificuldade por parte do paciente e familiares na compreensão e reprodução das informações, criam-se outras estratégias para que esses pacientes entendam com mais facilidade, bem como mecanismos para identificar o nível de compreensão dos familiares sobre as orientações prestadas.

“O que é mais difícil para eles entenderem é sobre o tratamento, porque tem uns que vem e nem sabem o que é câncer” (P9).

“Tem pacientes que a família solicita para não contar por questões familiares, mas a pessoa já sabe e aí faz de conta que não sabe” (P4).

“Na entrevista de enfermagem no primeiro dia da infusão perguntamos: o senhor sabe e porque está aqui, porque vai fazer a medicação? Alguns dizem não sei, acho que é um sorinho de vitamina, outros falam que estão com câncer” (P4).

A comunicação efetiva e clara com os profissionais de saúde no início do tratamento é fundamental, pois minimiza os medos relacionados ao cuidado em casa e também facilita uma melhor compreensão

do processo da doença (14). Portanto pela ótica, a equipe de saúde educa e prepara os pacientes sobre o plano de cuidados, eles se sentem confiantes e capazes para o autocuidado. Apesar disso, os profissionais apontam inseguranças e demonstram preocupação⁽¹⁵⁾.

“Na verdade eles se sentem seguros aqui, isso a gente vê que muitas vezes eles podem ir no município resolver lá, mas preferem ser cuidados aqui” (P10).

“[...] eles criam bastante vínculo, para eles aqui é melhor” (P5).

A alta mal planejada e as falhas na comunicação podem levar à ansiedade e insegurança dos pacientes e seus familiares, muitos terão que se readaptar após a alta, podendo colocar os pacientes em risco devido à falta de informação. Diante disso, proporcionar uma comunicação efetiva entre os membros da equipe sobre as orientações de cuidado e apoiar os familiares após a alta são estratégias para facilitar a TC.

Fatores como orientação fragmentada, número de profissionais insuficiente, falta de interesse dos gestores são relevantes para que o planejamento do cuidado não seja efetivo.

“Se a gente tivesse um local maior, mais disponibilidade de leitos e poltronas a gente atenderia mais. Hoje a agenda está cheia e já não dá para colocar mais nenhum paciente” (P2).

“A equipe não aumentou, estamos com dificuldades, já solicitei ajuda. Eu gostaria muito de ter uma nutricionista, assistente social exclusiva para a oncologia pois tem demanda” (P4).

Outro aspecto identificado nas falas, relatam a necessidade de que a coordenadora de saúde repasse aos responsáveis em cada município informações e acom-

panhamento adequado aos usuários em tratamento oncológico, entendem como responsabilidade da coordenadoria regional de saúde além das secretarias municipais, fortalecendo assim uma rede de apoio na TC para esses pacientes.

"[...] vamos começar a trabalhar com os pacientes que a gente atende e vai passar uma relação desses pacientes por município para a coordenadoria de saúde pra ela passar pra rede básica. Quem é responsável por monitorar ou a adesão desse paciente ao tratamento em cada rede básica fica responsável pelos seus pacientes daquela área" (P2).

Segundo um estudo realizado em seis redes de saúde dos Estados Unidos pelos autores(15) 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 reconhecidos pela rede de atenção.

A continuidade dos cuidados pode ser utilizada como uma estratégia da equipe de saúde para fornecer assistência adequada aos pacientes e reduzir a superlotação do sistema de saúde por causas evitáveis. Portanto, há necessidade de conexões entre os diferentes níveis de atenção à saúde e o compromisso das equipes interprofissionais para prestar assistência integral aos pacientes e seus cuidadores⁽¹⁶⁾.

"[...] tem aqueles pacientes que confiam na gente aqui, se sentem alguma coisa não procuram o médico do município ou no posto, dizem que lá não adianta ir, eu posso ligar pra cá, sabe?"(P2).

A falta de articulação com a APS é destacada pelos profissionais no sentido da adesão e continuidade no tratamento e nos cuidados após a alta hospitalar.

"É bem complicado, a gente consegue saber quem é que cuida do paciente, quem paga as contas, quem é que corre por essa pessoa. Mas outras vezes a gente não consegue. Precisamos falar com o município ou assistência social" (P4).

"Alguns municípios resolvem o problema muito bem. Ligam pra nós, trocam ideias, mas a maioria não. Porque às vezes os médicos não querem nem saber. E outros municípios que o médico liga preocupado com aquele paciente pra gente conseguir resolver a demanda" (P4).

Cabe às equipes de APS o acompanhamento dos pacientes oncológicos, prevalecendo o cuidado longitudinal com retaguarda dos demais pontos da rede de atenção (UNACON, Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, Centro de Referência em Tratamento da Dor Crônica, entre outros). A APS tem papel importante na oferta de cuidados para os pacientes oncológicos e, em geral, estão mais próximas das pessoas que os serviços especializados. Assim, não necessariamente há a indicação da intervenção de equipes especializadas nesses cuidados, uma vez que isso dependerá da complexidade do cuidado⁽¹⁷⁾.

Segundo a literatura, a falta de conhecimento do funcionamento da Rede de Atenção Oncológica pode agravar os sentimentos de insegurança que podem ser evitados por meio da clareza e continuidade do cuidado em todas as áreas da rede de atenção à saúde⁽¹⁸⁾. Uma pesquisa realizada em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e em dez Estratégias de Saúde da Família (ESF) na cidade de São Paulo com o objetivo de articular e fortalecer as ações de alta e continuidade do cuidado na atenção básica, recomendou: incluir pacientes/familiares/cuidadores como membros da equipe no plano de cuidados; melhorar os mecanismos de comunicação; avaliar a eficácia das intervenções

planejadas e implementadas após a alta; acompanhar os pacientes durante os cuidados (coordenação do cuidado) e considerar outros modelos que possam ser implementados/combinado⁽¹⁹⁾.

Pode-se perceber nos resultados que o cotidiano não permite que a equipe consiga desempenhar um atendimento em caso de uma emergência oncológica, devido à falta de protocolos e profissionais qualificados em prestar uma assistência oncológica mediante a um evento adverso trabalhando em horário integral.

"[...] aqui não é uma unidade de pronto atendimento oncológico, a gente não tem uma emergência. Aqui é tudo marcado, daí tu mistura um paciente eletivo com um paciente com sintoma de covid, eles vem porque não tem para onde ir" (P6).

Devido às complicações da própria doença, as emergências oncológicas geralmente ocorrem pela toxicidade do tratamento e dependendo da sua gravidade há necessidade de atendimento imediato para estabilizar os sintomas, reverter o quadro clínico da doença e, assim, preservar a vida. Alguns exemplos de emergências oncológicas que comumente afetam pacientes com câncer são: síndrome de compressão medular, síndrome de veia cava superior, hipercalcemia, derrame pericárdico, coagulação intravascular disseminada e síndrome de lise tumoral. Diante dessas situações, os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros que assistem diretamente esses pacientes, devem estar preparados para reconhecê-las e manejá-las⁽²⁰⁾.

Sugestões para a Mudança nas Intervenções do Cuidado Integrado em Oncologia

A equipe interprofissional relata diversas intervenções que poderão melhorar o serviço na qualidade e acolhimento durante o tratamento, como por exemplo o aumento no quadro de funcionários para atender o aumento da demanda. A ampliação do espaço físico com salas separadas para avaliação nutricional, enfer-

magem e apoio psicológico.

É notório que a prática sistematizada da TC traz grandes benefícios para a saúde dos pacientes, como também para as práticas assistenciais. Quando há essa padronização e, rotineiramente eficaz, proporciona segurança ao paciente e do profissional que realizará os cuidados, evitando recidivas nas internações, piora do quadro clínico e angústias por parte dos prestadores de serviço.

“Realizamos orientações caso tenha febre, se caso for necessário fazer uma medicação, procure lá no seu município, a maioria nos ligam e nos passam que não conseguiram” (P5).

O acompanhamento por telefone através da tele enfermagem, é uma ferramenta de cuidado que permite a interação entre os profissionais de saúde e seus pacientes. Uma vez que pode fornecer importantes informações na promoção da saúde, possibilitando o controle de efeitos adversos, condução rápida de assistência e suporte à adesão terapêutica. Inclusive, o acompanhamento por telefone é uma intervenção definida pela Nursing Interventions Classification, que permite monitorar as condições de saúde de uma pessoa para atuarem em situações adversas⁽²¹⁾.

A Tele Enfermagem foi regulamentada no Brasil pela Resolução Conselho Federal de Enfermagem⁽²²⁾, sendo alterada pela COFEN Nº 707/2022 e COFEN Nº 713/2023, normatizando-a e dispondo sobre a atuação da Enfermagem na Saúde Digital. Através da teleconsulta o profissional de saúde poderá fornecer suporte ao tratamento para manutenção dos cuidados prestados aos pacientes, garantindo que o cuidado prestado tenha seguimento para pacientes e familiares.

“A dificuldade da parte médica é exatamente a mesma da equipe, não temos suporte fora daqui. Aqui a unidade é de alta complexidade, mas o paciente também tem complicações de baixa complexidade como pegar um remédio para dor, renovar uma receita, fazer um curativo, claro que os

mais complexos são feitos aqui e a gente não tem esse suporte. Eles acabam voltando pra cá às vezes pra fazer um remédio que poderia ter sido administrado lá no seu município” (P6).

Faz-se necessário preparar e educar a equipe sobre a assistência oncológica segura e adequada, onde, percebe-se nas falas a necessidade de sistematização de orientações:

[...] “faz treinamento com a equipe, leituras, é a educação continuada, conversa com a nutricionista, assistente social porque todas da equipe se ajudam, são aliadas [...]” (P4).

[...] “acho que por ser uma equipe interprofissional quem acaba ficando com a responsabilidade maior é a enfermagem. Eles que estão em contato diário, conhecem o paciente pelo nome” (P2).

Para amenizar as lacunas no cuidado oncológico e suas intercorrências durante o plano terapêutico, percebe-se a necessidade de instituir um programa de navegação no serviço, onde os enfermeiros navegadores desenvolvem o gerenciamento do cuidado oncológico. Ter uma enfermeira navegadora auxiliando no acompanhamento da evolução do tratamento dos pacientes e orientando os profissionais da rede, facilitaria o suporte na resolução das intercorrências.

“[...] imagina se nós tivéssemos uma enfermeira navegadora que faria toda essa parte, seria ótimo” (P4).

Incluir um enfermeiro navegador no cuidado oncológico, reduz o intervalo entre o diagnóstico e início do tratamento, auxiliando na continuidade e coordenação do cuidado. Os pacientes oncológicos, seus familiares e cuidadores enfrentam três grandes desafios: atrasos e falta de coordenação do cuidado, falta de informações relevantes e suporte social e emocional inadequado. Para superar esses problemas, muitas organizações implementaram programas de apoio ao paciente que incluem enfermeiros que

ajudam os pacientes a navegar no sistema de saúde⁽²³⁻²⁴⁾.

Este profissional, conduzirá o processo da TC de forma concisa e coerente, ajudando-o em toda a sua trajetória, desde o diagnóstico e tratamento, auxiliando no acolhimento, procedimentos, manejo dos efeitos adversos, atendimento domiciliar, acompanhamento, agendamentos de exames e demais atribuições esperadas desse profissional⁽²⁵⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A TC oncológico hospitalar para o domicílio, é um processo complexo, tanto para os profissionais de saúde quanto para os familiares. Todos os envolvidos na assistência são responsáveis pela continuidade da assistência domiciliar segura. Neste sentido, a UNACON pesquisada entende a necessidade de implantar protocolos de assistência sobre a TC oncológico e está buscando a capacitação sobre essa abordagem.

Percebe-se a necessidade de dimensionamento adequado da equipe interprofissional para auxiliar na grande demanda de trabalho, como por exemplo, um farmacêutico exclusivo no monitoramento da assistência farmacêutica relacionada ao uso de medicamentos quimioterápicos orais, o que facilitaria a adesão a esta modalidade de tratamento, assim como psicólogo e nutricionista exclusivos do setor.

Nesta perspectiva, para que a TC aconteça é necessário que os gestores e coordenadores proporcionem a estrutura para realizar uma intervenção acolhedora e individual para cada paciente, evitando novas reinternações. Na alta hospitalar são fornecidas informações básicas em um espaço improvisado, pois não possuem uma sala específica para prestar assistência individual.

Assim como, a implantação de um programa de navegação, contemplaria um enfermeiro navegador para acompanhamento dos pacientes. Esta estratégia melhoraria a promoção de saúde e for-

talesceria a rede de saúde que o paciente está inserido.

Espera-se que este estudo contribua com a gestão do serviço no sentido de ampliar ajustes nos processos de TC pós alta, modificando sobretudo percepções

sobre o processo de trabalho e a gestão do cuidado. Recomenda-se portanto, ampliar estudos sobre essa temática e averiguar quais as dificuldades para que a TC possa ocorrer efetivamente, quais as possíveis melhorias no processo de planejamento e

implementação da assistência na alta hospitalar para o cuidado domiciliar seguro, contribuindo no processo da TC entre os cenários em que se dará o tratamento do paciente oncológico. 🐦

Referências

- 1 - Organização Mundial da Saúde (OMS). Organização Pan- Americana da Saúde:(OPAS) 2020. <https://www.paho.org/pt>
- 2 - Kuntz SR, Gerhardt LM, Ferreira AM, Santos MT dos, Ludwig MCF, Wegner W. Primeira transição do cuidado hospitalar para domiciliar da criança com câncer: orientações da equipe multiprofissional. Escola Anna Nery. 2021;25(2).
- 3 - Martins MM, Aued GK, Ribeiro OMPL, Santos MJ, Lacerda MR, Bernardino E. Gestão de alta para a continuidade do cuidado: Experiência Das Enfermeiras De Ligação De Portugal. Cogitare Enfermagem. 2018 Sep 21;23(3).
- 4 - Marques Acosta A, Dias M, Lima S, Carvalho Pinto I, Luciana, Feil A, et al. Revista Gaúcha de Enfermagem Artigo Original. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2020;41:20190155.
- 5 - Silva-Rodrigues FM, Bernardo CSG, Alvarenga W de A, Janzen DC, Nascimento LC. Transição de cuidados para o domicílio na perspectiva de pais de filhos com leucemia. Revista Gaúcha de Enfermagem. 2019;40.
- 6 - Inca. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. (2020). Estimativa de 2020: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil>
- 7 - Dusek B, Pearce N, Harripaul A, Lloyd M. Care Transitions. Journal of Nursing Care Quality. 2015;30(3):233–9.
- 8 - Guerrero, Kerrie S., Susan E. Puls, and Dorothy A. Andrew. "Transition of care and the impact on the environment of care." Journal of Nursing Education and Practice 4.6 (2014): 30.
- 9 - Leal JAL, Melo CMM de. Processo de trabalho da enfermeira em diferentes países: uma revisão integrativa. Revista Brasileira de Enfermagem. 2018 Apr;71(2):413–23.
- 10 - Vicente C, Amante LN, Santos MJ dos, Alvarez AG, Salum NC. Cuidado à pessoa com ferida oncológica: educação permanente em enfermagem mediada por tecnologias educacionais. Revista Gaúcha de Enfermagem. 2019;40.
- 11 - Battis B, Clifford L, Huq M, Pejoro E, Mambourg S. The impacts of a pharmacist-managed outpatient clinic and chemotherapy-directed electronic order sets for monitoring oral chemotherapy. Journal of Oncology Pharmacy Practice. 2016 Oct 12;23(8):582–90.
- 12 - Molina L, Hoffmann J, Finkler M. Ética e assistência farmacêutica na atenção básica: desafios cotidianos.. Revista Bioética. 2020;28(2):365–75.
- 13 - Faria, Hila Martins Campos, Júlia Carneiro de Carvalho, and Kamilla Marina de Almeida Telles. "o processo de humanização no acolhimento às famílias de pacientes hospitalizados." PSIQUE 2.3 (2017): 95-109.
- 14 - Aburn G, Gott M. Education given to parents of children newly diagnosed with acute lymphoblastic leukemia: the parent's perspective. Pediatric Nursing. 2014;40(5):243–8, 256.
- 15 - Mitchell SE, Laurens V, Weigel GM, Hirschman KB, Scott AM, Nguyen HQ, et al. Care Transitions From Patient and Caregiver Perspectives. Annals of Family Medicine. 2018 May 1;16(3):225–31.
- 16 - Menezes TM de O, Oliveira ALB de, Santos LB, Freitas RA de, Pedreira LC, Veras SMCB. Hospital transition care for the elderly: an integrative review. Revista Brasileira de Enfermagem. 2019;72(suppl 2):294–301.
- 17 - Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. (2012). Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, 12 dez.
- 18 - Rodrigues RL, Schneider F, Kalinke LP, Kempfer SS, Backes VMS. Resultados clínicos da navegação de pacientes realizada por enfermeiros no cenário da oncologia: revisão integrativa. Revista Brasileira de Enfermagem. 2021 Apr 16; 74:e20190804.
- 19 - Mauro AD, Cuculo DF, Perroca MG. Articulação hospital – atenção primária na transição do cuidado: os dois lados do processo. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2021 Sep 17 ; 55:e20210145.
- 20 - Gonçalves MM, Guedes NDAB, Matos SS de, Tiensoi SD, Simino GPR, Corrêa ADR. Perfil dos atendimentos a pacientes oncológicos em uma unidade de pronto atendimento. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro. 2018 Jul 16;8.
- 21 - Bulechek, G.M., Butcher, H.K., Dochterman, J.M, & Wagner C.M. (2020). NIC - Classificação das intervenções de enfermagem. 7a ed. São Paulo: GEN Guanabara Koogan.
- 22 - Resolução COFEN Nº 696/2022 – Alterada pelas Resoluções Cofen NºS 707/2022 E 713/2023. (2022, 4 de agosto). Cofen – Conselho Federal de Enfermagem. http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-696-2022_99117.html.
- 23 - Muñoz R, Farshidpour L, Chaudhary U, Fathi A. Multidisciplinary Cancer Care Model: A Positive Association Between Oncology Nurse Navigation and Improved Outcomes for Patients With Cancer. Clinical Journal of Oncology Nursing. 2018 Oct 1;22(5):E141–5.
- 24 - Nurse Navigation Program: Outcomes From a Breast Cancer Center in Brazil. Clinical Journal of Oncology Nursing. 2019 Jan 25;E25–31.
- 25 - Borchardt DB, Sangoi KCM. A importância do enfermeiro navegador na assistência ao paciente oncológico: uma revisão integrativa da literatura. Research, Society and Development. 2022 Apr 5;11(5):e25511528024.