

COMUNICAÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS COMO FERRAMENTA PARA CUIDADO INTEGRAL AOS PACIENTES ONCOLÓGICOS POR MECANISMOS DE REFERENCIA E CONTRARREFERÊNCIA

Communication between professionals in offering comprehensive care to oncological patients

Wellerson Mayrink de Paula Júnior¹, Aline Maria Rizzon¹, Carla Jorge Machado²

¹ Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil

² Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil

A segurança do paciente é questão importante neste século. Reconhecer que há erros ou acidentes com desfechos indesejáveis e danosos para pacientes e instituições de saúde fez com que a OMS (Organização Mundial da Saúde) centrasse esforços em identificar situações de risco e em propor soluções que pudessem auxiliar na prevenção dessas situações. Resultado deste trabalho foi esclarecer a importância da comunicação e do trabalho da equipe interdisciplinar de saúde como fatores fundamentais e determinantes da qualidade e segurança na prestação de cuidados aos indivíduos¹. Serviços de saúde articulados possibilitam que exista uma linha de cuidado que flua adequadamente (por exemplo, no processo de uso de medicamentos) contribuindo, portanto, para a integralidade do cuidado e da assistência².

O sistema de referência e contrarreferência na saúde consiste no encaminhamento de usuários de acordo com o nível de complexidade requerido para resolver seus problemas de saúde³. “Referência” é o ato formal de encaminhamento do paciente atendido em determinado estabelecimento de saúde a outro de maior complexidade; “contrarreferência” é o ato formal de encaminhamento do paciente

ao estabelecimento de origem (que o referiu) após resolução da causa responsável pela referência³.

Neste contexto se insere a integralidade no campo da saúde. A integralidade da assistência, objetivo dos sistemas de saúde recentes, permite o fortalecimento do vínculo entre paciente e equipe, evitando fragmentação e proporcionando cuidado de melhor qualidade⁴. Também considerada princípio doutrinário do Sistema Único de Saúde (SUS), pode ser concebida como “conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos[...] exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”⁵. Para que se cumpra esse objetivo deve haver interação, comunicação e sintonia entre os profissionais que prestam assistência ao paciente, sobretudo aqueles cuja condição de saúde exige assistência continuada, sendo os pacientes oncológicos representativos dessa parcela⁴. Portanto, abordar a contrarreferência é fundamental no âmbito da integralidade da atenção pois seu funcionamento ocorre pela possibilidade da atenção se processar todos os pontos da rede: é fundamental que o usuário retorne à sua unidade de origem para continuidade e longitudinalidade da atenção. A

equipe de origem, assim, precisa receber todas as informações necessárias do médico especialista⁶.

A Política Nacional de Atenção Oncológica desenvolvida pelo Instituto Nacional do Câncer José Alencar (INCA) e instituída em 2005 pelo Ministério da Saúde (Portaria nº2.439/GM de 08/12/15) determina que os cuidados ao paciente com câncer contemplem dos níveis da atenção básica à atenção especializada para que ocorram ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. Entre esses componentes, destacam-se ações clínicas em nível de Estratégia de Saúde da Família (ESF) para seguimento desses pacientes, promoção de educação permanente aos profissionais da saúde (entre eles, médicos de família) e articulação intersetorial para maior efetividade e eficiência⁷.

Deram-se funções à Atenção Básica de Saúde (ABS) relacionadas a usuários com câncer no momento que a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (2013) propôs que aquela ficaria encarregada da avaliação da vulnerabilidade e da autonomia da pessoa com câncer, coordenação e manutenção dos cuidados após encaminhamento aos níveis secundário e/ou terciário, quais sejam, ambulatório de especialidades e centro de tratamento oncológico (inclusive com pagamento das despesas do paciente e acompanhante quando a assistência precisar ser feita fora do município de residência, sendo respeitada a restrição de regiões metropolitanas e distâncias inferiores a 50 quilômetros)⁸, atendimento domiciliar e participação nos cuidados paliativos em articulação com hospitais locais e demais setores da rede⁷. Enfatiza-se que a disponibilidade de recursos nos níveis de atenção é variável chave nesse processo, pois determina o fluxo de pacientes atendidos e, portanto, a resolubilidade do próprio sistema de saúde.

Estudos brasileiros ressaltam, entretanto, dificuldades para garantir a atenção integral aos usuários com câncer na ABS. Destacam-se capacitação contínua falha dos profissionais de saúde, escassez de recursos materiais e a desarticulação dos serviços da rede⁶. Estudos canadenses também indicaram diálogo insuficiente e precário entre médicos de família e oncologistas após o tratamento do câncer, ocasionado pela falta de tempo, conhecimento limitado sobre a enfermidade e ausência de clareza das funções dos médicos na atenção continuada⁹. Atrasos na entrega e recebimento de relatórios dos oncologistas e falta de informações agrava a comunicação entre os profissionais da área¹⁰.

A maioria dos oncologistas se mantém envolvida no seguimento, mas uma minoria se comunica diretamente com o médico de família de alguns de seus pacientes e uma parcela significativa sequer se comunica^{4,9,10}. A abordagem conjunta dos profissionais é frequente apenas quando o paciente é tabagista ou possui quadro depressivo⁴. Assim, percebe-se uma defasagem no envolvimento do oncologista com o cuidado continuado após o tratamento. E é nesse momento que o sistema de contrarreferência deixa explícito suas falhas. De fato, em estudo sobre pacientes com câncer, estudo brasileiro indicou percentual superior a 75% de desconhecimento, por parte do profissional de saúde, se houve contrarreferência do paciente à sua Unidade de Saúde da Família de origem. Outro estudo revela desvalorização da atenção primária pela atenção especializada, que questiona a real necessidade desta contrarreferência. Assim, conclui-se que é entre esses níveis de atenção (terciário e primário) que a contrarreferência é mais problemática.

A precariedade da comunicação se deve, em certo nível, à escassez de papéis bem definidos para os profissionais envolvidos no atendimento do paciente^{9,10}. Estudo que avaliou a percepção de oncologistas, oncoradiologistas, cirurgiões oncológicos e médicos de família sobre quais seriam as atribuições destes profissionais no cuidado

pós-tratamento dos pacientes oncológicos identificou, claramente, ainda que não fosse um objeto explícito da pesquisa, a falta de diálogo com os especialistas em câncer como obstáculo apontado pelos médicos de família para a realização eficiente de suas atribuições⁹. As principais atribuições que não foram executadas de forma eficiente foram: tratamento de comorbidades; prestação de apoio psicossocial aos pacientes e familiares; e coordenação de cuidados⁹.

Em contrapartida, alguns especialistas em câncer relataram falta de confiança dos pacientes em seus médicos de família, levando-os a preferir a continuidade do cuidado pós-tratamento e/ou cirurgia com o especialista. Alguns pacientes também permaneceram em acompanhamento apenas com o especialista em câncer por julgarem ser um profissional apenas suficiente para suas necessidades de saúde⁹. Contudo, ainda que parte dos pacientes assim pense, a perspectiva dos especialistas concorda quanto à coordenação de cuidados ser delegada aos médicos de família⁴.

A falta de treinamento para lidar com o tema é algo que também prejudica a comunicação. O médico de família é responsável por auxiliar os pacientes na tomada de decisão, mas a falta de conhecimento e recursos e da comunicação precária enfrentada por esses profissionais é levantada, sobretudo quanto a procedimentos específicos, tais como testes genéticos¹⁰. Muitos médicos de família não conhecem estes testes e não se sentem confortáveis em aconselhar seus pacientes sobre isso, o adia e restringe o processo de decisão compartilhada¹⁰.

Recomenda-se que médicos de família busquem educação continuada e obtenham treinamento e informação sobre rastreamento, testagens, tratamentos e cuidados pós-tratamento dos tipos mais frequentes de câncer¹⁰. Assim, o médico poderá auxiliar melhor o paciente e participar da tomada de decisão, pensando aspectos que podem não ser conhecidos pelo especialista, como

comorbidades e situações familiares ou sociais que possam influenciar a proposta de tratamento⁹. Tal recomendação faz-se ainda mais importante, pois se espera que o paciente procure aconselhamento e apoio na tomada de decisão em seu médico de família, com o qual já possui vínculo estabelecido¹⁰.

Para que o médico de família tenha papel mais ativo no cuidado do paciente oncológico as dificuldades de comunicação precisam ser superadas e deve haver treinamento para uma comunicação eficiente. O médico de família poderia atuar na decisão compartilhada nas fases de tratamento do câncer, mas para isso é necessária a criação de ferramentas e comportamentos que possibilitem comunicação contínua entre este profissional e o oncologista. Ademais, é necessário educar continuamente também o médico especialista pois, como mencionado, a contrarreferência é falha. O especialista deve ser capacitado para conhecer recursos oferecidos pela rede de atenção, bem como o papel da Atenção Básica à Saúde no cuidado continuado.

Tempo entre consultas com especialista e médico de família e elaboração de relatórios de qualidade pelo especialista são apontados como fatores potenciais para melhorar a comunicação⁴. Outro problema é que os sistemas de informação em saúde, embora sejam úteis para auxiliar pesquisadores na área de monitoramento e avaliação, tem sua utilização na assistência dificultada. Por experiência de manuseio de um dos autores deste texto, o Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (APACSIA/SUS/ONCO) que agrega a Autorização de Procedimento de Alta Complexidade, em seu módulo oncologia, é um dos sistemas mais laboriosos de se trabalhar, com interface pouco amigável.

Essa carta conclui que é possível que médicos de família e especialistas desempenhem papéis complementares. Retomando a motivação inicial deste texto, a segurança do paciente é prioritária. Tais papeis complementares se

processariam na abordagem do paciente oncológico, auxiliando-o na decisão sobre testes, tratamentos adjuvantes e acompanhamento pós-tratamento, além de oferecer apoio e coordenar os cuidados^{4,10}. Contudo, isso não ocorrerá se não houver melhora na contrarreferência do paciente, garantindo a longitudinalidade do cuidado. Por sua vez, para atingir tal objetivo a comunicação é fundamental. Os autores deste texto, aluno e professora de uma Universidade Pública do estado de Minas Gerais da área de saúde, acreditam que, muito embora os alunos tenham matérias sobre Atenção Básica à Saúde e de Políticas de Saúde, muito pouco é ensinado sobre a comunicação entre os diferentes níveis de atenção, e isso deveria ser enfatizado.

REFERÊNCIAS

1. Nogueira JWS, Rodrigues MCS. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: um desafio para a segurança do paciente. *Ver Cogitare Enfermagem* 2015;20(3):636-640.
2. Marques LFG, Romano-Lieber NS. Estratégias para a segurança do paciente no processo de uso de medicamentos após alta hospitalar. *Physis* 2014;24(2):401-420.
3. Dias CF, Juliani CMCM. O sistema de referência e contrarreferência na Estratégia Saúde da Família no município de Bauru: perspectiva dos gestores. [dissertação]. Botucatu: Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, 2010, 258p.
4. Klabunde CN, Haggstrom D, Kahn KL, Gray SW, Kim B, Liu B, et al. Oncologists' perspectives on post-cancer treatment communication and care coordination with primary care physicians. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2017;26(4) doi: 10.1111/ecc.12628.
5. BRASIL. Lei N.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 20.9.1990.
6. Simino GPR, Santos CB, Mishima SM. Follow-up of Cancer Patients by Family Health Workers. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2010;18(5):856-863.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 874/GM, de 16 de Maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 17 maio 2013, Seção 1, p.129-132.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria/SAS/n.055, de 24 de fevereiro de 1999. Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde – SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SAI/SUS e dá outras providências. Brasília, DF, 1999.
9. Easley J, Miedema B, O'Brien MA, Carroll J, Manca, D, Webster F. The role of family physicians in cancer care: perspectives of primary and specialty care providers. *Current Oncology* 2017;24(2):75-80.
10. O'Brien MA, Carroll JC, Manca DP, Miedema B, Groome PA, Makuwaza T, et al. Multigene expression profile testing in breast cancer: is there a role for family physicians? *Current Oncology* 2017;24(2): 95-102.