

ANÁLISE DO PERFIL DOS PACIENTES ONCOLÓGICOS SEM POSSIBILIDADES TERAPÊUTICAS DE CURA ATUAIS: VERIFICAÇÃO DA DEMANDA POR CUIDADOS PALIATIVOS EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

ISABELA C. PEIXOTO
ANTÔNIO A. F. PEREGRINO
OLGA V. DA S. OLIVEIRA
RAQUEL S. RAMOS

RESUMO

Esta pesquisa obteve como objetivo categorizar os pacientes considerados em cuidados paliativos oncológicos; analisar a demanda de pacientes em cuidados paliativos de acordo com o tipo de câncer e grau de estadiamento; identificar as principais síndromes paraneoplásicas existentes nestes pacientes, através de uma metodologia com estudo do tipo descritivo, pesquisa de campo com abordagem quantitativa, através do levantamento de prontuários no setor de arquivo médico, fazendo uma análise retrospectiva, mediante o instrumento previamente estruturado para coletar dados de acordo com os critérios de inclusão preestabelecidos. O Hospital-cenário da pesquisa é universitário, que faz parte da rede de assistência oncológica conveniada com o Ministério da Saúde (CACON-Centro de Alta Complexidade em Oncologia), sendo analisados dados de determinada enfermagem de clínica médica, escolhida por representar o perfil a ser avaliado devido à diversidade da clientela de tal setor. Assim, após a coleta de dados, fizeram-se a tabulação e análise dos resultados em torno das variáveis: tratamentos realizados, estadiamento, metástases, reinternações, síndromes paraneoplásicas e emergências onco-

lógicas, concluindo-se que há demanda por tais cuidados especializados por parte da enfermagem, visto que esses cuidados devem ser prestados rotineiramente por esses profissionais, uma vez que a maioria das medidas de conforto e garantia de qualidade de vida provém desta assistência.

PALAVRAS-CHAVE: *Câncer; Oncologia; Cuidados paliativos; Enfermagem em oncologia.*

INTRODUÇÃO

Em 1990, a Organização Mundial de Saúde¹, com revisão em 2002, definiu os cuidados paliativos como cuidados ativos e totais do paciente cuja doença não responde mais ao tratamento curativo. Trata-se de uma abordagem de cuidado diferenciada que visa melhorar a qualidade de vida do paciente e seus familiares por meio da adequada avaliação e tratamento para alívio da dor e sintomas, além de proporcionar suporte psicossocial e espiritual. A filosofia paliativista se baseia nos seguintes princípios: morte como um processo normal do viver; não apressar nem

adiar a morte; aliviar a dor e sintomas angustiantes; integrar os aspectos psicológicos, sociais e espirituais no cuidado; disponibilizar uma rede de apoio para auxiliar o paciente a viver tão ativamente quanto possível até sua morte; oferecer um apoio para a família do paciente na vivência do processo de luto^{2,3}.

Esta pesquisa possui como tema os cuidados paliativos prestados ao cliente com câncer fora de possibilidades terapêuticas de cura atuais, justificando-se por contribuir no campo de conhecimento dos enfermeiros e outros profissionais de saúde, uma vez que o Hospital Pedro Ernesto é um hospital universitário que faz parte da rede de assistência oncológica conveniada com o Ministério da Saúde (CACON).

O objetivo geral para esta pesquisa é identificar a demanda de pacientes candidatos à modalidade de cuidados paliativos, secundariamente os objetivos específicos para essa pesquisa são: categorizar os pacientes considerados em cuidados paliativos oncológicos; analisar a demanda de pacientes em cuidados paliativos de acordo com o tipo de câncer e o grau de estadiamento; identificar as principais síndromes paraneoplásicas existentes nestes pacientes.

No Brasil, são escassas as unidades de cuidados paliativos. No nosso país, é um tipo de cuidado mais frequentemente encontrado no atendimento domiciliar, em especial para as classes mais favorecidas economicamente⁴.

De acordo com a Portaria nº 3.535/GM de 2 de setembro de 1998, há incentivo para a consolidação de rede de cuidados paliativos, visto que a demanda por tal cuidado é autêntica nos estabelecimentos de saúde, juntamente ao despreparo das equipes em abordar esses tipo de clientela, um exemplo dessa crescente implementação da rede de cuidados ao fim da vida é abertura dos Centros de Alta Complexida-

de em Oncologia (CACON) com unidades que caracterizam-se por disporem de todos os recursos humanos e equipamentos instalados dentro de uma mesma estrutura organizacional e prestarem atendimento ao paciente sempre numa perspectiva multiprofissional integrada. Devem ter os serviços e seus respectivos profissionais especialistas, conforme as seguintes modalidades assistenciais: diagnóstico; cirurgia oncológica; oncologia clínica; suporte de reabilitação e cuidados paliativos⁶.

A Portaria nº 19/GM de 03 de Janeiro de 2002 que institui, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos, com assistência voltada aos pacientes portadores de dor através de aspectos humanitários, racionalização do uso de medicamentos, melhor utilização de recursos diagnósticos e tratamentos disponíveis, redução das incapacidades, e ainda o uso criterioso dos recursos públicos envolvidos na assistência à saúde e dos gastos relacionados às repercussões psicossociais e econômicas advindas da abordagem inadequada da dor⁷.

METODOLOGIA

A presente pesquisa possui uma abordagem quantitativa, com estudo do tipo descritivo exploratório, de campo e documental retrospectiva.

Assim, pretende-se quantificar, em enfermaria de clínica médica do Hospital Universitário do Estado do Rio de Janeiro, os pacientes que enquadram-se de acordo com os critérios de inclusão preestabelecidos, no perfil de pacientes que demandam por cuidados paliativos.

Esta pesquisa obteve como unidade de análise, os prontuários dos pacientes oncológicos fora de possibilidades terapêuticas de cura atuais, internados em enfermaria de clínica médica de um Hospital

Universitário situado no Rio de Janeiro. Foram coletados os dados pertinentes a esta pesquisa, através de levantamentos nos prontuários arquivados neste hospital no período de fevereiro/2009 a fevereiro/2010, após a liberação mediante ao termo de consentimento baseado na Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde/MS, que referencia os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos.

A seleção primária dos prontuários foi realizada mediante o diagnóstico de câncer, assim, secundariamente, houve a busca dos critérios de inclusão para pacientes oncológicos fora de possibilidades terapêuticas de cura atuais.

Foi estruturado um instrumento de coleta de dados a fim de efetuar uma coleta criteriosa de acordo com as variáveis relacionadas aos objetivos propostos neste projeto, de acordo com os critérios de inclusão: pacientes internados em determinada enfermaria de clínica médica, por representar uma enfermaria com maior número de leitos e variabilidade de diagnósticos, com câncer em estadiamento avançado III e IV ou que tenham os seguintes termos correspondentes ao avanço da patologia: avançado, inoperável, irressecável, inabordável ou sem abordagem terapêutica; que apresentarem síndromes paraneoplásicas, sendo também caracterizado síndrome paraneoplásica a existência de dois sintomas relacionados a essas síndromes; que não responderam ao tratamento com radioterapia, quimioterapia ou cirurgia oncológica, que manifestaram algum tipo de emergência oncológica, com reinternação por intercorrências do câncer avançado em menos de seis meses ou que apresentaram metástases a distância.

Foram adotados como critérios de exclusão neste estudo os pacientes: sem diagnóstico de câncer; que não tenham feito acompanhamento pelo HUPE; esta-

diamento I, II; que não tenham realizado o protocolo de tratamento; alta à revelia e abandono do tratamento.

RESULTADOS

AVALIAÇÃO DOS TIPOS DE CÂNCERES COLETADOS

Todos os prontuários avaliados foram de pacientes de ambos os sexos, adultos internados em enfermaria de clínica médica (por este setor apresentar maior número de leitos), público heterogêneo e maior diversidade de patologias para contribuir com esta pesquisa.

O tipo de câncer mais frequente nesta pesquisa foram as leucemias, dentre elas: Mieloide Aguda (LMA), Mieloide Crônica (LMC), Mielomonocítica Crônica (LMMC) e Linfoide Crônica (LLC).

O percentual de pacientes portadores de Adenocarcinoma de cólon, os seguimentos mais acometidos são, frequentemente, sigmoide, descendente, seguidos pelo ascendente e transverso. Nesta pesquisa, os dois pacientes portadores deste câncer tiveram diagnóstico tido como avançado em cólon sigmoide e ascendente. Quando descoberto tardiamente, pode ser fatal, quase metade dos pacientes com esse tipo de câncer morre em cinco anos após o tratamento⁸.

Demonstra-se o percentual de pacientes portadores de mieloma múltiplo, é uma doença maligna dos plasmócitos, que se acumulam na medula óssea, que provoca: comprometimento da função da medula óssea normal, que costuma ser refletido pela presença de anemia, dano aos ossos adjacentes, liberação da proteína monoclonal (Proteína M) pelo mieloma na corrente sanguínea e/ou na urina, supressão da função imunológica normal, refletida por níveis mais baixos de imunoglobulinas nor-

mais e maior susceptibilidade a infecções⁹.

O colangiocarcinoma é responsável por 5% dos casos de tumor primário do fígado e ocorre, geralmente, entre a 6ª e 7ª década de vida⁸.

O adenocarcinoma de próstata, segundo estimativas do Instituto Nacional do Câncer de 2010, é o segundo mais comum entre os homens brasileiros e o sexto tipo mais comum no mundo e o mais prevalente em homens, representando cerca de 10% do total de cânceres. É considerado um câncer da terceira idade, já que cerca de três quartos dos casos no mundo ocorrem a partir dos 65 anos¹⁰.

O adenocarcinoma de pulmão é o tipo mais comum de câncer no mundo e que, geralmente, é detectado em estágios avançados; em decorrência disso, o câncer de pulmão permanece como uma doença altamente letal¹⁰.

O carcinoma espinocelular de língua ou epidermoide de boca corresponde entre 90% a 95% dos casos de câncer na boca. Por esse aspecto, para muitos autores, o termo câncer bucal refere-se, especificamente, ao carcinoma epidermoide. Cerca de 70% dos pacientes atendidos com diagnóstico de câncer de boca encontram-se em estágios avançados, prejudicando a sobrevida desses pacientes.

O câncer de laringe é um tipo de câncer que – segundo as estimativas do INCA – é predominante em homens e é um dos mais comuns entre os que atingem a região da cabeça e pescoço¹⁰.

O linfoma não Hodgkin é crescimento neoplásico do tecido linfoide, sendo agrupado de acordo com o tipo de célula linfoide, se linfócitos B ou T, podem ser divididos em dois grandes grupos: indolentes têm um crescimento relativamente lento ou agressivo que, principalmente, nos pacientes assintomáticos, a cura é menos provável, podendo levar rapidamente ao óbito se não tratados. Os linfomas indo-

lentes correspondem, aproximadamente, a 40% dos diagnósticos e os agressivos, aos 60% restantes¹⁰.

Após a análise dos tipos de câncer que foram levantados nesta pesquisa, notou-se que há prevalência dos cânceres hematológicos, sendo 38% representados por esse tipo, dentre eles: as leucemias, mieloma múltiplo e linfoma não Hodgkin. O Hospital Universitário, cenário desta pesquisa, possui enfermaria de isolamento de hematologia, porém diante desta ocorrência verificada pela presente pesquisa, nos faz avaliar que o câncer hematológico avançado, faz com que haja demanda maior que a enfermaria especializada pode oferecer em quantitativo de leitos, uma vez que, diante das intercorrências e emergências advindas do câncer hematológico, faz com que a internação seja necessária para seu controle e estabilização do paciente.

Outro dado muito relevante dentre os cânceres evidenciados nesta pesquisa, é que aproximadamente 16% são cânceres colorretais; a incidência destes cânceres configura-se como a terceira causa mais comum de câncer no mundo em ambos os sexos e a segunda causa em países desenvolvidos. Cerca de 9,4%, equivalendo a um milhão de casos novos, de todos os cânceres são de cólon e reto. O câncer de cólon e reto é o segundo tipo de câncer mais prevalente em todo o mundo, com aproximadamente 2,4 milhões de pessoas vivas diagnosticadas com essa neoplasia, ficando atrás somente do câncer de mama em mulheres¹⁰.

Acredita-se que o surgimento de metástases a distância contribui no avanço da doença, dificultando possivelmente as chances de cura por representarem a velocidade de multiplicação das células e a capacidade de invadir tecidos e órgãos vizinhos ou distantes.

Segundo o Instituto Nacional do Câncer, estudos de necropsia mostraram

que pacientes que morrem, de alguma forma, de câncer podem apresentar metástase para o fígado em até 35% das vezes durante o curso da doença. Os tipos que mais dão metástase para o fígado são: o carcinoma do pâncreas, o carcinoma colorretal, o carcinoma de estômago, o carcinoma da mama, o carcinoma do esôfago, o carcinoma do pulmão e o tumor carcinoide. De acordo com esta pesquisa, os pacientes portadores de adenocarcinoma de mediastino, carcinoma espinocelular de língua, carcinoma de reto e colangiocarcinoma apresentaram metástase hepática, configurando, assim, esta a maior incidência de metástase¹¹.

Estima-se que cerca de 20% a 25% dos pacientes com câncer desenvolvam metástases cerebrais. Estudos baseados em necropsias estimam a ocorrência das metástases intracranianas em até 25% dos pacientes que morreram de câncer. Os tumores primários que mais frequentemente evoluem com metástases para o sistema nervoso central em adultos são o carcinoma broncogênico (principalmente o carcinoma de pequenas células e o adenocarcinoma), o câncer de mama, o carcinoma renal, o melanoma e as neoplasias malig-

nas do trato gastrointestinal. O prognóstico desses pacientes permanece reservado, com sobrevida global em torno de 12 meses. Com relação aos cuidados terminais, o tratamento sintomático é fundamental, dando-se importância ao controle do edema cerebral e das crises epiléticas¹² (Tab. 1).

CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES DE CUIDADOS PALIATIVOS

EMERGÊNCIAS ONCOLÓGICAS

Este perfil se adéqua aos parâmetros utilizados na metodologia para qualificar o paciente em cuidados paliativos oncológicos entre outras variáveis. Existiu dificuldade para avaliar os pacientes com este perfil devido aos registros médicos que nem sempre caracterizavam este quadro; logo algumas sintomatologias sugestivas foram incluídas por terem importância no quadro que se configura como emergência oncológica¹¹. De acordo com a Tabela 2, as complicações infecciosas representaram a mais prevalente emergência oncológica, dentre elas a pulmonar é predominante

Tabela 1. Metástases e câncer primário identificados nos registros dos prontuários avaliados (Rio de Janeiro, 2010).

Local da Metástase	Ocorrências	Câncer Primário
Fígado	6	Mediastino, língua, reto e colangiocarcinoma
Cérebro	3	Cólon, próstata e língua
Pulmão	2	Língua e laringe
Bexiga	2	Cólon e próstata
Infiltração meníngea	2	Linfoma não Hodgkin, Leucemia Linfóide Crônica (LLC)
Linfonodo cervical	1	Língua
Baço	1	Reto
Pâncreas	1	Colangiocarcinoma
Suprarrenal	1	Língua
Útero	1	Reto
Estômago	1	Colangiocarcinoma

com 66,66% aparecendo em diversos tipos de neoplasias, seguida das infecções do SNC (meningites) com 22,22% com predominância nas leucemias e linfomas, e as urinárias com 11,11% nas neoplasias de cólon.

A dor representou um achado relevante, apesar de subjetiva, segundo Cecily Saunders que introduziu o conceito de “Dor Total”, constituída por vários componentes: físico, mental, social e espiritual¹¹.

A fraqueza muscular pode ser causada por: progressão da doença, anemia, dor, depressão frequente, insônia, infecções crônicas e agudas ou, ainda, pela união destas diversas causas. Os níveis de albumina baixos deflagram algumas situações, tais como: preditores gerais de mau prognóstico; albumina sérica baixa (<2,5 mg/dl) para avaliar desnutrição/síndrome caquexia/anorexia⁸.

Dentre os derrames malignos encontrados, o mais prevalente foi o derrame pleural. A síndrome da compressão medular inicia com dor, seguida de alteração sensorial, fraqueza muscular e, evolutivamente, de disfunção esfinteriana, que está diretamente relacionada ao menor tempo de sobrevivência^{10,12}. Nesta pesquisa, os pacientes que apresentaram a síndrome da compressão medular tinham como doença de base: carcinoma espinocelular de língua

com metástase para cérebro, fígado, pulmão e glândula suprarrenal; mieloma múltiplo e leucemia linfóide crônica. A perda esfinteriana foi um achado recorrente nesta pesquisa e, provavelmente, está relacionada com tal síndrome.

Cerca de 20% dos pacientes com câncer avançado apresentam algum tipo de hemorragia, sendo que 5% deles evoluem para o óbito. A hemorragia gastrointestinal manifesta-se com hematêmese, melena ou enterorragia. As hemorragias representam um dos maiores fatores que levam o paciente a procurar assistência hospitalar, pois dificilmente o cuidador domiciliar saberá ou conseguirá controlar esta emergência⁸.

A confusão mental tem como principais causas: fase terminal da doença; metástases cerebrais; encefalopatia metabólica; distúrbios hidreletrolíticos: (sódio, cálcio, glicose); infecção; efeito colateral de drogas anticolinérgicas e da morfina¹².

Observamos que cerca de 37% das síndromes paraneoplásicas (Tab. 3) que caracterizam os pacientes em cuidados paliativos estão relacionadas entre a parte neurológica e hematológica. Isto demanda uma assistência de enfermagem especializada para tentar minimizar a morbidade decorrente da doença, bem como assegurar uma qualidade de vida para estes pa-

Tabela 2. Emergências Oncológicas (Rio de Janeiro, 2010).

Emergências/Sintomas	%
Complicações Infeciosas	24
Fraqueza Muscular	13,5
Compressão Tumoral Extrínseca	13,5
Dor	11
Hipoalbumemia	8,1
Insuficiência Renal Aguda	8,1
Derrames Malignos	8,1
Compressão Medular	5,4
Perda Esfinteriana	5,4
Hipertensão Intracraniana	2,7

cientes. As manifestações destes sintomas geram a procura do ambiente hospitalar para seu manejo; assim, cabe à equipe multidisciplinar atender e conter tais sintomas, porém, muitas das vezes, é necessário mais que isso, pois tais sintomas poderão se apresentar de forma dramática e incontrolável.

Observando-se a Tabela 4, concluímos que a maioria dos pacientes está em estadiamento avançado, caracterizando o perfil da população a ser estudada. Porém o estadiamento, na prática clínica, é pouco empregado, o que gerou deficiência da análise fidedigna deste dado; nos registros médicos, só houve um relato de estadiamento através do sistema TNM (T-Tumor, N-Linfonodo, M-Metástase), realizado pela medicina radiológica. Neste caso, o estadiamento enquadra-se ao perfil traçado como câncer avançado, ou seja, estágio 3. É fundamental se estabelecer o

estadiamento correto da neoplasia maligna e o momento da evolução da doença em que o paciente se encontra para que se possa escolher a conduta mais adequada, de forma individualizada¹².

Devido à deficiência de registros de estadiamento nos prontuários, cerca de 38% dos prontuários analisados apresentavam a descrição do termo avançado para a neoplasia de base.

Das neoplasias com estadiamento específico, o linfoma não Hodgkin apresentou estadiamento IV, ou seja, estágio mais avançado, caracterizando o acometimento disseminado dos linfonodos; porém o subtipo A significa que o portador desta neoplasia é assintomático. Para o adenocarcinoma acinar de próstata, o estadiamento através do Gleason (Estadiamento específico para o câncer de próstata), está quantificado em 9 (escore máximo até 10) o que significa que seu crescimento é

Tabela 3. Síndromes paraneoplásicas encontradas nos registros dos prontuários (Rio de Janeiro, 2010).

Síndromes/Sintomas	%	Câncer Relacionado
Confusão mental	14,7	Cólon, colangiocarcinoma, mieloma
Neuropatia motora	11,76	Língua, mieloma e LMA
Discrasia sanguínea	11,76	LMA, reto e LMMC
Encefalopatia hepática	8,82	Reto, colangiocarcinoma
Neutropenia febril	8,82	LMA, LMMC e LMC
Demência	5,9	LMA e pulmão
Delirium	5,9	LMA e pulmão
Convulsão	5,9	Cólon e mieloma
Parestesia	5,9	Língua, LNH e pulmão
Hemorragia digestiva	5,9	LMA e LMMC
Linfedema	2,94	Língua
Encefalite	2,94	LMA e LNH
Guillain-Barré	2,94	LLC
Acidente Vascular Encefálico	2,94	Cólon
Síndrome da Lise Tumoral	2,94	LMA

LMA: Leucemia Mieloide Aguda

LMMC: Leucemia Mielomonocítica Crônica

LNH: Linfoma Não Hodgkin

LLC: Leucemia Linfoide Crônica

Tabela 4. Estadiamentos encontrados nos registros dos prontuários avaliados (Rio de Janeiro, 2010).

Estadiamento/Termos	Registros	Câncer Relacionado
Avançado	7	Língua, cólon, colangiocarcinoma, próstata e bexiga
Sem condições de ressecabilidade	1	Cólon
Inoperável	1	Reto
Irressecável	2	Pulmão
Sem abordagem terapêutica	2	Pulmão
Estágio IV A	1	Linfoma não Hodgkin
Gleason 9 (5+4)	1	Próstata
T3 N3 M0 IVB	1	Laringe
IIIB IgA	1	Mieloma

muito rápido e que existe cerca de 75% de chance do câncer disseminar-se para fora da próstata em 10 anos, com dano a outros órgãos, afetando a sobrevida. O carcinoma de células escamosas de laringe apresentou estadiamento com dimensão do tumor avançado (T3), disseminação máxima de linfonodos regionais (N3) e sem metástase (M0), configurando-se como uma neoplasia de estadiamento avançado. No caso do estadiamento do mieloma múltiplo, apresenta-se com massa celular elevada (III), B pois há função renal anormal e IgA significa presença de doença extramedular. Assim, pode-se concluir que ao avaliar o estadiamento presente nos prontuários dos pacientes oncológicos, este critério de inclusão respondeu às expectativas, pois os prontuários analisados indicaram, em sua totalidade, o estadiamento avançado da doença, traçando assim o perfil do paciente oncológico que demanda por cuidados paliativos, podendo através disto categorizá-los.

Visto que os prontuários apresentaram estadiamento avançado, os cuidados paliativos devem ser inseridos neste contexto, uma vez que diante do avanço da doença e do prognóstico desfavorável, deve-

se trabalhar em torno da sobrevida destes pacientes, proporcionando-lhes cuidados especializados, medidas de conforto, bem-estar, alívio e dignidade.

Os tratamentos relevantes para essa pesquisa foram a cirurgia oncológica, quimioterapia e radioterapia (Tab. 5).

Observa-se que a grande maioria dos pacientes realizou tratamentos tradicionais na área oncológica, com o objetivo principal de aumentar a sobrevida com uma menor morbidade. Dos sete tipos de tratamentos realizados pelos pacientes desta pesquisa, podemos destacar que: 13 realizaram quimioterapia, 9 radioterapia e 6 realizaram cirurgia oncológica. A quimioterapia configurou-se como a terapêutica mais aplicada nos pacientes oncológicos analisados, sendo que, quando paliativa, visa a melhorar a qualidade de vida do paciente, minimizando os sintomas decorrentes da proliferação tumoral, aumentando seu tempo de sobrevida em função de uma redução importante do número de células neoplásicas⁸.

Essa análise demonstra a presença da falência terapêutica de cura e a terapia paliativa sem finalidade de curar, mas como uma forma de tratar e controlar os

sintomas desfavoráveis, proporcionando conforto, alívio, melhorando a qualidade de vida e aumentando a sobrevida. Dentre as cirurgias realizadas, em torno de 65% foram cirurgias de confecção de ostomias digestivas.

Os pacientes submetidos à radioterapia paliativa eram portadores de câncer de língua e cólon ambos com metástase cerebral e mieloma múltiplo com compressão medular, pois a radioterapia paliativa é indicada em casos de: metástase óssea, cerebral, obstrução brônquica, compressão medular, síndrome da veia cava superior e hemorragias¹¹.

Mediante as reinternações desses pacientes, demonstra-se a necessidade de uma estruturação de atendimento a esses pacientes, com uma equipe multidisciplinar que ofereça suporte especializado para atender a qualquer intercorrência e necessidade que esse paciente e família apresentarem em decorrência do avanço da sintomatologia proveniente do estágio avançado da neoplasia, o número de reinternações, na clínica médica deste estudo

foi, em média, 3,5 reinternações dentro de um período de seis meses.

Visto que esta enfermaria atende às demais especialidades generalistas, isso demonstra a demanda por uma enfermaria de cuidados paliativos que atenda a esse público de forma qualificada, com equipe multidisciplinar preparada, composta por: médicos assistentes treinados em medicina paliativa, médicos das áreas de clínica médica, oncologia e geriatria, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, psicólogo, assistente social. Além destes, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, odontólogos, nutricionistas e especialistas de outras áreas do hospital.

CONCLUSÃO

Embora a coleta de dados tenha sido realizada nos prontuários de uma enfermaria de clínica médica, podemos extrapolar-la para as outras enfermarias clínicas devido ao perfil da clientela atendida; assim observamos que não existiu, no

Tabela 5. Tratamentos encontrados nos registro dos prontuários avaliados (Rio de Janeiro, 2010).

Tratamento	Tipo	Pacientes que realizaram tratamento
Quimioterapia	Neoadjuvante	3
	Adjuvante	1
	Não especificado	9
Radioterapia	Paliativa	4
	Neoadjuvante	1
	Não especificado	4
Cirurgia	Colostomia	1
	Nefrostomia	1
	Sigmoidostomia	1
	Ileotransversoanastomose	1
	Jejunostomia	1
	Orquiectomia	1

período de coleta, um protocolo de atendimento que se adequou ao perfil de clientes observados.

Os pacientes analisados foram caracterizados como cuidados paliativos através de uma análise da sua patologia de base, estadiamento e seu prognóstico avanço da doença, tratamentos realizados, emergências oncológicas e síndromes paraneoplásicas que apresentaram e reinternações; logo, diante dessas vertentes, os pacientes se enquadraram no perfil de cuidados paliativos. De acordo com esses resultados, surge a necessidade de uma enfermagem específica para esta clientela, pois esse estágio demanda cuidados com uma estrutura física e profissional apropriada ao paciente e família na qual a enfermagem de clínica médica não pode oferecer, devido ao seu perfil heterogêneo, rotatividade de pacientes e o despreparo profissional.

Apesar de, estruturalmente, não existir uma enfermagem que contemple esse perfil de paciente no hospital-cenário desta pesquisa, seria interessante, ao menos, que todas as categorias dos profissionais de saúde reavaliassem suas condutas perante esta clientela, tendo em vista os objetivos principais: oferecer conforto, alívio dos sintomas e dignidade. Sugerimos a criação de instrumento de articulação dentre as demais categorias de saúde, semelhante ao da coleta de dados que faça um breve histórico do paciente, traçando, assim, seu perfil em cuidado paliativos, juntamente com a implementação de um plano de cuidado direcionado às demandas. Sugerimos, ainda, o incentivo e uso das escalas de avaliação das condições clínicas, tais como: escala de capacidade funcional, como um parâmetro de evolução da patologia, escalas de avaliação da dor ou escala analgésica.

Assim, diante da percepção da demanda existente por cuidados paliativos, espera-se que esta pesquisa tenha contribuído para reafirmar o quanto os cuidados pa-

liativos devem ser difundidos, estudados e incentivados a serem incorporados às práticas diárias como um modelo assistencial de qualidade.

REFERÊNCIAS

1. WHO Palliative Care: symptom management and end-of-life care, 2004. Disponível em: <www.who.int/3by5/publications/documents/en/generic_palliativecare082004.pdf>.
2. Araújo MMT de. Quando “uma palavra de carinho conforta mais que medicamento”: necessidades e expectativas de pacientes sob cuidados paliativos. (Dissertação de mestrado da USP), São Paulo, 2006.
3. Menezes RA. Em busca da boa morte: Antropologia dos cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Garamond: FIOCRUZ, 2004.
4. Simoni M, Santos ML. Considerações sobre cuidado paliativo e trabalho hospitalar: uma abordagem plural sobre o processo de trabalho de enfermagem. Psicologia USP, São Paulo, v.14, nº2, 2003. Disponível em: <www.scielo.com>..
5. Hortale VA, Silva RCF. Cuidados Paliativos oncológicos: elementos para debate de diretrizes nesta área. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.22, nº 10, Out. 2006. Disponível em: <www.scielo.com>. Acesso em 22 ago 2009.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.535/GM, de 02 de setembro de 1998. Estabelece critérios para cadastramento de atendimento em oncologia. Publicado no D.O nº169, de 02.09.09, Seção 1, página 75/77. Disponível em: <www.conasems.org.br>. Acesso em 18 ago 2009.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 19/GM, de 03 de janeiro de 2002. Disponível em: <dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/port2002/Gm/GM-19.htm>.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço, 3ªed. Rio de Janeiro: INCA, 2008. Disponível em: <www.inca.gov.br/enfermagem/index.asp>.
9. Durie BGM. Mieloma Múltiplo Câncer da medula óssea: Revisão concisa da doença e opções de tratamento. International Myeloma Foundation Latin America. São Paulo, 2009. Disponível em: <www.myeloma.org.br>.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2009. Disponível em: <www.inca.gov.br>.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle do Câncer de Próstata: Documento de consenso. Rio de Janeiro: INCA, 2002. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cancer_da_prostata.pdf>. Acesso em: 30 out 2010.
12. Oliveira RA. Cuidado Paliativo: Cadernos CRE MESP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: São Paulo, 2008. Disponível em <www.cremesp.gov.br>.

ABSTRACT

This research had as objective to categorize patients seen in oncology palliative care, to analyze the demand for palliative care patients according to cancer type and staging, identifying the main paraneoplastic syndromes exist in these patients, through a methodology to study descriptive, field research with a quantitative approach, through a survey of records in the sector of medical records, making a retrospective analysis, by the previously structured ins-

trument to collect data according to the inclusion criteria previously established. The hospital is a university research scenario, which is part of network of cancer care contracted by the Ministry of Health (CACON-Center High Complexity in Oncology), and analyzed data from certain medical award, chosen to represent the profile to assessed due to the diversity of this client sector. So after the data collection, it was tabulating and analyzing the results, around the variables of treatments, staging, metastasis, readmissions, paraneoplastic syndromes and oncological emergencies, concluding that there is demand for such specialized care by the nursing, since such care should be provided routinely by these professionals, since most measures of comfort and assurance of quality of life comes from this assistance.

KEYWORDS: Cancer; Oncology; Palliative care; Oncology nursing.

TITULAÇÃO DOS AUTORES

ALEXANDRA B. SANTOS

Especialista em Enfermagem Pediátrica da Universidade Gama Filho (UGF).

ALINE TEIXEIRA VARGAS

Enfermeira residente do Programa de Clínica Cirúrgica HUPE/UERJ.

ANA CLÁUDIA CÂNDIDO OLIVEIRA

Enfermeira residente do Programa de Enfermagem Neonatal HUPE/UERJ.

ANDRÉIA FONTES DA PAZ

Enfermeira do Núcleo de Ensino e Pesquisa de Adolescente do HUPE; Mestre em Enfermagem.

ANGELINA M.A. ALVES

Enfermeira da UTI-Neonatal do HUPE/UERJ; Professora da Graduação em Enfermagem da Fundação Osvaldo Aranha (UniFOA); Profa. Adjunta do Departamento de Enfermagem Materno-infantil do EAP-Unirio; Doutora em Enfermagem.

ANTÔNIO A.F. PEREGRINO

Doutor em Saúde Pública; Professor Adjunto da UERJ e Universidade Veiga de Almeida (UVA).

ANTÔNIO MARCOS T. GOMES

Professor Adjunto da Faculdade de Enfermagem da UERJ; Doutor em Enfermagem pela UFRJ.

CLARA CAROLINE ARAUJO LEMOS

Enfermeira residente do Programa de Clínica Médica do HUPE/UERJ; Pós-graduanda em Alta Complexidade.

CRISTIANE MARIA DE AMORIM COSTA

Professora Assistente da Faculdade de Enfermagem da UERJ; Chefe de seção da Enfermaria de Urologia do HUPE.

DÉBORA RIBEIRO DUQUE

Enfermeira residente do Programa de Enfermagem em Nefrologia do HUPE/UERJ.

FRANCES VALÉRIA COSTA E SILVA

Doutora pelo IMS/UERJ; Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem da UERJ; Enfermeira da Unidade de Diálise Peritoneal.

ISABELA COSTA PEIXOTO

Enfermeira residente do Programa de Clínica Médica do HUPE/UERJ.

LEONARDO VINICIUS DE ARAÚJO SANTOS

Enfermeiro residente do Programa de Nefrologia do HUPE/UERJ.

LETICIA LOUREDO DO CARMO

Enfermeira residente do Programa de em Clínica Médica do HUPE/UERJ.

MARCIA SILVA DE OLIVEIRA

Enfermeira do Suporte Nutricional do HUPE. Mestre em Enfermagem.

MARISTELA F. SILVA

Mestre em Enfermagem; Professora Assistente da Faculdade de Enfermagem da UERJ. Enfermeira Preceptora do Programa de Residência em Enfermagem em Centro Cirúrgico do HUPE/UERJ.

NÁDIA MARIANA MENDES

Enfermeira residente do Programa de Terapia Intensiva Adultos/HUPE/UERJ.

OLGA VELOSO DA SILVA OLIVEIRA

Enfermeira especialista em Enfermagem Oncológica pela Unirio.

RAQUEL DE SOUZA RAMOS

Enfermeira mestre em Saúde Pública; Enfermeira pela UERJ.

RENATA DA SILVA SCHULZ

Enfermeira residente do Programa de Clínica Cirúrgica do HUPE/UERJ.

RENATA DE OLIVEIRA MACIEL

Enfermeira mestre do HUPE/UERJ; Chefe da Unidade de Enfermagem Pediátrica do HUPE.

ROBERTA FAITANIN PASSAMANI

Enfermeira residente do Programa de Terapia Intensiva HUPE/UERJ.

SÔNIA REGINA OLIVEIRA E SILVA DE SOUZA

Professora Assistente da Faculdade de Enfermagem da UERJ; Chefe de Enfermagem do Serviço de Terapia Intensiva do HUPE/UERJ. Mestre em Enfermagem.

VIVIANE AMADO FERREIRA

Enfermeira Residente do Programa de Clínica Médica do HUPE/UERJ.

THÁBBATA CHRISTINA DE L. RIBEIRO

Enfermeira residente do Programa de Obstetrícia do HUPE/UERJ.