

## PERFIL DOS PACIENTES ADMITIDOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ONCOLÓGICA<sup>1</sup>

Daianny Arrais de Oliveira da Cunha\*  
Robson Lopes da Cunha\*\*  
Mauro Leonardo Salvador Caldeira dos Santos\*\*\*  
Elaine Machado de Oliveira\*\*\*\*  
Raquel de Souza Soares\*\*\*\*\*  
Patrícia dos Santos Claro Fuly\*\*\*\*\*

### RESUMO

Este estudo objetiva analisar o perfil dos pacientes admitidos em uma unidade de terapia intensiva oncológica. Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa. A coleta de dados foi realizada no período de setembro a dezembro de 2016, através de sistema informatizado utilizado pela instituição. Foram admitidos 55 pacientes durante o período da coleta. A idade variou entre 18 e 80 anos, com média de 55 anos. Em sua maioria, são pacientes com neoplasias gastrointestinais (29,09%), provenientes das enfermarias do hospital (32,73%). No geral, 14,55% receberam cuidados paliativos e a mortalidade total no período foi de 34,55%. A carga de trabalho apresentada foi de 79,04%, traduzida em uma demanda de trabalho de 18 horas e 57 minutos. Houve predomínio do *Karnofsky Performance Status* 30% (52,73%) e de pacientes com Índice de Comorbidade de Charlson entre 2 e 5 pontos (76,36%). As unidades de terapia intensiva oncológica devem estar preparadas para atuar com pacientes sem possibilidades de cura. A mortalidade não é superior quando comparada a unidades de terapia intensiva de outras especialidades, desmistificando a admissão de pacientes oncológicos em unidades de terapia intensiva.

**Palavras-chave:** Cuidados críticos. Unidades de terapia intensiva. Enfermagem oncológica. Cuidados intensivos. Gestão em saúde.

### INTRODUÇÃO

Segundo o Instituto Nacional de Câncer, as estimativas para os anos de 2018 e de 2019 apontam a ocorrência de aproximadamente 600 mil casos novos de câncer em cada ano, incluindo os casos de câncer de pele não melanoma. Com exceção desse, os tipos de câncer mais incidentes em homens serão de próstata (31,7%), pulmão (8,7%), intestino (8,1%), estômago (6,3%) e cavidade oral (5,2%). Nas mulheres, os cânceres de mama (29,5%), intestino (9,4%), colo do útero (8,1%), pulmão (6,2%) e tireoide (4,0%) configurarão como os principais<sup>(1)</sup>.

Os avanços nos cuidados dos pacientes com câncer, nos últimos anos, possibilitaram maior chance de controle ou cura da doença. Em contrapartida, os avanços relacionados ao tratamento, com o uso de quimioterápicos e procedimentos cirúrgicos mais agressivos, implicam diretamente na maior utilização de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI)<sup>(2)</sup>.

Outro fator importante diz respeito aos avanços recentes nos cuidados intensivos que se traduziram na redução da mortalidade de pacientes críticos com câncer, mesmo nas populações com maior risco, como aqueles com diagnóstico de sepse ou com necessidade de ventilação mecânica<sup>(3)</sup>.

Esses ganhos relacionados à sobrevida estão diretamente ligados aos tratamentos mais agressivos, que, em contrapartida, apresentam maior toxicidade, aumentando a possibilidade de complicações. As principais causas de admissão de pacientes com câncer nas UTIs estão relacionadas à toxicidade por quimioterapia ou radioterapia, doença pulmonar metastática, insuficiência cardíaca, imunossupressão, infecção respiratória e sepse<sup>(4)</sup>.

Nesse sentido, destaca-se a necessidade de melhor gerenciamento para a assistência desses pacientes nas UTIs, sobretudo no que se refere às disfunções orgânicas, principalmente a insuficiência respiratória que resulta de complicações infecciosas, malignas ou tóxicas<sup>(5)</sup>.

<sup>1</sup>Extraído da dissertação intitulada: Associação entre carga de trabalho de enfermagem e variáveis clínicas em unidade de terapia intensiva oncológica. Universidade Federal Fluminense (UFF), 2017.

\*Enfermeira, Mestre em Ciências do Cuidado em Saúde, plantonista na Unidade de Cuidados Paliativos do Instituto Nacional do Câncer. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: daianny.oliveira@rocketmail.com

\*\*Enfermeiro, Especialista em obstetria, Chefe do bloco cirúrgico do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: robsonlc41@gmail.com

\*\*\*Enfermeiro, Doutor em Filosofia da Enfermagem, Professor Associado do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, UFF. Niterói, RJ, Brasil. E-mail: mcaleo@gmail.com

\*\*\*\*Enfermeira, Pós Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem, Universidade do Oeste Paulista. Presidente Prudente, SP, Brasil. E-mail: elainemachado@usp.br

\*\*\*\*\*Enfermeira, Especialista em Terapia Intensiva, plantonista da Unidade de Terapia Intensiva do Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: quel\_fenf@yahoo.com.br

\*\*\*\*\*Enfermeira, Pós Doutora em Enfermagem, Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, UFF. Niterói, RJ, Brasil. E-mail: daropatrícia@yahoo.com.br

A avaliação correta e a admissão precoce na UTI oferecem chance valiosa de evitar e gerenciar complicações do câncer que podem ser fatais, como os casos de síndrome de lise tumoral, leucostasia e síndrome de ativação de macrófagos<sup>(6)</sup>.

A identificação da presença de comorbidades, por exemplo, é fundamental para o gerenciamento da assistência desses pacientes, visando antecipar medidas e avaliações que podem favorecer a sobrevida. Um estudo multicêntrico prospectivo avaliou 717 pacientes oncológicos de diversas UTIs brasileiras e apontou taxa de mortalidade geral de 30%, sendo maior em pacientes admitidos devido a complicações clínicas (58%) do que em situações de emergência (37%) e em cirurgias eletivas (11%). A mortalidade dependia principalmente da gravidade das complicações, como falência de órgãos, baixa capacidade funcional e necessidade de ventilação mecânica, em vez de características relacionadas ao câncer, como o tipo de malignidade ou a presença de neutropenia<sup>(7)</sup>.

A carga de trabalho de enfermagem é fator importante para o gerenciamento da assistência em UTI. Com essa ênfase, o Nursing Activities Score (NAS) atua como uma ferramenta para quantificar a carga de trabalho nas UTIs. O NAS foi construído com vistas a avaliar as atividades de enfermagem de forma mais ampla, uma vez que o *Therapeutic Interventions System Score* (TISS), instrumento mais utilizado anteriormente, contemplava apenas 43,3% do tempo de enfermagem com pacientes de UTI. Foram incluídas 99 UTIs de diversos países, no estudo para a elaboração do instrumento, sendo ele composto por 23 itens, com pesos que variam de 1,3 a 32,0. A soma dos escores pode variar de 0% a 177%, o que significa que 1,8 profissionais de enfermagem são necessários para atuar com o paciente nas 24 horas do dia<sup>(8)</sup>.

Os estudos que avaliam carga de trabalho de enfermagem geram subsídios para um melhor dimensionamento de pessoal, sendo esse um processo sistemático que visa orientar o planejamento quantitativo e qualitativo da equipe de enfermagem de uma organização, considerando os aspectos gerais do trabalho a ser executado<sup>(9)</sup>.

A relevância do estudo está relacionada ao fato de que se atua de forma mais adequada junto à clientela oncológica em UTIs quando se tem conhecimento de suas características, o que permite determinar o melhor gerenciamento do cuidado de enfermagem. Sendo assim, o conhecimento da carga de trabalho de

enfermagem na unidade pode subsidiar a gestão e a qualidade da assistência prestada.

Vale ressaltar que, durante a permanência dos pacientes na UTI, o direcionamento do tratamento pode ser modificado e acarretar, por consequência, mudança de perfil dos pacientes. Isto, pois, independente da causa de admissão na UTI, esses pacientes possuem doença oncológica em evolução, o que pode influenciar na tomada de decisão com relação à interrupção de condutas consideradas irrelevantes quando o tratamento oncológico se torna inviável. Sendo assim, o paciente passa a ser abordado sob a visão dos cuidados paliativos dentro da UTI.

Pelo exposto, o objetivo da pesquisa foi analisar o perfil dos pacientes internados na UTI oncológica, segundo dados demográficos e clínicos.

## METODOLOGIA

O estudo está vinculado ao projeto de pesquisa intitulado “Associação entre carga de trabalho de enfermagem e variáveis clínicas em unidade de terapia intensiva oncológica”. Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, de abordagem quantitativa.

O estudo foi desenvolvido na UTI de adultos do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) - Unidade I. A referida UTI, que é composta por dezleitos e apresenta taxa de ocupação aproximada de 92%, atende a clientela que necessita contornar alguma intercorrência clínica ou cirúrgica que, no momento, impede que o tratamento oncológico possa ser mantido. A equipe de enfermagem do setor é composta por três enfermeiros e cinco técnicos de enfermagem, no período diurno, e por dois enfermeiros e cinco técnicos, no período noturno.

A coleta de dados foi realizada nos prontuários eletrônicos dos pacientes no período de 22 de setembro a 22 de dezembro de 2016. A amostra não probabilística foi composta por pacientes que atenderam os seguintes critérios de elegibilidade: pacientes admitidos na UTI com diagnóstico de câncer, independentemente do tipo e local, de ambos os sexos, com idade superior ou igual a 18 anos e que permaneceram internados por um tempo mínimo de 24 horas.

Foram coletados dados sociodemográficos, incluindo sexo e idade dos pacientes, e dados clínicos como diagnóstico oncológico, diagnóstico de admissão na UTI, procedência, tempo de internação,

condição de saída da UTI (sobrevivente ou não sobrevivente), readmissão, *Karnofsky Performance Status* (KPS), pontuação de comorbidades através do Índice de Comorbidade de Charlson (ICC) e medida da carga de trabalho através do NAS.

O KPS é uma das escalas de status de desempenho mais antigas. A avaliação pode ser realizada por qualquer profissional de saúde, que leva em torno de 1 a 2 minutos para classificar o paciente em uma das 10 categorias que variam entre 0 (morto) e 100 (atividade normal, sem evidência de doença). Embora a maior parte da evidência que apoia o KPS tenha sido derivada de pacientes com malignidade, sua eficácia para prever a mortalidade também foi validada em populações de pacientes idosos e crônicos<sup>(10)</sup>.

O ICC é um instrumento composto por 19 condições clínicas, quais sejam: doença cerebrovascular, doença pulmonar crônica, insuficiência cardíaca congestiva, demência, diabetes, doença hepática leve, infarto do miocárdio, doença ulcerosa péptica, doença vascular periférica, doença de tecido conjuntivo, linfoma, leucemia, doença renal moderada a severa, malignidade, hemiplegia, diabetes com complicação, doença hepática moderada a severa, tumor sólido metastático e síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA)<sup>(11)</sup>.

Para cada uma das condições clínicas mencionadas, uma pontuação é estabelecida com base no risco relativo, com pesos variando de 1 a 6. O ICC final é o somatório dos pesos atribuídos a cada uma das condições clínicas descritas nos prontuários<sup>(11)</sup>.

O NAS é um instrumento de mensuração direta da carga de trabalho e destaca-se por ser amplamente utilizado, não apenas no cenário da terapia intensiva.

Estima atividades e necessidades de cuidado em minutos, que podem ser convertidos em horas, estabelecendo parâmetros confiáveis para o dimensionamento de recursos humanos de enfermagem<sup>(12)</sup>.

O instrumento é composto por sete categorias ou domínios (atividade básica, suporte ventilatório, suporte cardiovascular, suporte renal, suporte neurológico, suporte metabólico e intervenções específicas), compostos por subcategorias ou subdomínios, subdivididos em itens, em um total de 23, que traduzem a carga de trabalho de enfermagem nas últimas 24 horas<sup>(12)</sup>.

Os dados coletados foram inseridos em planilha do Programa *Microsoft Excel*® 2007 e processados através do software estatístico SAS versão 9.1.3 por meio de estatística descritiva, sendo apresentadas as frequências absolutas e relativas das variáveis.

O estudo foi aprovado em 18 de abril de 2015 pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Escola de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense (Parecer nº 1.287.755) e do INCA (Parecer nº 1.504.415). Houve dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por se tratar de pesquisa documental, tendo o prontuário eletrônico dos pacientes como base única para a coleta de dados.

## RESULTADOS

Os resultados apresentam 55 pacientes admitidos na UTI oncológica no período do estudo. Conforme a Tabela 1, não houve predominância com relação ao sexo. A idade variou de 18 a 80 anos, com média de 55 anos e desvio padrão de 16.

**Tabela 1.** Distribuição da clientela admitida na Unidade de Terapia Intensiva segundo sexo e idade. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2016 (n=55)

Variável	n=55	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	28	50,91
Masculino	27	49,09
<b>Idade</b>		
18 a 29 anos	06	10,91
30 a 39 anos	04	7,27
40 a 49 anos	06	10,91
50 a 59 anos	12	21,82
60 a 69 anos	15	27,27
70 a 79 anos	11	20,00
Mais de 80 anos	01	1,82

Fonte: Elaboração própria

Levando em consideração as características clínicas dos pacientes admitidos na UTI, conforme aponta a Tabela 2, quanto ao diagnóstico oncológico observamos que a maioria trata-se de pacientes com neoplasias gastrointestinais (n=16; 29,09%) que, somados aos pacientes com neoplasias neurológicas (n=10; 18,18%), representam quase a metade dos

pacientes admitidos na UTI no período da coleta dos dados (n=26; 47,27%).

Com relação à procedência, a maioria (33/59%) dos pacientes admitidos encontrava-se nas enfermarias do hospital (18/32,73%) e na unidade de pós-operatório (n=15; 27,27%)..

**Tabela 2.** Distribuição dos pacientes admitidos na Unidade de Terapia Intensiva segundo o diagnóstico oncológico e a procedência. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2016 (n=55)

Variável	n	%
<b>Diagnóstico oncológico</b>		
Neoplasias do tecido ósseo e conectivo	01	1,82
Neoplasias gastrointestinais	16	29,09
Neoplasias de cabeça e pescoço	04	7,27
Neoplasias ginecológicas	01	1,82
Neoplasias hematológicas	05	9,09
Neoplasias da mama	02	3,64
Neoplasias neurológicas	10	18,18
Neoplasias do sistema linfático	08	14,55
Neoplasias do sistema cardiorrespiratório	06	10,91
Neoplasias urológicas	02	3,64
<b>Procedência</b>		
Centro Cirúrgico	08	14,55
Emergência	13	23,64
Enfermaria	18	32,73
Outra unidade	01	1,82
Unidade pós-operatório	15	27,27

Fonte: Elaboração própria.

As principais causas de admissão de pacientes com neoplasias gastrointestinais na UTI foram sepse/choque séptico (31,25%) e insuficiência respiratória (25%).

De acordo com a Tabela 3, 8(14,55%) pacientes internados na UTI foram considerados sem possibilidade de cura e iniciaram terapia

paliativa e não mais curativa. A maioria dos pacientes obteve alta da UTI (n=32; 58,18%) e apenas 4 pacientes permaneceram internados ao término do estudo, impossibilitando o cálculo de tempo de permanência. Os demais evoluíram a óbito (n=19; 34,55%), sendo que desses, apenas 4 (21,05%) estavam em cuidados paliativos.

**Tabela 3.** Distribuição dos pacientes admitidos na Unidade de Terapia Intensiva segundo o tratamento adotado e a condição de saída. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2016 (n=55)

Variável	n	%
<b>Tratamento</b>		
Paliativo	08	14,55
Curativo	47	85,45
<b>Condição de saída</b>		
Permanência na internação	04	7,27
Alta	32	58,18
Óbito	19	34,55

Fonte: Elaboração própria

As comorbidades apresentadas pelos pacientes, de acordo com o ICC, e a capacidade funcional, segundo

o KPS, estão descritas na Tabela 4.

**Tabela 4.** Distribuição dos pacientes admitidos na Unidade de Terapia Intensiva segundo o Índice de Comorbidade de *Charlson* e o *Karnofsky Performance Status*. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2016 (n=55)

Variável	n	%
<b>ICC*</b>		
2 – 5	42	76,36
6 – 10	10	18,18
>10	03	5,46
<b>KPS**</b>		
20%	22	40,00
30%	29	52,73
40%	03	5,45
60%	01	1,82

\*ICC: Índice de Comorbidade de *Charlson*; \*\*KPS: *Karnofsky Performance Status*

Fonte: Elaboração própria.

Os menores índices de comorbidade, entreos pesos dois e cinco, estão relacionados à própria doença oncológica. Índices acima de 10 pontos são de pacientes com doença metastática ou SIDA. Com relação à capacidade funcional, que apresentou variação de 20 a 60%, a maior parte dos pacientes (n=29; 52,73%) apresentou KPS 30%, como mostra a Tabela 4.

Também se observa na Tabela 4 que apenas um paciente apresentou KPS superior a 50%, ou seja, apresenta-se impossibilitado de trabalhar, mas é capaz de ser mantido em casa e de cuidar de suas necessidades pessoais.

A Tabela 5 traz a carga de trabalho na UTI mensurada através do NAS.

**Tabela 5.** Carga de trabalho na Unidade de Terapia Intensiva segundo o *NursingActivities Score*. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2016(n=55)

Variável	Média	Mediana	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
<b>NAS* (%)</b>					
Total	79,04	78,04	14,83	47,3	128,9
Admissão	93,57	96,7	15,11	52,6	127,5
Saída alta	74,19	69,55	11,54	52,6	95,8
Saída óbito	126,64	131,5	17,62	88,4	151,6

Fonte: Elaboração própria

\*NAS: *Nursing Activities Score*

A carga de trabalho geral da UTI foi de 79,04%, o que significa um tempo de assistência de 18,96 horas, ou 18 horas e 57 minutos. A maior carga de trabalho foi gerada pelos pacientes que evoluíram para óbito, gerando um tempo de assistência de aproximadamente 30 horas e 23 minutos no último dia da internação.

## DISCUSSÃO

Não houve predomínio com relação ao sexo dos pacientes. Um estudo retrospectivo realizado em uma UTI de hospital universitário em Marília/SP, com objetivo de analisar o perfil epidemiológico dos pacientes hospitalizados, mostrou predominância do sexo masculino (57,91%)<sup>(13)</sup>. No entanto, corrobora com relação à prevalência de pessoas na faixa etária acima de 60 anos, que no presente estudo totalizou 27 (49,09%). Desses pacientes idosos, 18 (66,66%) são

sobreviventes.

Os pacientes com neoplasias gastrointestinais constituíram a maior proporção dentre os admitidos na UTI, seguidos dos pacientes com neoplasias neurológicas. Um estudo que avaliou pacientes com câncer abdominal metastático, tratados com cirurgia citoredutora e quimioterapia intraperitoneal hipertérmica, indicou que, dentre os 122 pacientes incluídos no estudo por um período de um ano, 26,2% foram transferidos para UTI por complicações. Entre eles, a lesão renal aguda e a insuficiência respiratória estavam presentes em 50% e 47%, respectivamente, sendo as causas da admissão na UTI<sup>(14)</sup>. Já no presente estudo, as causas principais para admissão foram a sepse/choque séptico (31,25%) e a insuficiência respiratória (25%).

Outro resultado importante diz respeito ao tipo de tratamento realizado durante a permanência na UTI, havendo duas possibilidades a serem adotadas:

curativa ou paliativa. A parcela de aproximadamente 15% de pacientes em cuidados paliativos internados na UTI pode gerar impacto na assistência.

Um estudo brasileiro que avaliou a percepção dos profissionais de UTI acerca dos pacientes em cuidados paliativos encontrou que, para eles, o cuidado paliativo é uma abordagem de cuidado para quem está próximo à morte<sup>(15)</sup>.

Dentre os pacientes em cuidados paliativos internados na UTI, e que saíram até o final do estudo, temos uma taxa de mortalidade de 42,86%, ou seja, 57,14% tiveram alta. Esse dado serve para desmitificar o conceito de cuidado paliativo associado apenas à terminalidade.

Existe uma dificuldade real em se estabelecer limites terapêuticos dentro das UTIs para pacientes que não podem mais se beneficiar de medidas e condutas tão habituais nesse cenário. Sendo assim, definir quais medidas devem ser mantidas e quais deverão ser suspensas, dentro de uma abordagem paliativa, é uma das decisões mais difíceis a serem tomadas pela equipe<sup>(16)</sup>.

A mortalidade bruta geral na UTI durante o estudo foi de 34,55%. Um estudo retrospectivo realizado na Turquia em UTI clínica e cirúrgica geral, com 417 pacientes, apontou uma mortalidade bruta de 39,8% nos pacientes com pneumonia associada à ventilação mecânica<sup>(17)</sup>. Isto sugere o fato de que pacientes oncológicos não apresentam mortalidade significativamente superior quando comparados a pacientes internados em UTIs de especialidades diferentes.

A mortalidade encontrada enfatiza que pacientes com câncer internados em UTI não devem ser abordados como pacientes com risco de morte mais elevado do que pacientes de outras especialidades, justificando todo o empenho da equipe em reverter as condições clínicas que os levaram a ser admitidos nessas unidades.

A carga de trabalho geral encontrada (79,04%) correspondeu a 18 horas e 57 minutos de assistência, por paciente, em 24 horas. De acordo com a resolução 543/2017 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), são necessárias 18 horas de enfermagem por cliente em 24 horas de assistência em cuidados intensivos. Dito isso, os pacientes avaliados no estudo demandam carga de trabalho superior ao estipulado pela resolução citada<sup>(18)</sup>.

Um estudo brasileiro desenvolvido em uma UTI com leitos de especialidades gerais e cardiológicas possibilitou identificar a carga de trabalho de

enfermagem com escore médio diário do NAS de 85,6%. No entanto, o período de pesquisa foi de 60 dias, podendo não refletir a realidade já que apresenta um recorte menor que o presente estudo<sup>(19)</sup>.

A caracterização do perfil dos usuários atendidos pode gerar subsídios para a elaboração de estratégias que visem o melhor preparo da equipe para lidar com pacientes que não apresentam possibilidades de cura, porém que necessitam de cuidados tão intensivos quanto os pacientes ainda elegíveis ao tratamento oncológico após a alta da UTI.

Com relação às limitações do estudo, o recorte de 90 dias de coleta de dados pode não refletir a realidade do serviço, além disso, a estratégia retrospectiva apresenta limitações do próprio delineamento.

Pesquisas futuras poderão incluir diferentes perspectivas de investigação com o objetivo de ampliar a discussão relativa ao paciente crítico oncológico, visto que o perfil dos pacientes internados durante o período do estudo desmitifica ou, no mínimo, deixa lacunas a serem esclarecidas no que diz respeito ao cuidado prestado em UTI para pacientes que se encontram em cuidados paliativos, sendo, assim, uma clientela que pode exigir um olhar diferenciado no cuidado e tratamento prestado.

Porém, o estudo apresenta contribuições relevantes tangentes ao conhecimento do perfil dos pacientes críticos oncológicos, sendo base para tomadas de decisões clínicas e de pesquisa para a Enfermagem brasileira, sobretudo pela escassez de resultados na literatura.

## CONCLUSÃO

O estudo encontrou como perfil de pacientes críticos oncológicos a proporção de 50,91% do sexo feminino e 49,09% do sexo masculino. Houve maior prevalência de pacientes com idade igual ou superior a 60 anos de idade e predominaram os pacientes procedentes da enfermaria do hospital. A mortalidade geral foi de 34,55%. Os pacientes que obtiveram alta da unidade formam 58,18% da amostra, sendo que, destes, 12,50% eram pacientes em cuidados paliativos. A média diária da carga de trabalho foi de 79,04%, que, traduzindo em horas de assistência, apresenta um tempo superior ao preconizado para pacientes em cuidados intensivos pelo COFEN.

Com isso, sugere-se que a elaboração do perfil de pacientes atendidos em UTI oncológica apresenta características relevantes por se tratar de um cenário

que apresenta carga de trabalho acima dos padrões para unidades de cuidados intensivos gerais. Estudos posteriores poderão enfatizar outras questões a serem

discutidas com vistas ao melhor gerenciamento do cuidado em UTI oncológica.

## PROFILE OF PATIENTS ADMITTED IN A ONCOLOGICAL INTENSIVE THERAPY UNIT

### ABSTRACT

This study aims to analyze the profile of patients admitted to an oncology intensive care unit. This is a descriptive study with a quantitative approach. The data collection was carried out from September to December 2016, through a computerized system used by the institution. Fifty-five patients were admitted during the collection period. Age ranged from 18 to 80 years, with a mean age of 55 years. Most of them are patients with gastrointestinal neoplasms (29.09%), coming from hospital wards (32.73%). Overall, 14.55% received palliative care and total mortality in the period was 34.55%. The workload presented was 79.04%, translated into a work demand of 18 hours and 57 minutes. There was predominance of Karnofsky Performance Status 30% (52.73%) and of patients with the Charlson Comorbidity Index between 2 and 5 points (76.36%). Oncology intensive care units should be prepared to work with patients with no cure potential. Mortality is not higher when compared to intensive care units of other specialties, demystifying the admission of cancer patients in intensive care units.

**Keywords:** Critical care. Intensive care units. Oncological nursing. Intensive care. Health management.

## PERFIL DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ONCOLÓGICOS

### RESUMEN

Este estudio tuvo el objetivo de analizar el perfil de los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos oncológicos. Se trata de un estudio descriptivo de abordaje cuantitativo. La recolección de datos fue realizada en el período de septiembre a diciembre de 2016, a través de sistema informatizado utilizado por la institución. Fueron ingresados 55 pacientes durante el período de la recolección. La edad varió entre 18 y 80 años, con promedio de 55 años. En su mayoría, son pacientes con neoplasias gastrointestinales (29,09%), provenientes de las enfermerías del hospital (32,73%). En general, 14,55% recibieron cuidados paliativos y la mortalidad total en el período fue de 34,55%. La carga de trabajo presentada fue de 79,04%, traducida en una demanda de trabajo de 18 horas y 57 minutos. Hubo predominio del Karnofsky Performance Status 30% (52,73%) y de pacientes con Índice de Comorbilidad de Charlson entre 2 y 5 puntos (76,36%). Las unidades de cuidados intensivos oncológicos deben estar preparadas para actuar con pacientes sin posibilidades de cura. La mortalidad no es superior cuando comparada a unidades de cuidados intensivos de otras especialidades, desmitificando el ingreso de pacientes oncológicos en unidades de cuidados intensivos.

**Palabras clave:** Cuidados críticos. Unidades de cuidados intensivos. Enfermería oncológica. Cuidados intensivos. Gestión en salud.

## REFERÊNCIAS

de Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil: Coordenação de Prevenção e Vigilância [online]. 2017 [citado em 2018 mai 10]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/>

2. Torres VBL, Soares M. Patients with hematological malignancies admitted to intensive care units: new challenges for the intensivist. *Rev Bras Ter Intensiva* [online]. 2015 [cited 2017 jun 05];27(3):193-5. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-507X.20150040>

3. Salluh JIF, Soares M. Intensive care admission policies for critically ill cancer patients: time for a reappraisal. *Rev Bras Ter Intensiva* [online]. 2006 [cited 2017 jul 02];18(3):217-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-507X2006000300001>

4. Ferreira JC, Medeiros Junior P, Rego FM, Caruso P. Risk factors for noninvasive ventilation failure in cancer patients in the intensive care unit: A retrospective cohort study. *J Crit Care* [online]. 2015 [cited 2017 jul 02];30(5):1003-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcrc.2015.04.121>.

5. Koch A, Checkley W. Do hospitals need oncological critical care units? *J Thorac Dis*. [online]. 2017 [cited 2017 jul 04];9(3):E304-9. DOI: <http://doi.org/10.21037/jtd.2017.03.11>.

6. Azoulay E, Soares M, Darmon M, Benoit D, Pastores S, Afessa B. Intensive care of the cancer patient: recent achievements and remaining challenges. *Ann Intensive Care* [online]. 2011 [cited 2017 jul 09];1(5):1-13. DOI: <http://doi.org/10.1186/2110-5820-1-5>

7. Soares M, Caruso P, Silva E, Teles JM, Lobo SM, Friedman G., et al. Characteristics and outcomes of patients with cancer requiring admission to intensive care units: a prospective multicenter study. *Crit Care Med* [online]. 2010 [cited 2017 jul 06];38(1):9-15. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/CCM.0b013e3181c0349e>.

8. Miranda DR, Nap R, Rijk A, Schaufeli W, Iapichino G. Nursing activities score. *Crit Care Med* [online]. 2003 [cited 2017 jul 03];31(2):374-82. DOI: [10.1097/01.CCM.0000045567.78801.CC](http://dx.doi.org/10.1097/01.CCM.0000045567.78801.CC)

9. Ribeiro AC, Silva KJMM, Ribeiro LS, Andrade RKI, Rocha RPS, Lima YN. Dimensioning of nursing personnel for intensive therapy: contradictions between the regulated and what is done. *Cienc Cuid Saúde* [online]. 2017 [cited 2018 may 04];16(4). DOI: <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v16i4.37880>

10. Tandon P, Reddy KR, O'Leary JG, Garcia-Tsao G, Abraldes JG, Wong F, et al. A Karnofsky performance status-based score predicts death after hospital discharge in patients with cirrhosis. *Hepatology* [online]. 2017 [cited 2017 jul 05];65(1): 217-24. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/hep.28900>

11. Frenkel WJ, Jongerius EJ, Mandjes-van Uiter M, van Munster BC, Rooij SE. Validation of the Charlson Comorbidity Index in acutely hospitalized elderly adults: a prospective cohort study. *Journal Am Geriatr Soc* [online]. 2014 [cited 2017 jul 04];62(2):342-6. DOI: [10.1111/jgs.12635](http://dx.doi.org/10.1111/jgs.12635)

12. Ferreira PC, Machado RC, Martins QCS, Sampaio SF. Classification of patients and nursing workload in intensive care: comparison between instruments. *Rev Gaúcha Enferm* [online]. 2017 [cited 2017 jul 04];38(2):e62782. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983->

1447.2017.02.62782

13. El-Fakhouri S, Carrasco HVCG, Araújo GC, Frini ICM. Epidemiological profile of ICU patients at Faculdade de Medicina de Marília. *Rev Assoc Med Bras* [online]. 2016 [cited 2017 july 05];62(3):248-54. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.62.03.248>

14. Wallet F, Maucort BD, Malfroy S, Ledochowski S, Bernet C, Kepenekian V, et al. No impact on long-term survival of prolonged ICU stay and re-admission for patients undergoing cytoreductive surgery with HIPEC. *Eur J Surg Oncol* [online]. 2016 [cited 2017 july 05];42(6):855-60. DOI: [10.1016/j.ejso.2016.03.004](https://doi.org/10.1016/j.ejso.2016.03.004)

15. Gulini JEHMB, Nascimento ERP, Moritz RD, Rosa LM, Silveira NR, Vargas MAO. Intensive care unit team perception of palliative care: the discourse of the collective subject. *Rev Esc Enferm USP* [online]. 2017 [cited 2017 july 08];51:e03221. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2016041703221>

16. Silva CF, Souza DM, Pedreira LC, Santos MR, Faustino TN. Perceptions of the multi-professional team on the implementation of palliative care in intensive care units. *Ciênc Saúde Coletiva* [online].

2013 [cited 2017 july 09];18(9):2597-604.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000900014>

17. But A, Yetkin MA, Kanyilmaz D, Aslaner H, Baştuğ A, Aypak A, et al. Analysis of epidemiology and risk factors for mortality in ventilator-associated pneumonia attacks in intensive care unit patients. *Turk J Med Sci* [online]. 2017 [cited 2017 jun 03];47(3):812-6. DOI: [10.3906/sag-1601-38](https://doi.org/10.3906/sag-1601-38)

18. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução nº 543, de 18 de abril de 2017. Atualiza e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem [online]. 2017 [citado em 2017 jul 6]. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017\\_51440.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html)

19. Araújo TR, Meneguetti MG, Auxiliadora MM, Castilho V, Chaves LDP, Laus AM. Financial impact of nursing professionals staff required in an Intensive Care Unit. *Rev Latino-Am Enfermagem* [online]. 2016 [cited 2017 july 24];24:e2818. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1274.2818>

---

**Endereço para correspondência:** Daianny Arrais de Oliveira da Cunha. Rua Ituverava, 744, apto 207. Anil. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. (21) 3936-8411. E-mail: [daianny.oliveira@rocketmail.com](mailto:daianny.oliveira@rocketmail.com)

**Data de recebimento:** 11/11/2017

**Data de aprovação:** 11/06/2018