

**ANÁLISE CLÍNICO - EPIDEMIOLÓGICA DE PACIENTES ONCOLÓGICOS
AMBULATORIAIS PARA IMPLEMENTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

***CLINICAL - EPIDEMIOLOGICAL ANALYSIS OF AMBULATORY ONCOLOGICAL
PATIENTS FOR IMPLEMENTATION OF NURSING CARE SYSTEMATIZATION***

Rosilene Aparecida Novaes Maciel¹

Gisleangela Lima Rodrigues Carrara²

RESUMO

A Sistematização de Assistência de Enfermagem (SAE) busca a qualidade na assistência, sendo obrigatória em todo território nacional, em toda instituição de saúde pública ou privada, e considerada prerrogativa do profissional de enfermagem conforme resolução do Conselho Federal de Enfermagem. O presente estudo objetivou analisar o perfil clínico e epidemiológico de pacientes oncológicos admitidos no ambulatório do Hospital de Câncer de Barretos-SP, para a implementação de um protocolo da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Trata-se de um estudo transversal a partir do levantamento de 50 prontuários de pacientes admitidos no ambulatório de oncologia torácica no mês e julho no ano de 2019. Foi utilizado um roteiro, baseado nos registros dos prontuários, que fornecesse informações sobre o perfil destes pacientes para a criação de um protocolo de SAE na consulta admissional do paciente oncológico que pudesse demonstrar a ocorrência de necessidades não contempladas na consulta médica. Admitindo que a aplicação da consulta de enfermagem resulte em benefícios ao paciente e seus familiares permitindo suprir necessidades humanas relacionadas a esta grave enfermidade. O levantamento permitiu a análise de diversas informações que avaliadas puderam permitir a formulação de diagnósticos de enfermagem conforme a NANDA-I, entretanto fica evidente que muitos conceitos que norteiam o trabalho da enfermagem podiam ser

¹ Graduanda em Enfermagem pelo Centro Universitário UNIFAFIBE de Bebedouro, SP. E-mail: maciel_barretos@uol.com.br.

² Professora Titular do Centro Universitário UNIFAFIBE de Bebedouro, SP. Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. E-mail: gisacolina@yahoo.com.br

presumidos, mas não definidos, demonstrando a necessidade da aplicação de uma das teorias de enfermagem.

Palavras-chave: Sistematização da Assistência de Enfermagem. Processo de enfermagem. Oncologia. Protocolo. Consulta de enfermagem.

ABSTRACT

The Systematization of Nursing Care (NCS) seeks quality care, being mandatory throughout the national territory, all public or private health institution, and considered the prerogative of nursing professionals according to a resolution of the Federal Nursing Council. This study aimed to analyze the clinical and epidemiological profile of oncological patients admitted to the ambulatory of the Barretos Cancer Hospital, for the implementation of a protocol of Nursing Care Systematization. This is a cross-sectional study based on a survey of 50 medical records of patients admitted to the thoracic oncology ambulatory in July 2019. A script based on medical records was used to provide information on the profile of these patients for the creation of an NCS protocol in the admission consultation of the patient with cancer that could demonstrate the occurrence of needs not considered in the medical consultation. If the application of the nursing consultation results in benefits to the patient and their families, allowing to meet human needs related to this serious illness. The survey allowed the analysis of various information that could allow the formulation of nursing diagnoses according to NANDA-I, however it is evident that many concepts that guide the work of nursing could be assumed, but not defined, demonstrating the need to apply one of the nursing theories.

Keywords: Nursing Care Systematization. Nursing process. Oncology. Protocol. Nursing consultation.

1 INTRODUÇÃO

Por muitos anos, no Brasil, a enfermagem assumiu um modelo biomédico voltado a assistir o paciente juntamente com o médico, ou seja, seguindo as prescrições e recomendações médicas como um auxiliar, centrando suas ações mais na doença do que no doente, sem criar uma relação mais íntima com aquilo que não fosse relacionado com a condição clínica do paciente.

Por outro lado, a enfermagem, criada a partir dos conceitos de Florence Nightingale, requer conhecimentos diferentes daqueles empregados pelos médicos. Florence definiu que os cuidados da enfermagem deveriam ser direcionados a pessoa, a sua condição de vida e ao ambiente, influenciando desta forma a saúde do indivíduo (TANNURE; PINHEIRO, 2013).

Sendo assim, a enfermagem destina-se a cuidar do ser humano, identificando as respostas humanas e estabelecer estratégias que proporcionem a recuperação da saúde ou a melhoria do bem-estar individual ou coletivo (NASCIMENTO et al., 2012).

Diferentes fatores incluindo o desenvolvimento da sociedade, da ciência e da educação, determinaram a necessidade de melhora da qualidade dos serviços prestados à população. Neste contexto, a assistência de enfermagem concentra-se na pessoa e na promoção da sua integridade, momento em que a pessoa é mais importante do que a doença.

A conscientização da enfermagem como ciência torna necessário a assistência baseada em uma metodologia científica que permita sistematizar e organizar o atendimento.

Para atender essa demanda, o Processo de Enfermagem (PE) surge para avaliar cada caso, entender as necessidades individuais, estabelecer os cuidados necessários e buscar a obtenção dos resultados propostos em uma linguagem universal (TANNURE; PINHEIRO, 2013; NASCIMENTO et al., 2012; CAVALCANTE et al., 2011), oportunizando a aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) (TANNURE; PINHEIRO, 2013; NASCIMENTO et al., 2012).

No Brasil, a proposta da SAE teve início no final da década de 70 com os trabalhos de Wanda de Aguiar Horta (TANNURE, PINHEIRO, 2013; CAVALCANTE et

al., 2011; MARQUES, MOREIRA, NÓBREGA, 2008), com a intenção de buscar qualidade na assistência (CAVALCANTE et al., 2011; BARROS; LOPES, 2010).

A SAE, com o decorrer do tempo, passa a fazer parte do domínio de conhecimento da enfermagem. Sua importância e a necessidade de planejar a assistência de enfermagem são reforçadas pela resolução 272/2002 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) determinando a obrigatoriedade da SAE em todo território nacional e devendo ser aplicada em toda instituição de saúde pública ou privada (BRASIL. COFEN, 2002). Posteriormente, a resolução anterior é substituída pela resolução 358/2009 do COFEN a qual determina que o enfermeiro deverá realizar o processo de enfermagem, constituído de cinco etapas: Coleta de dados ou Histórico de enfermagem, Diagnóstico de enfermagem, Planejamento, Implementação e Avaliação (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009).

Apesar desses avanços, a aplicação da SAE, em todas as suas etapas, não é fácil (NASCIMENTO et al, 2012; CAVALCANTE et al., 2011), estando presente quase que exclusivamente no âmbito hospitalar, onde ocorre também diferenças relacionadas as especialidades envolvidas (CAVALCANTE et al., 2011), demonstrando o quanto ainda precisa ser trabalhado.

Todo paciente, após uma consulta de enfermagem, deve ter suas necessidades individuais avaliadas, recebendo orientações e prescrição de cuidados com a intenção de minimizar as reações humanas decorrentes das alterações fisiológicas, psicológicas, sociais e espirituais determinadas pela doença em curso (TANNURE, PINHEIRO, 2013).

No contexto do desenvolvimento deste estudo, observa-se que a assistência aos pacientes oncológicos é muito complexa, pois estes apresentam diversas necessidades a serem atendidas, tanto em razão dos aspectos clínicos da doença como da carga emocional envolvida para o indivíduo e familiares. Deste modo, as angústias e preocupações surgem a partir da suspeita do diagnóstico, mesmo quando os sintomas são discretos ou inexistentes.

Neste sentido, a identificação das necessidades básicas de cada indivíduo, por ocasião da sua admissão no serviço oncológico, poderá suprir necessidades humanas decorrentes de uma enfermidade grave e auxiliar no decorrer do tratamento, uma vez

que se trata de doença crônica, permitindo uma assistência continuada a estes pacientes.

Por esta razão, acredita-se que a realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) aplicada desde o início do atendimento de pacientes oncológicos, a partir da primeira consulta, utilizando o processo de enfermagem em todas as suas cinco etapas (Coleta de Dados, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento, Implementação da Assistência de Enfermagem e Avaliação) permitirá uma relação enfermeiro/paciente desde seu início.

Destaca-se que a importância a abordagem dos pacientes oncológicos reside no fato de que o câncer, juntamente com os eventos cardiovasculares, são as duas grandes causas de adoecimento e óbito em todo o mundo.

Corroborando, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) e Ministério da Saúde (MS), de acordo com as estimativas da incidência de câncer no Brasil para o biênio 2018-2019, apontam para a ocorrência de 600 mil casos novos de câncer, para cada ano. Dentro desta estimativa cerca de 170 mil casos serão representados pelo câncer de pele não melanoma enquanto o restante inclui os cânceres de próstata, pulmão, mama feminina e cólon e reto entre os tipos principais (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2017).

Neste cenário o câncer de pulmão assume gravidade ainda maior, sendo a mais letal entre todas as neoplasias em todo o mundo, responsável por 1,6 milhão de óbitos o que representa 19,4% das causas de morte por câncer com uma sobrevivência em 5 anos que não ultrapassa 10% a 15% em praticamente todos os países do mundo (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2017).

No Brasil, segundo estimativas do INCA para o biênio 2018-2019, haverá mais de 31.000 casos novos de câncer de pulmão entre homens e mulheres sendo o segundo mais comum nos homens e o terceiro entre as mulheres (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2017).

O diagnóstico do câncer de pulmão em mais de 80 % dos pacientes é feito em estágios avançados da doença (estágios III e IV), uma vez que os sintomas se manifestam somente tardiamente. Este fato determina um prognóstico ruim em uma doença onde a taxa de incidência e mortalidade apresentam uma relação de 0,8 o que corresponde a dizer que 80% dos pacientes diagnosticados morrerão (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2017) com uma sobrevivência geral entre poucos meses a no máximo 3 anos (DETTERBECK et al., 2001). Nesta situação as necessidades

daqueles vitimados pelo câncer de pulmão deverão ser atendidas o mais prontamente possível.

É compreensível que para pacientes oncológicos, especialmente naqueles com doença mais agressiva, as necessidades fisiológicas serão intensas, bem como as necessidades psicológicas, sociais e espirituais, incluindo os familiares, demandando atenção especial pelos profissionais de saúde, particularmente pela enfermagem.

No decorrer dos processos nosológicos as necessidades mudam, deixaram de existir naqueles pacientes que restabelecem integralmente seu estado de saúde, mas se modificam e serão cada dia maiores em patologias crônicas.

O diagnóstico de qualquer doença determina um impacto na vida do paciente e seus familiares, a vida muda com o diagnóstico de uma doença (BALLANTYNE, 2015). Certamente diagnósticos mais graves serão mais impactantes, assim como o diagnóstico de câncer, pelo próprio estigma da doença, gera insegurança, medo e mesmo situações aterrorizantes para o paciente e os seus.

Na atualidade uma simples consulta ao Google® com a palavra “câncer de pulmão” retornam mais de 1 milhão de resultados. Pesquisas mais específicas em sites oficiais, como os do Instituto Nacional do Câncer (INCA), no endereço www.inca.gov.br, demonstra a gravidade do câncer de pulmão tanto pela alta incidência como pela elevada mortalidade. Esta facilidade tecnológica, informativa e de fácil acesso certamente aterroriza ainda mais aquelas pessoas vítimas de doenças graves.

O processo de enfermagem permite avaliações para cuidados individuais o que, em outras palavras, permite avaliar as necessidades de cada paciente. O paciente não deve ser introduzido em uma rotina de serviço. Identificar os problemas do paciente permite desenvolver os cuidados de planejamento de enfermagem para atender suas necessidades individuais (BALLANTYNE, 2015).

A finalidade do trabalho da enfermagem através da aplicação da SAE está contida no conceito de enfermagem proposto por Horta:

Enfermagem é a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência através da educação; recuperar, manter e promover sua saúde, contando para isso com a colaboração de outros grupos profissionais (HORTA, 1968).

Considerando a importância da aplicação da SAE para a assistência do paciente, incluindo seus familiares e/ou cuidadores e sua obrigatoriedade conforme disposição do COFEN, ainda existe dificuldade de implementação de forma rotineira.

Corroborando a literatura apresenta estudos que demonstram as dificuldades de aplicação de normatizações de processos de enfermagem pois estes precisam ser, entre outros motivos, viáveis na prática diária e passíveis de serem incorporados ao fluxo de trabalho (MAY; SIBLEY; HUNT, 2013).

A aplicação do processo de enfermagem em todas as suas etapas demanda tempo o que muitas vezes pode não permitir sua incorporação junto ao trabalho nos serviços de saúde (NASCIMENTO, 2012).

Assim como a sobrecarga de trabalho associado ao número reduzido de enfermeiros, comum em muitas instituições determina dificuldade adicional pela falta de tempo (SILVEIRA; ZAGO, 2006).

Um outro fator relevante é o desconhecimento da importância da SAE por outros profissionais também dificulta a sua implementação (SILVA; MOREIRA, 2010).

Não há dúvida que a atuação de diferentes profissionais, permitindo uma assistência multiprofissional, seja importante, entretanto em diversas ocasiões o serviço da enfermagem não é conhecido em sua totalidade (NASCIMENTO et al., 2012).

No aspecto citado acima, especialmente a equipe médica desconhece a existência da SAE, sua importância e o significado do planejamento de cuidados de enfermagem através dos diagnósticos de enfermagem, corroborado pelo fato de muitos enfermeiros ainda realizarem a assistência baseada no antigo modelo biomédico seguindo apenas aquilo que foi prescrito (ANDRADE; VIEIRA, 2005).

Este desconhecimento talvez se deva ao fato de que a aplicação da SAE dentro de uma instituição não é uniforme, sofrendo setorizações, havendo diferentes aplicações do processo em diferentes locais da assistência. Assim fala-se em aplicação da SAE para pacientes internados, outra aplicação para pacientes na Unidade de Terapia Intensiva, outro para paciente cirúrgicos, ou em radioterapia, ou em quimioterapia, e assim sucessivamente não havendo uma aplicação uniforme e constante, o que permitiria certamente diagnósticos e planejamentos mais assertivos (NEVES; SHIMIZU, 2010).

Pacientes encaminhados para serviços especializados em oncologia, após a suspeita ou confirmação diagnóstica de neoplasia, encontrar-se-ão emocionalmente

fragilizados e precisarão enfrentar uma série de exames até o início do tratamento que geralmente é longo e incerto. Isso se reflete também na família, nas mudanças de vida que serão impostas, nas dificuldades e angústias pelo tempo longo de tratamento, pelas incertezas. A família poderá auxiliar ou, até mesmo, dificultar o tratamento (GARGIULO et al., 2007).

A aplicação precoce da SAE neste público, ou seja, por ocasião da sua admissão no serviço oncológico deve antecipar riscos, bem como assistir mais efetivamente pacientes e familiares criando uma relação de confiança entre paciente, família e enfermagem. Diante do aqui exposto podemos pressupor que a SAE aplicada precocemente poderá definir cuidados não abrangidos pela consulta médica; poderão ser esclarecidas dúvidas, promover orientações e esclarecimentos sobre exames e procedimentos a serem realizados; assim como poderá se definir a avaliação precoce de outras disciplinas como, por exemplo, nutricionista, psicólogo, assistente social, farmacêutico, e , também assistir as necessidades dos familiares e torná-los participativos no processo de tratamento.

Assim, segundo o COFEN, a aplicação da SAE é uma prerrogativa da profissão de enfermagem e deve ser instituída em todas as instituições de saúde, pública ou privada, constituindo melhora na qualidade da Assistência de Enfermagem.

Deste modo, pode-se considerar que realizar o processo de enfermagem precocemente, na primeira visita ao serviço, permitirá a criação da relação enfermeiro/paciente desde seu início, deverá incluir a família e cuidadores para que possam entender, colaborar e auxiliar nos cuidados, definindo o que deverá ser considerados prioritários e programando as etapas futuras do tratamento e da evolução da doença.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes de um ambulatório oncológico para a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

2.2 Objetivos específicos

a) Identificar as patologias mais comumente encontradas em pacientes admitidos no ambulatório oncológico a partir dos registros nos prontuários;

b) Verificar a sintomatologia e queixas dos pacientes a partir dos registros nos prontuários;

c) Discriminar as necessidades clínicas (sinais/sintomas, comorbidades, uso de medicamentos e implicações familiares) dos pacientes admitidos no ambulatório de oncologia a partir dos registros nos prontuários;

d) Comparar as necessidades de acordo com as diferenças epidemiológicas (idade, sexo, procedência, estado civil, escolaridade) de acometimento dos pacientes admitidos no ambulatório a partir dos registros nos prontuários;

e) Desenvolver um instrumento de SAE para os pacientes admitidos no ambulatório a partir dos dados levantados.

3) METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo de amostragem não probabilística, para analisar o perfil clínico e epidemiológico de pacientes admitidos em um ambulatório de oncologia torácica de um hospital de nível terciário, especializado em oncologia. A proposta foi obter dados que facilitassem a implementação de um protocolo da sistematização de assistência de enfermagem (SAE) em pacientes oncológicos ambulatoriais.

Esta pesquisa ocorreu considerando o respeito à dignidade humana e a autonomia, bem como aos princípios da não maleficência, da beneficência, da justiça e da equidade, conforme estabelecido pela Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde que norteia a realização de pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil e atualiza a resolução 196/96 (BRASIL. CNS, 2012).

O sigilo e o anonimato foram preservados por meio do estabelecimento de código alfa numéricos em substituição a identificação nominal de cada participante.

Tratando-se de pesquisa com base em coleta de dados a partir de prontuários dos pacientes assistidos, foi solicitada a dispensa do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido), tomando por base as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos descritas na Resolução do Conselho Nacional de Saúde Nº 466/12 e complementares, que dispõe sobre a isenção de obtenção de TCLE que poderá ser solicitada:

Em estudos observacionais, analíticos ou descritivos (retrospectivos ou prospectivos) que contemplem o uso de informações disponíveis em prontuários médicos, sistemas de informação institucionais e/ou demais fontes de dados e informações clínicas disponíveis na instituição; nos quais

os dados sejam analisados de forma anônima e os resultados sejam apresentados de forma agregada, não permitindo a identificação dos participantes de pesquisa (BRASIL. CNS, 2012).

A coleta dos dados foi efetuada somente após a avaliação e aprovação pelo Comitê de Ética do Hospital de Câncer de Barretos/CEP, a partir da utilização de um roteiro estruturado para coleta de dados, obtendo informações a partir do levantamento dos registros que constam nos prontuários de pacientes pertencentes a amostra.

Nesta etapa, foram valorizadas as informações a respeito do planejamento da SAE. Tal instrumento foi aplicado em prontuários de pacientes recém admitidos no serviço no período de um mês.

Todos os pacientes tiveram o diagnóstico ou a suspeita de alguma neoplasia torácica, incluindo traqueia, brônquios, pulmões, pleura, mediastino ou parede torácica, atendidos no ambulatório de oncologia torácica do Hospital de Câncer de Barretos/SP. Deste modo, os dados foram obtidos em ficha de coleta específica, elaborada pela a autora com base nas informações constantes no prontuário dos pacientes e foram preenchidas pela mesma.

A amostra consistiu em prontuários de pacientes recém-admitidos no ambulatório de oncologia torácica do Hospital de Câncer de Barretos/SP no período do mês de julho do ano de 2019, desde que observados os critérios de inclusão e exclusão.

Considerando o número de pacientes atendidos no ambulatório de oncologia torácica, com base no ano anterior (2018), quando foram atendidos em média 50 casos novos por mês.

A escolha pelo ambulatório de oncologia torácica decorre do fato de haver uma estruturação padronizada no atendimento da primeira consulta com a graduação de sintomas específicos, antecedentes e comorbidades, entre outros dados, o que certamente facilita a obtenção e homogeneidade da amostra.

Os dados foram coletados de forma sistematizada mediante ficha de coleta de dados específica, contendo dados de Identificação, antropométricos, antecedentes nosológicos, comorbidades, antecedentes pessoais, antecedentes familiares, sinais e sintomas, achados de exame físico, exames iniciais, diagnóstico anatomopatológico, se houvesse, dispensação de opioides, e, impressão diagnóstica do médico na primeira consulta e a programação definida para o paciente.

Após o preenchimento do instrumento, os dados foram transportados para planilha do programa Excell para Windows. Foi realizada a análise do perfil

epidemiológico da amostra, da quantidade e intensidade de sintomas relacionados à doença, das comorbidades, dos hábitos e das medicações habituais em uso pelo paciente para avaliar o impacto direto da doença neste grupo populacional. Informações adicionais como prescrições feitas na primeira consulta, bem como a indicação de exames necessários para o diagnóstico ou estadiamento definitivo também foram avaliados.

Estas análises permitiram prever as necessidades que este grupo de pacientes poderiam necessitar, assim como os questionamentos que deveriam ser incluídos na primeira avaliação do paciente, do ponto de vista da enfermagem, no momento de admissão no serviço, para que prescrições relacionadas as necessidades, não fisiológicas apenas, pudessem ser atendidas.

Para fazer parte do estudo foram considerados os prontuários de pacientes de casos novos, recém-admitidos, no ambulatório de oncologia torácica do Hospital de Câncer de Barretos no período de julho de 2019. Em contrapartida, prontuários de pacientes que não tivessem indicação de retorno ao serviço após a primeira consulta, assim como prontuários de pacientes que necessitassem de internação hospitalar já no primeiro atendimento foram excluídos.

A análise dos prontuários ocorreu nas dependências do Hospital de Câncer de Barretos, de acordo com a disponibilização dos prontuários pelo Serviço Médico de Arquivo e Estatística (SAME).

4 RESULTADOS

Dos 50 prontuários analisados em relação aos dados epidemiológicos, observou-se que 60% (30) eram de pacientes do sexo masculino e 40% (20) do sexo feminino (Tabela 1). A idade média foi de 60 anos para ambos os sexos com idade mínima de 41 e máxima de 79 anos de idade também idêntica para ambos.

A escolaridade foi também similar entre homens e mulheres, mais da metade (62%) tinham ensino fundamental (1o. grau), correspondendo a 19 (38%) homens e 12 (24%) mulheres seguido de nenhuma escolaridade com 12% (Tabela 1).

Sobre o estado civil evidenciou-se que 38% (19) dos pacientes do sexo masculino e 18% (9) do sexo feminino eram casados/união estável, enquanto 14% (7) do sexo masculino e 4% (2) do sexo feminino eram solteiros (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição dos dados epidemiológicos quanto a sexo, idade, etnia, estado civil e escolaridade de 50 pacientes admitidos no Departamento de Oncologia Torácica do hospital de Câncer de Barretos / SP, no período de julho de 2019, Bebedouro, 2019.

	Homens		Mulheres		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
SEXO	30	60	20	40	50	100
ETNIA						
Branco	15	30	8	16	23	46
Pardo	3	6	2	4	5	10
Outros	12	24	10	20	22	44
ESTADO CIVIL						
Casado/União Estável	19	38	9	18	28	56
Solteiro	7	14	2	4	9	18
Divorciado	3	6	4	8	7	14
Viúvo	1	2	5	10	6	12
ESCOLARIDADE						
Nenhuma	4	8	2	4	6	12
1º Grau	19	38	12	24	31	62
2º Grau	3	6	2	4	5	10
Superior Completo	1	2	4	8	5	10
Superior Incompleto	3	6	0	0	3	6

Fonte: Prontuário de pacientes admitidos no Hospital de Câncer de Barretos/SP, durante julho de 2019.

A distribuição de pacientes de acordo com o Estado de procedência, mostrou que 50% (25) eram do Estado de São Paulo enquanto a outra metade está representada por 7 outros Estados (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição dos dados epidemiológicos quanto ao Estado de procedência dos 50 pacientes admitidos no Departamento de Oncologia Torácica do hospital de Câncer de Barretos / SP, no período de julho de 2019, Bebedouro, 2019.

Estado	Homens		Mulheres		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
SP	14	28	11	22	25	50
MG	4	8	4	8	8	16
MS	4	8	2	4	6	12
BA	3	6	1	2	4	8
GO	4	8	0	0	4	8
MT	0	0	1	2	1	2
PR	1	2	1	2	2	4

Fonte: Prontuário de pacientes admitidos no Hospital de Câncer de Barretos/SP, durante julho de 2019.

A presença de comorbidades, por exemplo hipertensão arterial, diabetes, arritmias, coronariopatias entre outras, foi avaliada de acordo com o número de comorbidades apresentada por cada um dos 50 pacientes com os prontuários avaliados, enquanto 26% (13) não apresentavam nenhum tipo de comorbidade (Tabela 3).

Quando levantado sobre o uso de algum tipo de medicação foi evidenciado em 84% (42) dos 50 pacientes dos prontuários avaliados relatavam o uso de uma 20%(10), a cinco ou mais 12% (6) e apenas 16% (8) relatava não utilizar nenhuma medicação (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição dos dados epidemiológicos quanto a cirurgias anteriores, história de doença pregressa, comorbidades, uso de medicamentos, história de alergia, e antecedentes familiares de 50 pacientes admitidos no Departamento de Oncologia Torácica do hospital de Câncer de Barretos / SP, no período de julho de 2019, Bebedouro, 2019.

	Homens		Mulheres		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
CIRURGIA ANTERIOR						
Sim	11	22	16	32	27	54
Não	19	38	4	8	23	46
DOENÇA PREGRESSA						
Nenhuma	14	28	7	14	21	42
Câncer	3	6	3	6	6	12
Tuberculose	0	0	1	2	1	2
Outras	13	26	9	18	22	44
COMORBIDADES						
Uma	8	16	4	8	13	26
Duas	11	22	6	12	17	34
Três	1	2	4	8	5	10
Quatro ou mais	2	4	0	0	2	4
Nenhuma	8	16	5	10	13	26
MEDICAMENTOS						
Um	5	10	5	10	10	20
Dois	6	12	3	6	9	18
Três	5	10	4	8	9	18
Quatro	6	12	2	4	8	16
Cinco ou mais	3	6	2	4	6	12
Nenhum	5	10	3	6	8	16
ALERGIAS						
Sim	4	8	6	12	10	20
Não	26	42	14	28	40	80
ANTECEDENTES FAM.						
Sim	22	44	18	36	40	80
Não	8	16	2	4	10	20

Fonte: Prontuário de pacientes admitidos no Hospital de Câncer de Barretos/SP, durante julho de 2019.

O tabagismo foi avaliado como tabagismo ativo, ex-tabagista ou nunca ter fumado. O consumo foi estimado em anos-maço evidenciando o menor consumo em 6 anos-maço e o maior em 90 anos-maço com uma média geral de 44,7 anos-maço com uma média menor de 39,5 anos-maço para mulheres e de 47 anos-maço para homens. Dos 50 prontuários analisados 84% (42) eram tabagistas ou ex-tabagistas distribuídos em 58% (29) dos homens e 26% (13) das mulheres e somente 16% (8) não fumantes (Tabela 4).

Tabela 4. Distribuição dos dados epidemiológicos quanto a antecedentes de tabagismo e etilismo dos 50 pacientes admitidos no Departamento de Oncologia Torácica do hospital de Câncer de Barretos / SP, no período de julho de 2019, Bebedouro, 2019.

	Homens		Mulheres		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
USO DO TABACO						
Tabagista	14	28	8	16	19	38
Ex-tabagista	15	30	5	10	23	46
Não tabagista	1	2	7	14	8	16
ETILISTA						
Sim	6	12	2	4	8	16
Não	24	48	18	36	42	84

Fonte: Prontuário de pacientes admitidos no Hospital de Câncer de Barretos/SP, durante julho de 2019.

Referente ao tempo de doença referido pelos pacientes na data da admissão, o início dos sintomas variaram de 15 a 720 dias com média de 174 dias ou o equivalente a aproximadamente 6 meses, com mediana de 90 dias demonstrando um tempo médio longo até a data da primeira consulta, demora esta que não pode ser avaliada nas informações contidas nos prontuários.

Considerando todos os sintomas dos 50 prontuários avaliados, o sintoma mais presente foi a tosse em 73% (36) do total de pacientes, 38% (19) homens e 34% (17) mulheres, em ordem decrescente estão a fadiga 68% (34), perda de peso 64 % (32), dispneia 58% (29) inapetência 52% (26), dor torácica 48% (24), dor óssea 46% (23) e hemoptise com 22% (11) (Tabela 5).

Tabela 5. Distribuição da avaliação sumarizada dos sintomas apresentados por 50 pacientes admitidos no Departamento de Oncologia Torácica do hospital de Câncer de Barretos / SP, no período de julho de 2019, Bebedouro, 2019.

	Homens		Mulheres		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
Tosse	19	38	17	34	36	72
Dispneia	16	32	13	26	29	58
Hemoptise	8	26	3	6	22	22
Dor torácica	15	30	9	28	24	48
Dor óssea	12	24	11	22	23	46
Inapetência	17	34	9	18	26	52
Fadiga	19	38	15	30	34	68
Perda de peso	20	40	12	24	32	64
Rouquidão	7	14	1	2	8	16
Febre	6	12	2	4	8	16
Outros	16	32	14	28	30	60

Fonte: Prontuário de pacientes admitidos no Hospital de Câncer de Barretos/SP, durante julho de 2019.

Quando avaliado caso a caso quanto ao número de sintomas, dois apresentavam-se sem nenhum sintoma e 1 paciente com o máximo de 10 sintomas.

A mediana ficou entre 6 sintomas 22% (11) e 7 sintomas 20% (10) totalizando 42% (21). Os demais apresentaram 1 sintoma 6% (3), 2 sintomas 2% (1), 3 sintomas 10% (5), 4 sintomas 16% (8), 5 sintomas 10% (5), 8 sintomas 4% (2), 9 sintomas 4% (2).

Os achados positivos no exame físico, sumarizados na tabela 6. No total foram encontradas 84 alterações ao exame físico nos pacientes dos 50 prontuários analisados, sendo o sistema respiratório responsável por 58% do total (Tabela 6).

Tabela 6. Distribuição da avaliação sumarizada dos achados no exame físico de 50 pacientes admitidos no Departamento de Oncologia Torácica do hospital de Câncer de Barretos / SP, no período de julho de 2019, Bebedouro, 2019.

Sistema	Homens		Mulheres		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
Linfonodos	7	14	1	2	8	16
Cardiovascular	0	0	0	0	0	0
Respiratório	21	42	8	16	29	58
Abdome	11	22	2	4	13	30
Músculo-esquelético	7	14	1	2	8	16
Sistema nervoso	5	10	1	2	6	12
Pele e anexos	9	18	7	14	16	32
Paraneoplásica	4	8	0	0	4	8

Fonte: Prontuário de pacientes admitidos no Hospital de Câncer de Barretos/SP, durante julho de 2019.

Quando analisados os achados por paciente, os 84 achados estavam distribuídos entre 39 dos 50 pacientes (78%) e 28% (14) pacientes não apresentaram nenhuma alteração ao exame físico. Naqueles com achados considerados positivos ou anormais ao exame ocorreram 28% (14) com 1, 22% (11) com 2, 16% (8) com 3 e 12% (6) com 4 sistemas com achados positivos.

Quando analisado a realização de exames anteriores à consulta, ou seja, pacientes que traziam exames realizados em investigação inicial, encontramos que apenas 10%(5) dos pacientes não tinham nenhum exame relevante, enquanto 90% (45) portavam algum exame dos quais 56% (28) possuíam uma tomografia de tórax, 26 % (13) uma tomografia de tórax juntamente com outros exames (RNM de encéfalo, PET/CT ou Broncoscopia), 4% (2) tinham um PET/CT com RNM de encéfalo e 2% (1) somente um PET/CT.

A realização de exame anatomopatológico antes da consulta inicial mostrou-se menos comum sendo realizada por apenas 30% (15) com 24% (12) positivos para neoplasia enquanto 6% (3) destes anátomos foram negativos. O restante os 70% (35) pacientes não haviam realizado este exame previamente (Tabela 7).

Tabela 7. Distribuição dos achados em exame de anatomia patológica realizados por 50 pacientes antes da consulta inicial no Departamento de Oncologia Torácica do hospital de Câncer de Barretos / SP, no período de julho de 2019, Bebedouro, 2019.

Anatomopatológico	Homens		Mulheres		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
Sim positivo	7	14	5	10	12	24
Sim, mas negativo	2	4	1	2	3	6
Não	21	42	14	28	35	70

Fonte: Prontuário de pacientes admitidos no Hospital de Câncer de Barretos/SP, durante julho de 2019.

Ao final as consultas são feitas hipóteses diagnósticas para definição dos exames a serem solicitados, a impressão diagnóstica, estão sumarizadas na tabela 13, mostrando que a maior parte dos pacientes atendidos apresentavam diagnóstico de neoplasia maligna ou forte suspeita assim distribuídos, 22% (11) carcinomas, 2% (1) tumor carcinóide, 6% (3) lesões expansivas no tórax, 2% (1) lesão mediastinal, 44% (22) suspeitos para neoplasia maligna e 2% (1) caso de lesão em arco costal, enquanto apenas 18% (9) com nódulos pulmonares e 4% (2) de casos a esclarecer com menor probabilidade de neoplasia maligna (Tabela 8).

Tabela 8. Distribuição dos dados sobre a impressão diagnóstica imediatamente após a primeira consulta dos 50 pacientes atendidos no Departamento de Oncologia Torácica do hospital de Câncer de Barretos / SP, no período de julho de 2019, Bebedouro, 2019.

Impressão Diagnóstica	Homens		Mulheres		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
Carcinoma	7	14	4	8	11	22
Tumor Carcinoide	0	0	1	2	1	2
Lesão Expansiva	2	4	1	2	3	6
Lesão Mediastino	0	0	1	2	1	2
Nódulo	5	10	4	8	9	18
Suspeito para neoplasia	13	26	9	18	22	44
Lesão da costela	1	2	0	0	1	2
A esclarecer	2	4	0	0	2	4

Fonte: Prontuário de pacientes admitidos no Hospital de Câncer de Barretos/SP, durante julho de 2019.

A maioria dos pacientes tem exames solicitados para prosseguimento na investigação diagnóstica. Todos realizaram a coleta de sangue para exames laboratoriais. Exames de imagem como tomografia e ressonância nuclear magnética foram pedidos para 94% (47) dos 50 pacientes, outros 52% (26) também tiveram solicitado procedimentos para obtenção e biopsias, por broncoscopia ou biopsia percutânea, para 4% (2) não foi solicitado nenhum exame além dos laboratoriais e 1 (2%) foi paliativo já na primeira consulta (Tabela 9).

Tabela 9. Distribuição dos exames solicitados após a primeira consulta dos 50 pacientes atendidos no Departamento de Oncologia Torácica do hospital de Câncer de Barretos / SP, no período de julho de 2019, Bebedouro, 2019.

Exame solicitado	Homens		Mulheres		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
IMAGEM						
Sim	27	54	20	40	47	94
Não	3	6	0	0	3	6
BRONSCOPIA OU BIÓPSIAS						
Sim	15	30	11	22	26	52
Não	15	30	9	18	24	48
PALIAÇÃO						
Sim	1	2	0	0	1	2
Não	29	58	20	40	49	98
Nenhum exame	2	4	0	0	2	4

Fonte: Prontuário de pacientes admitidos no Hospital de Câncer de Barretos/SP, durante julho de 2019.

Os dados acima apresentados são provenientes da análise de 50 prontuários de pacientes após a primeira consulta no departamento de oncologia torácica do hospital de câncer de Barretos. No entanto, nem todos os pacientes apresentaram o diagnóstico definitivo de doença oncológica, mas foram encaminhados ao serviço por apresentarem alguma suspeita baseado em exames prévios.

A maioria destes pacientes foram confirmados como portadores de câncer de pulmão.

Escolhemos o serviço de oncologia torácica por ser um setor que dispõe de uma ficha de primeira consulta estruturada em quatro folhas e organizada de tal forma que os dados são confiáveis e completos em todos os registros médicos.

Foi observado que de todos os 50 casos não havia registro de enfermagem em nenhum prontuário durante ou logo após a primeira consulta, hipoteticamente pela dificuldade do serviço em realizar o processo de enfermagem devido a indisponibilidade de tempo da equipe de enfermagem, considerando um dos motivos que dificulta a implementação da SAE (AGUILAR, AMELL, VÁSQUES, 2016).

Se considerarmos a Teoria das necessidades humanas básicas de Wanda de Aguiar Horta deveremos considerar necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais as quais serão determinadas pela resposta humana à doença e que será única para cada indivíduo (MARQUES; MOREIRA; NÓBREGA, 2008; SILVA, 2011).

A teoria de Enfermagem, qualquer que seja ela, permite a coleta de dados para a realização do diagnóstico de enfermagem através da taxonomia proposta pela NANDA-I

como estratégia na assistência de enfermagem (SILVA, 2011; HERDMAN; KAMITSURU, 2015).

Dessa forma um diagnóstico de enfermagem dependerá de julgamento clínico e pode ser um problema de saúde, um estado de promoção da saúde ou um risco potencial (NANDA-I, 2015). Isto somente poderá ser feito se a coleta de dados for estruturada com a aplicação dos Padrões Funcionais de Saúde de Gordon divididos em 11 princípios: Promoção à saúde; Nutrição; Eliminação e troca; Atividade/Repouso; Percepção/Cognição; Autopercepção; Papéis e relacionamentos; Sexualidade; Enfrentamento/Tolerância ao estresse; Princípios de vida; Segurança e Proteção (NANDA-I, 2015).

Os dados aqui apresentados nos permite inferir diagnósticos de enfermagem, pois a exemplo podemos supor que a baixa escolaridade presente em 62% da amostra possa representar risco de baixa compreensão sobre como será o diagnóstico e tratamento possivelmente, estar inclusos no conceito de Percepção/Cognição e Autopercepção.

Outro exemplo é o fato de 50% da amostra não ser do Estado de São Paulo o que provavelmente determina alguns problemas sociais e familiares, ou ainda, o fato de que 64% dos pacientes ter um trabalho, certamente irá se enquadrar nos conceitos de Papéis de relacionamento e na Segurança e proteção.

A presença de comorbidades em 74% e o uso de medicamentos em 84% da amostra revelam a necessidade de acompanhamento destes pacientes e a avaliação de possíveis riscos adicionais frente ao uso de medicamentos e outras doenças sendo necessário a avaliação de Promoção à saúde.

A existência de sintomas em grande parte dos pacientes associado ao longo tempo de história torna estes pacientes mais complexos (NASCIMENTO et al., 2012) determinando preocupação com Segurança e proteção, Conforto ou Autopercepção.

Outro fator de extrema importância é o fato de 24 % da amostra já terem um diagnóstico de neoplasia enquanto os demais tinha pelo menos uma suspeita determinando a apreensão de pacientes e familiares (NASCIMENTO et al., 2012).

Todos os pacientes foram submetidos a algum tipo de exame e muitos a biopsia para os quais informações pormenorizadas e mais detalhadas são fundamentais para minimizar medos e gerar um ambiente de confiança por parte de pacientes e familiares.

CONCLUSÃO

A aplicação da SAE, apesar de trabalhosa, permite a validação de diagnósticos de enfermagem buscando determinar uma ação que ajude a superar as dependências causadas pela doença e retornar o indivíduo e sua família a uma condição de independência e segurança. Pacientes deste a primeira consulta em um hospital oncológico já apresentam respostas humanas dos mais variados matizes e precisarão dos cuidados da enfermagem.

REFERÊNCIAS

AGUILAR, R. S. M.; AMELL, G. E. L.; VÁSQUEZ, A. C. P. Application of theoretical and methodological components of nursing care. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 13, n. 2, p. 107-120, 2016.

ANDRADE, J. S.; VIEIRA, M. J. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidades de sistematização. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 3, p. 261-265, 2005.

BALLANTYNE, H. Developing nursing care plans. **Nursing Standard**, Londres, v. 30, n. 26, p. 51-57, fev. 2016.

BARROS, A. L. B. L.; LOPES, J. L. A Legislação e a Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Enfermagem em foco**, Brasília, v. 1, n. 2, p. 63-65, 2010.

BRASIL. COFEN. **Resolução nº 272/2002, de 27 de agosto de 2002**. Revogada pela Resolução cofen nº 358/2009. Brasília, COFEN, 2002. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2722002-revogada-pela-resoluao-cofen-n-3582009_4309.html. Acesso em: 11 nov. 2019.

BRASIL. COFEN. **Resolução nº 358/2009, de 15 de outubro de 2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem [...]. Brasília, COFEN, 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: 11 nov. 2019.

BRASIL. INCA. **Estimativa 2018**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2017. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/estimativa/2018/>. Acesso em: 11 nov. 2019.

CAVALCANTE, R. B.; OTONI, A.; BERNARDES, M. F. V. G.; CUNHA, S. G. S.; SANTOS, C. S.; SILVA, P.C. Experiência de Sistematização da Assistência de Enfermagem no Brasil: Um Estudo Bibliográfico. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 1, n. 30, p. 461-471, set./dez. 2011.

DETTERBECK, F. C.; RIVERA, M. P.; SOCINSKI, M. A.; ROSENMAN, J. G. **Diagnosis and Treatment of Lung Cancer: An Evidence-Based Guide for the Practicing Clinician**. 1. ed. Filadélfia: Saunders, 2001.

GARGIULO, C. A.; MELO, M. C. S. C.; SALIMENA, A. M. O.; BARA, V. M. F.; SOUZA, I. E. O. Vivenciando o cotidiano na percepção, de enfermeiras oncológicas. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 4, p. 696-702, 2007.

HERDMAN, H.; KAMITSURU, S. (org.). **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017**. 10. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

HORTA, W. A.. Conceito de Enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 2, n. 2, set. 1968.

SILVA, J. V. da. **Teorias de Enfermagem**. 1. ed. São Paulo: Iátria, 2011.

SILVA, M. M.; MOREIRA, M. C. Desafios à sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos oncológicos: uma perspectiva da complexidade **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n.3, p. 483-490, 2010.
Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a10.htm>. Acesso em: 11 nov. 2019.

MARQUES, D. K. A; MOREIRA, G. A. C.; NÓBREGA, M. M. L.. Análise da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 2, n. 4, p. 481-488, out./dez. 2008.

MAY, C.; SIBLEY, A.; HUNT, K. The nursing work of hospital-based clinical practice guideline implementation: an explanatory systematic review using Normalisation Process Theory. **International Journal of Nursing Studies**, [s.l.], v. 51, p. 289-299, 2014.

NASCIMENTO, L. K. A. S. et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem a Pacientes Oncológicos: Uma Revisão Interativa da Literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 177-185, mar. 2012.

NEVES, R. S.; SHIMIZU, H. E. Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma unidade de reabilitação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 2, p. 222-229, mar./abr. 2010.

SILVEIRA, C. S.; ZAGO, M. M. F. Pesquisa brasileira em enfermagem oncológica: uma revisão integrativa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 614-619, 2006.

TANNURI, M. C.; PINHEIRO, A. N. **SAE: Sistematização de Assistência de Enfermagem: Guia Prático**. 2. ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2013.