



Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes oncológicos que procuraram o serviço de pronto atendimento de um hospital público geral: estudo descritivo

Mayara Rodrigues Tavares Faria¹, Cristiane Decat Bergerot¹, Edvane Birelo Lopes De Domenico¹

¹ Universidade Federal de São Paulo, SP, Brasil

RESUMO

Objetivo: Descrever as características sociodemográficas e clínicas dos pacientes oncológicos atendidos em unidades de pronto-socorro; identificar os sintomas presentes nas últimas 24 horas; avaliar a correlação entre os dados sociodemográficos e clínicos com os sintomas apresentados. **Método:** Descritivo, transversal, quantitativo, realizado na unidade de pronto-socorro de um hospital público geral do município de São Paulo. **Resultados:** Amostra não probabilística, com 44 pacientes. Os cânceres mais prevalentes foram os geniturinários (15,9%) e hematológicos (15,9%). Os sinais e sintomas mais incidentes foram: dor com uma média de 6,6 (0-10; DP= 3,9) e alteração do apetite 6,6 (0-10; DP= 3,8). Quanto à intensidade dos sintomas, a prevalência foi do item "preocupação" com média de 7,1 (0-10; DP= 3,6). Quanto à capacidade do sintoma de interferir na vida, o item de maior prevalência foi "atividades em geral" com uma média de 9,1 (0-10; DP= 2,2). **Conclusão:** As características sociodemográficas e econômicas correlacionaram-se com as características clínicas.

Descritores: Emergências; Oncologia; Neoplasias.

INTRODUÇÃO

O câncer é a segunda causa de morte em países desenvolvidos e em desenvolvimento, representando 21% de óbitos em todo o mundo. As transições demográficas e epidemiológicas globais sinalizam um impacto cada vez maior da carga de câncer nas próximas décadas⁽¹⁾. Porém, com o desenvolvimento de novas estratégias diagnósticas e de tratamento medicamentoso, principalmente, houve um aumento considerável na sobrevida dos pacientes, sendo mantidos em regime assistencial ambulatorial para o tratamento⁽²⁾. Entretanto, constata-se que os pacientes oncológicos apresentam, ao menos, uma emergência durante o percurso de sua doença⁽²⁾. A emergência oncológica (EO) é definida como "condição aguda causada pelo câncer ou seu tratamento, que necessita de intervenção rápida para evitar a morte ou lesão permanente grave"⁽²⁾.

Estudo da última década evidencia o aumento do número de atendimentos nas unidades de emergência em virtude de sinais e ou sintomas decorrentes do diagnóstico e ou dos tratamentos oncológicos⁽²⁾. Pacientes com câncer representam um desafio para a equipe de emergência, pois podem apresentar sintomas agudos de malignidade não diagnosticada, sintomas relacionados com a doença e ou complicações do tratamento do câncer. Embora o câncer seja uma doença crônica, sinais e sintomas como dor, náuseas, vômitos, diarreia, febre, leucopenia, vertigens, alterações do nível de consciência, entre outros podem indicar

condições clínicas graves que requerem consulta emergencial⁽³⁾.

A maioria das EO pode ser categorizada como metabólicas, entre elas hipo/hipercalcemia, hipo/hipernatremia, síndrome da secreção inapropriada do hormônio antidiurético, síndrome da lise tumoral; hematológicas, como trombocitose, eritrocitose, neutropenia, plaquetopenia; estruturais, como compressão da medula espinhal, tamponamento cardíaco, síndrome da veia cava superior. Os setores de emergência devem estar preparados para atuarem eficazmente, realizando diagnósticos precisos da condição atual, prevenindo complicações que podem desenrolar-se após a alta hospitalar, bem como considerar o processo de adoecimento pelo câncer para que a qualidade de vida do paciente seja constantemente avaliada e considerada.

Ante a complexidade do tratamento emergencial do paciente oncológico, conformaram-se as perguntas de estudo: quais são as características sociodemográficas dos pacientes oncológicos atendidos nas unidades de pronto-socorro e pronto-atendimento de um hospital público universitário? Quais as condições clínicas gerais relacionadas ao tipo de câncer, estadiamento, tipo de tratamento atual? Quais os sintomas presentes nas últimas 24 horas?

OBJETIVOS

- Descrever as características sociodemográficas e clínicas dos pacientes oncológicos atendidos em unidades de

pronto-socorro (emergência e primeiro atendimento);

- Identificar os sintomas presentes nas últimas 24 horas nestes pacientes;
- Avaliar a correlação entre os dados sociodemográficos e clínicos com os sintomas apresentados.

MÉTODO

Desenho do estudo, local e população

Trata-se de um estudo transversal, correlacional, de natureza quantitativa, realizado na unidade de Pronto-Socorro do Hospital São Paulo, vinculado a Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, localizado no município de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil.

A amostra foi composta por conveniência, com 44 pacientes que preencheram os critérios de elegibilidade e que foram atendidos entre dezembro de 2015 a março de 2016, em dias úteis e no período diurno. Critérios de inclusão: maiores de 18 anos de idade; pacientes em fase diagnóstica ou terapêutica, podendo ser cirúrgica, quimioterápica antineoplásica, radioterápica ou combinados. Critérios de exclusão: pacientes em condição atual de seguimento ou livre de doença; com alterações psíquicas e ou mentais que os impedissem de responder aos instrumentos; estando ambas as condições descritas em prontuário médico. Não conhecedores do diagnóstico de câncer, condição esta atestada pelo médico ou membro da família.

Procedimentos para a coleta de dados

Os pacientes foram convidados a participar

do estudo no período de permanência nas unidades de pronto-atendimento e socorro do hospital. Os instrumentos foram preenchidos pela pesquisadora principal, após o aceite para participar da pesquisa e da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Pesquisa aprovada pelo CEP-UNIFESP número 0796/2015.

Os dados foram obtidos com os pacientes e complementados com as informações do prontuário eletrônico. Dados sociodemográficos: data de nascimento, sexo, raça, estado civil, escolaridade, religião, moradia, ocupação e o número de vezes que foi atendido no Pronto-Socorro após o diagnóstico. Dados clínicos: tratamentos realizados (cirúrgico, radioterápico ou quimioterápico citotóxico), comorbidades, artefatos clínicos (como sondas, cateteres, próteses), MD *Anderson Symptom Inventory* (MDASI-core).

O MDASI-core foi desenvolvido nos Estados Unidos, traduzido e validado para a língua portuguesa, apresentando Alfa de Cronbach geral, sintomas e interferências, de respectivamente 0,857, 0,784 e 0,794⁽⁴⁾. Seus objetivos são avaliar a intensidade dos sintomas e o impacto diário nos pacientes oncológicos nas últimas 24 horas que antecedem a investigação. É composto por 2 componentes: intensidade de sintomas (dor, fadiga, enjoo e náuseas, problemas de sono, preocupações, dispneia, dificuldade de lembrar-se das coisas, falta de apetite, sonolência, boca seca, tristeza, vômito, dormência/formigamento); e sintomas que interferem na vida (atividade em geral,

humor, trabalho, relacionamentos, caminhar e prazer de viver). Todos em escala de zero (sem sintoma) a 10 (tão forte quanto possa imaginar). Os dados do MDASI foram coletados com os pacientes, na forma autoaplicável, ou com o auxílio da pesquisadora principal, sempre que solicitado.

Procedimento para análise dos dados

O instrumento MDASI foi corrigido de acordo com os critérios descritos na literatura⁽⁴⁾. Para a pontuação do componente 1 fez-se a média do valor obtido nos 13 itens. A pontuação proporcional total foi obtida quando o paciente marcou, pelo menos, sete dos 13 itens, utilizando-se a fórmula: (soma dos itens respondidos) X 13/número de itens respondidos⁽⁴⁾.

A mesma pontuação média foi obtida para o componente 2, representando a angústia associada aos sintomas gerais. Essa média pode ser usada se mais de 50% (quatro de seis itens) forem respondidos, na fórmula: (soma dos itens respondidos) X 6/número de itens respondidos⁽⁴⁾.

Realizou-se uma análise estatística descritiva para caracterização da amostra em relação às variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, escolaridade, raça, religião, classe econômica, local em que reside, ocupação atual) e clínicas (ano do diagnóstico, atendimentos no PS após diagnóstico, estadiamento, tumor primário,

metástase, local da metástase, recidiva, tratamento cirúrgico, radioterapia, quimioterapia, antecedente familiar, comorbidades, medicações, cirurgia prévia e artefatos clínicos). Essa mesma análise foi realizada para análise da pontuação obtida na escala MDASI, para avaliação de intensidade de sintomas e de sintomas que interferem na vida. Para tanto, utilizou-se medidas de tendência central e de dispersão.

A correlação linear simples foi utilizada para avaliar a associação existente entre as variáveis da escala MDASI e dados sociodemográficos e clínicos. A análise estatística foi realizada com o auxílio do programa software *Statistical Package for Social Science* 22.0.

RESULTADOS

Participaram 44 pacientes oncológicos, que preencheram os critérios de elegibilidade. Conforme os dados da Tabela 1, a maioria do sexo masculino (63,6%), de raça parda (47,7%), idade média de 61,4 anos (25-89; DP= 15,8), casados/união estável (59,1%), de religião católica (65,9%), que haviam cursado apenas o ensino fundamental (63,6%), pertencentes a classe econômica C (61,4%), residentes de São Paulo capital (63,6%) e que se declaram não atuantes profissionalmente (95,5%).

Tabela 1 – Distribuição dos pacientes em fase diagnóstica ou terapêutica atendidos no pronto atendimento de um hospital público geral do município de São Paulo, segundo as características sociodemográficas/socioeconômicas

Características sociodemográficas/socioeconômicas	N	%
Sexo n(%)		
Masculino	28	63,6
Feminino	16	36,4
Idade M(DP)		
25 - 89	61,4	15,8
Estado Civil n(%)		
Casado/ União Estável	26	59,1
Solteiro	10	22,7
Separado/Divorciado	6	13,6
Viúvo	2	4,5
Escolaridade n(%)		
Sem instrução	5	11,4
Ensino Fundamental	28	63,6
Ensino Médio	9	20,5
Ensino Superior	2	4,5
Raça n(%)		
Branca	16	36,4
Negra	5	11,4
Parda	21	47,7
Amarela	2	4,5
Religião n(%)		
Católica	29	65,9
Evangélica	11	25
Ateu	1	2,3
Outros	3	6,8
Critério de Classificação Econômica Brasil⁽⁹⁾ n(%)		
A	1	2,3
B	13	29,5
C	27	61,4
D	2	4,5
E	1	2,3
Local em que reside n(%)		
São Paulo Capital	28	63,6
Grande São Paulo	10	22,7
Grande ABC	4	9,1
Outros	2	4,5
Trabalho atual n(%)		
Sim	2	4,5
Não	42	95,5

Total	44	100
--------------	----	-----

Fonte: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2012.

Quanto às variáveis clínicas, o período de diagnóstico dos pacientes subdivide-se em 0 - 6 meses (45%), 7 - 12 meses (14%), 13 - 24 meses (9%), superior a 2 anos (25%), pacientes que não sabiam a data do diagnóstico corresponderam a 7%. Os cânceres mais prevalentes foram os geniturinários (15,9%) e hematológicos (15,9%), seguidos pelos cânceres de pulmão (13,6%) e gastrointestinais (13,6%). Cerca de 23 (52,3%) pacientes tinham os dados do estadiamento do tumor ausentes em prontuário até o momento da avaliação. Assim, 47,7% dos que apresentavam estadiamento no prontuário correspondiam a 57% estágio IV; 19% estágio III; 14% estágio II e 10% estágio I.

Em relação ao tratamento cirúrgico, 45,5% realizaram biópsia e 29,5% biópsia e cirurgia curativa. O tratamento quimioterápico antineoplásico foi realizado em 54,5% dos pacientes. Quanto à radioterapia, 29,5% pacientes realizaram essa modalidade de tratamento. Com relação aos antecedentes familiares, 43,2% dos pacientes avaliados referiram ter algum

familiar com câncer, sendo os mais prevalentes irmãos (13,6%), seguidos de pai (9,1%) e mãe (6,8%).

Dos pacientes entrevistados, 88,6% apresentavam alguma condição agravante, como: tabagismo (63,6%), hipertensão arterial sistêmica (56,8%), etilismo (47,7%), diabetes mellitus (29,5%), nefropatias (15,9%), cardiopatias (11,4%) e distúrbios pulmonares (9,1%). O uso contínuo de medicamentos foi referido por 93,2%, com uma média de 3,4 (0-5; DP= 1,8) medicações diárias. Do total, 50% tinham sido submetidos à cirurgia prévia. Quanto aos artefatos clínicos, 68,2% dos pacientes possuíam, sendo 13,6% com sonda nasoenteral ou nasogástrica (SNE/SNG), 4,5% com gastrostomia ou jejunostomia, 2,3% colostomia ou ileostomia, 6,8% traqueostomia, 25% com sonda vesical de demora (SVD), 9,1% com cateter venoso central (CVC), 13,6% ferida cirúrgica e 4,5% ferida oncológica.

O número médio de atendimentos no PS após o diagnóstico foi de 2,7 atendimentos (0-5; DP= 1,7), conforme descrito na Tabela 2.

Tabela 2 – Condições clínicas dos pacientes em fase diagnóstica ou terapêutica atendidos em hospital público geral do município de São Paulo

Condição Clínica	N	%
Período de diagnóstico n(%)		
0 - 6 meses	20	45
7 - 12 meses	6	14
13 - 24 meses	4	9
> de 2 anos	11	25

Não sabiam	3	7
Diagnóstico n(%)		
Cabeça e Pescoço	4	9,1
Pulmão	6	13,6
Mama	4	9,1
Geniturinário	7	15,9
Ginecológico	4	9,1
Hematológico	7	15,9
Gastrointestinal	6	13,6
SNC	4	9,1
Outros	2	4,5
Atendimento no PS pós Dx M(DP)		
0 - 5	2,7	1,7
Tumor primário n(%)		
Sim	44	100
Metástase M(DP)		
1 - 3	1,9	0,6
Local n(%)		
Não se aplica	38	86,4
Osso	3	6,8
Fígado	1	2,3
Cérebro+Osso	2	4,5
Recidiva n(%)		
Sim	4	9,1
Não	40	90,9
Estadiamento n(%)		
I	2	4,5
II	3	6,8
III	4	9,1
IV	12	27,3
Ausente	23	52,3
Tratamento cirúrgico n(%)		
Sim	33	75
Motivo n(%)		
Biópsia	20	45,5
Bx+Curativa	13	29,5
Radioterapia n(%)		
Não	31	70,5
Quimioterapia n(%)		
Sim	24	54,5
Antecedente familiar n(%)		
Não se aplica	25	56,8
Pai	4	9,1

Mãe	3	6,8
Irmãos	6	13,6
Avós	2	4,5
Pais	1	2,3
Mãe e Irmãos	2	4,5
Todos	1	2,3
Comorbidades n(%)		
Sim	39	88,6
Cirurgia prévia n(%)		
Sim	22	50
Medicação n(%)		
Sim	41	93,2
0 - 5 M(DP)	3,4	1,8
Artefatos Clínicos n(%)		
Sim	30	68,2
Total	44	100

Fonte: Elaborado pelos autores.

Em relação à análise do Inventário de Sinais e Sintomas do M.D. Anderson (MDASI) – core, diversos problemas foram reportados, tal como descrito na Tabela 3. Na análise descritiva (média e desvio padrão) a intensidade média do item preocupação foi de 7,1 (0-10; DP= 3,6), esses pacientes ainda reportaram dor com

intensidade média de 6,6 (0-10; DP= 3,9), alteração do apetite média de 6,6 (0-10; DP= 3,8), fadiga média de 6,5 (0-10; DP= 3,9), tristeza média de 6,4 (0-10; DP= 3,9) e insônia média de 6,2 (0-10; DP= 4). A soma dos componentes representou uma média de 69,2 (8-130; DP= 31,1).

Tabela 3 – Intensidade dos sintomas referidos por pacientes oncológicos em pronto atendimento, de acordo com o Inventário de Sinais e Sintomas do M.D. Anderson (MDASI) – core

Intensidade dos sintomas	M	DP
Dor		
0 - 10	6,6	3,9
Fadiga		
0 - 10	6,5	3,9
Náusea		
0 - 10	4,6	4,6
Insônia		
0 - 10	6,2	4
Preocupações		
0 - 10	7,1	3,6
Falta de ar		
0 - 10	3,4	4

Memória		
0 - 10	3,4	4
Apetite		
0 - 10	6,6	3,8
Sonolência		
0 - 10	5,7	4,4
Boca Seca		
0 - 10	5,7	3,9
Tristeza		
0 - 10	6,4	3,9
Vômitos		
0 - 10	3,4	4,5
Dormência/ Formigamentos		
0 - 10	3,4	4,4
Soma dos componentes		
8 - 130	69,2	31,1

Fonte: Elaborado pelos autores.

Quanto aos dados da intensidade da interferência dos sintomas na vida do paciente, observa-se na Tabela 4 que o item de maior pontuação foi atividades em geral com uma média de 9,1 (0-10; DP=

2,2), seguido por caminhar média de 8,2 (0-10; DP= 3) e humor média de 6,8 (0-10; DP= 3,6). A soma dos componentes apresentou uma média de 43,9 (0-60; DP= 15).

Tabela 4 – Interferência dos sintomas referidos por pacientes oncológicos em pronto atendimento, de acordo com o Inventário de Sinais e Sintomas do M.D. Anderson (MDASI) – core

Sintomas que interferem na vida	M	DP
Atividades em geral		
0 - 10	9,1	2,2
Humor		
0 - 10	6,8	3,6
Trabalho		
0 - 10	4,7	4,3
Relacionamentos		
0 - 10	4,7	4,3
Caminhar		
0 - 10	8,2	3
Prazer em viver		
0 - 10	6,1	3,9
Soma dos componentes		
0 - 60	43,9	15

Fonte: Elaborado pelos autores.

Na correlação linear simples, a correlação entre escolaridade e náusea ($p=0,03$) (Figura 1) indica que os pacientes que não

tinham nenhum grau de instrução, apresentaram maior ocorrência de náusea, sendo a prevalência no sexo feminino.

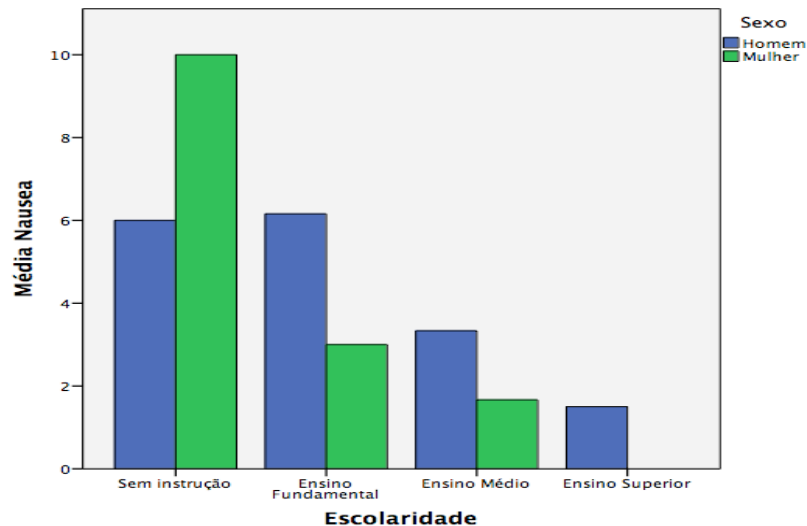


Figura 1 – Correlação significativa entre escolaridade e náusea

Fonte: Elaborado pelos autores.

Quanto a correlação entre localização do tumor e presença de dor ($p=0,03$) (Figura 2), verificou-se a prevalência para câncer de mama nas mulheres, tumor de cabeça e

pescoço nos homens, tumores hematológicos no sexo masculino, sendo o câncer de pulmão o único prevalente em ambos os sexos.

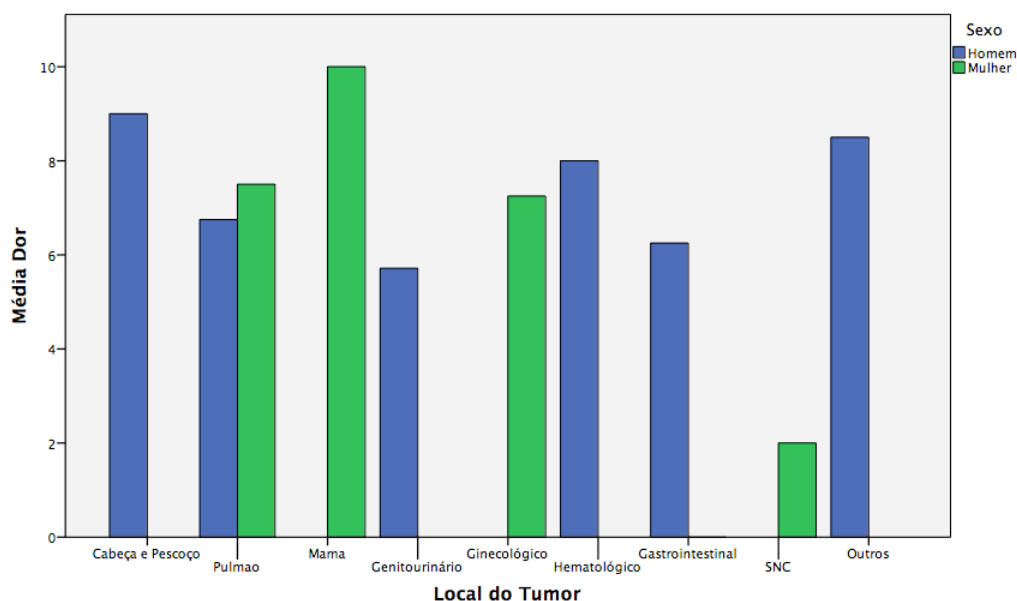


Figura 2 – Correlação significativa entre localização do tumor e dor

Fonte: Elaborado pelos autores.

A Figura 3 apresenta a correlação entre localização do tumor e alteração do apetite ($p=0,01$). Os tumores mais prevalentes

foram câncer de pulmão para ambos os sexos, ginecológicos para o sexo feminino e hematológicos para o sexo masculino.

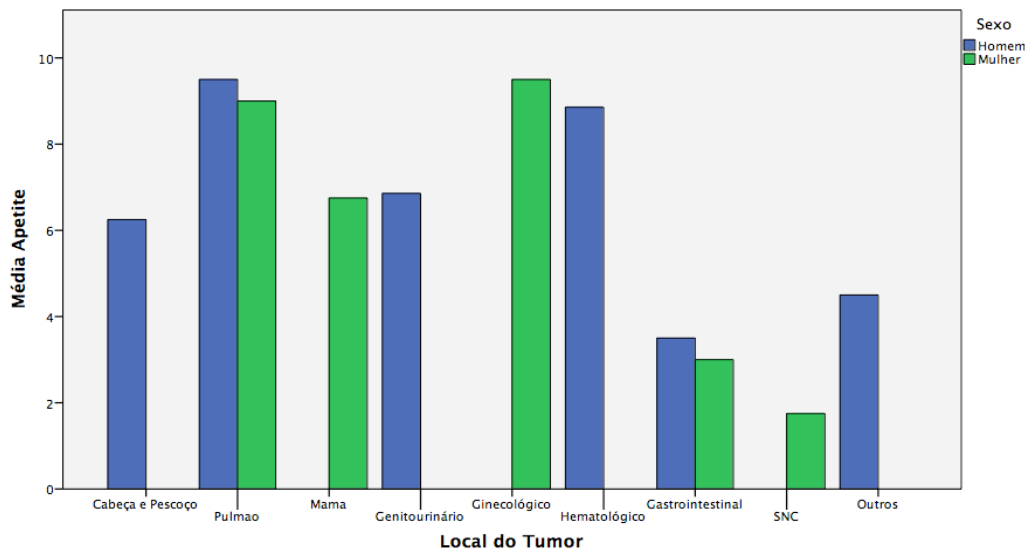


Figura 3 – Correlação significativa entre localização do tumor e alteração do apetite

Fonte: Elaborado pelos autores.

Não houve correlação significativa quanto à idade, estadiamento, comorbidades, tratamento e tipo de tumor em relação à intensidade dos sintomas e à interferência destes na vida diária dos pacientes.

DISCUSSÃO

No presente estudo, verificou-se a prevalência dos cânceres pulmonares, gastrointestinais e genitourinários, reforçando a incidência deste grupo de tumores como os mais recorrentes segundo a estimativa epidemiológica para o Brasil no biênio de 2018/2019⁽¹⁾. Os tumores hematológicos representaram um número significativo na amostra, contrastando com os dados epidemiológicos descritos na literatura. Entretanto, a prevalência aumentada destes pacientes em situação emergencial justifica-se pela condição de maior vulne-

rabilidade clínica ao diagnóstico, somado ao arsenal terapêutico medicamentoso intenso, aos efeitos colaterais de quimioterapia antineoplásica, alterações hematológicas, como neutropenia febril e anemia; metabólicas, como a síndrome da lise tumoral; além de importantes quadros algícos causados por metástases ósseas e compressão medular⁽⁶⁾.

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA), o número de casos novos de câncer aponta a prevalência do sexo masculino na maioria dos tumores, além de discreto predomínio tanto na incidência (53%) quanto na mortalidade (57%)⁽¹⁾.

O câncer é a principal causa de morte em mulheres e homens com idade entre 60 e 79 anos. Os estudos estimam que até 2030 aproximadamente 70% dos cânceres serão diagnosticados em adultos com 65

anos ou mais de idade⁽⁷⁾. O desenvolvimento de certas neoplasias associado às alterações fisiológicas, comorbidades e a resposta ao tratamento mudam de acordo com a idade, influenciando na tolerabilidade e manejo de eventos adversos nesse grupo de pacientes. A literatura mostra que suportes adequados auxiliam na tolerância e no desempenho desses pacientes durante a fase de tratamento.

Comorbidades específicas têm mostrado impacto no prognóstico e no resultado do tratamento em pacientes com câncer, aumentando assim a quantidade de medicamentos a serem administrados. No presente estudo, identificamos que 88,6% dos pacientes apresentavam algum tipo de comorbidade e 93,2% faziam uso contínuo de medicamentos.

Em um estudo de quimioterapia adjuvante randomizado de 3759 pacientes com câncer de cólon em estágio II e III de alto risco, os pacientes com diabetes mellitus apresentaram uma taxa significativamente maior de mortalidade geral e recidiva do câncer em comparação com pacientes sem diabetes⁽⁷⁾.

O consumo de álcool e o tabagismo são fatores de risco estabelecidos para o desenvolvimento de diferentes tipos de câncer. Neste estudo, verificou-se que 63,6% dos pacientes são tabagistas e 47,7% são etilistas. Em 2012, 5,5% de todas as novas ocorrências de câncer e 5,8% de todas as mortes por câncer em todo o mundo foram estimadas como atribuíveis ao álcool⁽⁸⁾. A maioria dos estudos para avaliar os efeitos diretos do uso de álcool no tratamento do câncer tem

se concentrado em pacientes com câncer do trato digestivo superior, porque 34% a 57% continuam a beber após o diagnóstico⁽⁸⁾.

O abuso de álcool também complica os resultados de tratamento entre pacientes com câncer, contribuindo para hospitalizações mais longas, aumento de procedimentos cirúrgicos, recuperação prolongada, maiores custos com saúde e maior mortalidade. O uso de álcool e tabagismo durante e após a radioterapia tem sido associado com um risco aumentado de osteorradionecrose de mandíbula em pacientes com câncer de boca e orofaringe⁽⁸⁾.

Manter o tabagismo após o diagnóstico de câncer aumenta o risco de aparecimento de um segundo tumor, recidiva do tumor primário e desenvolvimento de doenças cardiovasculares e respiratórias. Um estudo recente realizado em um centro oncológico nos Estados Unidos mostrou que a taxa de mortalidade global foi 20% maior em fumantes em comparação com pacientes que cessaram o tabagismo recentemente⁽⁹⁾.

As hospitalizações por sintomas agudos correspondem a 48% do total de gastos com câncer. Pacientes em tratamento quimioterápico tem em média 1 internação hospitalar e 2 passagens pelos serviços de urgência e emergência por ano, sendo 40% a 50% decorrentes dos sintomas relacionados ao tratamento⁽¹⁰⁾. No presente estudo, 54,5% dos pacientes estavam em vigência de tratamento quimioterápico e apresentavam um número

médio de atendimentos no pronto-socorro após o diagnóstico de 2,7 atendimentos.

A prevalência de doenças crônicas e dos índices de morbididades revelam gradientes que tendem a apresentar os valores mais elevados nos segmentos economicamente desfavorecidos. A associação estatisticamente significativa entre o nível de escolaridade e a morbididade é consistente com o relatado na literatura, constituindo o nível educacional um dos indicadores mais utilizados para a análise das desigualdades sociais em saúde⁽¹¹⁾. Pôde-se observar, na amostra, o baixo nível socioeconômico (classes C, D e E somadas atingindo 68,2%) e educacional (presença de analfabetismo e, a maioria, até ensino fundamental), constituindo um desafio para os serviços de saúde e para o tratamento oncológico, pois todo o processo terapêutico pode falhar mediante a falta de condições sanitárias adequadas, de alimentos, de condições de locomoção e transporte e, principalmente, a baixa escolaridade e capacidade cognitiva influenciam diretamente no manejo dos sinais e sintomas advindos do câncer e seu tratamento.

A náusea e vômito induzidas pela doença e pelo tratamento antineoplásico tem impacto direto na qualidade de vida dos pacientes, podendo resultar em outros eventos adversos como inapetência, perda de peso e desequilíbrio metabólico.

As diretrizes sobre terapia antiemética que foram desenvolvidas por várias sociedades oncológicas mostram amplo consenso sobre os principais objetivos, incluindo que a profilaxia deve ser o objetivo primário da

terapia antiemética e deve ser implementada para grupos de pacientes com 10% ou mais de risco de náusea induzida por quimioterapia; que a duração da profilaxia deve cobrir todo o período de risco; que as vias de administração oral e intravenosa têm a mesma eficácia; e que o tratamento antiemético mais eficaz é determinado com base na emetogenicidade da quimioterapia, na história do paciente com náusea e vômitos induzidos pela quimioterapia e em fatores adicionais relacionados ao paciente⁽¹²⁾.

O manejo da náusea e vômito constitui um desafio clínico comum, principalmente em países em desenvolvimento, devido à baixa escolaridade da população e sua condição socioeconômica, além da dificuldade de acesso a medicamentos antieméticos mais efetivos, uma vez que o valor desses medicamentos é mais alto e aumentam o custo total do tratamento do paciente, levando a mudanças no planejamento do tratamento e à incidência do uso de recursos da assistência médica, incluindo as vindas às unidades de urgência e emergência.

Estudos mostram que mais de 30% dos pacientes oncológicos apresentam dor crônica, sendo uma das principais causas para a busca por atendimento emergencial⁽¹³⁾. O presente estudo apontou que os cânceres de mama, cabeça e pescoço, hematológicos e de pulmão foram os tipos mais incidentes nos pacientes acometidos pela dor, provavelmente decorrente das estruturas anatômicas envolvidas, extensão do tumor, fisiopatologia tumoral, presença de

metástases, polifarmácia, quimioterapia antineoplásica e terapia endócrina somadas a cirurgia e radioterapia. Ante este cenário de causas relacionadas, há de se considerar os aspectos emocionais caracterizados pela ansiedade e depressão que podem agravar a percepção e tolerância dolorosa.

Outros fatores agravantes são a subestimação da dor por parte da equipe assistencial no percurso do tratamento contra o câncer e o manejo inadequado, na perspectiva da avaliação, invariavelmente sem um instrumento validado e estruturado para fornecer informações mais precisas das condições do paciente, bem como pela prescrição inadequada de analgésicos⁽¹⁴⁾.

Nos setores de pronto-atendimento e emergência, quando os pacientes buscam estes locais de atendimento, além dos empecilhos relatados anteriormente, ainda há o agravante da negligência em decorrência da não caracterização da condição de vida e morte do quadro algico⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

A alteração do apetite e consequentemente a perda de peso são agravos comuns em pacientes oncológicos. Múltiplos fatores podem afetar o apetite ou hábitos alimentares, como a localização do tumor, alteração do paladar, tratamento antineoplásico, além dos aspectos psicológicos, como preocupações e tristezas.

A nutrição prejudicada está associada ao prolongamento da internação, maior grau de toxicidade relacionada ao tratamento, pior qualidade de vida e pior prognóstico⁽¹⁶⁾. Dependendo do estágio e

do tipo de câncer, a perda de peso não intencional e a desnutrição ocorrem em aproximadamente 30% a 80% dos pacientes, com maior frequência ocorrendo em pacientes com câncer de cabeça e pescoço, gastrointestinais e pulmão, e aqueles com doença avançada⁽¹⁷⁾.

Somando-se ao quadro de vulnerabilidades, 68,2% dos pacientes utilizavam algum tipo de artefato ou condição clínica que exigia cuidados, como sondas (nasointestinal, gástrica ou vesical), cateteres, estomas e feridas (cirúrgicas e/ou oncológicas), essa demanda de cuidados possuem especificidades que necessitam de um processo educativo-assistencial para a capacitação tanto do paciente quanto de seu cuidador, promovendo o autogerenciamento do cuidado e diminuindo as reinternações.

O processo de adoecimento pelo câncer em conjunto com as toxicidades advindas do tratamento antineoplásico afetam o paciente em sua totalidade, tornando-se necessário o cuidado multidisciplinar, individualizado e centralizado no paciente.

A redução das funcionalidades físicas e psíquicas em geral somadas às condições de precariedade socioeconômicas e o baixo nível de escolaridade estão refletidos na persistência de um estado de preocupação. Estudo realizado no Estado de São Paulo apontou que, dentre os pacientes com câncer em tratamento, quase a metade foi afastada das atividades diárias, a maioria remunerada, o que contribuiu para uma menor renda familiar e representou um maior custo socioeconômico no país⁽⁴⁾. No presente estudo, 95,5% dos pacientes não

estavam trabalhando, o que confirma os achados na literatura. Geralmente pacientes sobreviventes do câncer apresentam dificuldade em manter suas atividades que exijam esforço físico e cognitivo, por apresentarem ainda uma sobrecarga de sintomas e, por vezes, as alterações corporais e sintomas depressivos dificultam o retorno às atividades de trabalho⁽⁴⁾. O adoecimento pelo câncer mostra-se custoso emocionalmente, socialmente e financeiramente.

É necessário reconhecer que os fatores relacionados à saúde constituem uma medição importante do efeito das desigualdades sociais na morbidade e na mortalidade. A redução dessas desigualdades é dependente da ampliação da cobertura e da qualidade dos serviços de saúde em todos os níveis de complexidade, carecendo de insumos tecnológicos, diagnósticos e terapêuticos que nem sempre são acessíveis à população menos favorecida, de uma equipe com conhecimentos teóricos e práticos, além do desenvolvimento de habilidades que norteiem suas profissões, propiciando, assim, qualidade na assistência prestada.

Em relação às limitações do estudo, há impedimentos para generalizações dos dados devido ao tamanho restrito da amostra, coleta em uma única instituição, com serviço emergencial geral, não especializado em Oncologia.

A realização desta investigação permitiu avaliar a potencialidade do MDASI-core para gerar dados relevantes para o

diagnóstico situacional em unidades de emergência e pronto-socorro, favorecendo o delineamento de estudos de intervenção que considerem as demandas de pacientes oncológicos em situações críticas.

CONCLUSÃO

A maior incidência dos pacientes entrevistados foi do sexo masculino. Na média, constituída por idosos, casados, com baixa renda e pouca escolaridade, diagnosticados com doenças avançadas, presença de comorbidades, associadas ao número de medicações utilizadas diariamente (polifarmácia) e à necessidade de uso de artefatos clínicos, podendo-se associar à intensidade dos sinais e sintomas apresentados e o quanto estes interferem em sua vida diária.

Observou-se que as características sociodemográficas e econômicas correlacionam-se com as características clínicas encontradas, influenciando a intensidade dos sintomas e seu manejo, além dos aspectos psicológicos e financeiros. O sintoma dor associou-se ao diagnóstico de câncer de mama nas mulheres, tumor de cabeça e pescoço e hematológicos nos homens e em ambos os sexos, no diagnóstico de câncer de pulmão. Dentre os transtornos alimentares, a náusea e a alteração de apetite estavam associadas com analfabetismo e sexo feminino, e localização do tumor (pulmonar, ginecológico, hematológico).

O conhecimento das características do paciente oncológico nos serviços de urgência e emergência é importante para o

manejo adequado de seus sinais e sintomas. O impacto da demanda nesses serviços prejudica o processo de comunicação, podendo comprometer a segurança desses pacientes. O desenvolvimento e a implementação de fluxos de atendimento são alternativas para auxiliar a equipe assistencial no cuidado a esses pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional do Cancer. Estimativa 2018 – Incidência de Câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2018 [cited 2019 jun 15]. Available from: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/estimativa-2018.pdf>
2. Sadik M, Ozlem K, Huseyin M, AliAyberk B, Ahmet S, Ozgur O. Attributes of cancer patients admitted to the emergency department in one year. *World J Emerg Med* [Internet]. 2014 [cited 2019 jun 15];5(2):85-90. Available from: https://www.researchgate.net/publication/281025957_Attributes_of_cancer_patients_admitted_to_the_emergency_department_in_one_year. doi: <http://doi.org/10.584720/wjem.j.issn.1920-8642.2014.0220.001>
3. Borges G, Rovere RK, Maman KAS, Zabel MCJ, Dagnoni C, Corrêa CEG et al. Perfil dos pacientes oncológicos que procuraram o departamento de emergência de um hospital de Blumenau no período de 01 abril de 2011 a 31 de outubro de 2011. *Rev Bras Oncol Clín* [Internet]. 2013 [cited 2019 jun 15];9(34):130-4. Available from: <http://sboc.org.br/revistasboc/pdfs/34/artigo1.pdf>
4. Kolankiewicz ACB, De Domenico EBL, Lopes LFD, Magnago TSBS. Portuguese validation of the symptom inventory of the M.D. Anderson Cancer Center. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2014 [cited 2019 jun 15];48(6):998-1003. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342014000600999&script=sci_arttext. doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342014000600999>
5. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de classificação econômica Brasil [Internet]. São Paulo: ABEC; 2012 [cited 2019 jun 15]. Available from: www.abep.org/Servicos/Download.aspx?id=07
6. Rabagliati R, Bertín P, Cerón I, Rojas H, Domínguez I, Vera A et al. Epidemiología de neutropenia febril en pacientes adultos con leucemia aguda y linfoma. Estudio de cohorte en hospitales público y privado de Santiago, Chile. *Rev Chil Infectol* [Internet]. 2014 [cited 2019 jun 15];31(6):721-728. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0716-10182014000600013&script=sci_arttext&lng=en
7. Hurria A, Wildes T, Blair SL, Browner IS, Cohen HJ, Shazo M et al. Senior Adult Oncology Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J Natl Compr Canc Netw* [Internet]. 2014 [cited 2019 jun 15];12(1):82-126. Available from: <https://jncn.org/view/journals/jncn/12/1/article-p82.xml?print&print&print&print>
8. LoConte NK, Brewster AM, Kaur JS, Merrill JK, Alberg AJ. Alcohol and Cancer: A Statement of the American Society of Clinical Oncology. *J Clin Oncol* [Internet]. 2017 [cited 2019 jun 15];36(1):83-93. Available from: <https://www.finut.org/wp-content/uploads/2017/11/jco.2017.76.1155.pdf>
9. Sitas F, Weber MF, Egger S, Yap S, Chiew M, O'Connell DL. Smoking Cessation After Cancer. *J Clin Oncol* [Internet]. 2014 [cited 2019 jun 15];32(32):3593-3595. Available from: <http://researchpubs.cancercouncil.com.au/cancercounciljspui/handle/1/1900>. doi: <http://doi.org/10.1200/JCO.2014.55.9666>
10. Daly B, Nicholas K, Gorenshteyn D, Sokolowski S, Gazit L, Adams Lynn. Misery Loves Company: Presenting Symptom Clusters to Urgent Care by Patients Receiving Antineoplastic Therapy. *J Oncol Pract* [Internet]. 2018 [cited 2019 jun 15];14(8):492-495. Available from:

- <https://ascopubs.org/doi/full/10.1200/JOP.18.00199>
11. Barros ABM, Francisco BSMP, Zanchetta LM, César CLG. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003- 2008. Ciênc Saúde Col [Internet]. 2011 [cited 2019 jun 15];16(9):3755-3768. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011001000012&script=sci_arttext&lng=pt
 12. Navari RM, Aapro M. Antiemetic Prophylaxis for Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting. N Engl J Med [Internet]. 2016 [cited 2019 jun 15];374:1356-1367. Available from: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMr1515442>
 13. Swarm RA. The Management of Pain in Patients With Cancer. J Natl Compr Canc Netw [Internet]. 2013 [cited 2019 jun 15];11(5.5):702-704. Available from: <https://jncn.org/view/journals/jncn/11/5S/article-p702.xml>
 14. Money S, Garber B. Management of Cancer Pain. Curr Emerg Hosp Med Rep [Internet]. 2018 [cited 2019 jun 15];6:141-146. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40138-018-0170-9>
 15. Won YH, Choi YJ, Ahn S, Lee JL, Park JY, Kim S et al. Improving the Quality of Cancer Pain Management in an Academic Medical Center Emergency Department. Clin J Oncol Nursing [Internet]. 2014 [cited 2019 jun 15];18(6):626-629. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/ef56/e702acb8d15338b1e13663c10e2c687d79f9.pdf>
 16. Oh SY, Koh SJ, Baek JY, Kwon KA, Jeung HC, Lee KH et al. Validity and Reliability of Korean Version of Simplified Nutritional Appetite Questionnaire in Patients with Advanced Cancer: A Multicenter, Longitudinal Study. Korean Cancer Association. Cancer Res Treat [Internet]. 2019 [cited 2019 jun 15];51(4):1612-19. Available from: <https://www.e-crt.org/upload/pdf/crt-2018-505.pdf>
 17. Platek ME, Johnson J, Woolf K, Makarem N, Ompad DC. Availability of Outpatient Clinical Nutrition Services for Patients With Cancer Undergoing Treatment at Comprehensive Cancer Centers. J Oncol Pract [Internet]. 2015 [cited 2019 jun 15];11(1):1-5. Available from: <https://ascopubs.org/doi/full/10.1200/jop.2013.001134>
- Recebido: 29/08/2019
Revisado: 15/05/2020
Aprovado: 15/05/2020
- Copyright © 2020 Online Brazilian Journal of Nursing**
- 
- This article is under the terms of the Creative Commons Attribution License CC-BY-NC-ND, which only permits to download and share it as long the original work is properly cited.