

Registros da equipe multiprofissional sobre o acompanhamento de pacientes em estágio avançado de doença oncológica

Records of the multiprofessional team on the follow-up of patients with advanced stage of cancer disease

Thiago Biitencourt Cavalheiro¹, Polyana Bortholazzi Gouvea², Adriano Silva Acosta³, Silmara Costa Maia⁴, Simone Regina Grandó⁵, Rita de Cassia Teixeira Rangel⁶

Resumo

Este estudo objetivou caracterizar os registros da equipe multiprofissional de uma unidade de alta complexidade especializada sobre o acompanhamento do paciente com doença oncológica em estágio avançado. O objeto de estudo foram os prontuários dos pacientes que frequentavam o serviço. Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, com análise quantitativa. Realizou-se a coleta de dados através de análise documental, utilizando-se um instrumento estruturado. Encontrou-se que a maioria (75%) eram mulheres, com idade entre 20 a 59 anos (52%), diagnosticados há mais de três anos (54%). O principal tipo de câncer foi de mama (57%), seguido pelo de próstata (14%). Os resultados demonstraram maior enfoque da equipe multiprofissional nas anotações exclusivas das competências técnicas. Observou-se que características importantes da convivência com a doença oncológicas foram esquecidas nas anotações. O estudo tornou evidente que o atendimento da equipe seria mais eficaz se o prontuário servisse como instrumento de comunicação multiprofissional, considerando as necessidades do doente que não estão contidas em uma ficha de avaliação pré-estruturada.

Palavras chave: Morte. Enfermagem oncológica. Enfermagem de cuidados paliativos na terminalidade da vida.

Abstract

This study aimed to characterize the records of the multiprofessional team of a unit of high complexity specialized on the follow up of the patient with advanced oncologic disease. The study subjects were the medical records of patients who attended the service. This is a descriptive, retrospective study with quantitative analysis. Data were collected through documentary analysis, using a structured instrument. It was found that the majority (75%) were women, aged between 20 to 59 years (52%), diagnosed more than three years ago (54%). The main type of cancer was breast (57%), followed by prostate (14%). The results showed a greater focus of the multiprofessional team in the exclusive notes of the technical competences. It was observed that important characteristics of the coexistence with oncological diseases were forgotten in the annotations. The study made it clear that staffing would be more effective if the medical record served as a multiprofessional communication tool, considering the needs of the patient that are not contained in a pre-structured evaluation form.

Keyword: Death. Oncology nursing. Hospice and palliative care nursing.

¹Universidade do Vale do Itajaí; Itajaí, Santa Catarina, Brasil.

²Universidade do Vale do Itajaí; Itajaí, Santa Catarina, Brasil. E-mail: polyana.gouvea@univali.br

³Enfermeiro, Mestrando em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina

⁴Enfermeira, Doutoranda em Educação pela Universidade do Vale do Itajaí. Professora titular da Universidade do Vale do Itajaí; Itajaí, Santa Catarina, Brasil.

⁵Enfermeira, Mestrado em Tecnologia em Saúde pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Professora titular da Universidade do Vale do Itajaí; Itajaí, Santa Catarina, Brasil.

⁶Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Universidade do Vale do Itajaí; Itajaí, Santa Catarina, Brasil.

Introdução

Os registros em saúde são realizados em um documento único designado de prontuário do paciente, sendo nele encontrados uma coleção de documentos normatizados, normalmente obedecendo a uma sequência organizacional, contendo informações detalhadas dos cuidados prestados ao paciente. Além disso, nele consta a história do paciente durante a sua permanência no serviço de saúde. Suas finalidades principais são de comunicação entre os membros da equipe multiprofissional prestada pelos serviços de saúde pública ou privada, para ensino, pesquisa, auditoria e contabilidade (MARTINS, 2014).

Neste íterim, o prontuário do paciente é um dos documentos mais importantes para a área de registros em saúde, justamente por conter nele todas as anotações organizadas e concisas referentes à prestação dos atendimentos em saúde, bem como todas as informações relacionadas à saúde, como procedimentos, exames, e quaisquer documentos pertinentes à assistência. Caracteriza-se de um documento único, que deve ser devidamente identificado com as informações do paciente e é elaborado e administrado pelas equipes multidisciplinares (SILVA, 2013).

De forma esclarecedora, Meneses et al. (2015) revelam que os registros da assistência, efetuados nos prontuários, proporcionam uma forma de comunicação escrita das informações referentes às condições clínicas do paciente, bem como os cuidados que a ele serão necessários; face a isso, garantem a continuidade da assistência em saúde. Não apenas isso, mas também contribuem para a identificação de novas alterações, avaliação e acompanhamento das respostas dos usuários aos cuidados prestados. O desenrolar desta comunicação, ocorre tanto de forma verbal quanto não verbal, nos diálogos entre os profissionais no seu cotidiano de trabalho; bem como de forma escrita, nos relatórios e evoluções registrados nos prontuários dos pacientes. Por fim, explicam as mesmas autoras, o prontuário do paciente, traz as informações necessárias para dirimir qualquer dúvida que possa surgir quanto aos procedimentos realizados na assistência ao paciente.

Sendo assim, o meio utilizado para as equipes multiprofissionais estabelecerem uma comunicação quanto aos aspectos que envolvem os cuidados em saúde, ocorre essencialmente por meio dos registros efetuados no prontuário do paciente. Estes registros, quando bem formulados, refletem não somente a

qualidade do serviço, assim como, tornam-se elementos fundamentais para os casos de compensação financeira e fins Éticos e Legais (MENESES et al., 2015).

Dentre as maiores causas de morbimortalidade que acomete a população brasileira, destaca-se o câncer, uma doença crônico-degenerativa não transmissível, cujo crescimento das células mutagênicas é desordenado e acelerado, com grande poder de invasão dos tecidos e órgãos adjacentes. Assim, determina grande impacto à saúde pública, sobretudo pela sua alta incidência, prevalência, morbidade, mortalidade e demanda de cuidados para os familiares e profissionais da saúde (DALLABRIDA et al., 2014). Consentâneo a essa afirmação, a própria Organização Mundial da Saúde (OMS), reforça que o câncer é um problema de saúde pública, sobretudo, nos países em desenvolvimento; nestes, o impacto do câncer na população corresponda, para as próximas décadas, chegará a 80% dos mais de 20 milhões de casos novos estimados para 2025 (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2015).

De fato, o câncer tem se comportado como a segunda causa de morte no Brasil, aumento esse que foi possível pelo incremento no número de diagnósticos de doenças oncológicas. Face a isso, a atuação dos profissionais frente aos pacientes oncológicos é uma preocupação nacional, expressa pela criação da Política Nacional de Atenção Oncológica, a qual contempla ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. Além disso, orienta que a assistência, na alta complexidade, deva ocorrer em unidades e centros de assistência de alta complexidade em oncologia (PEITER et al., 2016). Portanto, o conhecimento sobre as expectativas e adaptações do paciente instrumentaliza os profissionais de saúde frente à necessidade de cuidar de um indivíduo que, por ter necessidades especiais, demanda intervenções diferentes das outras pessoas que procuram os serviços de saúde.

Frente a essas ponderações, é no prontuário do paciente em tratamento oncológico em centros especializados, que os profissionais podem tomar conhecimento sobre sua evolução referente a todos os aspectos que permeiam o atendimento a essa condição clínica. Para a gestão do cuidado em saúde, a comunicação revela-se como importante ferramenta de gestão organizacional para integração profissional e vínculo com paciente/família; sendo ela um fator de interferência na dinâmica de funcionamento da

instituição e nos resultados do atendimento ao paciente oncológico (PEITER et al., 2016).

Diante deste contexto, o objetivo desta pesquisa foi caracterizar os registros da equipe multiprofissional de uma unidade de alta complexidade especializada sobre o acompanhamento do paciente com doença oncológica em estágio avançado.

Material e Métodos

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa e cujo método de coleta de dados foi o retrospectivo, realizado por meio de análise documental. A coleta de dados ocorreu durante os meses de julho a setembro de 2016, com base nos prontuários dos pacientes internados no ano de 2015, de uma unidade oncológica de alta complexidade que presta serviço exclusivo para pacientes provenientes do Sistema Único de Saúde na região da Associação dos Municípios da Foz do Rio Itajaí-Açú (AMFRI).

Foram considerados elegíveis para esse estudo os prontuários de pacientes com diagnóstico de câncer e em estágio avançado da doença que foram atendidos durante o período de 01/01/2015 a 31/12/2015, independente da data em que foram admitidos no serviço pela primeira vez. Para determinar o estadiamento da doença, usou-se como norteador o registro referente ao quadro clínico do paciente, levando em consideração o sistema de estadiamento TNM, que é caracterizado por:

T: Relativo ao tamanho ou profundidade do tumor primário.

N: Existência ou ausência de disseminação da doença para linfonodos.

M: Existência ou ausência de disseminação da doença para partes distantes do organismo.

Para delimitação da amostra, considerou-se a classificação TNM igual ou superior a T2, N2, M0, ou qualquer valor de T e N precedidos de M1, sendo esses resultados traduzidos por:

O tumor tem de 2 a 5 cm de diâmetro (T2); ele se espalhou para 4 a 9 linfonodos axilares (N2); não realizou metástase (M0). Os prontuários que apresentaram M1 foram incluídos no estudo, independente do seu valor de T e N, pois, segundo a *American Cancer Society* (2014), a metástase positiva caracteriza um estágio avançado de doença.

Foram excluídos da pesquisa todos os prontuários que apresentaram classificação TNM - T1 sem metástase, N1 sem metástase e M0; além dos prontuários

de pacientes que não estavam em tratamento com quimioterapia ou radioterapia e prontuários cuja grafia fosse indecifrável.

Para localização e seleção dos prontuários que atendessem aos critérios de inclusão, foi solicitado auxílio aos profissionais de referência que atuavam na unidade. Em seguida, procedeu-se a leitura prévia dos documentos para composição da amostra. Após a seleção, foi utilizado um instrumento estruturado e elaborado pelos pesquisadores, que fora preenchido de acordo com as informações encontradas nos prontuários, a partir dos registros dos diversos profissionais da equipe de saúde.

Os dados foram tabulados em planilhas Excel for *Windows* versão de 2010® e analisados por meio de estatística descritiva, considerando intervalo de confiança de 95%.

Anteriormente à coleta de dados o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética de Pesquisa em Seres Humanos da Universidade do Vale do Itajaí, sob a resolução 466/12 do CNS, aprovado em 10 de maio de 2016, sob o parecer de número 1.538.087.

Resultados

O estudo foi constituído de 57 prontuários de pacientes, dos quais 25% (14) eram do sexo masculino e 75% (43) do sexo feminino. A faixa etária predominante foi de 20 a 59 anos, perfazendo 52% (30) da população pesquisada, seguida por 48% (27) de idosos. O tempo de diagnóstico da doença prevalente foi acima de 3 anos, representando 54% (31) da amostra, seguido por 33% (19) de pacientes que tinham câncer entre 2 a 3 anos e, por último, os que descobriram a doença entre 1 e 2 anos compondo 12% (7) do total. Em relação aos tipos de câncer, o mais prevalente foi o de mama, em 57% (33) dos pacientes, seguido pelo de próstata, em 14% (8) e por fim, cólon em 10% (6) dos doentes.

No tocante aos registros da equipe multiprofissional nos prontuários do paciente, foram, em todos os casos, muito sistemáticos. Todos eles eram iniciados com anotações médicas que indicavam a caracterização do paciente, a localização e progressão da doença, informações a respeito da terapêutica utilizada e a citação de algumas comorbidades, quando presentes.

Na sequência, o prontuário era composto pelas anotações da equipe de enfermagem que, sobremaneira, se resumiram aos registros dos técnicos de enfermagem relativo à triagem, os procedimentos realizados no paciente e o estado geral deste, incluindo

apenas dados subjetivos a respeito da aceitação da dieta e o bem-estar físico.

A seção seguinte do prontuário reservava-se ao profissional psicólogo, o assistente social e o nutricionista. Neste espaço foi possível encontrar dados a respeito dos aspectos psicológicos, nutricionais e de mudanças no cotidiano do paciente.

Por fim, o prontuário apresentava um espaço destinado à documentação do paciente, compreendendo os exames por imagem, os diagnósticos por biópsia e a documentação pessoal do cliente. Neste segmento foi possível identificar a presença de algumas comorbidades relacionadas à doença oncológica, como por exemplo, acometimentos pulmonares e/ou cardíacos.

Para entender as tabelas dispostas a seguir, é preciso levar em consideração que nem sempre os prontuários estudados continham todas as informações que foram elencadas para o quantitativo da pesquisa. Por conta disto, as tabelas foram dispostas com três colunas, sendo:

Variáveis: o título da informação pesquisada;

n1: representa o valor positivo encontrado para cada uma das variáveis;

n2: representa o valor total de anotações encontradas (citações) para cada uma das variáveis;

%1: representa o valor em porcentagem das anotações positivas em relação ao número total de prontuários pesquisados (57).

%2: representa o valor em porcentagem das anotações positivas em relação ao número total de anotações sobre cada título.

Os valores com baixa representatividade foram excluídos das tabelas, mas foram mantidos na análise.

A tabela 1 explana, mais amiúde, os dados referentes à caracterização da população pesquisada.

Como é possível observar na tabela a seguir, a faixa etária predominante se concentrou em pessoas de 20 a 59 anos, das quais 75% (43) eram mulheres e com tempo de diagnóstico da doença superior a 3 anos (54%).

A tabela 2 nos permite identificar os dados encontrados em relação aos registros de impactos físicos causados pela doença oncológica avançada, salientamos que, por vezes, os pacientes apresentavam mais de um dos impactos selecionados para análise.

Os impactos físicos revelam que dores localizadas estiveram presentes em 96% dos pacientes (55). Foi possível identificar que 15% (9) apresentaram problemas com mobilidade constatados a partir das

Tabela 1 – Distribuição da população pesquisada, de acordo com a faixa etária, sexo e tempo de diagnóstico da doença, encontrados nos registros da equipe de saúde.

Variáveis	n1	n2	%1	%2
Faixa Etária				
20 a 59 anos	30	57	52%	52%
60 anos ou mais	27	57	47%	47%
Sexo				
Masculino	14	57	24%	24%
Feminino	43	57	75%	75%
Tempo de Diagnóstico da Doença				
1 a 2 anos	07	57	12%	12%
2 a 3 anos	19	57	33%	33%
Mais de 3 anos	31	57	54%	54%

Fonte: Coleta de dados, 2016.

Tabela 2 – Distribuição dos impactos físicos causados pela doença oncológica, encontrados nos registros da equipe de saúde.

Variáveis	n1	n2	%1	%2
Impactos Físicos				
Dores	55	57	96%	96%
Problemas com Mobilidade	09	54	16%	17%
Deficiência Física	05	06	09%	83%
Intervenções Cirúrgicas	42	43	74%	98%
Perda de Memória	04	09	07%	44%
Problemas Nutricionais	34	47	60%	72%
Problemas Cardíacos	13	47	23%	27%
Problemas Pulmonares	29	54	51%	53%
Neuropatias	10	10	17%	100%
Distúrbios do Sono	16	20	28%	80%
Emagrecimento	23	39	40%	59%
Fraqueza	17	18	30%	94%
Metástase	14	14	24%	100%

Fonte: Coleta de dados, 2016.

anotações de enfermagem a respeito de como o cliente chegou ao serviço.

A grande maioria, 73% (42), precisou de intervenção cirúrgica, segundo as anotações médicas nos prontuários. Houve 7% (4) de registros indicando perda de memória e 17% (10) mostrando neuropatias. As anotações da nutricionista revelaram que grande parte dos pacientes, 59% (34), apresentou problemas nutricionais, ao passo em que 40% (23) desencadearam emagrecimento e 29% (17) fraqueza. Problemas cardíacos surgiram em 22% dos casos (13)

e pulmonares em 50% dos casos (29); 24% (14) dos pacientes apresentaram metástase.

A tabela 3 indica o quantitativo encontrado que representa os impactos psicológicos da população pesquisada, novamente, ressaltamos que alguns pacientes apresentaram mais de uma das variáveis analisadas.

Tabela 3 – Distribuição dos impactos psicológicos da doença oncológica, encontrados nos registros da equipe de saúde.

n=57				
Variáveis	n1	n2	%1	%2
Impactos Psicológicos				
Depressão	21	25	37%	84%
Transtorno de Ansiedade	15	30	26%	50%
Redução da Autoestima	22	23	38%	96%
Medo	05	08	09%	62%
Tristeza	22	26	38%	85%
Raiva	03	06	05%	50%
Mudanças na Autoimagem	12	12	21%	100%

Fonte: Coleta de dados, 2016.

Os acometimentos psicológicos indicaram depressão em 37% dos casos (21), transtornos de ansiedade em 26% (15), redução da autoestima em 38% (22), medo acometeu 9% (5) dos pacientes, tristeza 38% (22) e mudanças na autoimagem 21% (12).

As modificações nos hábitos de vida, bem como os planos e expectativas do paciente estão dispostos na tabela 4.

As mudanças nos hábitos de vida revelaram que 12% (7) dos pacientes abandonaram o consumo de cigarros e 49% (28) modificaram sua dieta.

Para os planos e expectativas, 5% (3) dos pacientes almejavam curar a doença, 7% (4) gostariam de melhorar o relacionamento com a família, 7% (4) desejavam melhorar os aspectos físicos, 17% (10) os psicológicos e 16% (9) queriam reduzir a dor causada pela doença.

A tabela 5 traduz o quantitativo de acompanhantes, demonstrando a frequência do acompanhamento e o tipo de influência que os acompanhantes exerceram sob paciente.

Observa-se que 23% (13) dos acompanhantes eram marido/esposa do doente, 19% (11) foram

Tabela 4 – Distribuição das mudanças nos hábitos de vida, planos e expectativas do paciente, encontrados nos registros da equipe de saúde.

Variáveis	n1	n2	%1	%2
Mudanças nos Hábitos de Vida				
Parou de Fumar	07	11	12%	64%
Modificou a Dieta	28	32	49%	87%
Planos e Expectativas				
Curar a Doença	03	03	05%	100%
Melhorar o Relacionamento c/ Família	04	04	07%	100%
Melhorar os Aspectos Físicos	04	04	07%	100%
Melhorar os Aspectos Psicológicos	10	10	17%	100%
Reduzir a Dor	09	09	16%	100%

Fonte: Coleta de dados, 2016.

Tabela 5 – Distribuição dos acompanhantes, frequência do acompanhamento e sua influência para o paciente, encontrados nos registros da equipe de saúde.

n=57				
Variável	n1	n2	%	%2
Acompanhante				
Marido/Esposa	13	13	23%	100%
Filhos	11	11	19%	100%
Não Possui Acompanhante	10	10	17%	100%
Todas as Consultas	06	24	10%	25%
Tipo de Influência com o Paciente				
Aumenta a Ansiedade	04	04	07%	100%
Gera Tensão	03	03	05%	100%

Fonte: Coleta de dados, 2016.

acompanhados pelos filhos, e por fim, 17% (10) não possuíam acompanhante algum. Apenas 10% (6) destes acompanharam em todas as consultas.

Foram encontrados dois tipos de influências dos acompanhantes aos pacientes: 7% (4) aumenta a ansiedade e 5% (3) gera tensão.

Nenhum registro apresentou uma reprodução textual ou qualquer fragmento de falas do paciente, indicando uma desvalorização de sua subjetividade/importância deste no protagonismo do seu tratamento e reforçando a existência de uma hierarquização na prestação de serviços e uma valorização dos sinais e sintomas em detrimento do paciente.

Discussão

É importante compreender que os dados encontrados nos resultados indicam o número de anotações encontradas para cada um dos tópicos e considerando que a coleta de dados foi feita em 57 prontuários. Tendo isso em vista, é possível identificar que a caracterização do paciente é primordial neste documento, pois aparece em todos os casos analisados.

Os dados relacionados à caracterização por sexo e faixa etária vão ao encontro do estudo realizado por Costa e Chaves (2012) cuja predominância foi de mulheres, com idade inferior a 60 anos. Já em pesquisa realizada por Pereira et al. (2015) foi observada homogeneidade entre homens e mulheres e faixa etária predominante igual ou superior a 56 anos.

Permeado por uma carga muito densa de estigmas, o viver com câncer pode impactar muitas dimensões da vida dos sujeitos acometidos, independente do sexo ou da idade em que receberam o diagnóstico. É importante que os profissionais de saúde direcionem seus olhares para este ser humano que necessita de atenção e cuidado.

Em relação aos impactos físicos, a quantidade de anotações referentes ao sentimento de dor deixou evidente a preocupação na realização dessa avaliação por parte dos profissionais. Este dado, quando encontrado, apareceu tanto nos registros médicos como nos de enfermagem. Tal fato, pode estar relacionado a uma maior preocupação dos profissionais de saúde com a dor do paciente oncológico, uma vez que estes pacientes vivenciam experiências dolorosas que são, em sua maioria, reflexos de várias etiologias que juntas se somam e potencializam (THOMAZ, 2010), tornando-se um dos sintomas mais angustiantes para aqueles que convivem com a doença (SCHALLER et al., 2015). Nesta direção, estudo realizado por Costa e Chaves (2012) observou que 58,6% dos pacientes relataram dor no momento da entrevista ou na semana da mesma, cujos locais mais relacionados foram membros superiores e inferiores e tórax, sendo que a intensidade média da dor avaliada por uma escala numérica que variava de zero a 10 foi de aproximadamente 7, podendo, assim, ser considerada de intensidade moderada. Com base em um conjunto de resultados encontrados após análise de 52 artigos publicados de 2005 a 2014, Van den Beuken-van Everdingen et al. (2016) sugeriram que as taxas de prevalência de dor de câncer eram de 39,3%, destes, 55% naqueles após tratamento curativo e 66,4%

entre aqueles em estágio avançado da doença. Nesta pesquisa, encontrou-se uma quantidade significativa de registros acerca das dores sentidas pelos pacientes, nos quais as dores generalizadas foram as mais evidentes nos registros de prontuários. Esse fato corrobora ao exposto pela *Internacional Association for the Study of Pain* (IASP), a qual discorre que o câncer em estágio avançado, geralmente causa ou causará dor entre os acometidos pela doença (INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN, 2013).

Os dados referentes aos problemas nutricionais e emagrecimento também compuseram uma grande parte da amostra, pois representam o enfoque do profissional nutricionista, que participa ativamente da equipe multiprofissional. Entretanto, observou-se escassez na literatura científica acerca do papel do nutricionista frente a pacientes em estágio avançado da doença. Costa e Soares (2016) também salientaram em seu estudo a falta de material científico acerca da temática, principalmente no que tange pacientes em estágio avançado do câncer internados em instituições hospitalares, tornando-se um indicador da necessidade de pesquisas com enfoque na nutrição de pacientes oncológicos. Sabe-se que a alimentação de doentes acometidos pelo câncer é influenciada por inúmeras variáveis, como por exemplo, o tratamento recebido (quimioterapia, radioterapia), localização do tumor, estágio da doença, náuseas, vômitos, inapetência, dentre outros. Assim, é importante que se tenha o entendimento de que para a nutrição de cada paciente em tratamento, deve-se respeitar a singularidade do momento pelo qual cada um destes doentes está passando. Desta forma, cabe ao nutricionista conhecer essas variáveis influenciadoras e junto com paciente, família e equipe multiprofissional, adequar a terapia nutricional dentro de um contexto de avaliação dos riscos e benefícios da mesma, bem como o tipo de dieta que será ofertada (COSTA; SOARES, 2016). Ainda, há de se considerar que por vezes os pacientes oncológicos, principalmente aqueles em fase avançada ou terminal da doença, podem optar por não se alimentar e é neste momento que o profissional responsável pela nutrição, junto a equipe multiprofissional e família devem ponderar qual a melhor decisão a ser tomada, respeitando o desejo, individualidade e autonomia de cada sujeito. Corroborando ao exposto, Gheorghe et al. (2013), destacam que fazer adequada avaliação do risco nutricional em pacientes oncológicos é importante, pois estes possuem potencial necessidade de intervenção cirúrgica.

Ao encontro dos autores supracitados, evidenciou-se um grande número de anotações referentes às intervenções cirúrgicas, reafirmando que esta é uma característica muito frequente quando se trata de pacientes em estado avançado da doença oncológica, pois sua realização pode aumentar a qualidade de vida e evitar que haja piora na condição de saúde do doente. Ainda, Silva (2010) reforça esta afirmação ao colocar que no passado as opções de tratamento do câncer eram praticamente nulas, mas com o surgimento das práticas cirúrgicas oncológicas, no século XIX, abriram-se novas possibilidades para o tratamento da doença, tendo por consequência o aumento do tempo de sobrevivência dos pacientes.

No seguimento da análise dos registros, observou-se poucas anotações em relação às queixas de distúrbios de sono. Corroborando ao encontrado nesta pesquisa, evidenciou-se, na literatura científica, que apesar destas dificuldades com o sono em pessoas com câncer serem um tema altamente importante, as informações são bem limitadas quando comparadas ao conhecimento sobre a insônia e suas consequências na população em geral (RAFIHI-FERREIRA; SOARES, 2012).

A preocupação com problemas pulmonares foi evidenciada na maior parte dos casos, pois, a solicitação de Tomografia Computadorizada de Tórax foi feita para todos os pacientes e, portanto, qualquer alteração encontrada foi registrada nos prontuários.

Já em relação aos aspectos psicológicos, os dados encontrados foram colhidos na parte dos prontuários destinada às anotações de enfermagem e da equipe multiprofissional, composta pelo psicólogo e pelo assistente social. No entanto, observou-se durante a coleta que o serviço de psicologia apresentou menos de 10% da participação nos registros dos prontuários, indicando a necessidade do aumento no número de atendimentos, anotações e acompanhamento do paciente. Hoje em dia o prontuário está presente no cotidiano de todos os profissionais que atuam em hospitais, unidades ambulatoriais, Unidades Básicas de Saúde, dentre outros, tornando-se assim, um instrumento indispensável para as práticas da equipe multiprofissional, nela incluído o psicólogo, seja para ajudar na pesquisa ou nas intervenções. Os registros da atuação do psicólogo são fundamentais para melhorar a comunicação entre os profissionais e favorecer para que suas rotinas diárias sejam mais adequadas. Contudo, por seu uso pelos psicólogos ainda acontecer de forma precária (BARLETTA et al., 2012), observou-

se uma necessidade de aprimoramento na qualidade destes registros.

Neste estudo, os dados relacionados aos impactos psicológicos indicaram um alto índice de acometimentos que levam às mudanças na autoimagem e redução da autoestima dos pacientes. Sob esta lógica, Bertan e Castro (2010) apontam que as mudanças na autoestima estão relacionadas com as dificuldades que surgem no decorrer da doença oncológica, afirmando que várias situações influenciam para a redução desta, como por exemplo, as mudanças na sua aparência física, o estigma da doença, a dificuldade em lidar com o tratamento e seus efeitos colaterais e a readaptação após o tratamento. Desta forma, é importante que os profissionais compreendam que a abordagem acerca da autoestima deve ser realizada considerando-a como um fenômeno complexo, sujeito as inúmeras particularidades de cada indivíduo e que pode afetar o modo de enfrentamento da doença e do tratamento (LEITE; NOGUEIRA; TERRA, 2015).

Outros achados importantes nos impactos psicológicos da doença oncológicas incluem o aumento da ansiedade e até mesmo a instalação do transtorno da depressão. Esses dados foram registrados nos prontuários pelo profissional psicólogo, que, ao observar indícios de acometimentos psicológicos realizaram uma consulta exclusiva com esses pacientes fragilizados. Observa-se uma crescente preocupação quanto à ocorrência de transtornos de humor em indivíduos com câncer, pois frequentemente são relacionados a existência de quadros depressivos entre os acometidos por qualquer tipo de neoplasia. Ainda, relaciona-se ao quadro depressivo uma pior evolução clínica e má qualidade de vida dos pacientes (DEMARQUE et al., 2016). Santos (2017) reforça que é necessário o desenvolvimento de métodos diagnósticos que permitam verificar a eficácia do tratamento antidepressivo, visando melhora clínica e de qualidade de vida. Assim, entende-se que saber reconhecer sinais e sintomas depressivos, bem como a necessidade de iniciar tratamento para depressão é um dos momentos mais significativos no cuidado ao doente com câncer, independente do estágio em que a doença se encontra.

A penúltima parte da análise dos dados ficou destinada às mudanças nos hábitos de vida dos pacientes, bem como os seus planos e expectativas para o futuro. O quantitativo encontrado não foi muito satisfatório, apresentando valores bem reduzidos de anotações, o que reflete numa desconsideração dos

profissionais a respeito da importância dessas. Os dados mais frequentes encontrados nas mudanças dos hábitos de vida foram a modificação da dieta e cessação do consumo de cigarros. Esses valores surgiram por conta do profissional nutricionista (que intervém na maioria dos casos, apresentando uma proposta de dieta ao paciente) e graças a uma parte do prontuário destinada ao preenchimento do hábito de vida relacionado ao consumo de tabaco pelo paciente.

Em relação às investigações acerca das perspectivas para o futuro, os estudos de Ferreira et al. (2015) evidenciaram que muitas pesquisas trazem os aspectos técnico-científicos em relação ao futuro na oncologia, enquanto outras levam em consideração apenas a expectativa de vida dos sujeitos. Em resumo, há grande escassez de investigações centradas no estabelecimento de metas e na criação de planos para as perspectivas futuras dos pacientes em relação às suas vidas pessoais e profissionais, suas aspirações e desejos. As pesquisas encontradas que focam corretamente nos planos do paciente encontraram relatos de medo de não estarem mais sendo assistidos pelos profissionais da oncologia e incertezas da nova realidade. Por conta disto, surge a importância em entender os planos e pensamentos dos pacientes oncológicos, permitindo que o profissional participe ativamente na minimização destes sofrimentos psicológicos.

Os dados que dizem respeito aos acompanhantes puderam ser encontrados em algumas anotações de enfermagem, onde os profissionais têm o hábito de registrar se o paciente busca o serviço estando junto de alguém ou não. No entanto, dificilmente há a especificação de quem é este acompanhante ou qual a influência dele para com o paciente. Esse tipo de informação fora encontrado nos registros do assistente social, que por sua vez, raramente faz registros no prontuário. No cenário de prática, é muito observado o distanciamento entre o familiar cuidador ou cuidador não familiar do paciente e os membros da equipe de enfermagem. Além disso, notou-se com frequência que o familiar cuidador, quando presente, não foi compreendido pelos membros da equipe de enfermagem como colaborador no processo de cuidar, não sendo considerado como elemento social participante e corresponsável no processo de tratamento do paciente. Em muitas ocasiões o relacionamento entre o profissional e o familiar é formal e despersonalizado, criando um aumento no estresse da família que sobrevém diretamente no paciente (SALES et al., 2012).

Conclusões

O perfil predominante nesta pesquisa foi identificado como pacientes do sexo feminino, sendo mais frequente a faixa etária que vai dos 20 aos 59 anos, tempo de diagnóstico da doença superior a três anos e preponderância de câncer em região mamária.

O levantamento dos registros da equipe multiprofissional revelou uma característica muito sistemática por parte dos profissionais, demonstrando enfoque grande nas suas abordagens privativas da categoria durante a atuação em saúde, mas não levando em consideração a existência de uma equipe multiprofissional (que deve atuar conjuntamente) ou a existência de necessidades específicas do paciente.

O médico tem uma perspectiva muito centrada na patologia/clínica, no estadiamento da doença e nas comorbidades que estão presentes junto do câncer, ao passo que a classe da enfermagem visa o ato da terapêutica propriamente dita, se atendo a dados que indicam a situação do paciente no momento em que este chega ao serviço para o recebimento da medicação. Por fim, o profissional psicólogo tem enfoque grande nas questões psicológicas do paciente, fazendo sempre uma avaliação completa acerca das necessidades/ fragilidades do doente neste âmbito, mas este só se apresenta para uma consulta quando o paciente tem indícios de comprometimento mental, o que aconteceu em somente uma parcela mínima dos casos.

Em suma, os profissionais deixaram de levar em consideração diversos fatores que influenciam direta e indiretamente na qualidade de vida dos pacientes e que por vezes, podem até piorar sua situação de saúde, se ignorados. O atendimento da equipe seria muito mais eficaz se o prontuário deixasse de ser visto apenas como um documento de registro e passasse a servir como um instrumento de comunicação que pudesse nortear as condutas de tratamento e conforto, levando em consideração as necessidades do doente através de ações interdisciplinares pautadas nas informações ali contidas.

Referências

- AMERICAN CANCER SOCIETY (US). *Advanced cancer*. 2014.
- BARLETTA, J. B.; PAIXÃO, A. L. R.; FEITOSA, E. P. S.; OLIVEIRA, K. S.; SANTOS, L. A. O prontuário psicológico como recurso para pesquisa e atuação: repensando a formação da competência profissional. *Revista de Psicologia e Saúde*, Campo Grande, v. 4, n. 2, p. 135-142, dez. 2012.
- BERTAN, F. C.; CASTRO, E. K. Quality of life, anxiety and depressions indicators and sexual satisfaction in adult patients with cancer. *Revista Salud & Sociedad*, Antofagasta, v. 1, n. 2, p. 76-88, 2010.
- COSTA, A. I. S.; CHAVES, M. D. Dor em pacientes oncológicos sob tratamento quimioterápico. *Revista Dor*, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 45-49, jan./mar. 2012.
- COSTA, M. F.; SOARES, J. C. Alimentar e nutrir: sentidos e significados em cuidados paliativos oncológicos. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, v. 62, n. 3, p. 215-224, 2016.
- DALLABRIDA, F. A.; LORO, M. M.; ROSANELLI, C. L. S. P.; SOUZA, M. M.; GOMES, J. S.; KOLANKIEWICZ, A. C. B. Qualidade de vida de mulheres tratadas por câncer do colo de útero. *Revista Rene*, Fortaleza, v. 15, n. 1, p. 116-22, jan./fev. 2014.
- DEMARQUE, R.; RENNÓ JUNIOR, J.; RIBEIRO, H. L.; CAVALSAN, J. P. Depressão e câncer de mama. *Revista Debates em Psiquiatria*, São Paulo, ano 6, n. 1, jan./fev. 2016.
- FERREIRA, V. D. S.; SALAZAR, V.; PERUCHI, R. C.; DONELLI, T. M. S.; CASTRO, E. K. Vivências emocionais e perspectivas de futuro em mulheres com câncer de mama. *Psicologia Hospitalar*, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 42-63, jan. 2015.
- GHEORGHE, C.; PASCU, O.; IACOB, R.; VADAN, R.; IACOB, S.; GOLDIS, A. Nutritional risk screening and prevalence of malnutrition on admission to gastroenterology departments: a multicentric study. *Chirurgia*, Bucuresti, v. 108, n. 4, p. 535-541, 2013.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA - INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância. *Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro, 2015.
- INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN (IASP). *Pain definitions*. Seattle, 2013.
- LEITE, M. A. C.; NOGUEIRA, D. A.; TERRA, F. S. Avaliação da autoestima em pacientes oncológicos submetidos a tratamento quimioterápico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, São Paulo, v. 23, n. 6, p. 1082-1089, nov./dez. 2015.
- MARTINS, V. C. B. *Revisão de prontuário do paciente e sua importância para melhoria da assistência, ensino e pesquisa: relato de experiência*. 2014. Monografia (Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem área de concentração Atenção Psicossocial) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- MENESES, L. B. A.; BEZERRA, A. F.; TRAJANO, F. M. P.; SOARES, M. J. G. O. Prontuário do paciente: qualidade dos registros na perspectiva da equipe multiprofissional. *Revista de Enfermagem da UFPE*, Recife, v. 9, n. 10, p. 9485-9491, out. 2015.
- PEITER, C. C. P.; CAMINHA, M. E. P.; LANZONI, G. M. M.; ERDMANN, A. L. Gestão do cuidado de enfermagem ao paciente oncológico num hospital geral: uma teoria fundamentada nos dados. *Revista de Enfermagem Referência*, Coimbra, ano 4, n. 11, p. 61-69, out./dez. 2016.
- PEREIRA, D. T. S.; ANDRADE, L. L.; AGRA, G.; COSTA, M. M. L. Condutas terapêuticas utilizadas no manejo da dor em oncologia. *Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 1883-1890, jan./mar. 2015.
- RAFIHI-FERREIRA, R. E.; SOARES, M. R. Z. Insônia em pacientes com câncer de mama. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 29, n. 4, p. 597-607, dez. 2012.

SALES, C. A.; GROSSI, A. C. M.; ALMEIDA, C. S. L.; SILVA, J. D. D.; MARCON, S. S. Cuidado de enfermagem oncológico na ótica do cuidador familiar no contexto hospitalar. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 736-742, 2012.

SANTOS, M. A. Câncer e suicídio em idosos: determinantes psicossociais do risco, psicopatologia e oportunidades para prevenção. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 3061-3075, set. 2017.

SCHALLER, A.; LARSSON, B.; LINDBLAD, M.; LIEDBERG, G. M. Experiences of pain: a longitudinal, qualitative study of patients with head and neck cancer recently treated with radiotherapy. *Pain Management Nursing*, Philadelphia, v. 16, n. 3, p. 336-45, jun. 2015.

SILVA, K. S. *Em defesa da sociedade: a invenção dos cuidados paliativos*. 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

SILVA, R. M. *Prontuário: instrumento de informação*. Porto Alegre, 2013.

THOMAZ, A. Dor oncológica: conceitualização e tratamento farmacológico. *Revista Onco*, [S. l.], p. 24-9, ago./set. 2010. Disponível em: <http://revistaonco.com.br/wp-content/uploads/2010/11/artigo2_edicao1.pdf>. Acesso em: 5 out. 2017.

VAN DEN BEUKEN-VAN EVERDINGEN, M. H.; HOCHSTENBACH, L. M.; JOOSTEN, E. A.; TJAN-HEIJNEN, V. C.; JANSSEN, D. J. Update on prevalence of pain in patients with cancer: systematic review and meta-analysis. *Journal of Pain and Symptom Management*, New York, v. 51, n. 6, p. 1070-1090, Jun. 2016.

Recebido em: 28 abr. 2017

Aceito em: 20 out. 2017