



Carga de trabalho de enfermagem de pacientes oncológicos sob cuidados paliativos

Nursing workload for cancer patients under palliative care

Carga laboral de enfermería de pacientes oncológicos bajo cuidados paliativos

Patricia dos Santos Claro Fuly¹, Livia Márcia Vidal Pires², Claudia Quinto Santos de Souza², Beatriz Guitton Renaud Baptista de Oliveira¹, Katia Grillo Padilha³

Como citar este artigo:

Fuly PSC, Pires LMV, Souza CQS, Oliveira BGRB, Padilha KG. Nursing workload for cancer patients under palliative care. Rev Esc Enferm USP. 2016;50(5):792-799. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000600012>

¹ Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil.

² Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

³ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil

ABSTRACT

Objective: To verify the nursing workload required by cancer patients undergoing palliative care and possible associations between the demographic and clinical characteristics of the patients and the nursing workload. **Method:** This is a quantitative, cross-sectional, prospective study developed in the Connective Bone Tissue (TOC) clinics of Unit II of the Brazilian National Cancer Institute José Alencar Gomes da Silva with patients undergoing palliative care. **Results:** Analysis of 197 measures of the Nursing Activities Score (NAS) revealed a mean score of 43.09% and an association between the performance status of patients undergoing palliative care and the mean NAS scores. The results of the study point to the need to resize the team of the unit. **Conclusion:** The NAS has proven to be a useful tool in oncologic clinical units for patients undergoing palliative care.

DESCRIPTORS

Oncology Nursing; Workload; Palliative Care; Nursing Team; Personnel Administration; Hospital.

Autor correspondente:

Patricia dos Santos Claro Fuly
Departamento de Enfermagem
Médico Cirúrgica
Rua Dr. Celestino, 74 – 3º andar, Centro
CEP 24020-091 – Niterói, RJ, Brasil
patriciafuly@enf.uff.br

Recebido: 15/10/2015
Aprovado: 05/07/2016

INTRODUÇÃO

Os tumores de tecido ósseo e conectivo são usualmente conhecidos como Sarcomas de partes ósseas e Sarcomas de partes moles, respectivamente; além das neoplasias de pele. A incidência do primeiro ocorre principalmente na segunda década de vida, durante os períodos de maior crescimento ósseo, como no estirão da adolescência. O segundo pico, e menos importante, ocorre na sexta década de vida. Do mesmo modo, os Sarcomas de partes moles ocorrem em indivíduos mais jovens e o câncer de pele acomete cada vez mais indivíduos nos países tropicais, como o Brasil⁽¹⁾. Frente a essas situações de ameaça à vida, emergem os cuidados paliativos para alívio do sofrimento do indivíduo em suas diversas dimensões, por meio de uma abordagem de questões que envolvam a disponibilidade de drogas para alívio da dor, educação em cuidados paliativos para o câncer e estabelecimento de políticas e programas nacionais que abarquem esta temática. O câncer em estágio avançado gera uma carga devastadora de sintomas físicos, emocionais e psicológicos⁽²⁾.

O cuidado de enfermagem ao paciente com câncer, em cuidados paliativos, demanda preparo emocional das equipes, frente à vivência de experiências de sofrimento dos pacientes com câncer avançado e de suas famílias⁽³⁾. A rotina dos cuidados frente à terminalidade gera exaustão emocional para os profissionais de enfermagem. O conjunto de intervenções de enfermagem implementadas cotidianamente, somado a uma ruptura paradigmática, no que tange à meta não curativa do tratamento e ainda às reações emocionais e físicas próprias do pesar, são elementos relevantes na gestão da equipe de enfermagem que atua em cuidados paliativos. Considera-se, ainda, que além do desgaste emocional, existe uma sobrecarga de trabalho dos profissionais de enfermagem, dada a dificuldade dos gestores no dimensionamento de recursos humanos para os cuidados paliativos⁽⁴⁾. A Resolução 293/2004, implementada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde, não atende à especificidade dessa clientela, dado o variado grau de dependência dos pacientes e as demandas de seus familiares⁽⁵⁾.

Diante dessas questões destacam-se os objetivos deste estudo: verificar a carga de trabalho de enfermagem requerida por pacientes com câncer, sob cuidados paliativos, além de verificar possíveis associações entre as características demográficas e clínicas dos pacientes e a carga de trabalho de enfermagem.

MÉTODO

O presente estudo é um subprojeto do Projeto Casadinho UFF-USP, que foi aprovado em chamada pública MCT/CNPq/MEC/CAPES – Ação Transversal nº 06/2011 – Casadinho/Procad: Inovação em Enfermagem no tratamento de lesões tissulares – sistematização, inclusão tecnológica e funcionalidade.

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, transversal, prospectivo, desenvolvido na clínica de Tecido Ósseo Conectivo (TOC) da Unidade II do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, no período de abril a junho de 2014.

A referida unidade atende a pacientes clínicos e cirúrgicos em suas enfermarias, destinadas ao atendimento de cânceres ginecológicos. No entanto, 10 leitos dessas enfermarias são reservados exclusivamente a pacientes matriculados pelo serviço de tecido ósseo-conectivo, compondo assim uma subunidade de TOC, situada no quarto andar. A equipe que atende nesta enfermaria tem aproximadamente sete membros da equipe de enfermagem a cada plantão de plantão de 12 horas: um enfermeiro líder (apenas no turno da manhã), dois enfermeiros plantonistas e quatro técnicos de enfermagem.

Cabe mencionar que os pacientes fora de possibilidade de cura atual são efetivamente assistidos pela equipe médica de Oncologia Clínica, enquanto aguardam a transferência para a unidade IV, de Cuidados Paliativos. Eles recebem assistência integral da equipe, com a ressalva de não adoção de medidas de suporte invasivo, em caso de parada cardiorrespiratória; uma demanda institucionalizada de acordo com as diretrizes éticas e legais do processo de morrer com dignidade, e que prevê, inclusive, assinatura do termo de ciência de não reanimação pelo responsável legal e/ou próprio paciente. Tais diretrizes pautam-se nos princípios bioéticos da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça e preconizam métodos de promoção do conforto, bem como sedação paliativa dos pacientes sob cuidados ao fim de vida. Embora, no Brasil, não haja respaldo legal para a não reanimação cardiopulmonar, cabe ao médico, resguardado seu código de ética, proceder tal indicação. A transferência para a unidade IV é dependente da condição clínica vigente, ocorrendo apenas quando a possibilidade de óbito não é iminente durante o transporte.

Para composição da amostra não probabilística de conveniência foram adotados como critérios de elegibilidade: pacientes com idade igual e acima de 18 anos que estiveram internados na clínica de TOC, independentemente do diagnóstico médico, com deliberação médica de cuidados paliativos registrada em prontuário e tempo de permanência mínimo de 24 horas.

Para a coleta de dados foram utilizados dois instrumentos. O primeiro, composto pela caracterização da clientela, contendo dados demográficos (idade, sexo e estado civil) e dados clínicos (tipos de tumor segundo a linhagem celular – carcinoma, melanoma e sarcoma; Índice de Comorbidade de Charlson – ICC⁽⁶⁾; e capacidade funcional para realização de tarefas comuns segundo a classificação de *Karnofsky Performance Status* – KPS⁽⁷⁾).

A escala KPS é um sistema de escore que permite avaliar a capacidade funcional de pacientes, por meio de uma escala decrescente de avaliação de atividades relativas ao cotidiano. A escala varia de 0% a 100%, onde 100% correspondem à ausência de queixas e/ou evidências da doença e 0% corresponde à morte.

O ICC é um índice de classificação que atribui pesos para as comorbidades, com variação de 0 a 6 pontos. Quanto maiores os valores do ICC, maior é o risco estimado de morte do paciente. O ICC final é o somatório dos pesos atribuídos a cada uma das condições clínicas descritas nos prontuários⁽⁶⁾.

O segundo instrumento de coleta de dados avaliou a demanda de cuidados de enfermagem requerida pelo paciente

em cuidados paliativos segundo o NAS, instrumento de avaliação de demandas assistenciais de enfermagem, desenvolvido a partir do *Therapeutic Interventions Score System*, traduzido e validado no Brasil em 2003⁽⁸⁾. Está dividido em sete grandes categorias de intervenções e apresenta um total de 23 itens, mensurados com escores que somados representam a porcentagem de tempo gasto pela enfermagem, em horas, na assistência direta ao paciente.

Os dados demográficos, KPS e as comorbidades de cada paciente foram extraídos dos prontuários, com base nos registros médicos, sendo que os pesos que valoram o ICC de cada paciente foram calculados pelas próprias autoras.

Foram extraídos ainda dados clínicos oriundos dos registros de enfermagem presentes nos prontuários dos pacientes, relativos à presença de ferida tumoral e características que variam em estadiamento clínico: 1 (pele íntegra), 1N, 2, 3 e 4, segundo a classificação de Haisfield-Wolfe e Baxendale-Cox⁽⁹⁾.

No que tange à operacionalização da coleta de dados, a mesma foi realizada por dois coletadores previamente treinados, que, diariamente, a cada troca de turno de 12 horas, localizavam os pacientes em cuidados paliativos na enfermaria, por meio de um quadro de registros da Unidade.

O registro do NAS foi obtido dos registros dos prontuários dos pacientes, bem como de informações dos enfermeiros, sempre que necessário. Após o preenchimento dos dois turnos de 12 horas de plantão dos enfermeiros, era realizado o somatório dos escores de cada paciente, com a finalidade de se chegar ao valor total do NAS por 24 horas. As medidas do NAS de períodos de 24 horas incompletas foram desconsideradas.

Todas as análises foram realizadas no software SAS, versão 9.1.3. Os resultados referentes às demandas clínicas dos pacientes foram submetidos à análise descritiva simples. Foram obtidos a média, a mediana e o desvio-padrão dos valores do NAS. Estatísticas descritivas foram realizadas para a análise das variáveis quantitativas e qualitativas. Para avaliar a associação entre o NAS e as variáveis: idade, KPS e tempo de permanência, realizaram-se primeiramente o teste de normalidade de Shapiro-Wilks e, posteriormente, a análise de regressão linear simples. Para as variáveis: tipo de neoplasias, presença de comorbidades, presença de feridas e grau das feridas, aplicou-se o teste de Kruskal-Wallis. Para todos os testes utilizou-se do valor de $p < 0,05$ como padrão de significância.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, sob o Parecer nº 504.332, em 14/01/2014.

RESULTADOS

CARACTERIZAÇÃO DA CLIENTELA

A amostra do estudo foi composta de 29 pacientes que se encontravam em cuidados paliativos, na Unidade TOC, no período do estudo, o que resultou em 197 medidas do NAS. Com relação aos tipos de tumor encontrados na amostra de pacientes, houve predominância de sarcomas (55,17%), seguidos dos melanomas (41,37%) e dos carcinomas presentes em 3,44% dos pacientes.

Tabela 1 – Características demográficas e clínicas dos pacientes internados na Unidade de Tecido Ósseo Conectivo. Rio de Janeiro, 2014.

Variável	N	%
Sexo		
Masculino	18	62,07
Feminino	11	37,93
Estado Civil		
Casado	16	55,17
Solteiro	7	24,14
Viúvo	2	6,90
União Consensual	2	6,90
União Estável	1	3,45
Divorciado	1	3,45
Comorbidades		
Sim	17	58,62
Não	12	41,37
Ferida		
Não	24	82,76
Sim	5	17,24
Óbito		
Não	23	79,31
Sim	6	20,69

Nota: (n = 29)

Os dados da Tabela 1 mostram a predominância de pacientes do sexo masculino (62,07%), casados (55,17%), com comorbidades (58,62%) e sem feridas tumorais (82,76%).

Quanto às comorbidades, observa-se que 12 (41,37%) dos pacientes não tinham comorbidades e, dos demais 17 (58,62%), apenas sete tinham duas comorbidades simultâneas: cinco pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Melito (DM), um paciente com HAS e Acidente Vascular Cerebral e um paciente com Bronquite e DM. Os outros 10 pacientes tinham apenas uma comorbidade, com a seguinte distribuição: sete pacientes apresentavam HAS, um paciente com registro apenas de DM, um paciente com apenas registro de Anemia Falciforme e um com SIDA.

Em relação ao estadiamento das feridas tumorais, foram identificados cinco (17,24%) pacientes com lesões de diferentes graus: duas lesões com estadiamento 1N, e três lesões com estadiamento 2, 3 e 4, respectivamente.

Referente à condição de saída, a maioria dos pacientes (23, 79,31%) foi sobrevivente, enquanto seis (20,69%) foram a óbito.

No que tange aos dados quantitativos do estudo, a Tabela 2 apresenta a análise descritiva das necessidades de cuidados e demanda de trabalho de enfermagem.

Tabela 2 – Distribuição da média, desvio-padrão, mediana e amplitude do escore NAS na admissão e saída do paciente da Unidade – Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2014.

Variável	Média	Desvio-padrão	Mediana	Mínimo	Máximo	Amplitude
NAS						
Admissão	49,73	9,66	49,00	30,00	69,9	39,90
Saída	64,07	17,89	57,70	44,9	108,9	64,00

Verifica-se que o valor médio do NAS foi de 43,09%. Na admissão do paciente, o valor médio foi de 49,73% (dp 9,66), mediana de 49,00%, e amplitude (variação) de 39,9%, enquanto na saída da Unidade TOC (alta/óbito), essa média foi de 64,07% (dp 17,89), mediana de 57,70% e amplitude (variação) de 64,00%.

FATORES ASSOCIADOS À CARGA DE TRABALHO DE ENFERMAGEM

Os resultados das análises de associação das variáveis idade, KPS e tempo de permanência e carga de trabalho de enfermagem encontram-se a seguir.

Tabela 3 – Teste de associação das variáveis quantitativas com o escore NAS - Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2014.

Variável	<i>p</i> -valor*
KPS	0,0085
Idade	0,1515
Tempo de Permanência	0,5660

* Regressão linear simples

Os dados da Tabela 3 mostram que apenas a variável KPS apresenta associação com os escores do NAS ($p =$

0,0085). As demais variáveis não têm influência na carga de trabalho de enfermagem.

Tabela 4 – Teste de associação das variáveis qualitativas com o escore NAS – Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2014.

Variável	<i>p</i> -valor*
Tipo de Neoplasia	0,2086
Índice de Comorbidade	0,5159
Presença de Feridas	0,9081
Grau das Feridas	0,6143
Óbito	0,1200

*Teste de Kruskal-Wallis

Quanto às variáveis: tipo de neoplasias, índice de comorbidade, presença de feridas, grau das feridas e óbito, observa-se na Tabela 4 que nenhuma variável apresenta influência sobre a carga de trabalho de enfermagem de acordo com o NAS.

CARACTERIZAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Na tabela 5 são apresentadas as frequências das intervenções de enfermagem a que os pacientes foram submetidos, durante os 90 dias do estudo, de acordo com o NAS.

Tabela 5 – Frequência das intervenções terapêuticas segundo o *Nursing Activities Score* – Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2014.

Intervenções do nursing activities score	%
1. Monitorização e Controles.	100%
2. Investigações laboratoriais: bioquímica e microbiológicas.	43,40%
3. Medicação, exceto drogas vasoativas.	100%
4. Procedimentos de Higiene.	91,75%
5. Cuidados com drenos – Todos (exceto sonda gástrica).	10,98%
6. Mobilização e Posicionamento.	63,18%
7. Suporte e Cuidados aos Familiares e Pacientes.	53,84%
8. Tarefas Administrativas e Gerenciais.	100%
9. Suporte respiratório. Qualquer forma de ventilação mecânica/ventilação assistida; oxigênio suplementar por qualquer método.	17,03%

continua...

...continuação

Intervenções do nursing activities score	%
10. Cuidado com vias aéreas artificiais. Tubo endotraqueal ou cânula de traqueostomia.	0%
11. Tratamento para melhora da função pulmonar. Fisioterapia torácica, espirometria estimulada, terapia inalatória, aspiração endotraqueal.	0%
12. Medicação vasoativa, independentemente do tipo e dose.	0%
13. Reposição intravenosa de grandes perdas de fluidos. Administração de fluidos > 3l/m ² /dia, independentemente do tipo de fluido administrado.	0%
14. Monitorização do átrio esquerdo, com ou sem medida de débito cardíaco.	2,19%
15. Reanimação cardiopulmonar nas últimas 24 h (excluído soco precordial).	0%
16. Técnicas de hemofiltração. Técnicas dialíticas.	0%
17. Medida quantitativa do débito urinário (ex.: sonda vesical de demora).	19,23%
18. Medida de pressão intracraniana.	0%
19. Tratamento da acidose/ alcalose metabólica complicada.	1,64%
20. Hiperalimentação intravenosa.	0%
21. Alimentação enteral. Através de tubo gástrico ou outra via gastrointestinal (ex.: jejunostomia).	9,34%
22. Intervenções específicas na unidade de terapia intensiva.	0%
23. Intervenções específicas fora da unidade de terapia intensiva. Procedimentos diagnósticos ou cirúrgicos.	3,84%

Na tabela 5, destaca-se que os itens monitorização e controles, medicação exceto drogas vasoativas e tarefas administrativas e gerenciais foram pontuados em 100% dos pacientes. Os procedimentos de higiene foram pontuados em 91,75%; mobilidade e posicionamento em 63,18%; suporte e cuidados aos familiares e pacientes foram pontuados em 53,84% dos pacientes.

Foram itens pontuados em menos da metade dos pacientes: Investigações laboratoriais: bioquímica e microbiológicas; Cuidados com drenos; Suporte respiratório; Monitorização do átrio esquerdo; Medida quantitativa do débito urinário; Tratamento da acidose/ alcalose metabólica complicada; Alimentação enteral e Intervenções específicas fora da unidade de terapia intensiva.

Alguns itens do NAS não foram pontuados para nenhum dos pacientes: Cuidado com vias aéreas artificiais, tubo endotraqueal ou cânula de traqueostomia; Tratamento para melhora da função pulmonar, fisioterapia torácica, espirometria estimulada, terapia inalatória e aspiração endotraqueal; Medicação vasoativa, independentemente do tipo e dose; Reposição intravenosa de grandes perdas de fluidos, administração de fluidos > 3l/m²/dia, independentemente do tipo de fluido administrado; Reanimação cardiopulmonar nas últimas 24 horas (excluído soco precordial); Técnicas de hemofiltração, técnicas dialíticas; Medida de pressão intracraniana; Hiperalimentação intravenosa; Intervenções específicas na unidade de terapia intensiva.

DISCUSSÃO

Os dados do estudo apontam uma predominância de pacientes com sarcomas na clínica de TOC. Os sarcomas de tecidos moles constituem um grupo raro e heterogêneo de neoplasias malignas mesenquimais, com cerca de 50 subtipos histológicos, prognóstico ruim e com uma sobrevivência média de cerca de 1 ano em caso de doença metastática⁽¹⁰⁾. Representam cerca de 1% das neoplasias malignas em adultos e 15% em crianças, entretanto, são mais comuns na idade adulta, especialmente em maiores de 50 anos⁽¹¹⁾.

A estimativa de casos novos de câncer, válida para 2014/2015, aponta para a ocorrência de aproximadamente 576 mil casos novos, e desses o melanoma apresenta incidência baixa (2.960 casos novos em homens e 2.930 em mulheres), porém de letalidade elevada. Esse tipo de tumor de pele é o menos frequente dentre outros tumores de pele, sendo mais frequente em populações caucasianas e expostas à radiação solar⁽¹²⁾. Seu prognóstico é bom para os tumores localizados, enquanto para melanomas metastáticos as atuais terapias não têm se mostrado eficazes. Assim, o diagnóstico e a intervenção precoces são importantes para reduzir a mortalidade⁽¹³⁾.

O prognóstico reservado que os sarcomas e melanomas em estágio avançado imprimem aos pacientes foi corroborado nos achados deste estudo, considerando-se que todos estavam sob cuidados paliativos. Tal fato motiva a reflexão sobre o acesso precoce ao tratamento do câncer no país, considerando-se o potencial de cura dos melanomas e sarcomas quando diagnosticados precocemente.

Estudo sobre atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama⁽¹⁴⁾ aponta problemas de acessibilidade à rede de saúde que variam desde o primeiro sintoma até a consulta, da primeira consulta até o acesso ao serviço de referência e ainda da primeira avaliação por esse serviço até o tratamento específico. Tais problemas repercutem diretamente na modalidade de tratamento e possibilidade de cura. Por vezes, o acesso aos serviços de saúde é tão tardio que implica uma abordagem do câncer em estágio avançado, muitas vezes sem possibilidade de cura. Nessas circunstâncias, o foco do tratamento é modificado e os cuidados paliativos são deliberados para o manejo da doença.

A Organização Mundial da Saúde⁽¹⁵⁾ define os cuidados paliativos como uma abordagem para a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que vivenciam uma doença que ameaça a vida, prevenindo e aliviando o sofrimento. Considerando-se que a abordagem à família destes pacientes é fundamental, a investigação do estado civil dos pacientes retratou que 31,04% eram solteiros ou viúvos, demandando

uma preocupação com o cuidado desses pacientes em seus domicílios. A família é um importante núcleo na formação de crenças, valores, conhecimentos do indivíduo e, em geral, as consequências do adoecimento são vivenciadas por toda a família. Assim, o paciente em cuidados paliativos, sem uma rede de apoio, sofre demasiadamente não só pela doença, mas também pela ausência de pessoas significativas que possam amparar seu cuidado no fim da vida⁽¹⁶⁾.

O estudo revelou que cerca de metade dos pacientes apresentavam comorbidades, mas apenas um quarto deles apresentava índices de comorbidade altos, o que denota um baixo risco de morte associada, sendo que desses pacientes apenas dois foram a óbito no período. Não houve também nenhuma associação do ICC com o NAS. Destaca-se que a literatura aponta que, com relação à presença de comorbidades e suas possíveis consequências adversas, as mesmas têm sido apontadas com importante fator prognóstico para pacientes com câncer, com efeitos relevantes acerca do tratamento e mortalidade desses pacientes⁽¹⁷⁾. Sendo assim importante considerar que a presença de comorbidades deve influenciar na tomada de decisão pela deliberação dos cuidados paliativos em pacientes com câncer, ainda que o estudo em tela não tenha corroborado os dados da literatura.

A variável ferida tumoral é resultante do franco processo de carcinogênese, e constitui um desafio para o gerenciamento de enfermagem. Sobretudo, no que tange à minimização dos sintomas relacionados, com demandas de controle de odor, do sangramento, da exsudação, da dor e do prurido⁽¹⁸⁾. Ainda que as feridas apresentem características que variem em estádios⁽⁸⁾, e que as mesmas demandem diferentes abordagens aos seus sintomas inerentes, não houve associação direta entre a carga de trabalho e o estadiamento das feridas tumorais em pacientes em cuidados paliativos no TOC. Tal fato pode estar associado ao número reduzido de observações ou ainda pela característica clínica da unidade.

Com relação à *performance status* (KPS), observou-se associação entre essa variável e os escores do NAS. Ou seja, quanto menor o valor do KPS, maior o escore do NAS médio nas 24 horas. O achado é corroborado pela literatura à medida que o KPS é considerado um bom instrumento para prever a sobrevivência de pacientes, guardando relação com a gravidade e qualidade de vida^(19,20). O KPS constitui uma importante ferramenta na tomada de decisão clínica.

O escore médio do NAS foi de 43,09%, com média de 49,73% na admissão e de 64,07% na alta/óbito. Esses valores médios de escore foram inferiores a uma série de estudos publicados na literatura nacional realizados em UTIs⁽²¹⁻²⁵⁾ e em unidade de alta dependência (51,47%)⁽²⁶⁾. Porém, nota-se que em unidades de internação clínica e cirúrgica de gastroenterologia⁽²⁷⁾ os valores do NAS são inferiores (31,9%) aos da unidade de TOC, ainda que a característica clínico-cirúrgica prevaleça em ambas. Tal achado guarda relação com a complexidade dos pacientes em cuidados paliativos, que ampliam a demanda de cuidados pela enfermagem, para além daquela esperada para a unidade. Observa-se uma aproximação do valor médio do NAS na unidade de TOC com os valores de estudos realizados em unidade de internação (47,31%)⁽²⁸⁾.

Estudo que analisou a associação de carga de trabalho de enfermagem e infecção hospitalar em UTI encontrou alta carga de trabalho de enfermagem, com escore médio NAS superior a outros estudos nacionais, de cerca de 82,0%⁽²⁹⁾. Ressalta-se, porém, que no presente estudo, a variável presença de infecção não foi considerada nos pacientes em cuidados paliativos, para fins de comparação, ainda que a mesma pudesse impactar no escore do NAS quando considerado o perfil cirúrgico da unidade clínico-cirúrgica como um todo. Os achados geram uma importante reflexão acerca do dimensionamento de pessoas da unidade. Considerando-se o valor médio de escore do NAS obtido neste estudo e que cada ponto do NAS corresponde a 0,24 horas, foram requeridas em média 10,34 horas de assistência de enfermagem por paciente nas 24 horas. A equipe lotada na unidade deve atender não somente aos 10 pacientes da unidade de TOC, mas aos 26 pacientes do andar clínico-cirúrgico, o que implica sobrecarga da equipe. Nota-se, ainda, que nos casos de saída da unidade (óbito/alta), a média dos escores chega a 64,07%, o que indicaria que o enfermeiro gasta 15,37 horas em um plantão com apenas um paciente. E em casos específicos de óbito, o escore médio atingiu 83,17%, porém a variável óbito não apresentou associação significativa com os valores do NAS, considerando-se o número pequeno de óbitos no período da coleta de dados.

As variáveis tipo de tumor, idade, índice de comorbidade, grau de ferida, tempo de permanência na unidade e suas possíveis associações com os escores do NAS não apresentaram resultados significativos, do ponto de vista estatístico. No que tange às variáveis tipos de tumor, índice de comorbidade e grau de feridas tumorais não há evidência disponível que permita comparação com os resultados obtidos. Já a variável idade e sua independência em relação aos escores do NAS corrobora resultados obtidos em outros estudos^(22,30).

Com relação aos resultados dos subitens do NAS, não foi possível estabelecer comparação com outros estudos da mesma natureza, considerando-se a especificidade da clientela de cuidados paliativos oncológicos e a ausência de publicações que utilizem o NAS em oncologia. Porém, observa-se que subitens como monitorização e controles, medicação e tarefas administrativas e gerenciais foram pontuados em 100% dos pacientes, o que denota a necessidade de vigilância e cuidados desses pacientes, tal como em outros estudos em unidades de terapia intensiva. Com relação às tarefas administrativas, destaca-se o tempo despendido na orientação de familiares quanto à deliberação de cuidados paliativos e suas consequências, até a transferência para a unidade VI do INCA, especializada nessa abordagem.

Alguns subitens não pontuados podem ser explicados pela peculiaridade da clientela, pois à medida que o KPS do paciente diminui, proporcionalmente aumenta a necessidade de suporte invasivo, porém os pacientes em cuidados paliativos não têm indicação clínica para intervenções dessa natureza. Ainda que tal fato contribua para a redução do escore do NAS desses clientes, destaca-se que o instrumento pode ser aplicado à clientela em questão.

Há uma necessidade de readequação quantitativa de pessoal, na medida em que, na unidade de TOC, o dimen-

sionamento considerou apenas sua característica clínico-cirúrgica, excluindo da análise fatores como: as possíveis demandas críticas dos pacientes e o frequente número de internações de pacientes em cuidados paliativos, circunstâncias que oneram sobremaneira a equipe. Um único paciente em cuidados paliativos pode consumir mais do que o tempo integral de plantão de um enfermeiro, dada a gravidade ve-lada de seu quadro e as demandas de cuidados dos mesmos e de suas famílias, uma vez que em cuidados paliativos cliente e família constituem uma unidade de tratamento⁽²⁾.

CONCLUSÃO

O NAS mostrou-se um instrumento passível de utilização em unidades clínicas oncológicas, com pacientes em cuidados paliativos. Os resultados apontam apenas uma associação entre a *performance status* de pacientes em cuidados paliativos com os valores médios do NAS. Os escores médios obtidos em sua implementação apontam sobrecarga de trabalho da enfermagem, ainda que nove de seus subitens não tenham recebido pontuação por quaisquer dos pacientes. Os escores do NAS dos pacientes do TOC em cuidados

paliativos foram próximos a muitos valores reportados na literatura para pacientes em unidades de internação clínicas e cirúrgicas. Os achados apontam para a necessidade de se rever o quadro de pessoal na unidade, considerando-se que o dimensionamento estabelecido não leva em conta as demandas específicas de pacientes em cuidados paliativos internados nos leitos clínicos e cirúrgicos da clínica de TOC, pois há ainda as demandas dos demais pacientes em terapia adjuvante e neoadjuvante que também se encontram internados na unidade.

O pequeno tamanho da amostra e o fato de o estudo ter sido realizado em uma única unidade clínica oncológica não especializada em cuidados paliativos representam limitações do estudo, bem como a inexistência de estudos nacionais e internacionais, já publicados, com associação de pacientes oncológicos e carga de trabalho segundo o NAS, o que prejudica uma comparação desses resultados com populações específicas, embora seja perceptível, através dos estudos supracitados, associação entre o NAS e outras populações, não exclusivas à Terapia Intensiva.

RESUMO

Objetivo: Verificar a carga de trabalho de enfermagem requerida por pacientes com câncer sob cuidados paliativos e possíveis associações entre as características demográficas e clínicas dos pacientes e a carga de trabalho de enfermagem. **Método:** Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, transversal, prospectivo, desenvolvido na clínica de Tecido Ósseo Conectivo (TOC) da Unidade II do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, com pacientes em cuidados paliativos. **Resultados:** A análise de 197 medidas do *Nursing Activities Score* (NAS) revelou um escore médio de 43,09% e uma associação entre a *performance status* de pacientes em cuidados paliativos com os valores médios do NAS. Os resultados do estudo apontam para a necessidade de redimensionamento da equipe da Unidade. **Conclusão:** O NAS mostrou-se um instrumento passível de utilização em unidades clínicas oncológicas, com pacientes em cuidados paliativos.

DESCRIPTORIOS

Enfermagem Oncológica; Carga de Trabalho; Cuidados Paliativos; Equipe de Enfermagem; Administração de Recursos Humanos em Hospitais.

RESUMEN

Objetivo: Verificar la carga laboral de enfermería requerida por pacientes con cáncer bajo cuidados paliativos y posibles asociaciones entre las características demográficas y clínicas de los pacientes y la carga laboral de enfermería. **Método:** Se trata de un estudio de abordaje cuantitativo, transversal, prospectivo, desarrollado en la clínica de Tejido Óseo Conectivo (TOC) de la Unidad II del Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, con pacientes en cuidados paliativos. **Resultados:** El análisis de 197 medidas del *Nursing Activities Score* (NAS) reveló un puntaje medio del 43,09% y una asociación entre el *performance status* de pacientes en cuidados paliativos con los valores medios del NAS. Los resultados del estudio señalan la necesidad de redimensionamiento del equipo de la Unidad. **Conclusión:** El NAS se mostró un instrumento pasible de utilización en unidades clínicas oncológicas, con pacientes en cuidados paliativos.

DESCRIPTORIOS

Enfermería Oncológica; Carga de Trabajo; Cuidados Paliativos; Grupo de Enfermería; Administración de Personal en Hospitales.

REFERÊNCIAS

1. Conley A, Trent JC. Sarcomas de partes moles. In: Hoff PMGP, editor. Tratado de oncologia. São Paulo: Atheneu; 2013. p. 2809.
2. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Cuidados paliativos [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2014 [citado 2014 jul. 22]. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=474
3. Almeida CSL, Sales CA, Marcon SS. The existence of nursing in caring for terminally ill life: a phenomenological study. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2014 [cited 2014 July 22];48(1):34-40. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n1/0080-6234-reeusp-48-01-34.pdf>
4. Silva MM, Moreira MC, Leite JL, Erdmann AL. Nursing work at night in palliative oncology care. Rev Latino Am Enfermagem [Internet]. 2013 [cited 2014 July 22];21(3):773-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n3/0104-1169-rlae-21-03-0773.pdf>

5. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEn-293/2004. Fixa e estabelece Parâmetros Para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nas Unidades Assistenciais das Instituições de Saúde e semelhantes [Internet]. Brasília: COFEn; 2004 [citado 2014 dez. 12]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-2932004_4329.html
6. Charlson ME, Pompei P, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis.* 1987; 40(5):373-83.
7. Karnofsky DA, Burchena JH. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. In: Macleod CM. Evaluation of chemotherapeutic agents. New York: Columbia University; 1949. p.199-205.
8. Queijo AF, Padilha KG. Nursing Activities Score (NAS): cross-cultural adaptation and validation to Portuguese language. *Rev Esc Enferm USP.* 2009;43(n.spe):1018-25.
9. Haisfield-Wolfe ME, Baxendale-Cox LM. Staging of malignant cutaneous wounds: a pilot study. *Oncol Nurs Forum.* 1999;26(6):1055-64.
10. Van der Graaf WT, Gelderblom H. New systemic therapy options for advanced sarcomas. *Curr Treat Options Oncol.* 2012;13(3):306-17.
11. Ducimetière F, Lurkin A, Ranchère-Vince D, Decouvelaere AV, Pèoc'h M, Istier L, et al. Incidence of sarcoma histotypes and molecular subtypes in a prospective epidemiological study with central pathology review and molecular testing. *PLoS One* 2011;6(8):e20294.
12. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2014.
13. Silva VPM, Nunes DH, Ikino JK, Giunta GD, Sens MM. Características dermoscópicas de melanomas finos: um estudo comparativo de melanoma in situ e melanomas invasivos menores ou iguais a 1 mm. *Anais Bras Dermatol.* 2013;88(5):712-7.
14. Trufelli DC, Miranda VC, Santos MBB, Fraile NMP, Pecoroni PG, Gonzaga SFR, et al. Análise do atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em um hospital público. *Rev Assoc Med Bras.* 2008;54(1):72-6.
15. World Health Organization. National Cancer Control Programmes. Policies and managerial guidelines. 2nd ed. Geneva: WHO; 2001.
16. Inocenti A, Rodrigues IG, Miaso AI. Vivências e sentimentos do cuidador familiar do paciente oncológico em cuidados paliativos. *Rev Eletr Enf [Internet].* 2009 [citado 2015 maio 16];11(4):858-65. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n4/pdf/v11n4a11.pdf
17. Smith AW, Reeve BB, Bellizzi KM, Harlan LC, Klabunde CN, Amsellem M, et al. Cancer, comorbidities, and health-related quality of life of older adults. *Health Care Financ Rev.* 2008;29(4):41-56.
18. Probst S, Arber A, Faithfull S. Malignant fungating wounds: the meaning of living in an unbounded body. *Eur J Oncol Nurs.* 2013;17(1):38-45.
19. Fairchild A, Debenham B, Danielson B, Huang F, Ghosh S. Comparative multidisciplinary prediction of survivor in patients with advanced cancer. *Support Care Cancer.* Comparative multidisciplinary prediction of survival in patients with advanced cancer. 2014;22(3):611-7.
20. Lam K, Chow E, Zhang L, Wong E, Bedard G, Fairchild A, et al. Determinants of quality of life in advanced cancer patients with bone metastases undergoing palliative radiation treatment. *Support Care Cancer.* 2013;21(11):3021-30.
21. Nogueira LS, Koike KM, Sardinha DS, Padilha KG, Sousa RMC. Nursing workload in public and private intensive care units. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2013;25(3):225-32.
22. Leite IRL, Silva GRF, Padilha KG. Nursing Activities Score and demand of nursing work in intensive care. *Acta Paul Enferm.* 2012;25(6):837-43.
23. Coelho FUA, Queijo AF, Andolhe R, Gonçalves LA, Padilha KG. Carga de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva de Cardiologia e fatores clínicos associados. *Texto Contexto Enferm.* 2011;20(4):735-41.
24. Padilha KG, Sousa RMC, Garcia PC, Bento ST, Finardi EM, Hatarashi RHK. Nursing workload and staff allocation in an intensive care unit: a pilot study according to Nursing Activities Score (NAS). *Intensive Crit Care Nurs.* 2010;26(2):108-13.
25. Queijo AF, Martins RS, Andolhe R, Oliveira EM, Barbosa RL, Padilha KG. Nursing workload in neurological intensive care units: cross-sectional study. *Intensive Crit Care Nurs.* 2013;29(2):112-6.
26. Lima MKF, Tsukamoto R, Fugulin MFT. Aplicação do Nursing Activities Score em pacientes de alta dependência de enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2008;17(4): 638-46.
27. Panunto MR, Guirardello EB. Nursing workload at a gastroenterology unit. *Rev Latino Am Enfermagem.* 2009;17(6):1009-14.
28. Brito AP, Guirardello EB. Nursing workload in the intensive care unit of a teaching hospital. *Rev Latino Am Enfermagem.* 2011;19(5):1139-45.
29. Daud-Gallotti RM, Costa SF, Guimarães T, Padilha KG, Inoue EM, Vasconcelos TN, et al. Nursing workload as a risk factor for healthcare associated infections in ICU: a prospective study. *Plos One.* 2012;7(12):e52342.
30. Gonçalves LA; Padilha KG. Fatores associados à carga de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Esc Enferm USP.* 2007;41(4):645-52.

Apoio financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ). Processo nº 552664/2011-1. Concessão de Bolsa de Pós-Doutorado Junior – PDJ de Patrícia dos Santos Claro Fuly, Processo nº 151502/2013-7.
