

OCORRÊNCIA DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM SÍNDROME DE TERMINALIDADE EM PACIENTES ONCOLÓGICOS

Antonia Rios Almeida¹ ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1615-5042>

Rosimere Ferreira Santana¹ ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4593-3715>

Dayana Medeiros do Amaral² ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6726-7138>

Daniel Espírito Santo da Silva³ ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9011-9571>

Objetivo: identificar o diagnóstico de enfermagem Síndrome de Terminalidade em pacientes em cuidados paliativos oncológicos. **Método:** estudo clínico transversal desenvolvido no Instituto Nacional do Câncer - INCA, com 217 pacientes. **Resultados:** maioria do sexo feminino (57,1%), idade 61 a 70 (33,6%), câncer de orofaringe (23,6%) e mama (23,4%). Os principais diagnósticos encontrados como componentes da síndrome foram: Dor crônica (83,9%); Náusea (76%) e Nutrição desequilibrada: menor que as necessidades corporais (76%); Fadiga (75,5%); Ansiedade (72,0%); Padrão respiratório ineficaz (44,0%); Conforto prejudicado (53,4%); Sofrimento espiritual (42,0%); Constipação (49,0%); Distúrbio do padrão do sono (28,5%). Como fatores relacionados: Cuidados paliativos (100%) e Doença em estágio avançado (100%) **Conclusões:** estudo demonstrou a ocorrência da Síndrome de terminalidade de modo simultâneo e em conjunto. Com isso, o enfermeiro tem em seu processo de enfermagem um diagnóstico sindrômico que proporciona julgamento clínico acurado em cuidados paliativos.

Descritores: Cuidados paliativos; Diagnóstico de enfermagem; Enfermagem.

OCURRENCE OF NURSING DIAGNOSIS TERMINALITY SYNDROME IN ONCOLOGICAL PATIENTS

Objective: to identify the nursing diagnosis Terminality Syndrome in patients in oncologic palliative care. **Methods:** cross-sectional study developed at the National Cancer Institute - INCA with 217 patients. **Results:** female (57.1%), age 61-70 (33.6%) oropharynx cancer (23.6%) breast (23.4%). The main diagnoses found as syndrome components were: Chronic pain (83.9%); Nausea (76%) and Unbalanced Nutrition: lower than body needs (76%); Fatigue (75.5%), Anxiety (72.0%), Ineffective respiratory pattern (44.0%); Impaired comfort (53.4%), Spiritual distress (42.0%), Constipation (49.0%); Sleep pattern disturbance (28.5%). As related factors: Palliative care (100%) and advanced disease (100%). **Conclusion:** study demonstrated the occurrence of terminality syndrome simultaneously and in conjunction.

Descriptors: Palliative Care; Nursing Diagnosis; Nursing.

OCURRENCIA DEL SÍNDROME DE TERMINALIDAD DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

Objetivo: identificar el diagnóstico de enfermería Síndrome de Terminalidad en pacientes en cuidados paliativos oncológicos. **Método:** estudio clínico transversal desarrollado en el Instituto Nacional del Cáncer - INCA con 217 pacientes. **Resultados:** (99,5%) estaba en etapa avanzada de la enfermedad, sexo femenino (57,1%), edad 61 a 70 (33,6%), cáncer de orofaringe (23,6%) mama (23,6%). Los principales diagnósticos encontrados como componentes del síndrome fueron: náuseas (76%) y nutrición desequilibrada: menor que las necesidades corporales (76%), dolor crónico (83,9%), fatiga (75,5%), ansiedad (72,0%), patrón respiratorio ineficaz (44,0%), confort perjudicado (53,4%), sufrimiento espiritual (42,0%), constipación (49,0%), trastorno del patrón en sueño (28,5%), como factores relacionados: Cuidados paliativos (100%) y Enfermedad en etapa avanzada (100%). **Conclusiones:** estudio demostró la ocurrencia del Síndrome de terminalidad de modo simultáneo y en conjunto. Así el enfermero tiene en su proceso de enfermería un diagnóstico sindrômico que proporcionará juicio clínico acurado en cuidados paliativos.

Descriptor: Cuidados paliativos; Diagnóstico de enfermeira; Enfermería.

¹Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa - Universidade Federal Fluminense, RJ

²Hospital Placi Cuidados Extensivos, Rio de Janeiro, RJ.

³Hospital do Câncer, Rio de Janeiro, RJ.

Autor Correspondente: Antonia Rios Almeida Email: antonia.rios.prof@gmail.com

Recebido: 25/06/2019

Aceito: 29/01/2020

INTRODUÇÃO

O diagnóstico de enfermagem pode ser conceituado como julgamento clínico das respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos problemas de saúde.¹ O diagnóstico de síndrome é conceituado como julgamento clínico relativo a um agrupamento de diagnósticos de enfermagem, sendo mais bem tratados em conjunto e por meio de intervenções similares.⁽¹⁾ A abordagem sindrômica busca a integração de diagnósticos de enfermagem que quando abordados concomitantes podem oferecer excelência na assistência de enfermagem.

O Cuidado Paliativo é o processo de cuidado voltado para o indivíduo que tem o diagnóstico de uma doença incurável que ameace a vida, que deve ser visto na sua totalidade, e visa melhorar sua qualidade de vida perante o sofrimento da doença avançada. Essa assistência é prestada ao paciente e seus familiares, por meio da prevenção, alívio da dor e de outros sintomas, e devem abranger seu estado físico, psicossocial e espiritual.⁽²⁻³⁾

A terminalidade são supostamente designados aos pacientes com tempo de vida de meses. O processo de fim de vida ou processo ativo da morte tem como prognóstico de semanas a dias. Ainda não se tem uma literatura que possa, de fato, definir com clareza os termos de terminalidade e fim de vida.⁽²⁾

Segundo o Manual de Oncologia Clínica (2017),⁽²⁾ os indivíduos com doença em fim de vida normalmente desenvolvem sintomas físicos, psicológicos, sociais e espirituais como: emagrecimento súbito, dor, fadiga, dispnéia, delírio, depressão, entre outros. E, nas últimas 72 horas, o indivíduo pode apresentar indicadores clínicos clássicos como inapetência, confusão mental, acúmulo de secreção de vias aéreas superiores, cianose, olhos ressecados, falta de ar e xerostomia.^(4,5)

Logo, a importância da avaliação dos sinais e sintomas, a mensuração conta com a aplicação de algumas escalas como: Performance Scale (PS), Escala de Zumbrod (ECOG) que avalia cinco critérios de desempenho do paciente os resultados. A Escala de Karnofsky avalia o estado clínico do paciente em relação as atividades por ele realizadas, onde 100% está com atividades normais e 10% moribundo e morte iminente; Escala de Edmonton avalia: dor, cansaço, padrão de sono, náusea, inapetência, dispnéia, tristeza, ansiedade e bem estar, numa escala de 0 a 10, a escolha do 10 é a pior sensação possível. Aplicadas juntas para avaliar a capacidade funcional do paciente para indicação de terapia e curso da doença.⁽⁵⁻⁷⁾ No entanto, na fase seguinte de determinação diagnóstica há uma lacuna de uma proposta diagnóstica que auxilie na determinação conjunta desses vários problemas investigados e presentes conjuntamente.

Esclarecer e comunicar o desenvolvimento do processo da terminalidade/deterioração da doença é de suma importância, pois a priorização é fazer com que o indivíduo consiga viver profundamente cada dia com a melhor qualidade possível, e que seus familiares possam enfrentar melhor o luto após a sua morte. A demanda do cuidar deve estar ligada a equipe multidisciplinar. Normalmente, o enfermeiro é a frente do cuidado terapêutico.^(4,8)

O diagnóstico de enfermagem Síndrome de terminalidade definido como "Estado de deterioração de um conjunto de sinais e sintomas físicos, psicológico, social e espiritual do indivíduo decorrente do agravo da doença. Apresenta como características definidoras: Dor crônica (00133), Distúrbio no padrão de sono prejudicado (00198), Náusea (00134), Nutrição desequilibrada: menor que as necessidades corporais (00002), Ansiedade (00146), Fadiga (00093), Padrão respiratório ineficaz (00032), Conforto prejudicado (00214), Sofrimento espiritual (00066), Termorregulação ineficaz (00008), Constipação (00011), Diarreia (00013), Confusão aguda (00128), retenção urinária (00023), pesar (00136).⁽¹⁾ E outros fatores relacionados: cuidados paliativos, cuidados ao fim de vida, doenças crônicas em estágio avançado e incapacidade física crônica; A população de risco foi: idosos; e Condições associadas: doenças crônicas que ameaçam a vida, agravamento da doença, mobilidade prejudicada, prejuízo músculo esquelético e circulação prejudicada.

Para tanto, elaborou-se como **Pergunta de pesquisa:** Qual a ocorrência do diagnóstico da Síndrome de terminalidade em pacientes de cuidados paliativos oncológicos? **Objetivo:** Identificar na população amostral a prevalência do diagnóstico de enfermagem de Síndrome de terminalidade.

MÉTODO

Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo clínico transversal.

Amostra

Para o cálculo amostral, levou-se em conta o número de pacientes atendidos na instituição, no período de seis meses. Considerando-se uma seleção por amostragem aleatória simples e margem de erro de no máximo 5%, o tamanho total da amostra estimado pelo tamanho da população foi dado pela fórmula:

Figura 1 - Fluxograma dos pacientes elegíveis

$$n = \frac{z^2 pq}{d^2} \div \left(1 + \frac{z^2 pq}{Nd^2} \right)$$

No presente caso, determinou-se um intervalo de confiança de 95%, cujo valor correspondente a esta área na curva normal é de 1,96, devido à insuficiência preliminar de estimativa para as proporções desejadas, o produto foi substituído pelo seu valor máximo: 0,25 e d refere-se à margem de erro (no caso, 0,05). Assim, o tamanho da amostra de estudo estimada para este trabalho é de 257 pacientes.

Seleção

Critérios de inclusão: indivíduos com idade maior ou igual de 18 anos; com abordagem em cuidado paliativo oncológico descrito em prontuário; com ou sem tratamento curativo prévio. Exclusão: Pacientes com impossibilidade terapêutica de completar a entrevista e ausência de familiares ou cuidadores na presença da entrevista.

Local de estudo

O estudo foi realizado em duas unidades do Hospital Federal do Ministério da Saúde Instituto Nacional do Câncer José Alencar Silva - INCA (Unidade HC-I). O HC I é a principal unidade hospitalar do INCA e a de maior complexidade tecnológica, estruturado para atender doentes de todas as modalidades de câncer. Dispõe atualmente de 168 leitos, com uma área de 33.000 m².

O segundo local de estudo é uma unidade de posto avançado do Instituto Nacional do Câncer (unidade HC IV) - referência em cuidados paliativos, responsável pelo atendimento ativo e integral aos pacientes encaminhados de outras unidades do Instituto com câncer avançado, sem possibilidades de tratamento modificador da doença. O HC IV trabalha com equipes multiprofissionais e conta com estrutura para a prestação de consultas ambulatoriais, visitas domiciliares, internação e serviço de pronto atendimento. Possui 52 leitos para internação.

Coleta de dados

O instrumento de coleta de dados trata-se de um formulário com a descrição dos itens de avaliação para cada característica definidora do Diagnóstico de enfermagem síndrome de terminalidade proposto, ele contempla as escalas de avaliação clínica do paciente que já são utilizadas na unidade e na prática clínica de oncologia.

A sua elaboração foi realizada após duas revisões integrativas: uma para busca dos principais diagnósticos de enfermagem⁽¹⁾ e a outra sobre as definições conceituais e operacionais de cada item componente do diagnóstico, que operacionalizou a construção do instrumento com reuniões do grupo de pesquisa e pelo teste piloto realizado.

O instrumento foi composto por 20 diagnósticos de enfermagem, e suas características definidoras relacionados as problemáticas físicas, psíquicas, sociais e espirituais do

paciente e familiares em cuidados paliativos oncológicos. Estruturado para respostas de sim e não. Aplicado em forma de entrevista com duração de 1 uma hora e meia.

Análise dos Dados

Os dados coletados foram inseridos em uma planilha do software 2016, disponibilizado gratuitamente e eletronicamente pelo google drive, composta por 20 diagnósticos de enfermagem e 462 características definidoras. Seguiu-se a etapa de painel de avaliadores para fazer a inferência diagnóstica dos 20 diagnósticos de enfermagem aplicados pelo instrumento, foi feito por três experts: uma da área de sistematização da assistência de enfermagem e duas especialistas em cuidados paliativos oncológicos. Depois de consenso de inferência da presença dos diagnósticos, os resultados foram analisados pelo programa Statistical Package for the Social Science (SPSS), versão 22.0, e pelo software R, versão 3.2.1.

Aspectos Éticos

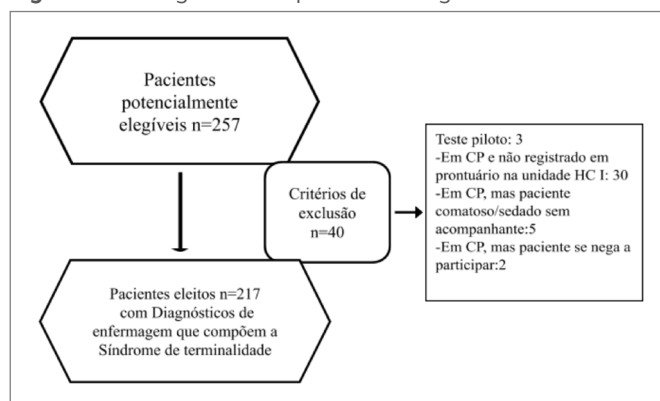
O estudo atende a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa do: Hospital Universitário Antônio Pedro - HUAP-RJ e do Instituto Nacional do Câncer- INCA unidade HC I e HC IV. Número CAAE: 85415618.0.3001.5274. Com três pareceres, seguindo respectivamente as numerações na ordem 2.847.972, 2.877.336, 2.990.007.

RESULTADOS

Participantes

A Figura 1 apresenta o fluxograma dos 257 pacientes abordados no estudo e os motivos de exclusão para obtenção de 217 pacientes elegíveis.

Figura 1 - Fluxograma dos pacientes elegíveis



Perfil sociodemográfico e clínico

A Tabela 1: perfil da população de estudo de cuidados paliativos oncológicos das unidades do Instituto Nacional do Câncer HC I e HC IV.

Tabela 1 - Variáveis sociodemográficas e clínicas das Unidades HC I e HC IV- Rio de Janeiro, 2019.

Variáveis	HC - I n (%)	HC- IV n (%)	Total n (%)
Participantes	39 (18,0)	178 (82,0)	217 (100)
Sexo			
Feminino	23(10,6)	101(46,5)	124(57,1)
Masculino	16(7,4)	77(35,5)	93(42,9)
Idade			
20-30	4 (0,9)		
31-40	13 (0,6)		
41-50	25(11,5)		
51-60	53(24,4)		
61-70	73(33,6)		
71-80	31(14,2)		
81-93	18(0,8)		
Diagnóstico Médico			
Orofaringe*	4(10,2)	24(13,4)	
Mama*	5(12,8)	19(10,6)	
Colo de útero*		12(0,7)	
Útero *	6(15,3)	11(0,6)	
Estômago estágio IV*		9(0,5)	
Cólon*		7(0,4)	
Ovário*		6(0,3)	
Local de metástase			
Localmente avançado*	9(23,0)	57(32,0)	
Sistema Nervoso			
Central (SNC)*		16(0,9)	
Pulmonar*	2 (0,5)	13(0,7)	
Óssea*	4(10,2)	12 (0,7)	
Tratamento prévio			193(89,0)
Quimioterapia**	17(8,8)	48(24,9)	
Radioterapia**	12(6,2)	124(64,2)	
Cirurgia**	21(10,9)	104(58,4)	

*Principais diagnósticos médicos e locais de metástases;
 **participantes que realizaram itens concomitantes.

A maioria dos participantes foram do sexo feminino em ambas as unidades hospitalares HC I (10,6%), HC IV (46,5,0%) e idade com maior percentual foi 61-70 (33,6%). Outro dado importante, foi fator de risco do uso de tabaco com (18%). Importante destacar outras características clínicas relevantes presentes nos pacientes em CP: sudorese presente em 26,7%; secreção de vias aéreas superiores 36,4%; 12,4% de presença de sibilos. Entre as comorbidades mais presentes, foram hipertensão com (85%) e diabetes com (32,1%).

Tabela 2 - Uso de dispositivos invasivos pelos participantes do estudo. Rio de Janeiro, 2019.

Variáveis	HC I n (%)	HC IV n (%)	Total (%)
Dispositivos invasivos			
Cateter Vesical de Demora	19 (25,3)	56(74,7)	75 (34,5)
Via de acesso para medicamentos			
Periférico	35(16,1)	154(71)	189 (87,1)
Central	4 (1,8)	9(4,1)	13 (0,6)
hipodermoclise		15(6,9)	15(6,9)
Medicamentos para analgesia			
Morfina de horário*	19 (9,3)	138(67,6)	
Dripping de morfina*	8(3,9)	13 (6,4)	
Tramal*	7(3,4)	9(4,4)	
Dripping de morfina/midazolam*		10(4,9)	

*medicamentos utilizados em ambas as unidades hospitalares.

Demais medicações prescritas com menor grau de ocorrência foram: oxicodona, pregabalina, gabapentina, metadona, escopolamina, paracetamol, escopolamina e fentanil.

Tabela 3 - Variáveis das escalas de ECOG (escala de Zubrod) e Karnofsky (KPS), avaliação clínica utilizadas na assistência de oncologia. Rio de Janeiro-2019

Variáveis	HC I (n%)	HC IV (n%)	Total
PS			
4	14(6,5)	44(20,5)	58(27,0)
2	13(6,0)	60(27,9)	73(33,9)
3	11(5,1)	73(34,0)	84(39,1)
1	1(0,2)	1(0,2)	2 (0,4)
KPS			
40	9(4,2)	42(19,5)	51 (23,7)
50	7(3,3)	30(14,0)	37(17,3)
20	6(2,8)	29(13,5)	35(16,3)
10	6(2,8)	13(6,0)	19(8,8)
60	6(2,8)	29(13,5)	35(16,3)
30	4(1,9)	34(15,8)	38(17,7)
70	1(0,2)	1(0,0)	2(0,2)

As escalas já utilizadas na prática clínica de oncologia para avaliação de sinais e sintomas e sobrevida dos pacientes.

Componentes da Síndrome de Terminalidade

Nas Tabelas seguintes apresentam-se os componentes estruturais da Síndrome da Terminalidade.

Tabela 4 - Características definidoras da Síndrome de Terminalidade. Rio de Janeiro, 2019

Características definidoras	HC I n (%)	HC IV n (%)	Total
Dor crônica	35 (19,2)	147 (80,8)	182(89,9)
Náusea	34 (20,6)	131(79,4)	165(76)
Nutrição desequilibrada: menor que as necessidades corporais	34 (20,6)	131(79,4)	165(76)
Fadiga	32 (19,5)	132(80,5)	164(75,5)
Ansiedade	24 (15,4)	132(84,6)	156(72,0)
Mobilidade física prejudicada	30 (19,6)	123(80,4)	153(48,3)
Conforto prejudicado	24 (20,7)	92(79,3)	116(42,0)
Constipação	15 (14,2)	91(85,8)	106(49,0)
Integridade tissular prejudicada	23 (21,9)	82(78,1)	105(49,0)
Padrão respiratório ineficaz	25 (26,3)	70(73,7)	95(44,0)
Sofrimento espiritual	16 (17,6)	75(82,4)	91(42,0)
Integridade da membrana da mucosa oral prejudicada	21 (26,6)	58(73,4)	79(36,4)
Confusão aguda	16 (23,9)	51(76,1)	67(31,0)
Distúrbio do padrão de sono	16 (25,8)	46(74,2)	62(28,5)
Termorregulação ineficaz	8 (15,1)	45(84,9)	53(24,4)
Volume de líquido excessivo	12 (23,1)	40(76,9)	52(24,0)
Pesar	7 (14,9)	40(85,1)	47(22,0)
Retenção urinária	11 (45,8)	13(54,2)	24(11,0)
Enfrentamento familiar comprometido	5 (22,7)	17(77,3)	22(10,1)
Diarreia	9 (56,3)	7(43,8)	16(0,7)

Portanto, observa-se a gama de diagnósticos que ocorrem em conjunto nos pacientes em cuidados paliativos no fim da vida, que se abordados em síndrome, podem melhor expressar o cuidado de enfermagem do que isoladamente.

Tabela 5 - Fatores relacionados, população de risco, condições associadas do diagnóstico de enfermagem Síndrome de Terminalidade. Rio de Janeiro, 2019

Variáveis	HC I n (%)	HC IV n (%)	Total
Fatores relacionados			
Cuidados paliativos	39(18,0)	178(82,0)	217(100,0)
Doenças crônicas em estágio avançado	39(18)	178(82)	217(100,0)
Incapacidade física crônica	34(16,1)	177(83,9)	211(97,2)
População de Risco			
Idosos	29 (18,5)	128(81,5)	157(72,3)
Condições associadas			
Cuidados ao fim da vida	35 (19,0)	149(81,0)	184(85,0)

A população amostral tem 100% do fator relacionado: cuidados paliativos nas duas unidades hospitalares.

DISCUSSÃO

O diagnóstico de Síndrome de terminalidade foi evidenciado na população com alta ocorrência, portanto, seu uso na prática pode favorecer o raciocínio clínico do enfermeiro. Perante a detecção de variados sinais e sintomas do paciente oncológico, em fim de vida, detectados pelas escalas amplamente utilizadas, mas que, no entanto, não se articulavam com a linguagem padronizada de enfermagem.

O manejo e controle de sintomas pautado em intervenções que direcionam a resolutividade do diagnóstico sindrômico proporcionam um raciocínio holístico, abrangente e integral, assim como preconizado no cuidado paliativo. Apesar de existir na literatura a descrição do agrupamento de sinais e sintomas em cuidados paliativos, chamado de "cluster",⁽¹²⁾ um método de análise fatorial para ver a ocorrência simultânea dos sinais e sintomas em várias fases do câncer, sua organização em um Diagnóstico de enfermagem ainda não havia sido proposta. Por isso, a proposta de um Diagnóstico de Síndrome que abarque o raciocínio clínico de modo mais preciso e acurado a deterioração física, psíquica, social que o paciente está sujeito a desenvolver.

Como a Nutrição desequilibrada: menor que as necessidades corporais impactam no desenvolvimento de uma série de outros problemas físicos, como aumento da fadiga, problemas sociais e psicológicos. O paciente quando

está na fase de inapetência sente-se psicologicamente demovido por não conseguir fazer ao menos uma refeição ou terminar o que foi ofertado. Os familiares também se mostram apreensivos quando o ente querido não está conseguindo fazer suas refeições principais.⁽¹³⁻¹⁴⁾

Esse um momento em que se fazem muitas perguntas sobre a alimentação artificial por cateter nasoenteral. Estudos vêm reproduzindo que nos últimos dias de vida não há benefício de qualidade de vida. Porém, existem alguns que demonstram controvérsias. Mas de fato, a maioria corrobora para a não alimentação artificial.⁽¹⁴⁾

Outro diagnóstico presente foi o Padrão respiratório ineficaz caracterizado pela presença de falta de ar, tosse, secreção de vias áreas superiores, fadiga, ansiedade, alteração do humor, presença de ronco, sibilos, estertores a ausculta pulmonar. Cerca de 70% da população com diagnóstico de câncer avançado apresenta dispneia, como uma experiência subjetiva de desconforto respiratório, mesmo aqueles que inicialmente não tiveram dispneia poderão apresentar ela nos seus 4 últimos dias de vida.⁽¹⁵⁾

Os participantes tiveram a ansiedade caracterizada por uma sensação de mal-estar, seguida de sentimento de apreensão causada pela antecipação de um perigo. Sofreram com a ansiedade causada pelo medo de sentir dor, proximidade da morte e de ver o seu familiar sofrer. Em um estudo, que abordou o controle da dor sob aspectos psicológicos, o estresse emocional, a ansiedade, sofrimento e a fadiga estiveram presentes em 59%.⁽¹⁶⁾

A população brasileira e muitos países em desenvolvimento não são frequentemente educados para discussão de qualidade de morte e CP. O cenário de CP já evolui em alguns anos, o Brasil está em 42º do rank que trata de qualidade de morte no mundo. Esse fato se deve ao não reconhecimento por parte também dos próprios profissionais de saúde, por não conseguirem lidar com o fato de que a morte faz parte do processo de vida e busca-se excessivos esforços para manter o paciente vivo, isso pode ser um fator contribuinte para baixo índice do diagnóstico de Sofrimento espiritual e Enfrentamento familiar prejudicado.⁽¹⁷⁾

Como vimos, a literatura corrobora que o sintoma de dor está significativamente associado ao desencadeamento da ansiedade, assim como da fadiga. Logo, a dor é um sintoma importante para o desenvolvimento da Síndrome de terminalidade, pois o mal controle desencadeia os demais sintomas.¹⁶ Isso reitera a importância do raciocínio do enfermeiro em cuidados paliativos oncológico de modo sindrômico.^(18,219)

Na amostra, a unidade do HC I em uso de dripping de morfina foi de 20,5%, enquanto que com morfina de

horário foi de 49,0%, demonstrando que os pacientes estão em condições clínicas complexas. Para a realização das medicações, foram utilizadas as vias de acesso periférica, central e por hipodermóclise. O HC I com 90,0% dos acessos periféricos e 10,2% sendo centrais, demonstrando o perfil da unidade que conta com alta tecnologias para a complexidade de tratamentos modificadores da doença. No entanto, observou-se que no HC IV, referência em CP oncológico, também houve um percentual considerável de 86,5% na utilização da via periférica e de 0,5% de acesso central. Esse último valor se explica pelo fluxograma da própria instituição, que recebe pacientes das suas outras unidades, como do HC I. A via mais indicada para os pacientes em cuidados paliativos oncológicos é a via hipodermóclise, quando a via oral não pode ser mais utilizada.⁽⁸⁾

Dentre os fatores relacionado para a determinação do diagnóstico de síndrome de terminalidade, destaca-se Cuidados Paliativos e doença avançada, que pode ser sustentado pelos valores das escalas de ECOG (escala de Zubrod- PS) e Karnofsky (KPS), na qual o PS de 4 com (36,0%) e KPS de 40 com (23,0%), caracterizando cenários de cuidados paliativos em fim de vida.⁽²⁰⁾

Como limitação do estudo tem-se a própria dos estudos transversais que determina o retrato do paciente naquele momento, e sabe-se que o paciente em cuidados paliativos oncológicos pode sofrer variações ao longo do processo de fim de vida, com manifestação dos sinais e sintomas.

CONCLUSÃO

Os dados da amostra demonstram alta ocorrência do diagnóstico de enfermagem que compõem a Síndrome de terminalidade, que junto com a literatura fortalece a discussão da presença em forma de cascata, simultânea e, contudo, sindrômica. Como por exemplo, quando se trata da dor, as medicações prescritas podem ocasionar constipação, ao tratar a constipação pode desencadear diarreia, que ocasionará aumento da dor, da ansiedade e de outros sinais e sintomas. Contudo, ao abordar a terminalidade sob a perspectiva de uma Síndrome, pode contribuir para o enfermeiro declarar suas intervenções de modo holístico, ampliando junto com a equipe multidisciplinar, a promoção do conforto e qualidade de vida para o paciente.

Financiamento e Agradecimentos: A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), em parceria com o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), edital 27/2016. Não existe conflitos de interesse por parte dos autores e instituição.

REFERÊNCIAS

1. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificações 2018-2020/ NANDA internacional; Organizadoras: T. Healthier Herdman, Shigemi Kamitsuru; tradução: Regina Machado Garcez; revisão técnica: Alba Lucia Bottura Leite de Barros [et. al.] Porto Alegre: Artmed, 2015. xx, 468p. il. 23 cm. p. 16.
2. Manual de residência de cuidados paliativos. Abordagem multidisciplinar. Vários editores. Barueri-SP. Ed. Manole, 2018.
3. Organização Mundial da Saúde (OMS). 2017. <http://www.who.int/eportuguese/partners/pt/>. Acesso em 21/05/2017.
4. Manual de Oncologia Clínica do Brasil (MOC): Cuidados paliativos. 2017. Editores: Ferriani AM, Prado BL. Editores da série MOC: Buzaid AC, Maluf FC.
5. Campbell ML. Nurse to nurse: Cuidados paliativos em enfermagem. Tradução: Ritomy M. Revisão técnica: Ambrosini L, Vieira RW. Porto Alegre: AMGH Ltda; 2011.
6. ECOG-Acrin- Cancer Research Group: Reshaping the future of patient care. 2017. cited 2018 march 10; Available from: <http://ecog-acrin.org/resources/ecog-performance-status>.
7. Monteiro DR, Almeida MA, Kruse MHL. Tradução e adaptação transcultural do instrumento Edmonton Symptom Assessment System para uso em cuidados paliativos. Rev. Gaúcha Enferm. [Internet]. 2013 June [cited 2018 Mar 10]; 34(2): 163-171. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000200021&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000200021>.
8. Silva RS, Amaral JB, Malagutti W. Enfermagem em cuidados paliativos: cuidando para uma boa morte. São Paulo: Martinari; 2019.
9. Field AP. Discovering Statistics Using SPSS (Introducing Statistical Methods series). London, England: SAGE, 2009.
10. Triola MF. Introdução à Estatística. 10. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2011.
11. Medronho RA et al. Epidemiologia. 2ª ed. São Paulo: Atheneu, 2009
12. Ward Sullivan C, Leutwyler H, Dunn LB, Miaskowski C. A review of the literature on symptom clusters in studies that included oncology patients receiving primary or adjuvant chemotherapy. J Clin Nurs. 2018 Feb;27(3-4):516-545. doi: 10.1111/jocn.14057. Epub 2017 Oct 10. PubMed PMID: 28859255; PubMed Central PMCID: PMC5823712. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5823712/>
13. Hui D, Dev R, Bruera E. The last days of life: symptom burden and impact on nutrition and hydration in cancer patients. Curr Opin Support Palliat Care. 2015 Dec;9(4):346-54. doi: 10.1097/SPC.0000000000000171. PubMed PMID: 26509860; PubMed Central PMCID: PMC4792116. Web 2019 may 26. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4792116/>
14. Cooper C, Burden ST, Cheng H, Molassiotis A. Understanding and managing cancer-related weight loss and anorexia: insights from a systematic review of qualitative research. J Cachexia Sarcopenia Muscle. 2015 Mar;6(1):99-111. doi: 10.1002/jcsm.12010. Epub 2015 Mar 31. PubMed PMID: 26136417; PubMed Central PMCID: PMC4435102. Web 2019 may 26. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4435102/>
15. Bausewein C, Simon ST. Shortness of breath and cough in patients in palliative care. Dtsch Arztebl Int. 2013 Aug;110(33-34):563-71; quiz 572. doi: 10.3238/arztebl.2013.0563. Epub 2013 Aug 19. PubMed PMID: 24069091; PubMed Central PMCID: PMC3782037. Web 2019 may 26. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3782037/>.
16. Syrjala KL et. al. Psychological and Behavioral approaches to cancer pain management. Journal of Clinical Oncology 32, no. 16 (June 1 2014) 1703-1711. DOI: 10.1200/JCO.2013.54.4825. Web 2019 may 26. Available from: <https://ascopubs.org/doi/full/10.1200/JCO.2013.54.4825>
17. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). Divulgando índice de qualidade de morte 2015, da economist intelligence unit. São Paulo. Acesso em 10 de junho de 2019. Disponível: <http://www.sbgg-sp.com.br/pro/divulgado-indice-de-qualidade-de-morte-2015-da-economist-intelligence-unit/>
18. Instituto Nacional de Câncer. Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2001. [citado 2014 Jan 20]. Disponível em: < http://www1.inca.gov.br/publicacoes/manual_dor.pdf. [Links]
19. Menezes PA, Lima CP. Sedação paliativa em fim de vida: debates em torno das prescrições médicas. REVISTA M. Rio de Janeiro, v. 3, n. 6 p. 405-420, jul./dez. 2018. Acesso em junho de 2019; Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/revistam/article/view/9047/7777>.
20. Castro E K, Barreto SM. Critérios de Médicos Oncologistas para Signi Encaminhamento Psicológico em Cuidados Paliativos. Psicologia: Ciência e Profissão, 2015 35(1), 69-82. Acesso em 10 de março de 2018. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932015000100069&script=sci_arttext.