



Universidade Federal de Minas Gerais  
Escola de Enfermagem

**VÂNIA JOSIANE DAS NEVES SILVA**

**AÇÕES DO ENFERMEIRO NO CUIDADO DA PESSOA  
PORTADORA DE CÂNCER DE PULMÃO EM  
TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO**

Belo Horizonte  
2010

**VÂNIA JOSIANE DAS NEVES SILVA**

**AÇÕES DO ENFERMEIRO NO CUIDADO DA PESSOA  
PORTADORA DE CÂNCER DE PULMÃO EM  
TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Enfermagem Hospitalar da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Oncologia.

Área da Concentração: Oncologia.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Mércia Heloisa Ferreira Cunha.

Belo Horizonte  
2010



Universidade Federal de Minas Gerais  
Faculdade de Enfermagem  
Programa de Pós Graduação em Enfermagem Hospitalar: Oncologia

Dissertação intitulada "*Ações do enfermeiro no cuidado da pessoa portadora de câncer de pulmão em tratamento quimioterápico*", de autoria da especializanda Vânia Josiane das Neves Silva, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Mércia Heloisa Ferreira Cunha - Orientadora

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Aidê Ferreira Ferraz

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Selme Silqueira de Matos

**Belo Horizonte, dezembro de 2010.**

**DEDICATÓRIA**

*Dedico este trabalho a todos os pacientes portadores de câncer em especial de pulmão submetidos ao tratamento quimioterápico, que mesmo indiretamente contribuíram para este estudo e para o meu crescimento pessoal e profissional.*

## **AGRADECIMENTOS**

*Agradeço a Deus, pelo Dom da vida, por me proporcionar a experiência e privilégio de cuidar com dignidade a todos os pacientes em especial aos oncológicos em tratamento quimioterápico.*

*Aos meus Pais, Antônio Cipriano da Silva e Vanda Ferreira das Neves Silva que sempre apoiaram as minhas escolhas. São o meu alicerce e exemplo de seres humanos, dedicação, caráter, dignidade, sabedoria, profissionais. Agradeço por abrirem mão dos próprios sonhos para que este momento se realizasse. É uma honra ser filha de vocês.*

*Ao meu Irmão, Antônio Cipriano das Neves Silva, pela cumplicidade, amor, carinho e amizade durante toda a trajetória da minha vida. Obrigado por estar sempre ao meu lado apoiando e incentivando as minhas escolhas, por ser exemplo de profissional, sabedoria, garra, confiança e perseverança.*

*À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Mércia Heloisa Ferreira Cunha, orientadora exemplo de pessoa e profissional, que confiou e acreditou na minha capacidade. Obrigado por me guiar e transmitir seus conhecimentos, cuja sabedoria e exemplo me incentivou e contribuiu para o meu crescimento pessoal e profissional.*

*A todos os meus amigos, em especial à Tamires Brandão Oliveira pela amizade e por sempre estar ao meu lado apoiando, incentivando as minhas escolhas e às amigas Flaviane Barbosa Lopes e à Raquel de Oliveira Campelo Soares por cultivar e tornar a nossa amizade verdadeira.*

*Aos enfermeiros especialistas em Oncologia que compartilharam seus conhecimentos durante essa trajetória.*

*Aos amigos do Ambulatório de Oncologia e Hematologia do Hospital Felício Rocho que semearam e cultivaram em mim o amor pela Oncologia.*

*À escola de Enfermagem da UFMG que apoiaram e incentivaram o ensino e a educação, dentre eles todos os docentes do curso de Especialização em Enfermagem Hospitalar, que fizeram parte e contribuíram com sua sabedoria durante esta trajetória.*

*A todos que acompanharam e torceram pela concretização deste estudo.*

*“Humanizar a assistência de enfermagem, especialmente a de pacientes oncológicos, vai além da competência técnica ou científica. Antes de ser profissional, deve ser uma atitude individual, pessoal, recheada de valores de solidariedade, compreensão, respeito ao próximo, às limitações do outro, à dor e ao sofrimento humano, à perseverança, à vida e à morte” (MOHALLEM; RODRIGUES, 2007, p.198).*

## RESUMO

SILVA, V.J.N. **Ações do enfermeiro no cuidado da pessoa portadora de câncer de pulmão em tratamento quimioterápico.** 2010. 38 f. Monografia (Especialização em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

O presente estudo teve por objetivo identificar as ações do enfermeiro no cuidado da pessoa portadora de câncer de pulmão em tratamento quimioterápico. Optou-se pelo método da revisão integrativa. A população deste estudo foi constituída através do levantamento bibliográfico junto às bases de dados por meio do formulário básico do LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*), SCIELO (*Scientific Electronic Library Online*) e BDEF (Base de Dados de Enfermagem), da biblioteca virtual em saúde – BVS, totalizando 194 artigos. A amostra foi constituída de 11 publicações científicas que atenderam aos objetivos propostos e aos critérios de inclusão. Dentre os estudos analisados observa-se que as ações globais do enfermeiro, para o tratamento quimioterápico mais citadas foram: a formulação e/ou utilização de questionários voltados para o paciente em tratamento quimioterápico e/ou suas manifestações clínicas e/ou reações adversas; promoção da educação quanto ao tratamento e processo saúde-doença; criador de vínculo entre o paciente e a equipe; promotor da comunicação com o paciente por meio de telefone e e-mail com a finalidade de minimizar e prevenir os agravos à saúde deste paciente e/ou melhorar a sua qualidade de vida. A partir deste estudo, percebe-se nas publicações brasileiras uma lacuna no que se refere a estudos e publicações de enfermeiros quanto à assistência de enfermagem a pessoa com câncer de pulmão em tratamento quimioterápico. Novos estudos são necessários para avaliar os aspectos da prestação de cuidados de enfermagem relacionados ao câncer de pulmão em tratamento quimioterápico considerando que, de acordo com o INCA (2010), a incidência do câncer de pulmão tem aumentado significativamente nas últimas décadas.

**Palavras-chave:** Câncer de pulmão. Quimioterapia. Assistência de Enfermagem. Enfermeiro.

## ABSTRACT

SILVA, V.J.N. **Actions of the nurse in person with lung cancer undergoing chemotherapy.** 2010. 38 f. Monograph (Specialization in Nursing) - School of Nursing, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

This study aimed to identify the actions of the nurse in person with lung cancer undergoing chemotherapy. We chose the method of integrative review. The study population was constituted by the bibliographic databases to the next through the basic form of the LILACS (Latin American and Caribbean Health Sciences), MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), SciELO (Scientific Electronic Library Online) and BDNF (Database of Nursing), the virtual health library - VHL, totaling 194 articles. The sample consisted of 11 scientific publications that met the proposed objectives and criteria for inclusion. Among the studies analyzed was observed that the global actions of the nurse to chemotherapy most often cited were: the formulation and / or use of questionnaires directed to the patient undergoing chemotherapy and / or its symptoms and / or adverse reactions, and Promotion education regarding the treatment and health-disease process; creator of a link between the patient and staff; promoter communication with the patient by phone and e-mail in order to minimize and prevent injuries to the health of this patient and / or improve their quality of life. From this study, we find a gap in Brazilian publications in relation to studies and publications by nurses regarding nursing care to people with lung cancer undergoing chemotherapy. Further studies are needed to evaluate aspects of the provision of nursing care related to lung cancer in chemotherapy whereas, according to the National Cancer Institute (2010), the incidence of lung cancer has increased significantly in recent decades.

**Key-words:** Lung cancer. Chemotherapy. Nursing Care. Nurse



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1: População e estratégia de busca .....	20
Quadro 2: Características relacionadas aos autores.....	22
Quadro 3: Características relacionadas à publicação .....	23
Quadro 4: Força de evidência dos estudos.....	25
Quadro 5: Ações do enfermeiro no cuidado da pessoa portadora de câncer de pulmão em tratamento quimioterápico .....	26

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

% - Porcentagem.

BDENF - Base de Dados de Enfermagem

*et al* – e outros;

CA - Câncer

CPNPC - câncer de pulmão de não-pequenas células

CPPC - câncer de pulmão de pequenas células

DNA – ácido desoxirribonucléico

GP – grupo participativo

INCA – Instituto Nacional do Câncer.

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

M - metástase;

Mx - presença de metástases desconhecida;

Mo - metástase ausente;

M1 - metástase presente

MEDLINE - *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*

N - linfonodos regionais;

Nx - presença de tumor desconhecida;

No - negativo para linfonodos

N1 a N3 tamanho, número e localização dos linfonodos;

TNM – sistema TNM – T - tumor, N - linfonodo e M - metástase.

T - tumor primário;

Tx - presença de tumor desconhecida;

To - sem evidências de tumor;

Tis - tumor *in situ*;

T1 à T4 tamanho e nível de invasão do tumor;

SCIELO - *Scientific Electronic Library Online*

UICC – União Internacional Contra o Câncer.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....</b>	<b>18</b>
2.1 Referencial teórico-metodológico .....	18
2.2 Métodos e etapas.....	18
2.3 População e amostra .....	19
2.4 Critérios de inclusão.....	20
2.5 Variáveis de estudo.....	21
2.6 Instrumento de coleta de dados .....	21
2.7 Análise dos dados .....	21
<b>3 RESULTADOS.....</b>	<b>22</b>
<b>4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>27</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>32</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>35</b>
<b>APDÊNDICE .....</b>	<b>37</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Nos dias de hoje o câncer é uma doença que causa impacto psicológico, social e físico aos pacientes e à sociedade, que geralmente relacionam a doença à morte. É caracterizado por ser um crescimento celular anormal, de forma incontrolável que possui propriedade de invadir tecidos vizinhos e à distância (UEHARA; JAMNIK; SANTORO, 1998).

Nas duas últimas décadas a incidência do câncer entre a população mundial aumentou significativamente, sendo considerada no Brasil como a segunda causa de morte por doença (BRASIL, 2010).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer – INCA (2010), os tipos de câncer que apresentam maior magnitude e são passíveis de prevenção primária ou secundária são respectivamente o câncer de mama (mais comum entre as mulheres), o câncer de pulmão (altamente letal e mais comum no mundo), o câncer de estômago (segunda causa de óbitos por câncer), câncer do colo do útero (segundo mais freqüente nas mulheres), câncer de próstata (tipo de câncer que mais acomete os homens), câncer do cólon e reto (terceira causa mais comum de câncer no mundo em ambos os sexos), câncer de pele (relacionado à excessiva exposição ao sol, principalmente, em pessoas de cor branca) e os tumores pediátricos (leucemia como o tipo mais comum) (BRASIL, 2010).

O câncer de pulmão é o mais prevalente no mundo. Estima-se no Brasil em 2010, o surgimento de 17.800 novos casos entre os homens, sendo o segundo mais freqüente nas regiões sul (35/100.000), sudeste (21/100.000) e centro-oeste (16/100.000); e o terceiro mais freqüente nas regiões nordeste (9/100.000) e norte (8/100.000) (BRASIL, 2010).

Enquanto que para as mulheres estima-se o surgimento de 9.830 novos casos, sendo este tipo de câncer no Brasil, o quarto mais freqüente nas regiões sul (16/100.000), sudeste (11/100.000), centro-oeste (9/100.000) e norte (5/100.000); e o quinto mais freqüente na região nordeste (6/100.000) (BRASIL, 2010).

A sobrevida para a pessoa com o câncer de pulmão é de aproximadamente 5 anos cerca de 13% a 20% nos países desenvolvidos e de 12% nos países em desenvolvimento. O diagnóstico geralmente é realizado quando a progressão da doença encontra-se em estágio avançado, pois raramente apresenta sintomatologia nos estágios iniciais. Como consequência, o tratamento é difícil e o prognóstico muitas vezes não é o esperado (BRASIL, 2010).

O tabagismo é considerado um dos principais fatores etiológicos para o câncer de pulmão. Entre todos as pessoas com câncer de pulmão, cerca de 80 a 85% são tabagistas. Destacam-se também como fatores etiológicos para o câncer de pulmão os fatores alimentares, os fatores ambientais, os fatores ocupacionais e causas de ordem genética (MOHALLEM; RODRIGUES, 2007).

A classificação do câncer de pulmão, estadiamento e tratamento são definidos de acordo com a histologia do tumor, tamanho e localização, o que geralmente determina se a doença encontra-se em loco ou disseminada (GUIMARÃES, 2008).

O câncer de pulmão é subdividido em dois grandes grupos: câncer de pulmão de não-pequenas células (CPNPC) e câncer de pulmão de pequenas células (CPPC). Tal classificação é de suma importância na escolha da terapêutica a ser adotada (MOHALLEM; RODRIGUES, 2007).

O câncer pulmonar de pequenas células representa aproximadamente 20% de todos os casos de câncer de pulmão e está relacionado na maioria das pessoas à história progressiva de tabagismo significativo. Este tipo de câncer é altamente agressivo e se dissemina rapidamente. E quando não tratado pode levar a pessoa a óbito em 3 a 4 semanas. Assim, é importante o diagnóstico precoce e o tratamento imediato da doença (MOHALLEM; RODRIGUES, 2007).

O câncer pulmonar de não-pequenas células é um tipo de classificação o qual é subdividido em carcinoma de células escamosas, adenocarcinoma e carcinoma de grandes células, sendo que o tempo de duplicação deste tipo de câncer é mais longo do que o de câncer de pequenas células, dificultando a identificação de metástases (MOHALLEM; RODRIGUES, 2007).

O câncer pulmonar de células escamosas geralmente está relacionado à história significativa para tabagismo. E o adenocarcinoma corresponde a 40% dos casos de câncer pulmonar, sendo o mais comum principalmente em pessoas que nunca fumaram e em mulheres. Já o carcinoma de grandes células corresponde a 15 % dos casos de câncer (MOHALLEM; RODRIGUES, 2007).

Quando há presença da massa tumoral no pulmão, assim como seu crescimento, invasão de órgãos vizinhos e metástase à distância, a pessoa pode apresentar manifestações clínicas como: dispnéia, fadiga, tosse, febre, diminuição do apetite, mal-estar, dor torácica, hemoptise, dor óssea, rouquidão, disfagia e sibilos (MOHALLEM; RODRIGUES, 2007).

Entretanto, a presença de sintomatologia para o câncer de pulmão é indicativo de mau prognóstico. Estima-se que cerca de 25% de sobreviventes dos portadores com neoplasia de pulmão são sintomáticos, enquanto que 56% são assintomáticos (UEHARA; JAMNIK; SANTORO, 1998).

As pessoas que apresentarem sinais e sintomas relacionados ao câncer de pulmão devem ser encaminhados para exames imediatamente, para obtenção de um diagnóstico precoce. O diagnóstico e tratamento para o câncer de pulmão pode ser determinado por radiografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética, citologia de escarro, broncofibroscopia, biópsia por agulha transcutânea, mediastinoscopia, biópsia a céu aberto, toracocentese, dentre outros. Além de ser indispensáveis a anamnese e, o exame físico (MOHALLEM; RODRIGUES, 2007).

O sistema de classificação desenvolvido por Pierre Denoix (França), na primeira metade do século XX, denominado sistema TNM estabeleceu um método de estadiamento do tumor no qual T significa o tamanho do tumor, N presença ou não de linfonodos e M a presença ou não de metástase. Este sistema tem sido aperfeiçoado com o passar dos anos. Em 2007, na 12ª *World Conference on Lung Cancer* foi proposto uma nova classificação que foi adotada a partir de 2009. Esta nova classificação teve por objetivo especificar melhor o estadiamento do tumor e conseqüentemente contribuir para a melhoria da conduta terapêutica. De acordo com este novo sistema de classificação, o TNM sofre variações, no qual o T significa tumor primário, Tx presença de tumor desconhecida, To sem evidências de tumor, Tis tumor *in situ*, T1 à T4 tamanho e nível de invasão do tumor. No que se refere à classificação dos linfonodos, N significa linfonodos regionais, Nx presença de tumor desconhecido, No negativo para linfonodos e de N1 a N3 tamanho, número e localização dos linfonodos. Para a classificação de metástase, M significa metástase, Mx presença de metástases desconhecida, Mo metástase ausente e M1 metástase presente (GUIMARÃES, 2008).

Este tipo de classificação é importante, pois permite a identificação do acometimento do câncer, assim como agressividade da doença, a propedêutica terapêutica e a sobrevivência (GUIMARÃES, 2008).

O tratamento para o câncer de pulmão é definido de acordo com as condições fisiopatológicas do paciente e o estadiamento clínico da doença. O câncer de pulmão quando diagnosticado no início pode ser curável, e na atualidade são adotados três tipos de tratamentos fundamentais que podem ser usados

concomitantemente ou não. Os três tipos de tratamento são: a cirurgia, a radioterapia e quimioterapia (MOHALLEM; RODRIGUES, 2007).

A cirurgia foi a primeira modalidade de tratamento eficaz e ainda é considerada o tratamento mais efetivo para a maioria dos tumores. Este tipo de tratamento tem como finalidade o diagnóstico (biópsia) e estadiamento (escopias); e tem como intenção ser curativa (ressecção total do tumor com margens de segurança) ou paliativa (aliviar a dor, diminuir quadros de obstrução e de sangramento, diminuir a população de células neoplásicas, proporcionar melhor qualidade de vida para o paciente) (UICC, 2006).

Outra forma de tratamento para o câncer é a radioterapia que tem por finalidade a aplicação de radiação no tratamento de doenças neoplásicas, ou seja, é um processo clínico que usa radiações ionizantes para tratar doenças. Neste tipo de tratamento a radiação interage com meio (cede energia) e produz “danos biológicos”, gerando dissociação (quebra) de moléculas (dano direto) ou formação de radicais livres (dano indireto) (UICC, 2006).

A quimioterapia tem por objetivo atingir populações celulares em diferentes fases do ciclo celular. A aplicação é feita de acordo com os esquemas mais eficientes para matar as células tumorais e é planejada para permitir a recuperação das células normais (UICC, 2006).

Atualmente a oncologia se desenvolve de forma crescente baseado na compreensão da biologia das neoplasias e dos processos moleculares desenvolvidos na carcinogênese, no desenvolvimento da neoplasia e no processo de metastização. Concomitante com o progresso da oncologia observa-se o surgimento de novos agentes quimioterápicos e novas classes de medicamentos com ação diferenciada. Cada vez mais se destacam os compostos direcionados aos alvos moleculares específicos da célula neoplásica, como os anticorpos monoclonais, os inibidores de tirosina cinases (SHIMADA, 2009).

Segundo Salvadori *et al* (2008) do ponto de vista terapêutico, a quimioterapia é uma das formas de tratamento para o câncer de pulmão, podendo ser associados ou não à radioterapia e à cirurgia.

A quimioterapia pode ser classificada como curativa, adjuvante, neoadjuvante e paliativa. A quimioterapia curativa é utilizada com o objetivo de controle completo do tumor. A adjuvante tem como objetivo eliminar a células residuais ou circulantes diminuindo assim a incidência de metástases à distância e é concomitantemente

utilizada junto à cirurgia. A quimioterapia Neoadjuvante é utilizada com o objetivo de reduzir parcialmente o tumor e permitir a indicação cirúrgica e/ou radioterápica. E a quimioterapia paliativa apresenta como finalidade melhorar a qualidade de vida e sobrevida do paciente (BONASSA, 2005).

O tratamento quimioterápico apresenta como benefício diferentes mecanismos de ação, diferentes toxicidades, efetivas quando empregadas isoladamente, prazos diferentes de toxicidades, sinergismo (uma droga potencializa o efeito terapêutico da outra), retardo da resistência tumoral, doses menores e capacidade de tratar o câncer de forma sistêmica, ou seja, age interferindo no crescimento e divisão das células malignas em todo o organismo, e geralmente nas células que se multiplicam constantemente como folículo piloso, mucosa, trato gastrointestinal, medula óssea. Entretanto por atuar de forma sistêmica no organismo a quimioterapia pode causar efeitos terapêuticos e tóxicos que geralmente são relacionados com o tempo da droga e concentração no sangue. Os riscos e efeitos adversos relacionados com a quimioterapia podem ser: precoces também caracterizado como síndrome da toxicidade precoce (de 0 a 3 dias), imediatos (de 7 a 21 dias), tardios (meses) e ultra-tardios (meses ou anos). Dos efeitos mais incidentes podemos citar como precoce: náuseas e vômitos; imediatos: mielossupressão e mucosite; tardios: miocardiopatia e hiperpigmentação da pele; e ultra-tardios: infertilidade e carcinogênese (BONASSA, 2005).

Outro fator que é considerado como risco do tratamento quimioterápico é a resistência às drogas. Assim como os vírus, as bactérias e a própria evolução das células, as células carcinogênicas desenvolvem propriedades como síntese de nova codificação genética (mutação), resistência ao serem expostas as drogas, resistência quanto ao tratamento descontinuado, resistência quanto às doses inadequadas (BONASSA, 2005).

No tratamento do câncer as principais quimioterapias utilizadas são os agentes alquilantes, antimetabólicos, antibióticos antitumorais, plantas alcalóides e outros (BONASSA, 2005).

Os agentes alquilantes afetam as células tumorais em todo ciclo celular com a capacidade de agir na célula em repouso ou no processo de divisão ativa. Estes agentes causam alterações nas cadeias de DNA impedindo sua replicação. As principais drogas utilizadas são: ciclofosfamida, cisplatina, ifosfamida, carboplatina. Os antimetabólicos agem na inibição da biossíntese dos elementos essenciais do



DNA, em consequência impedindo a multiplicação e função da célula. Atuam especificamente na fase da síntese do DNA. As drogas mais utilizadas são: 5-fluorouracil, metotrexato, citarabina. Os antibióticos antitumorais agem na inibição da síntese de ácido nucléicos e proteínas das células, alquilação, inibição enzimática, impedindo a duplicação e separação das cadeias de DNA. São drogas ciclocelular específicas. Dentre os quimioterápicos podemos citar: doxorubicina, blemomicina, adriamicina, mitroxantona. Já plantas alcalóides são inibidores mitóticos e inibidores da topoisomerase. Os inibidores mitóticos impedem a mitose na metáfase, agindo sobre a proteína tubulina (proteína formadora dos microtúbulos) havendo a interrupção da divisão celular. E os inibidores da topoisomerase atuam impedindo o término da replicação do DNA. As drogas quimioterápicas mais utilizadas são: vincristina, vimblastina, etoposídeo, topotecano, plactaxel (BONASSA, 2005).

A quimioterapia é uma forma de tratamento utilizada que atua de forma sistêmica o que, por consequência, diminui a chance de metástase, porém aumenta a chance de efeitos colaterais. As drogas mais utilizadas para o câncer de pulmão são: a carboplatina, o paclitaxel, a cisplatina e a gencitabina. Também são utilizadas combinações de drogas, uma vez que se obtêm melhores respostas e aumento da sobrevida. (MOHALLEM; RODRIGUES, 2007).

O tratamento quimioterápico para o câncer de pulmão traz benefícios como o aumento da sobrevida e melhora da sintomatologia, podendo causar efeitos colaterais, mas que por sua vez podem ser controlados por meio de exames laboratoriais, alimentação, fármacos, dentre outros (GUIMARÃES, 2008).

É fundamental que o enfermeiro ofereça ferramentas e subsídios técnico-científicos para uma assistência digna a pessoa com câncer de pulmão.

Os pacientes oncológicos têm necessidades específicas, necessidades estas que podem ser clínicas, psicológicas e sociais consequente à patologia, tratamento, estigma da doença, incerteza de prognóstico, ansiedade, depressão, medo de morrer e uma imensa vontade de viver. Portanto o profissional de enfermagem deve ter conhecimento técnico-científico e prestar cuidado a este paciente em qualquer nível de atenção podendo assim proporcionar assistência humanizada (MOHALLEM; RODRIGUES, 2007).

O enfermeiro enquanto membro atuante da equipe multidisciplinar torna-se elemento primordial para o tratamento do paciente por estar presente em todo processo saúde-doença. Além de atuar enquanto minimizador e facilitador de

problemas relacionados à equipe, e do paciente no atendimento de suas necessidades (MOHALLEM; RODRIGUES, 2007).

Sendo assim, o profissional deve exercer ações que abranjam a totalidade do paciente na dimensão física psíquica e social, planejar ações e satisfazer os desafios inerentes ao cuidado do paciente, acompanhar os avanços dos novos modelos e das práticas assistenciais.

O intuito de contribuir para o conhecimento e qualidade da assistência, fundamentados na prática baseada em evidências da enfermagem aos portadores de câncer de pulmão em tratamento quimioterápico, este estudo se torna imprescindível, e oferece ferramentas e subsídios técnico-científicos para prestação de uma assistência que contribua para a melhoria da qualidade de vida. Neste contexto, a seguinte questão é levantada:

- Quais são ações do enfermeiro no cuidado da pessoa portadora de câncer de pulmão em tratamento quimioterápico?

Desse modo o presente estudo teve por objetivo identificar as ações do enfermeiro no cuidado da pessoa portadora de câncer de pulmão em tratamento quimioterápico.

## **2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

### **2.1 Referencial teórico-metodológico**

A enfermagem baseada em evidências subsidia de forma mais consistente as pesquisas em saúde. Ou seja, cria meios de dar relevância e melhorar as evidências na prática em saúde, o que requer habilidades tais como: a identificação de artigos relevantes em saúde, fundamentos epidemiológicos, avaliação crítica adequada dos métodos e resultados (CAVALCANTE; SILVA, 2007).

A fim de prestar uma melhor assistência o enfermeiro deve cada vez mais buscar conhecimentos científicos. Neste contexto, a prática baseada em evidências tem por objetivo instigar nesses profissionais a utilização de resultados de pesquisas junto à assistência prestada nos diversos níveis de atenção à saúde (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A prática baseada em evidência é uma forma de solução para a tomada de decisão que visa à obtenção de uma melhor e mais recente evidência, para subsidiar a assistência de enfermagem através de fundamentações voltadas para o conhecimento científico. Torna-se necessário, portanto, que o enfermeiro atue com produções científicas, para permitir a busca, a avaliação crítica e a síntese de evidências referentes ao tema proposto, merecendo destaque a revisão integrativa, a revisão sistemática, a metanálise e a metassíntese (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

### **2.2 Métodos**

Neste estudo optou-se pelo método da revisão integrativa, a fim de alcançar os objetivos propostos, uma vez que possibilita a análise dos estudos concluídos, e a obtenção de considerações fundamentadas em uma mesma temática.

A revisão integrativa é um método que possibilita a incorporação das evidências na prática clínica e tem por objetivo reunir e sintetizar os resultados de uma pesquisa sobre determinada temática ou questão, de forma sistemática e ordenada, além de permitir conclusões gerais sobre determinado tema (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Este método de estudo é considerado o mais amplo dentre os métodos de revisão, pois possibilita a inclusão de pesquisas experimentais, quase-experimentais, dados de literatura teórica e empírica. Assim, apesar da inclusão de diversos estudos com diferentes delineamentos tornarem a análise dos estudos mais

difícil, a revisão integrativa permite maior profundidade e abrangência de conclusões da revisão (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Segundo Mendes, Silveira e Galvão (2008), a revisão integrativa envolve seis etapas que foram utilizadas neste estudo.

A primeira etapa envolve a identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa; a segunda etapa é o estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura; a terceira etapa é a definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; a quarta etapa refere à avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; a quinta etapa é a interpretação dos resultados e a última e sexta etapa relaciona-se com a apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

### **2.3 População e amostra**

A população deste estudo foi constituída através do levantamento bibliográfico junto às bases de dados por meio do formulário básico do LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*), SCIELO (*Scientific Electronic Library Online*) e BDEF (Base de Dados de Enfermagem), da biblioteca virtual em saúde – BVS, totalizando uma população de 194 referências. Os critérios de busca foram apresentados no QUADRO 1.

Cumprido destacar que a amostra foi constituída pelas produções científicas que atenderem aos objetivos propostos neste estudo após análise crítica de literatura.

QUADRO 1:  
População e Estratégia de Busca

BASE DE DADOS	POPULAÇÃO	ESTRATÉGIA DE BUSCA	AMOSTRA
LILACS	1	"cancer do PULMAO" [Descritor de assunto] and "ENFERMAGEM" or "assistencia de ENFERMAGEM" or "atendimento de ENFERMAGEM" or "cuidados basicos de ENFERMAGEM" or "cuidados de ENFERMAGEM" or "diagnostico de ENFERMAGEM" or "plano de assistencia de ENFERMAGEM" or "plano de cuidados de ENFERMAGEM" or "ENFERMAGEM centrada no paciente" or "ENFERMAGEM oncologica" [Descritor de assunto]	0
MEDLINE 1997- 2010	191	"cancer do pulmao" [Descritor de assunto] and "enfermagem" or "assistencia de enfermagem" or "atendimento de enfermagem" or "avaliacao em enfermagem" or "cuidados basicos de enfermagem" or "cuidados de enfermagem" or "cuidados elementares de enfermagem" or "diagnostico de enfermagem" or "papel do profissional de enfermagem" or "plano de assistencia de enfermagem" or "plano de cuidados de enfermagem" or "pratica avancada de enfermagem" or "pratica avancada em enfermagem" or "processos de enfermagem" or "protocolos de enfermagem" or "registros de enfermagem" or "pratica de enfermagem avancada" or "enfermagem centrada no paciente" or "enfermagem holistica" [Descritor de assunto]	10
SCIELO	0	"cancer do PULMAO" [Descritor de assunto] and "ENFERMAGEM" or "assistencia de ENFERMAGEM" or "atendimento de ENFERMAGEM" or "cuidados basicos de ENFERMAGEM" or "cuidados de ENFERMAGEM" or "diagnostico de ENFERMAGEM" or "ENFERMAGEM oncologica" [Descritor de assunto]	0
BDENF	2	"cancer do PULMAO" [Descritor de assunto] and "ENFERMAGEM" or "assistencia de ENFERMAGEM" or "atendimento de ENFERMAGEM" or "cuidados basicos de ENFERMAGEM" or "cuidados de ENFERMAGEM" or "diagnostico de ENFERMAGEM" or "ENFERMAGEM oncologica" [Descritor de assunto]	1
<b>TOTAL</b>	<b>194</b>	-	<b>13</b>

## 2.4 Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão das referências do presente estudo foram às publicações que responderam o problema deste estudo, os artigos publicados em português, inglês e espanhol, com o resumo disponível, que adotaram todos os tipos de delineamento e que tenham recorte temporal a partir do ano de 2008.

A partir da análise dos artigos segundo os critérios de inclusão, foram excluídos da pesquisa 1 artigo do LILACS por estar repetido em outra base de dados, 1 artigo do BDENF por não responder a pergunta deste estudo e 181 artigos do MEDLINE por não responderem aos critérios de inclusão.

## **2.5 Variáveis de estudo**

As variáveis adotadas neste estudo foram: quanto aos autores - profissão, qualificação, país de publicação; quanto à publicação foram analisados - periódico, delineamento do estudo, tipo de publicação, ano de publicação; e quanto à variável analisada no estudo: as intervenções de enfermagem ao paciente portador de câncer de pulmão em tratamento quimioterápico.

## **2.6 Instrumento de coleta de dados**

Para a coleta dos dados foi elaborado um instrumento de coleta de dados com o intuito de organizar, facilitar e qualificar a coleta e análise dos dados. O instrumento contém questões relacionadas às variáveis do estudo, que pode ser observadas no Apêndice.

## **2.7 Análise dos dados**

Inicialmente foi realizada leitura crítica e seletiva da literatura que fez parte da amostra e o preenchimento do instrumento de coleta de dados. Posteriormente foram realizados quadros sinópticos e análise das referências a fim de investigar e apontar a concordância entre os autores sobre a temática deste estudo.

### 3 RESULTADOS

A revisão integrativa da literatura foi feita considerando os 11 estudos que atenderam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos. No QUADRO 2 é apresentado uma síntese geral dos estudos utilizados.

QUADRO 2:  
Síntese das Características Relacionadas aos autores

Amostra	Profissão	Qualificação	País de Origem
1. 2008 • SALVADORI, Anita Moda; • LAMAS, José Luiz Tatagiba; • ZANON, Cláudia;	• Enfermeiro; • Enfermeiro; • Enfermeiro;	• Mestre; • Doutor; • Graduada.	• Brasil
2. 2010 • TOD, A.M; • ROSE, J.	• Enfermeiro; • Enfermeiro;	• Especialista • Especialista	• Inglaterra
3. 2010 • O'MARA, A.M; • DENICOFF, A. M.	• Enfermeiro; • Enfermeiro;	• Doutor • Especialista	• Estados Unidos
4. 2009 • FISCHER, R.J; • DILLMAN, R.O.	• Médico; • Médico;	• Doutor • Doutor	• Estados Unidos
5. 2009 • McCARTHY, M.; • DATTA, P.; • SHERLAW-JOHNSON, C.	• Enfermeiro; • Enfermeiro; • Enfermeiro	• Doutor • Mestre • Mestre	• Inglaterra
6. 2008 • SKRUTKOWSKI, M; • SAUCIER, A; • EADES, M; • SWIDZINSKI, M; • RITCHIE, J; • MARCHIONNI, C; • LADOUCEUR, M.	• Enfermeiro • Enfermeiro • Enfermeiro • Enfermeiro • Enfermeiro • Médico • Enfermeiro	• Especialista • Mestre • Mestre • Especialista • Doutor • Mestre • Doutor	• Estados Unidos
7. 2008 • WALKER, S.	• Enfermeiro;	• Mestre	• Estados Unidos
8. 2008 • Cornwall, A; • Moore, S; • Plant, H.	• Enfermeiro; • Enfermeiro; • Enfermeiro.	• Especialistas • Especialistas • Especialistas	• Escócia
9. 2008 • HENOCH, I; • BERGMAN, B; • GUSTAFSSON, M; • GASTON-JOHANSSON, F; • DANIELSON, E.	• Enfermeiro; • Enfermeiro; • Enfermeiro. • Enfermeiro; • Enfermeiro;	• Especialistas • Especialistas • Especialistas • Especialistas • Especialistas	• Escócia
10. 2008 • GLENNON, C; • SESKEVICH, J.	• Enfermeiro; • Enfermeiro.	• Especialistas • Especialistas	• Estados Unidos
11. 2010 • JOHN, L.D.	• Enfermeiro	• Doutor	• Estados Unidos

A partir da análise do QUADRO 2, percebe-se que quanto à variável profissão a maior parte dos autores são enfermeiros que corresponde á 28 (90%), seguido de médicos 3 (10%). Quanto à variável formação acadêmica 15 (48%) são

especialistas, 8 (26%) são doutores, 7 (23%) são mestres e 1 (3%) é graduado. Quanto ao ano de publicação observa-se que 6 (55%) foram publicados em 2008, 2 (18%) em 2009 e 3 (27%) em 2010. E quanto à variável relacionada ao país de publicação observa-se que 6 (55%) foram estudos publicados nos Estados Unidos, seguido da Inglaterra que correspondeu a 2 (18%) e a Escócia 2 (18%). O Brasil neste estudo ocupa o último lugar com apenas 1 (9%) artigo publicado.

O QUADRO 3 representa a análise das características relacionadas à publicação.

QUADRO 3:  
Características relacionadas à publicação.

Amostra	Título do Trabalho	Periódico	Fonte	Tipo de Publicação	Delineamento do Estudo
1. SALVADORI; LAMAS; ZANON, 2008	Desenvolvimento de Instrumento de Coleta de Dados de Enfermagem para Pacientes com Câncer de Pulmão em Quimioterapia Ambulatorial.	Revista Enfermagem Escola Anna Nery	BDEFN	Artigo	Estudo primário qualitativo.
2. TOD; ROSE, 2010	<i>Overcoming delay in the diagnosis of lung cancer: a qualitative study.</i>	<i>Nursing Standard</i>	MEDLINE	Artigo	Estudo primário, qualitativo.
3. O'MARA; DENICOFF, 2010	<i>Health Related Quality of Life in Non-Sponsored Cancer Treatment Trials.</i>	<i>Seminars in Oncology Nursing</i>	MEDLINE	Artigo	Estudo secundário, teórico.
4. FISCHER; DILLMAN, 2009.	<i>Developing an Effective Lung Cancer Program in a Community Hospital Setting.</i>	<i>Clinical Lung Cancer</i>	MEDLINE	Artigo	Estudo secundário, teórico.
5. MCCARTHY; DATTA; SHERLAW-JOHNSON, 2009.	<i>Organizational determinants of patients' experiences of care for breast, lung and colorectal cancers.</i>	<i>European Journal of Cancer Care</i>	MEDLINE	Artigo	Estudo primário, qualitativo.
6. SKRUTKOWSKI et al, 2008.	<i>Impact of a Pivot Nurse in Oncology on Patients With Lung or Breast Cancer. Symptom Distress, Fatigue, Quality of Life, and Use of Healthcare Resources.</i>	<i>Oncology Nursing Forum</i>	MEDLINE	Artigo	Estudo primário, qualitativo.
7. WALKER, 2008	<i>Updates in Non-Small Cell Lung Cancer.</i>	<i>Clinical Journal of Oncology Nursing</i>	MEDLINE	Artigo	Estudo secundário, teórico.
8. CORNWALL; MOORE; PLANT, 2008	<i>Embracing technology: Patients', family members' and nurse specialists' experience of communicating using e-mail.</i>	<i>European Journal of Oncology Nursing</i>	MEDLINE	Artigo	Estudo primário, qualitativo.
9. HENOCH et al, 2008.	<i>Dyspnea experience in patients with lung cancer in palliative care.</i>	<i>European Journal of Oncology Nursing</i>	MEDLINE	Artigo	Estudo primário, qualitativo.
10. GLENNON; SESKEVICH, 2008	<i>Relaxation Technique to Ease Dyspnea: A Tool for Oncology Nurses.</i>	<i>Clinical Journal of Oncology Nursing</i>	MEDLINE	Artigo	Estudo primário, qualitativo.
11. JOHN, 2010.	<i>Self-care strategies used by patients with lung cancer to promote quality of life.</i>	<i>Oncology Nursing Forum</i>	MEDLINE	Artigo	Estudo primário, qualitativo.



Ao analisar as características dos estudos quanto à publicação (quadro 3), percebe-se que dos 11 estudos incluídos na presente revisão, 8 (73%) foram publicados em revistas de enfermagem, 3 (27%) foram publicados em periódicos da área da saúde notadamente na área da oncologia.

Com relação ao delineamento dos estudos, 8 (73%) correspondem a estudos primários qualitativos e 3 (27%) correspondem a estudos secundários de cunho teórico.

Quanto à fonte dos estudos, observa-se que a maioria dos artigos, 10 (91%) refere-se a estudos publicados no MEDLINE e 1 (9%) publicados no BDNF.

O QUADRO 4 refere à força de evidência dos estudos que pode ser entendida como a prática que explicita o conhecimento atual a partir das melhores evidências científicas existentes.

Segundo Steler *et al.*, (1998) a força de evidência dos estudos pode ser caracterizadas de acordo com o nível e qualidade de evidência e fontes de evidência. São descritos 6 níveis de evidência. O nível I refere a fontes de evidência de metanálise de múltiplos estudos controlados; o nível II é caracterizado por estudo experimental individual; o nível III aborda estudo quase-experimental como grupo único, não randomizados, controlado, com pré e pós-teste, ou estudos tipo caso controle; o nível IV refere a estudo não experimental como pesquisa descritiva, correlacional, pesquisa qualitativa ou estudo de caso; o nível V trata-se de relatório de casos ou dados obtidos sistematicamente, de qualidade verificável, ou dados de programas de avaliação; e nível VI faz menção de opinião de autoridades respeitadas (como autores conhecidos nacionalmente) baseadas em sua experiência clínica ou a opinião de um comitê de peritos incluindo suas interpretações de informações não baseada em pesquisa. Este nível também inclui opiniões de órgãos de regulamentação ou legais.

QUADRO 4:  
Força de Evidência dos Estudos

Artigos	Título do Estudo	Nível e Qualidade de Evidência	Fontes de Evidência
1. SALVADORI; LAMAS; ZANON, 2008	Desenvolvimento de Instrumento de Coleta de Dados de Enfermagem para Pacientes com Câncer de Pulmão em Quimioterapia Ambulatorial	Nível III	Estudo quase-experimental como grupo único, não randomizados, controlado, com pré e pós-teste, ou estudos tipo caso controle.
2. TOD; ROSE, 2010	<i>Overcoming delay in the diagnosis of lung cancer: a qualitative study – Superando o atraso no diagnóstico de câncer de pulmão: um estudo qualitativo</i>	Nível IV	Estudo não experimental como pesquisa descritiva correlacional, pesquisa qualitativa ou estudo de caso.
3. O'MARA; DENICOFF, 2010	<i>Health Related Quality of Life in Nci-Sponsored Cancer Treatment Trials – Saúde, Qualidade de Vida em ensaios Clínicos de Tratamento Nci-Patrocinados Câncer</i>	Nível IV	Estudo não experimental como pesquisa descritiva correlacional, pesquisa qualitativa ou estudo de caso.
4. FISCHEL; DILLMAN, 2009.	<i>Developing an Effective Lung Cancer Program in a Community Hospital Setting – Desenvolver um programa eficaz do câncer de pulmão em um ambiente de um hospital comunitário.</i>	Nível V	Relatório de casos ou dados obtidos sistematicamente, de qualidade verificável, ou dados de programas de avaliação.
5. MCCARTHY; DATTA; SHERLAW-JOHNSON, 2009	<i>Organizational determinants of patients' experiences of care for breast, lung and colorectal cancers – Determinantes organizacionais de experiências de cuidados para pacientes com câncer de mama, pulmão e colorretal.</i>	Nível V	Relatório de casos ou dados obtidos sistematicamente, de qualidade verificável, ou dados de programas de avaliação.
6. SKRUTKOWSKI et al, 2008	<i>Impact of a Pivot Nurse in Oncology on Patients With Lung or Breast Cancer: Symptom Distress, Fatigue, Quality of Life, and Use of Healthcare Resources – Impacto de uma enfermeira pivô em oncologia em pacientes com câncer da mama ou do pulmão: Socorro sintoma, fadiga, Qualidade de Vida e Uso de Recursos de Saúde</i>	Nível IV	Estudo não experimental como pesquisa descritiva correlacional, pesquisa qualitativa ou estudo de caso.
7. WALKER, 2008	<i>Updates in Non-Small Cell Lung Cancer – Atualizações em Câncer de não pequenas células do pulmão</i>	Nível V	Relatório de casos ou dados obtidos sistematicamente, de qualidade verificável, ou dados de programas de avaliação.
8. CORNWALL; MOORE; PLANT, 2008	<i>Embracing technology: Patients', family members' and nurse specialists' experience of communicating using e-mail – Abraçando a tecnologia: "os membros, familiares e pacientes" experiência enfermeiros especialistas de se comunicar usando e-mail.</i>	Nível IV	Estudo não experimental como pesquisa descritiva correlacional, pesquisa qualitativa ou estudo de caso.
9. HENOCH et al, 2008.	<i>Dyspnea experience in patients with lung cancer in palliative care – Dispneia experiência em pacientes com câncer de pulmão em cuidados paliativos</i>	Nível IV	Estudo não experimental como pesquisa descritiva correlacional, pesquisa qualitativa ou estudo de caso.
10. GLENNON; SESKEVICH, 2008	<i>Relaxation Technique to Ease Dyspnea: A Tool for Oncology Nurses – Técnica de Relaxamento para aliviar Dispneia: Uma Ferramenta para os enfermeiros de oncologia</i>	Nível IV	Estudo não experimental como pesquisa descritiva correlacional, pesquisa qualitativa ou estudo de caso.
11. JOHN, 2010	<i>Self-care strategies used by patients with lung cancer to promote quality of life – Estratégias de auto-atendimento usados por pacientes com câncer de pulmão para promover a qualidade de vida.</i>	Nível IV	Estudo não experimental como pesquisa descritiva correlacional, pesquisa qualitativa ou estudo de caso.

A partir da análise do QUADRO 4 observa-se que 7 (64%) dos estudos são classificados quanto à força de evidência como nível IV, já 3 (27%) são classificados como nível V e apenas 1 (9%) tem o nível III de classificação.

Após a leitura e análise dos estudos foi possível identificar a variável do estudo “Quais são ações do enfermeiro no cuidado da pessoa portadora de câncer de pulmão em tratamento quimioterápico?” que está representado pelo QUADRO 5.

QUADRO 5:  
Ações do enfermeiro no cuidado da pessoa portadora de câncer de pulmão em tratamento quimioterápico

Artigo	Ações do enfermeiro no cuidado da pessoa portadora de câncer de pulmão em tratamento quimioterápico
1. SALVADORI; LAMAS; ZANON, 2008.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Criação de um instrumento para avaliação do paciente portador de câncer de pulmão em tratamento quimioterápico.</li> </ul>
2. TOD; ROSE, 2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Educador principalmente sobre os sintomas do câncer de pulmão, benefícios da comunicação e diagnóstico precoce.</li> </ul>
3. O'MARA; DENICOFF, 2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulação de questionários e formulários que avaliam o tratamento e qualidade de vida do paciente.</li> <li>• Educador nos aspectos relacionados ao tratamento e qualidade de vida.</li> </ul>
4. FISCHER; DILLMAN, 2009.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Detecção precoce e gestão dos sinais e sintomas relacionados ao tratamento e doença.</li> <li>• Educador (educação continuada);</li> <li>• Intermediador de comunicação entre o paciente e a equipe;</li> <li>• Apoio na escolha e assistência ao tratamento;</li> <li>• Auxílio psicossocial;</li> <li>• Organização e gestão das perspectivas do tratamento multidisciplinar e reuniões.</li> </ul>
5. McARTHUR; DATTA; SHERLAW-JOHNSON, 2009	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover a comunicação entre paciente (principalmente na primeira visita para início do tratamento quimioterápico);</li> <li>• Práticas de comunicação em GP (grupos participativos);</li> <li>• Política para encaminhamentos de urgência.</li> </ul>
6. SKRUTKOWSKI <i>et al</i> , 2008	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auxiliar acompanha pacientes e familiares diante do diagnóstico de câncer, sinais e sintomas do tratamento e processo saúde-doença.</li> <li>• Avaliar e gerencia as necessidades, ensino e o fornecimento de informações, oferta de apoio e coordenação;</li> <li>• Assegurar a continuidade da assistência ao paciente;</li> <li>• Promover a comunicação entre o paciente e a equipe por meio de telefone ou atendimento local;</li> </ul>
7. WALKER, 2008	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar e diagnosticar os sintomas apresentados pelo paciente relacionado ao tratamento e à doença;</li> <li>• Discutir questões relacionadas ao prognóstico dos pacientes;</li> <li>• Planejar a assistência.</li> </ul>
8. CORNWALL; MOORE; PLANT, 2008	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicação por meio de telefone e email entre paciente, familiar e enfermeiro para auxílio no tratamento e processo saúde-doença.</li> </ul>
9. HENOCH <i>et al</i> , 2008.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação do paciente por meio de questionários validados para melhor gestão da dispnéia apresentada pelo paciente.</li> </ul>
10. GLENNON; SESKEVICH, 2008	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Técnicas de redução de estresse para melhorar a dispnéia, como disponibilizar ar fresco ao paciente por meio de ventilador, diminuir temperatura do ambiente, interagir o cognitivo-comportamental por meio de estratégias destinadas a promover relaxamento e redução do estresse;</li> <li>• Prover os recursos de apoio (educacionais, emocionais e psicossociais) para os pacientes e cuidadores / familiares.</li> </ul>
11. JOHN, 2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimular o contato do paciente com os amigos e familiares por meio de oração.</li> <li>• Avaliar e implementar as estratégias de auto-cuidado utilizadas pelo paciente.</li> <li>• Incentivar estratégias multidimensionais para melhora da fadiga e qualidade de vida.</li> </ul>

#### 4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os achados apontam que segundo o estudo de McCarthy, Datta e Sherlaw-Johnson (2009) a comunicação entre o enfermeiro e o paciente, principalmente na primeira visita para início do tratamento quimioterápico, tem se mostrado como uma medida que gera maior satisfação do paciente. A principal ação exercida que gerou esta satisfação foi encontros freqüentes por meio de práticas de comunicação em GP (grupos participativos), com o objetivo de evitar e/ou minimizar complicações relacionadas ao tratamento e ao processo saúde-doença e quando se faz necessário o enfermeiro é responsável pela avaliação, assistência e encaminhamentos de urgência.

No estudo de Skrutkowski *et al* (2008) o enfermeiro acompanha os pacientes e familiares diante do diagnóstico de câncer, e são responsáveis pela avaliação e gestão das necessidades, ensino e o fornecimento de informações, escala de sintoma de agravamento, inventário de fadiga breve, avaliação da terapia de câncer, oferta de apoio, além de assegurar a continuidade da assistência ao paciente e ajudar os pacientes e suas famílias a lidarem com sintomas entre o tratamento e o processo saúde-doença. A continuidade dos cuidados se torna essencial no desenvolvimento de intervenções de enfermagem a fim de melhorar a gestão da clínica, sendo utilizado como ferramenta de comunicação entre o paciente e o enfermeiro o telefone e o atendimento local.

Cornwall, Moore, Plant (2008), fazem menção à comunicação por meio de telefone e email entre paciente, familiar e enfermeiro como um instrumento de auxílio no tratamento e processo saúde-doença. No estudo dos autores supracitados, no âmbito dos cuidados de câncer de pulmão, a comunicação por telefone assim como por e-mail são considerados como uma ferramenta útil de comunicação entre o enfermeiro especialista e os pacientes e familiares. Este método tem por finalidade garantir ao paciente com câncer e seus familiares, acesso à informação, aconselhamento e apoio contínuo dos enfermeiros.

O estudo de Tod, Rose (2010) refere o enfermeiro como educador, principalmente sobre os sintomas do câncer de pulmão, benefícios da comunicação e diagnóstico precoce.

Fischel, Dillman (2009) em seu estudo citam o enfermeiro como promotor da educação continuada, caracterizado como um recurso permanente para os pacientes durante o tratamento quimioterápico.

No mesmo estudo Fischel, Dillman (2009) refere o enfermeiro como o coordenador / gestor da unidade de quimioterapia com a função de ajudar os pacientes por meio de processos de detecção precoce de sinais e sintomas com o objetivo de proporcionar a recuperação, fornecer vínculo pessoal, melhorar a satisfação do paciente, auxiliar na seleção do tratamento e atendimento psicossocial. Além gerenciar, organizar reuniões e auxiliar o paciente a fazer a comunicação necessária com os serviços de diagnóstico, clínicos gerais, cirurgiões, oncologistas, radioterapeutas e assistentes sociais. O enfermeiro também é responsável por criar vínculo entre a equipe multidisciplinar e o paciente resultando no aumento da satisfação do paciente, do médico, na diminuição do tempo de diagnóstico e tratamento, e na melhoria significativa da qualidade total.

Segundo Mohallem e Rodrigues (2007) o enfermeiro enquanto membro atuante da equipe multidisciplinar torna-se elemento primordial para o tratamento do paciente por estar presente em todo processo saúde-doença. Além de atuar enquanto minimizador e facilitador dos problemas relacionados à equipe de enfermagem, durante o tratamento e das frustrações dos pacientes. Tod e Rose (2010), Fischel e Dillman (2009), McCarthy, Datta e Sherlaw-Johnson (2009), Skrutkowski *et al* (2008), Cornwall, Moore e Palnt (2008) referem que os enfermeiros são educadores em potencial, na medida em que ajudam o paciente no processo de detecção dos sinais e sintomas, e durante o tratamento e recuperação. Destacam ainda que o enfermeiro cria vínculo com o paciente, promove a comunicação entre a equipe e o paciente, entre os elementos da equipe e identificam e gerenciam as necessidades do paciente, além de fornecer orientação e apoio emocional que assegura a continuidade da assistência.

Para Salvadori, Lamas, Zanon (2008), a utilização de um referencial teórico como o de Dorothea Orem mostrou-se eficaz para a elaboração de um instrumento de coleta de dados para pacientes com câncer de pulmão em quimioterapia ambulatorial.

O instrumento baseado nas reais necessidades do paciente, que abranja a sua totalidade, contendo dados gerais (situação conjugal e escolaridade), aspectos de autocuidado nos desvios de saúde (diagnóstico médico, tipo de quimioterapia,

quimioterápico utilizado, via de administração, intervalo entre as aplicações e fase do tratamento em que o paciente se encontra), requisitos de autocuidado universais (padrão de sono e repouso, exercícios físicos, hábitos, padrões nutricionais/hidratação, atividade diária, relacionamento familiar, espiritualidade, segurança emocional e higiene pessoal), exame físico (sinais vitais, exame da cabeça/pescoço/neurológico, nutrição/hidratação, tórax/pulmões, abdome, eliminações, extremidades/dorso e localização de feridas), pode ser utilizado como um guia na coleta de dados dos pacientes com câncer de pulmão em quimioterapia ambulatorial e auxiliar na Sistematização da Assistência de Enfermagem. Além de facilitar a comunicação e ser útil para promover o conhecimento entre o enfermeiro e o paciente.

Assim como Salvadori, Lamas, Zanon (2008), o estudo de O'Mara, Denicoff (2010), faz menção de que os diversos tipos de avaliação internacionais (questionários) como: *Health Related quality of Life (HRQOL)* – Qualidade de Vida relacionado à Saúde, *Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G)* – Avaliação Funcional da Terapia do Câncer, *Cancer Rehabilitation Evaluation System (CARES)* – Sistema de Avaliação de Reabilitação do Câncer e o *Functional Living Index-Cancer (FLIC)* – Índice de Vida Funcional – Câncer, podem ser utilizados pelo enfermeiro como uma ferramenta que proporciona a avaliação do tratamento, como o paciente é afetado como, por exemplo, nas atividades físicas diárias. Contribuindo assim para a prática clínica e desenvolvimento de protocolos clínicos, além de servir como base para o desenvolvimento de cuidados de enfermagem baseada em evidências. No mesmo estudo os autores citam que os enfermeiros são muitas vezes os primeiros a ouvir e ver como os pacientes estão lidando com os tratamentos de câncer. E que o desenvolvimento de medidas que incide sobre aspectos específicos do tratamento do câncer e qualidade de vida, como perguntas diretas de como os pacientes estão se sentindo, proporciona ao enfermeiro significativamente informações mais concretas sobre como está sendo direcionado suas ações e avaliações.

O estudo de Hensch *et al* (2008) refere que a utilização de questionários validados permite a avaliação da frequência da dispnéia, incluindo, intensidade, angústia e o significado do sintoma na experiência dos pacientes, sendo considerada uma intervenção de enfermagem eficaz para diminuir os sinais e sintomas da doença assim como os efeitos adversos relacionados ao tratamento.

Para Cornwall, Moore e Palnt (2008) o uso do email fundamentado em um questionário como um instrumento que abranja as necessidades do paciente é um método de comunicação útil entre os profissionais de saúde, o paciente e os familiares.

No entanto Glennon; Seskevich (2008) menciona que não existe uma concordância sobre qual é o melhor instrumento para a avaliação da dispnéia e que esta avaliação deve ser multidimensional considerando a história completa do sintoma, desde o início dos sintomas, até a descrição dos mecanismos que aliviam os sintomas. Sendo que avaliação da dispnéia pelo enfermeiro na admissão e durante o tratamento permite melhor avaliação das intervenções a serem implementadas ao paciente. Segundo o estudo de Glennon e Seskevich, o enfermeiro pode utilizar intervenções não farmacológicas que podem ser eficazes na melhora da dispnéia, como técnicas de redução de estresse como disponibilizar ar fresco ao paciente por meio de ventilador, diminuir temperatura do ambiente, interagir o cognitivo-comportamental por meio de estratégias destinadas a promover relaxamento e redução do estresse. Além de promover recursos de apoio (educacionais, emocionais e psicossociais) para os pacientes e cuidadores / familiares.

John (2010) faz referência que a avaliação de auto-cuidado usado pelo pacientes com câncer de pulmão em tratamento quimioterápico pelo enfermeiro é uma forma de promover a qualidade de vida avaliando assim seus benefícios ou não. O enfermeiro deve incentivar estratégias multidimensionais para melhora da fadiga e qualidade de vida, estimular o contato do paciente com os amigos e familiares por meio de oração.

Os sintomas descritos por Mohallem e Rodrigues (2007) e Uehara; Jamnik e Santoro (1998) foram compatíveis com os estudos de Walker (2008) que menciona a tosse, fadiga, dor, dispnéia como relatos mais freqüentes dos pacientes com câncer de pulmão e que os enfermeiros avaliam e planejam a assistência de acordo com as necessidades do paciente e os efeitos colaterais do tratamento. Além de estar a par das atuais opções de tratamento a fim de planejar uma assistência/ cuidado de qualidade para os pacientes.

O estudo de Henocho *et al* (2008) cita a dispnéia como fator essencial que deve ser preferencialmente avaliada para implementação de intervenções de enfermagem para que haja melhora do quadro e enfrentamento da doença.

Estes estudos entram em concordância com o estudo de Mohallem e Rodrigues (2007) uma vez que os mesmos citam que o profissional de enfermagem deve estar preparado e ter conhecimento técnico-científico, para assistência ao portador de câncer de pulmão em qualquer nível de atenção à saúde e proporcionar uma assistência humanizada.

Após análise da discussão dos resultados observa-se que as ações de enfermagem à pessoa portadora de câncer de pulmão podem ser especificadas e classificadas em ações de ordem psico-espiritual e social, ações de ordem pedagógicas e ações ordem gerencial e assistencial, que geralmente estão vinculadas umas às outras.

As ações de ordem psico-espiritual e social podem ser definidas como ações voltadas para o bem estar da mente e espírito relacionado aos valores, às crenças, à reinserção e adaptação da pessoa com câncer de pulmão à sociedade, à família, aos amigos, além de apoio no enfrentamento e tratamento da doença. Dos estudos podemos citar como ações do enfermeiro:

- Estimular comunicação entre o enfermeiro e o paciente (telefone, email, atendimento local);
- Criar práticas de comunicação em GP (grupos participativos);
- Criar vínculo com o paciente e equipe;
- Interagir o cognitivo-comportamental por meio de estratégias destinadas a promover relaxamento e redução do estresse.
- Estimular o contato do paciente com os amigos e familiares por meio de oração.

As ações de ordem pedagógicas são as ações relacionadas ao processo educativo da pessoa portadora de câncer de pulmão e familiares. Dentre os estudos podemos citar como ações:

- Comunicação entre enfermeiro e paciente, principalmente na primeira sessão de quimioterapia;
- Criar práticas de comunicação em GP (grupos participativos);
- Promover o ensino e o fornecimento de informações por meio de telefone, email, atendimento local;
- Garantir acesso à informação, aconselhamento e apoio contínuo ao paciente;
- Promover a educação continuada;



- Orientar quanto os sintomas do câncer de pulmão, benefícios da comunicação e diagnóstico precoce;
- Criar vínculo;
- Criar de instrumentos baseados nas reais necessidades do paciente, que abranja a sua totalidade.

As ações de ordem gerencial e assistencial podem estar direta ou indiretamente voltadas para o portador de câncer de pulmão orientadas por um objetivo comum, sendo que são relacionadas com *o que, como e porque* estas ações estão sendo desenvolvidas. Dos estudos podemos citar como ações:

- Avaliar e gerir as necessidades da pessoa com câncer de pulmão;
- Avaliar a terapia de câncer;
- Assegurar a continuidade da assistência ao paciente;
- Auxiliar o portador de câncer por meio de processos de detecção precoce de sinais e sintomas;
- Organizar reuniões;
- Auxiliar o paciente a fazer a comunicação necessária com os serviços de diagnóstico, clínicos gerais, cirurgiões, oncologistas, radioterapeutas e assistentes sociais;
- Criar vínculo entre o paciente e a equipe multidisciplinar;
- Ser minimizador e facilitador dos problemas relacionados à equipe de enfermagem,
- Criar instrumentos baseados nas reais necessidades do paciente, que abranja a sua totalidade;
- Avaliar o auto-cuidado usado pelo pacientes com câncer de pulmão em tratamento quimioterápico;
- Incentivar estratégias multidimensionais para melhorar a qualidade de vida;
- Planejar a assistência de enfermagem;
- Implementar intervenções de enfermagem.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste estudo foi alcançado, pois permitiu a identificação, planejamento das ações que devem ser implementadas para o portador de câncer de pulmão, além de mostrar a importância da assistência de enfermagem voltada para as suas reais necessidades.

A partir da análise dos estudos observa-se que 28 (90%) das publicações referem-se à autoria de enfermeiros, seguido de médicos 3 (10%); 15 (48%) são especialistas, 8 (26%) são doutores, 7 (23%) são mestres e 1 (3%) é graduado. 6 (55%) dos estudos foram publicados em 2008, 2 (18%) em 2009 e 3 (27%) em 2010. 6 (55%) foram estudos publicados nos Estados Unidos, seguido da Inglaterra que correspondeu a 2 (18%) e a Escócia 2 (18%). O Brasil neste estudo ocupa o último lugar com apenas 1 (9%) artigo publicado. Entre os 11 estudos incluídos na presente revisão, 8 (73%) foram publicados em revistas de enfermagem, 3 (27%) foram publicados em periódicos da área da saúde notadamente na área da oncologia. 8 (73%) correspondem a estudos primários qualitativos e 3 (27%) correspondem a estudos secundários de cunho teórico. A maioria dos artigos 10 (91%) refere-se a estudos publicados no MEDLINE e 1 (9%) publicados no BDNF. 7 (64%) dos estudos são classificados quanto à força de evidência como nível IV, 3 (27%) são classificados como nível V e apenas 1 (9%) tem o nível III de classificação.

Dentre os estudos analisados observa-se que as ações globais do enfermeiro para tratamento quimioterápico foram: a formulação e/ou utilização de questionários voltados para o paciente em tratamento quimioterápico e/ou suas manifestações clínicas e/ou reações adversas; promoção da educação quanto ao tratamento e processo saúde-doença; criador de vínculo entre o paciente e a equipe; promotor da comunicação com o paciente por meio de telefone e e-mail com a finalidade de minimizar e prevenir os agravos à saúde deste paciente e/ou melhorar a sua qualidade de vida.

A dispnéia e fadiga são vistos como principal complicação da doença e/ou tratamento, sendo assim as principais ações dos enfermeiros baseados neste estudo são voltadas para identificação, avaliação, assistência, educação do paciente quanto à dispnéia relacionado à doença e tratamento.

Vale destacar que apenas 1 artigo descreve as intervenções de enfermagem específicas para o paciente portador de câncer de pulmão em tratamento

quimioterápico. E que a maioria dos artigos descrevem e contemplam sistematização da assistência para os pacientes que iniciam o tratamento quimioterápico.

Acredita-se que a identificação das ações de enfermagem (ações de ordem psico-espiritual e social, ações de ordem pedagógicas e ações ordem gerencial e assistencial) e das necessidades do paciente portador de câncer de pulmão em tratamento quimioterápico (aspectos fisiopatológicos do câncer de pulmão, efeitos adversos do tratamento quimioterápico, aspectos biopsicossociais do paciente) permitirá aos profissionais de saúde uma atuação mais precisa e contribuirá na formação do conhecimento do profissional a respeito da clientela específica. Sendo assim, o enfermeiro poderá buscar elementos que satisfaçam as reais necessidades do paciente por meio de uma assistência qualificada que possibilite ao paciente a sua adaptação ao tratamento e reinserção na sociedade, além de evitar possíveis complicações do tratamento e, por conseqüência, aumento de sobrevida e qualidade de vida.

A partir deste estudo, percebe-se nas publicações brasileiras uma lacuna no que se refere a estudos e publicações de Enfermeiros quanto à assistência de Enfermagem ao paciente portador de câncer especificamente de pulmão em tratamento quimioterápico. Novos estudos são necessários para avaliar os aspectos da prestação de cuidados de enfermagem relacionados ao câncer de pulmão em tratamento quimioterápico considerando que de acordo com o INCA (2010) a incidência do câncer de pulmão tem aumentado significativamente nas últimas décadas.

## REFERÊNCIAS

- BONASSA, E. M. A. **Enfermagem terapêutica oncológica**. 3 ed. São Paulo: Atheneu, 2005.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2010: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2010. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/index.asp?link=conteudo\\_view.asp&ID=1](http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/index.asp?link=conteudo_view.asp&ID=1)>. Acesso em 28 abr. 2010.
- CAVALCANTE, A. B; SILVA, E. **Saúde Baseada em Evidências**. Einstein: Educ Contin Saúde, v. 5, n 2, p. 109-111, 2007. Disponível em: <[http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/792-Einsten\\_P2\\_Vol5N4\\_Miolo\\_p%C3%A1g.109%20a%20111.pdf](http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/792-Einsten_P2_Vol5N4_Miolo_p%C3%A1g.109%20a%20111.pdf)> Acesso em: 1 jul 2010.
- CORNWALL, A; MOORE, S; PLANT, H. Embracing technology: Patients', family members' and nurse specialists' experience of communicating using e-mail. **European Journal of Oncology Nursing**, 12, 2008, p. 198–208.
- FISCHEL, R. J; DILLMAN, R. O. Developing an Effective Lung Cancer Program in a Community Hospital Setting. **Clinical Lung Câncer**, Jul. 2009, p. 239 – 243.
- GLENNON, C; SESKEVICH, J. Relaxation Technique to Ease Dyspnea: A Tool for Oncology Nurses. **Clinical Journal of Oncology Nursing**. V. 12, n. 2, 2008.
- GUIMARÃES, J. R. Q. Manual de Oncologia. 3 ed. São Paulo: BBS Editora, 2008.
- HENOCH, I; BERGMAN, B; GUSTAFSSON, M; GASTON-JOHANSSON, F; DANIELSON, E. Dyspnea experience in patients with lung câncer in palliative care. **European Journal of Oncology Nursing**, 12, 2008, p. 86–96.
- JOHN, L. D. Self-care strategies used by patients with lung cancer to promote quality of life. **Oncology Nursing Forum**, 37, 2010, p. 339-347.
- McCARTHY M., DATTA P. & SHERLAW-JOHNSON C. Organizational determinants of patients' experiences of care for breast, lung and colorectal cancers. **European Journal of Cancer Care**. 18, Maio 2009, p. 287–294.
- MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVAO, Cristina Maria. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem**. Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 17, n. 4, Dez. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 17 jun 2010.
- MOHALLEM, A. G. C; RODRIGUES, A. B. **Enfermagem Oncológica**. 2 ed., São Paulo: Manole, 2007.
- O'MARA, A.M; DENICOFF, A. M. Health Related Quality of Life in Nci-Sponsored Cancer Treatment Trials. **Seminars in Oncology Nursing**, V 26, N 1, fev., 2010, p 68-78.
- SALVADORI, Anita Moda, LAMAS, José Luiz Tatagiba, ZANON, Cláudia. Desenvolvimento de instrumento de coleta de dados de enfermagem para pacientes com câncer de pulmão em quimioterapia ambulatorial. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**; 12 (1):130-135, mar. 2008. Disponível em: <[http://www.eean.ufrj.br/revista\\_enf/20081/22ARTIGO18.pdf](http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/20081/22ARTIGO18.pdf)>. Acesso em: 28 abr 2010.
- SHIMADA, C. S. **Efeitos adversos no tratamento quimioterápico: uma visão para enfermeiros e farmacêuticos**. 1 ed, São Paulo: Planmark, 2009.
- SKRUTKOWSKI, M; SAUCIER, A; EADES, M; SWIDZINSKI, M; RITCHIE J; MARCHIONNI, C; LADOUCEUR, M. Impact of a Pivot Nurse in Oncology on Patients With Lung or Breast Cancer:

Symptom Distress, Fatigue, Quality of Life, and Use of Healthcare Resources. **Oncology Nursing Fórum.** v 35, n. 6, Nov. 2008, p. 948 – 954.

STETLER, C. B.; MORSE, D.; RUCKI, S.; BROUGHTON, S.; CORRIGAN, B.; FITZGERALD, J.; GIULIANO, K.; HAVENER, P.; SHERIDAN, A. Utilization-focused integrative reviews in a nursing service. **Appl Nurs. Res.**, v. 11, n. 4, p. 195-206, Nov. 1998.

TOD, A.M; ROSE, J. Overcoming delay in the diagnosis of lung cancer: a qualitative study. **Nursing Standard.** V. 24, n. 3, abr. 2010. p 35-43.

UICC, União Internacional Contra o Câncer. **Manual de oncologia clínica.** 8 ed. São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo, 2006.

UEHARA, C; JAMNIK, S; SANTORO, I.L. **Câncer de pulmão.** Medicina, Ribeirão Preto, 31: 266-276, abr./jun. 1998 Disponível em: <[http://www.fmrp.usp.br/revista/1998/vol31n2/cancer\\_de\\_pulmao.pdf](http://www.fmrp.usp.br/revista/1998/vol31n2/cancer_de_pulmao.pdf)>. Acesso em: 1 jul 2010.

**APÊNDICE**

---

**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – AÇÕES DO ENFERMEIRO NO CUIDADO DA PESSOA PORTADORA DE CÂNCER DE PULMÃO EM TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO**

---

Referência \_\_\_\_\_

Fonte: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

Profissão do autor: \_\_\_\_\_ Qualificação: \_\_\_\_\_

País de publicação: \_\_\_\_\_ Qualificação: \_\_\_\_\_

Periódico: \_\_\_\_\_

Tipo de estudo: \_\_\_\_\_

Delineamento do estudo: \_\_\_\_\_

Ano de publicação: \_\_\_\_\_

Variável de interesse: Quais intervenções do enfermeiro ao paciente portador de câncer de pulmão em tratamento quimioterápico?

---

---

---

---

---

---