



ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

MARIA LUIZA ARLÉO MARTINS

**CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS AO SURGIMENTO DE EMERGÊNCIAS
MÉDICAS EM UMA UNIDADE DE ALTA COMPLEXIDADE PARA
TRATAMENTO ONCOLÓGICO**

Salvador

2022

MARIA LUIZA ARLÉO MARTINS

**CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS AO SURGIMENTO DE EMERGÊNCIAS
MÉDICAS EM UMA UNIDADE DE ALTA COMPLEXIDADE PARA
TRATAMENTO ONCOLÓGICO**

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação em
Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde
Pública entregue como requisito parcial para
obtenção do grau de Bacharel em Medicina.

Acadêmica: Maria Luiza Arleo Martins

**Orientadora: Profa. Dra. Gabriela Botelho
Martins**

Salvador

2022

RESUMO

INTRODUÇÃO: o câncer é uma doença importante no Brasil, sendo a segunda maior causa de mortalidade. Sua gravidade depende de diversos fatores e a presença de comorbidades influenciam o desfecho e apresentação da doença, podendo gerar quadros que levam à procura do departamento de emergência. **OBJETIVO:** relacionar as emergências apresentadas pelos pacientes oncológicos com as comorbidades e hábitos deletérios, bem como traçar o perfil epidemiológico das pessoas que procuram serviço de emergência em oncologia em um hospital público de referência. **MATERIAIS E MÉTODOS:** foram utilizados prontuários de pacientes oncológicos atendidos na Unidade Dona Dulce (UDD), Obras Sociais Irmã Dulce (OSID), em Salvador-BA, em 2021. Os dados coletados se referiam a sexo, idade, nível de escolaridade, comorbidades, tumor, tratamento, emergência sofrida e desfecho. **RESULTADOS:** Foram estudados 347 prontuários, dos quais 204 (59%) eram do sexo feminino, com média (DP) de idade de 60,5 (14,8) anos, predomínio de autodeclarados como pardo (169; 48,8%) e com ensino médio completo (108; 31,3%). Hipertensão e tabagismo foram as principais comorbidades, enquanto os sítios de tumor foram mama (22,7%) e intestinos e reto (11,8%). A maioria dos pacientes sobreviveu e as principais emergências foram dor (35,8%) sintomas respiratórios (20,7%) e sintomas gastrointestinais (20,7%). Houve uma relação significativa ($p < 0,05$) entre hipertensão e sintomas respiratórios; quimioterapia ativa e distúrbios hematológicos, sangramentos e neutropenia febril (NF); tratamento ativo e NF; e sintomas respiratórios e óbitos. **CONCLUSÃO:** foram encontradas poucas associações entre comorbidades e emergências na população oncológica. Todavia, pôde-se ter uma noção do perfil epidemiológico dos pacientes locais, o que possibilita um atendimento mais especializado para eles.

Palavras-chaves: câncer; emergências; comorbidade.

ABSTRACT

INTRODUCTION: cancer is an important disease in Brazil, where is the second leading cause of death. Its severity depends on many factors and the presence of comorbidities influence the outcome and presentation of the disease, which can generate conditions that lead to the search for the emergency department. **OBJECTIVE:** this study aims to relate the emergencies presented by cancer patients with comorbidities and deleterious habits, as well as to trace the epidemiological profile of people who seek emergency services in oncology at a public referral hospital. **MATERIALS AND METHODS:** medical records of cancer patients treated at the Dona Dulce Unit (UDD) Obras Sociais Irmã Dulce (OSID), in Salvador-BA, in 2021 were used. The data collected referred to sex, age, education level, comorbidities, tumor, treatment, emergency suffered and outcome. **RESULTS:** medical records of 347 patients were studied, which 204 (59%) were female, with a mean (SD) age of 60.5 (14.8) years, domain of self-declared as brown (169; 48.8%) and with completed high school (108; 31.3%). Hypertension and smoking were the main comorbidities, while the most frequent tumor sites were breast (22.7%) and intestines and rectum (11.8%). Most patients survived and the most common emergencies were pain (35.8%), respiratory symptoms (20.7%) and gastrointestinal symptoms (20.7%). There was a significant relationship ($p < 0.05$) between hypertension and respiratory symptoms; active chemotherapy and haematological disorders, bleeding and febrile neutropenia (FN); active treatment and FN; and respiratory symptoms and deaths. **CONCLUSION:** few associations were found between comorbidities and emergencies in the cancer population. However, it was possible to know better the epidemiological profile of local patients, which allows a more specialized care for them.

Keywords: cancer; emergency; comorbidity.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	3
2 OBJETIVOS.....	4
2.1 OBJETIVO GERAL	4
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	4
3 REFERENCIAL TEÓRICO	5
3.1 CÂNCER	5
3.2 EMERGÊNCIAS MÉDICAS EM PACIENTES ONCOLÓGICOS	6
3.2.1 Neutropenia febril	6
3.2.2 Parada cardiorrespiratória	7
3.2.3 Diarreia e vômitos	8
4 METODOLOGIA.....	11
4.1 TIPO DE ESTUDO	11
4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO	11
4.2.1 População alvo.....	11
4.2.2 Seleção da amostra	11
4.3 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	11
4.3.1 Critérios de inclusão dos pacientes.....	11
4.3.2 Critérios de exclusão dos pacientes.....	11
4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	12
4.5 OPERACIONALIZAÇÃO DE VARIÁVEIS	12
4.6 ANÁLISE DE DADOS	12
5 RESULTADOS	14
6 DISCUSSÃO	23
7 CONCLUSÃO	29
REFERÊNCIAS	23
GLOSSÁRIO	28
ANEXOS	29
APÊNDICES	33

1 INTRODUÇÃO

O câncer é um problema que se inicia a partir do crescimento desordenado das células do corpo humano, podendo, então, ter diferentes origens. Ainda, cada tumor vai apresentar características próprias, com tempo de crescimento e disseminação próprios por exemplo (1). Além disso, essa doença possui grande relevância na sociedade atual, pois continua a ser responsável por uma boa parcela de óbitos em todo o mundo, incluindo o Brasil, onde chegou a ser a segunda maior causa de mortalidade no ano de 2019 (2).

Além das diversas complicações sistemáticas que o próprio câncer pode causar, os pacientes oncológicos ainda podem apresentar múltiplas repercussões clínicas, causadas tanto pelo seu tratamento quanto pela doença em si, o que os levam a procurar o serviço de emergência com certa recorrência. Dentre as principais intercorrências vivenciadas pelos indivíduos que possuem câncer, pode-se destacar: hipercalcemia maligna, síndrome de lise tumoral, hiponatremia, síndrome da hiperviscosidade e neutropenia febril (NF) (3). Todavia, levando-se em conta que “emergência” é definida como uma condição de agravo à saúde que implica risco iminente à vida (4), não se pode descartar outras ocorrências que também podem vir a acontecer nessa população, como parada cardiorrespiratória (PCR) e vômitos e diarreia excessivos, que também acabam levando esses pacientes a buscar o setor de emergência.

Ademais, sabe-se também que a PCR está predisposta a ocorrer em pessoas com determinadas comorbidades e hábitos deletérios – como doenças coronarianas, obesidade e tabagismo (5). No caso dos pacientes com câncer, ainda existe a interferência do tipo de câncer, estágio e tratamento como fatores de risco que podem predispor à presença desses problemas (6,7).

Já no caso de vômitos e diarreia, atualmente sabe-se que esses podem ser causados por conta de alguma das emergências oncológicas, como síndrome de lise tumoral, devido à distúrbios metabólicos (8). Esses dois acontecimentos são muito recorrentes em pacientes com câncer, podendo também ser uma manifestação da quimio/radioterapia, utilizadas para o tratamento da doença (9).

Entretanto, existem poucos estudos que correlacionam o acontecimento dessas emergências em pacientes oncológicos com diversas comorbidades e hábitos deletérios do paciente (10). O entendimento e reconhecimento dessa associação se torna fundamental para que os profissionais de saúde fiquem atentos a essas possíveis intercorrências, podendo, assim, reconhecer precocemente a alta probabilidade da ocorrência desses problemas antes mesmo que aconteçam, levando à preparação precoce para o atendimento individual de cada paciente, o que pode diminuir a morbimortalidade em pessoas com esses problemas.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar as características dos pacientes que estão associadas aos tipos de emergências médicas em uma unidade de alta complexidade para tratamento oncológico.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estabelecer um perfil sociodemográfico dos pacientes que sofreram emergências médicas no período estabelecido;
- Identificar quais as principais emergências médicas que ocorrem nos pacientes oncológicos.
- Analisar a relação entre as emergências sofridas pelos pacientes oncológicos e desfecho dos pacientes;
- Verificar a relação entre as emergências sofridas pelos pacientes oncológicos e o tratamento deles.
- Verificar a relação entre as comorbidades e hábitos deletérios com as emergências médicas sofridas pelos pacientes estudados.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 CÂNCER

As neoplasias são um grupo de doenças oriundas de distúrbios genéticos que levam ao crescimento anormal de células, sem que haja uma regulação efetiva pelas substâncias responsáveis por realizar o controle dessa ação, podendo acontecer em quase todos os tecidos do corpo humano. Todavia, não é todo o crescimento desordenado que vai se tornar um câncer, pois as neoplasias podem ser divididas em benignas ou malignas a depender de suas características, sendo que apenas essa última é denominada de tal forma. De modo geral, as principais características de tumores malignos envolvem a alta capacidade de invadir e destruir estruturas adjacentes e o potencial para realizar metástase. Por isso, os cânceres podem atingir diversas estruturas do organismo do indivíduo, podendo, muitas vezes, ser fatal (11).

Os cânceres são a segunda maior causa de morte no mundo, levando à cerca de 9,6 milhões de óbitos por ano (12). No Brasil, o principal tipo de câncer que acomete as mulheres é o de mama – com 66.280 casos novos em 2020, correspondendo a 29,7% do total de neoplasias malignas –, seguido pelo de cólon e reto e de colo de útero. Já nos homens, os mais recorrentes tipos de tumores malignos, em ordem decrescente, são: próstata, com 65.840 (29,2%) casos novos em 2020; cólon e reto; e traqueia, brônquio e pulmão (13).

Os fatores de risco para o desenvolvimento dessa doença são os mais diversos por conta das diferentes possíveis localizações e formas que ela pode assumir, podendo ser destacados, de modo geral: tabagismo, dieta, obesidade, consumo de álcool, exposição- às radiações ionizantes e solares, exposição a certos agentes infecciosos, imunossupressão e predisposição genética, sendo este o principal e mais importante contribuidor para o desenvolvimento de tumores. Ademais, a faixa etária mais predisposta a desenvolver cânceres são as mais avançadas, principalmente entre os 55 e 75 anos de idade (11,14).

Já quanto ao desenvolvimento da doença, é importante ressaltar que existem diversos desfechos diferentes quanto às manifestações, estando relacionado com o diagnóstico histopatológico, velocidade de crescimento, órgãos acometidos, tipo de tratamento realizado e diversas outras variáveis.

3.2 EMERGÊNCIAS MÉDICAS EM PACIENTES ONCOLÓGICOS

Emergência pode ser definida como uma constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem sofrimento intenso ou risco iminente de morte, exigindo, portanto, tratamento médico imediato (4). No caso dos pacientes oncológicos, as emergências mais comuns incluem: NF, síndrome da lise tumoral, hipercalemia da malignidade, hiponatremia, compressão medular maligna e síndrome da hiperviscosidade (3,8,15–17). Contudo, não se pode descartar outras intercorrências que também ocorrem com indivíduos livres de câncer, mas que não deixam de representar um risco à vida, como PCR e diarreias e vômitos severos, que podem levar à desidratação grave e diversos outros distúrbios, sendo ainda mais preocupantes em pacientes oncológicos. Nesse estudo, será dado enfoque à NF, PCR e diarreias e vômitos, por serem recorrentes e de grande importância para a população alvo.

3.2.1 NEUTROPENIA FEBRIL (NF)

A NF diz respeito a um evento o qual o indivíduo se apresenta com uma contagem de neutrófilos $< 500/\text{mm}^3$ ou entre $500\text{-}1.000/\text{mm}^3$ e com tendência à queda, associada a febre – temperatura axilar $> 37,8^\circ\text{C}$ ou oral $> 38,3^\circ\text{C}$ ou temperatura $\geq 38^\circ\text{C}$ – que permanece por 1 hora. A neutropenia pode ser classificada de quatro diferentes formas a partir da contagem absoluta de neutrófilos: branda se for entre $1000\text{-}1500/\text{mm}^3$; moderada se entre $500\text{-}999/\text{mm}^3$; severa se entre $100\text{-}499/\text{mm}^3$; e profunda quando abaixo de $100/\text{mm}^3$ (15).

Esse acontecimento é considerado uma emergência importante e geralmente implica internamento imediato do paciente para que ocorra uma avaliação e administração de antibióticos de amplo espectro adequados, na tentativa de evitar o agravamento da situação(10). Pacientes submetidos à quimioterapia são mais propensos a desenvolver esse quadro, podendo atingir 80% desse grupo, especialmente entre o 10º e 20º dia após o tratamento. Devido à baixa imunidade, o indivíduo se torna mais suscetível a infecções – inclusive por agentes naturais existentes no próprio organismo –, podendo gerar sequelas e com uma taxa de óbitos significativa (10,16). Identificar exatamente qual foi o microrganismo responsável pela infecção bem como o seu sítio muitas vezes se torna difícil em um paciente com NF, não sendo, portanto, essencial para seu manejo adequado(15).

Apesar de ser uma das principais responsáveis por essa condição, a quimioterapia não é seu único fator desencadeante, já que pacientes com disfunções da medula óssea, a exemplo daqueles com diagnóstico de leucemia aguda, síndromes mielodisplásicas, anemia aplástica,

que fazem uso de medicamentos e/ou são expostos à radiação também podem vir a cursar com esse problema(3). Em casos mais graves, a NF ainda pode gerar um adiamento e/ou redução da dose da quimioterapia, fazendo com que cânceres que estavam respondendo bem ao tratamento possam ter uma piora devido a essa suspensão (10).

Essa condição acaba sendo menos comum em indivíduos com tumores sólidos, já que o tratamento destes é menos intenso que o de malignidades hematogênicas, como no caso da leucemia (15). Nessa intercorrência, a pré-existência de comorbidades e hábitos deletérios como uso de determinadas drogas e disfunções hepáticas e renais podem alterar tanto a duração quanto a severidade do quadro do paciente (3).

3.2.2 PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA (PCR)

A PCR é uma emergência médica comum em todo o mundo, sendo definida pela ausência de pulso central palpável e interrupção da respiração, o que leva à redução do nível de consciência do paciente e ausência de oxigenação de órgãos e tecidos, podendo ser altamente letal. Dentre suas principais causas estão a contusão do miocárdio e alterações no fluxo sanguíneo, que levam a uma diminuição do fornecimento de oxigênio para o coração, fazendo com que ele pare de exercer sua função(18).

Além de ser fatal, a PCR pode gerar diversas sequelas ao paciente, principalmente naqueles que já estão mais debilitados, a exemplo dos pacientes oncológicos, deteriorando significativamente sua qualidade de vida e prognóstico de sobrevivência (7). É fundamental que haja o reconhecimento rápido da PCR para que seja precocemente ofertado o manejo adequado – isto é, a RCP associada ao uso do desfibrilador e fármacos, se necessário –, atenuando, assim, as consequências que podem vir a ocorrer. Sabe-se que a cada minuto transcorrido após a PCR sem desfibrilação, a probabilidade de sobrevivência diminui cerca de 10% (19).

Dentro da população como um todo, é sabido que os principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardíacas de modo geral são idade avançada, histórico familiar, gênero masculino, raça branca, hipertensão, diabetes mellitus, níveis séricos de colesterol elevados, síndrome metabólica, obesidade, inatividade física, exposição ao fumo, hábitos alimentares não saudáveis, consumo de álcool e estresse (5). Já na população oncológica, espera-se que os principais fatores de risco estejam envolvidos com tipos de cânceres relacionados com a circulação sistêmica; todavia, câncer de pulmão, malignidades

hematológicas, de estômago, linfoma e esofágico são citados como relevantes para desenvolvimento desta complicação (7).

Os pacientes oncológicos são um dos grupos mais acometidos pela PCR intra-hospitalar (7). Suas taxas de sobrevivência após a PCR tendem a ser maiores em pacientes com tumores sólidos e em pacientes que não apresentam essa emergência mais de uma vez, com o número de sobreviventes declinando significativamente quando ocorre duas ou mais vezes (20).

Um estudo feito nos Estados Unidos relatou que, mesmo levando-se em conta outras variáveis e comorbidades, como distúrbios coronarianos, doença hepática crônica, diabetes, obesidade, alcoolismo, fumo e outros, quando se compara o grupo de pacientes com câncer e sem câncer, o principal fator associado ao pior prognóstico continuou sendo a malignidade, mesmo quando a doença aparentava estar mais atenuada e controlada (21).

3.2.3 DIARREIA E VÔMITOS

Vômitos e diarreia severos são motivos que muitas vezes levam o paciente oncológico a procurar o departamento de emergência. Eles podem representar manifestações de diversos problemas, como aumento da pressão intracraniana, mas também podem ser a fonte de problemas como desidratação severa e distúrbios eletrolíticos, que podem dar início a um quadro preocupante e que leva o paciente a ser internado (17).

A diarreia aguda é definida como um aumento do número de evacuações ou diminuição da consistência das fezes, com recorrência de pelo menos três vezes no dia (16), com duração menor que duas semanas. Normalmente, ela tem origem infecciosa, podendo também ser causada por medicações com substâncias osmóticas, síndromes de má absorção e doenças inflamatórias intestinais (16). Todavia, em pacientes oncológicos, as principais causas da diarreia se tornam a quimioterapia e radioterapia, principalmente abdominal e pélvica (22). A fisiopatologia depende do medicamento utilizado, mas pode estar relacionado à lesão celular direta com aumento da secreção e diminuição da absorção de água e íons, lesão de mucosa devido à irradiação, síndrome colinérgica, entre outros (17,23).

A diarreia causada pela quimio e radioterapia pode chegar a ser debilitante e de alto risco à vida para os pacientes oncológicos, pois podem resultar em perda significativa de líquidos e eletrólitos, podendo levar a um quadro de desidratação, distúrbios eletrolíticos – como acidose metabólica e hiper ou hiponatremia – e insuficiência renal, além de aumentar as chances de morbidade cardiovascular (22,23).

Existem 5 possíveis categorias de gravidade para a diarreia segundo o *Common Terminology Criteria for Adverse Events* (CTCAE), sendo o 1 o quadro mais leve e o 5 a morte. A partir da classificação 3 já há necessidade de internamento, enquanto o grau 2 sugere suspensão da quimioterapia até que o quadro seja revertido (17). Por isso, além de causar diversos distúrbios, o prognóstico do paciente oncológico com diarreia também pode ser diminuído devido às mudanças do tratamento do câncer (22,23).

No atendimento do paciente com diarreia, é preciso se atentar para a presença de cólica abdominal e sua intensidade, presença de náuseas e vômitos (grau 2 ou mais), febre, sepse, neutropenia, desidratação e sangramentos. Tudo isto para garantir que o quadro apresentado é, de fato, consequência da quimio/radioterapia e não de uma infecção ou uso de laxantes, por exemplo. O manejo desta complicação dependerá do grau de gravidade do paciente, sendo necessário, para todos, a recomendação de uma ingestão de água de 8 a 10 copos/dia, associada à suspensão de bebidas alcoólicas e suplementos hiperosmóticos (17).

Já quanto ao caso de vômitos, eles são um dos efeitos colaterais em pacientes que fazem quimioterapia. Assim como ocorre na diarreia, eles também são capazes de cursar com certa gravidade e levar à interrupção do tratamento, podendo piorar o desfecho clínico do paciente (24).

Seus principais fatores de risco em pacientes oncológicos incluem sexo feminino, quimio/radioterapia prévia, ansiedade, depressão, sensibilidade a odores e pessoas mais jovens (17). Ainda, existem outras situações que também contribuem para a presença dos vômitos, como: baixo controle de vômitos com o uso de outros quimioterápicos, intensidade da dose, fármaco utilizado, administração intravenosa e não uso de álcool e drogas (24,25).

Dentre todos esses fatores, o fator emetogênico do quimioterápico é o de maior influência no que diz respeito à ocorrência de náuseas e vômitos, devendo, portanto, ser o ponto principal na terapia antiemética. Os quimioterápicos endovenosos podem ser divididos em 4 níveis diferentes, de acordo com o seu potencial emetogênico (17,24,25):

1. Risco mínimo: < 10% de chance de provocar náuseas e vômitos;
2. Risco baixo: 10-30% de chance de provocar náuseas e vômitos;
3. Moderado risco: 31-90% de chance de provocar náuseas e vômitos;
4. Alto risco: > 90% de chance de provocar náuseas e vômitos.

Já as náuseas e vômitos geradas pela quimioterapia podem ser classificadas de três formas: de início agudo, que ocorre dentro de 24 horas após a quimioterapia; de início tardio,

que ocorre entre 24 horas até 5 dias após; e antecipatória, que é desencadeada pelo gosto ou cheiro similar ao do tratamento quimioterápico ou ainda pensamentos do paciente (24,25).

Existe ainda uma terapia antiemética, isto é, cujo objetivo é diminuir a incidência de náuseas e vômitos, incluindo para os pacientes com quimioterapia ativa. Diversos medicamentos podem ser usados com o intuito de atenuar esses sintomas em pacientes oncológicos, incluindo alguns corticoides (24).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Esse foi um estudo quantitativo analítico, com dados obtidos de prontuários de pacientes atendidos na Unidade Dona Dulce (UDD) Obras Sociais Irmã Dulce (OSID), na cidade de Salvador-BA, no ano de 2021. O estudo foi aprovado no Comitê de ética em Pesquisa das Obras Sociais Irmã Dulce, com nº CAAEE 50283521.4.0000.0047 (ANEXO 1)

4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO

A população alvo desse estudo foram todos os prontuários dos pacientes oncológicos acompanhados na Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) Nossa Senhora de Fátima do Hospital Santo Antônio das Obras Sociais Irmã Dulce (OSID) e que deram entrada no departamento de emergência do local (UDD/ OSID).

A amostra foi de conveniência (não probabilística) sendo constituída pelos prontuários dos pacientes que vivenciaram quaisquer emergências durante o ano de 2021 registrados na UDD.

4.3 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

4.3.1 Critérios de inclusão dos pacientes

Os prontuários dos pacientes oncológicos da UNACON/OSID maiores de 19 anos que sofreram alguma emergência médica no ano de 2021, e que são acompanhados dentro da unidade referida, foram incluídos no estudo.

4.3.2 Critérios de exclusão dos pacientes

Foram excluídos os dados dos prontuários dos pacientes que estavam incompletos e que não possibilitaram a coleta adequada dos dados ou que vivenciaram a emergência em outro ambiente, que não a UNACON/OSID ou UDD/OSID.

4.4 INSTRUMENTO E PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

A pesquisa foi feita através de uma coleta de dados de prontuários com base na ficha de coleta elaborada pelas autoras (APENDICE A), que contou com a análise dos seguintes dados dos pacientes: idade, sexo, raça, nível de escolaridade, sítio do tumor, classificação TNM do tumor, diagnóstico histopatológico do tumor, tipo de tratamento escolhido, presença de comorbidades – obesidade, diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica e dislipidemias – e hábitos deletérios (fumo e álcool), qual foi a emergência que acometeu o paciente (PCR, NF ou outra) e ainda o desfecho relacionado à emergência. Os dados foram coletados por um pesquisador previamente calibrado para tal.

4.5 OPERACIONALIZAÇÃO DE VARIÁVEIS

Com a intenção de melhorar a análise dos resultados coletados, as variáveis sobre emergências foram agrupadas. Assim, foram considerados “sintomas gastrointestinais” diarreia, vômito e constipação. “Sintomas respiratórios” representaram desconforto respiratório, dispneia, infecção do trato respiratório, tosse, insuficiência respiratória, presença de estridores e sibilos à ausculta, síndromes gripais e derrame pleural. “Distúrbios hematológicos” incluíram anemia, plaquetopenia, leucopenia, neutropenia afebril, pancitopenia e leucocitose. Já nos “distúrbios renais”, foram incluídos injúria renal aguda, doença renal crônica agudizada, hiper/hiponatremia, hiper/hipocalcemia, hiper/hipocalemia, hiper/hiponatremia e alterações na creatinina e ureia. Os “distúrbios do peso”, por sua vez, envolveram inapetência, ganho ou perda de peso, desnutrição, anorexia, hiporexia, caquexia, disfagia, dificuldade de se alimentar e desidratação. Em “dor”, foram colocadas todas as queixas de dor, independentemente de sua localização. “Sangramentos” envolveu qualquer queixa de sangramento, seja qual tenha sido sua localização, incluindo hemorragias digestivas e hemoptise (tosse com sangue). Já na classificação “outros”, foram colocadas as intercorrências que não se enquadraram em nenhuma das classificações anteriores, tais como: acidente vascular cerebral (AVC), síndrome da compressão medular, paralisia, mal-estar, aumento do volume abdominal, edemas, dentre outros.

Já no “tipo de tratamento”, foi considerado “tratamento ativo” aqueles que estavam em uso de quimio e/ou radioterapia durante o acontecimento da emergência. A “quimioterapia ativa” diz respeito aos pacientes que estavam com esse tratamento em curso durante o episódio de emergência, independentemente da radioterapia. O mesmo vale para “radioterapia ativa”. O “tratamento inativo” está representado por aqueles pacientes que já fizeram uso de quimio ou

radioterapia anteriormente, mas que não estava em andamento durante a emergência, sendo classificados como “quimioterapia inativa” os pacientes que fizeram quimioterapia no passado, mas que não estava em uso durante a emergência, independentemente de ter feito ou não radioterapia. O mesmo vale para “radioterapia inativa”. Na classificação de “cirurgia” se enquadraram os pacientes que fizeram alguma cirurgia para retirar o tumor.

4.6 ANÁLISE DE DADOS

Foi criado um banco de dados no Excel 2016, posteriormente exportado para o pacote estatístico Stata, versão 17.0. Utilizou-se medidas de frequência simples e relativa para descrição das variáveis categóricas e medidas de tendência central e dispersão para as variáveis contínuas. A associação entre tipo de emergência e a presença de hábitos deletérios, morbidades e tipo de tratamento foi avaliada por meio do teste do qui-quadrado, ou o teste exato de Fisher, quando indicado. O nível de significância adotado para este trabalho foi de 95%.

5 RESULTADOS

Foram estudados 346 prontuários de pacientes atendidos na UDD/OSID, dos quais 204 (59%) eram do sexo feminino, com média (DP) de idade de 60,5 (14,8) anos, variando de 20 a 93 anos. A maior parte se autodeclarou como pardo (169; 48,8%) e a escolaridade mais frequente foi de ensino médio completo (108; 31,3%), como mostrado na Tabela 1.

Tabela 1: caracterização sociodemográfica dos 346 pacientes oncológicos que apresentaram emergências médicas em 2021, na UDD/OSID.

Dados epidemiológicos	n	%
Sexo		
Feminino	204	58,96
Masculino	142	41,04
Idade		
20-40	30	8,67
40-60	145	41,91
> 60	171	49,42
Escolaridade		
Não escolarizado	25	7,23
Ensino fundamental incompleto/completo	166	47,98
Ensino médio incompleto/completo	125	36,13
Ensino superior incompleto/completo	24	6,94
Não consta	6	1,73
Cor de pele		
Preto	121	34,97
Pardo	169	48,84
Branco	55	15,90
Não consta	1	0,29

Fonte: autoria própria

A Tabela 2 descreve as comorbidades e hábitos deletérios entre os 346 pacientes estudados.

Tabela 2: comorbidades e hábitos deletérios presentes nos 346 pacientes oncológicos que apresentaram emergências médicas em 2021, na UDD/ OSID.

Comorbidades e hábitos deletérios	n	%
Hipertensão arterial	160	46,24
Tabagismo	86	24,86
Diabetes Mellitus	84	24,28
Etilismo	41	11,85
Dislipidemia	21	6,07
Não consta	6	1,73
Nega	95	27,46

Fonte: autoria própria

A hipertensão arterial e diabetes mellitus, respectivamente, em 46,24% e 24,28% foram as comorbidades mais frequentes. Em relação aos hábitos deletérios, predominou o tabagismo (24,86%).

A Tabela 3 demonstra as características do tumor dos 346 pacientes analisados. Destes, 2 pacientes apresentaram 3 sítios de tumor diferentes, enquanto 5 pacientes apresentaram 2 sítios diferentes, totalizando 357 sítios. O tumor de mama foi o mais prevalente (22,69%), seguido de intestinos e reto (11,76%). O grupo do estágio III ou IV prevaleceu (21,97%) em relação ao grupo do estágio I ou II (6,94%), ressaltando a ausência do dado em 70,8% da amostra. Além disso, a maioria dos 346 pacientes sobreviveram às emergências que sofreram (216; 62,43%).

Tabela 3: sítios e estadiamento do tumor e desfecho da emergência nos 346 pacientes oncológicos que apresentaram emergências médicas em 2021, na UDD/OSID.

Dados do tumor	n	%
Sítio do tumor		
Mama	81	22,69
Intestinos e reto	42	11,76
Próstata	38	10,64
Útero	29	8,12
Pulmão e pleura	27	7,56
Estômago	25	7

Fonte: autoria própria

Tabela 3: sítios e estadiamento do tumor e desfecho da emergência nos 346 pacientes oncológicos que apresentaram emergências médicas em 2021, na UDD/OSID (continuação).

Dados do tumor	n	%
Cabeça e pescoço	24	6,72
Esôfago	18	5,04
Ovários	12	3,36
Indefinido	7	1,96
Outros	48	13,45
Estádio do tumor		
Estádios I ou II	24	6,94
Estádio III ou IV	76	21,97
Não consta	245	70,81
Desfecho		
Óbito	130	37,57
Sobrevivência	216	62,43

Fonte: autoria própria

A tabela 4 se refere à presença ou ausência do tratamento para o tumor durante a emergência, bem qual o tipo utilizado no momento do ocorrido.

Tabela 4: tipo de tratamento 346 pacientes oncológicos que apresentaram emergências médicas em 2021, na UDD/OSID.

Tratamento	n	%
Ativo	160	46,24
Quimioterapia ativa	147	42,49
Radioterapia ativa	54	15,61
Inativo	133	38,44
Quimioterapia inativa	78	22,54
Radioterapia inativa	73	21,10
Cirurgia	126	36,42
Não fez tratamento	78	22,54
Não consta	53	15,32

Fonte: autoria própria

A maior parte dos pacientes apresentava um tratamento ativo (160; 46,24%), predominando a quimioterapia (147; 42,49%) sob a radioterapia (54; 15,61%). Além disso, 36,42% dos pacientes analisados realizaram uma cirurgia relacionada à retirada do câncer e/ou melhora da qualidade de vida.

A Tabela 5 apresenta as principais emergências médicas sofridas pelos pacientes do estudo.

Tabela 5: principais emergências médicas avaliadas pelos 346 pacientes oncológicos que sofreram emergências médicas em 2021, na UDD/OSID.

Tipo de emergência	n	%
Dor	197	35,82
Sintomas respiratórios	114	20,73
Sintomas gastrointestinais	114	20,73
Distúrbios renais	54	9,82
Distúrbios hematológicos	53	9,64
Distúrbios do peso	51	9,27
Sangramentos	38	6,91
Neutropenia febril	24	4,36
PCR	2	0,36
Outros	133	24,18

Fonte: autoria própria

Alguns pacientes deram entrada na emergência do local mais de uma vez, fazendo com que houvesse um total de 550 emergências com dados coletados. A principal queixa dos pacientes oncológicos atendidos na OSID ao entrarem no departamento de emergência foram dor (197; 35,82%), sintomas respiratórios (114; 20,73%) e sintomas gastrointestinais (114; 20,73%) respectivamente.

A tabelas 6 apresenta as relações entre as comorbidades e hábitos deletérios estudados e as emergências médicas observadas. Observou-se maior ocorrência de sintomas respiratórios entre os hipertensos ($p = 0,01$) e de sintomas gastrointestinais entre aqueles com dislipidemia ($p = 0,004$).

Tabela 6: análise da relação entre comorbidades/hábitos deletérios e emergências, apresentadas pelos pacientes oncológicos que sofreram emergências médicas em 2021, na UDD/OSID.

Comorbidade	n (%)	Dor	p	Sintomas respiratórios	p	Sintomas gastrointestinais	p	Distúrbios renais	p
		n (%)		n (%)		n (%)		n (%)	
HAS			0,25		0,01		0,17		0,16
Não	306 (55,7)	119 (38,9)		52 (17,0)		70 (22,9)		35 (11,4)	
Sim	243 (44,3)	83 (34,2)		62 (25,5)		44 (18,1)		19 (7,8)	
DM			0,51		0,24		0,77		0,48
Não	418 (76,1)	157 (37,6)		82 (19,6)		88 (21,1)		39 (9,3)	
Sim	131 (23,9)	45 (34,35)		32 (24,4)		26 (19,9)		15 (11,5)	
Dislipidemia			0,68		0,33		0,004		0,56
Não	514 (93,6)	188 (36,6)		109 (93,6)		100 (19,5)		52 (10,1)	
Sim	35 (6,4)	14 (40,0)		5 (14,3)		14 (40,0)		2 (5,7)	
Fumo			0,66		0,21		0,49		0,12
Não	410 (74,7)	153 (37,3)		80 (19,5)		88 (21,5)		45 (11,0)	
Sim	139 (25,3)	49 (35,3)		34 (24,5)		26 (22,8)		9 (6,5)	
Etilismo			0,19		0,84		0,85		0,60
Não	508 (92,5)	183 (36,0)		1,6 (20,9)		105 (20,7)		49 (9,7)	
Sim	41 (7,5)	19 (46,3)		8 (19,5)		9 (22,0)		5 (12,2)	

Nota: HAS: Hipertensão Arterial sistêmica; DM: Diabetes Mellitus

Fonte: autoria própria

Tabela 6: análise da relação entre comorbidades/hábitos deletérios e emergências, apresentadas pelos pacientes oncológicos que sofreram emergências médicas em 2021, na UDD/OSID (continuação).

Comorbidade	n (%)	Distúrbios hematológicos		Distúrbios do peso		Sangramentos		NF	
		n (%)	p	n (%)	p	n (%)	p	n (%)	p
HAS			0,11		0,005		2,8		0,5
Não	306 (55,7)	35 (11,4)		38 (12,4)		25 (8,2)		15 (4,9)	
Sim	243 (44,3)	18 (7,4)		13 (5,4)		14 (5,8)		9 (3,7)	
DM			0,83		0,27		0,05		0,47
Não	418 (76,1)	41 (9,8)		42 (10,1)		35 (8,4)		20 (4,8)	
Sim	131 (23,9)	12 (9,1)		9 (6,9)		4 (3,1)		4 (3,1)	
Dislipidemia			> 0,999		0,56		0,73		> 0,999
Não	514 (93,6)	50 (9,7)		47 (9,1)		36 (7)		23 (4,5)	
Sim	35 (6,4)	3 (8,6)		4 (11,4)		3 (8,6)		1 (2,9)	
Fumo			0,42		0,71		0,67		0,61
Não	410 (74,7)	42 (10,2)		37 (9)		28 (6,8)		19 (4,6)	
Sim	139 (25,3)	11 (7,9)		14 (10,1)		11 (7,9)		5 (3,6)	
Etilismo			> 0,999		> 0,999		0,05		0,41
Não	508 (92,5)	49 (9,7)		48 (9,6)		33 (6,5)		21 (4,1)	
Sim	41 (7,5)	4 (9,8)		3 (7,3)		6 (14,6)		3 (7,3)	

Nota: HAS: Hipertensão Arterial sistêmica; DM: Diabetes Mellitus; NF: Neutropenia Febril.

Fonte: autoria própria

O maior número absoluto de mortes se deu entre os pacientes cuja queixa foi dor. Todavia, a maior mortalidade foi encontrada nos sintomas respiratórios ($p = 0,002$), como demonstra a Tabela 7:

Tabela 7: análise da relação entre emergências e óbitos, apresentadas pelos pacientes oncológicos que sofreram emergências médicas em 2021, na UDD/OSID.

Emergência	n (%)	Óbitos n (%)	p
Dor			0,53
Não	346 (63,6)	87 (25,1)	
Sim	198 (36,4)	45 (22,7)	
Sintomas respiratórios			0,002
Não	432 (79,4)	92 (21,3)	
Sim	112 (20,6)	40 (35,7)	
Sintomas gastrointestinais			0,92
Não	431 (79,2)	105 (24,4)	
Sim	113 (20,8)	27 (23,9)	
Distúrbios renais			0,10
Não	490 (90,1)	114 (23,3)	
Sim	54 (9,9)	18 (33,3)	
Distúrbios hematológicos			0,58
Não	492 (90,4)	121 (24,6)	
Sim	52 (9,6)	11 (21,2)	
Distúrbios do peso			0,76
Não	495 (91)	121 (24,4)	
Sim	49 (9)	11 (22,5)	
Sangramento			0,55
Não	505 (92,8)	121 (24,0)	
Sim	39 (7,2)	11 (28,2)	
NF			0,81
Não	520 (95,6)	127 (24,4)	
Sim	24 (4,4)	5 (20,8)	

Nota: NF: Neutropenia Febril.

Fonte: autoria própria

A Tabela 8 evidencia a relação entre as emergências e os tratamentos que estavam em curso durante o ocorrido e cirurgia:

Tabela 8: análise da relação entre emergência e tipo de tratamento, apresentadas pelos pacientes oncológicos que sofreram emergências médicas em 2021, na UDD/OSID.

Tratamento	n (%)	Dor n (%)	p	Sintomas respiratórios n (%)	p	Sintomas gastrointestinais n (%)	p	Distúrbios renais n (%)	p
Tratamento ativo			0,12		0,38		0,68		0,38
Não	212 (44,9)	88 (41,5)		38 (17,9)		44 (20,8)		17 (8)	
Sim	260 (55,1)	90 (34,6)		55 (21,2)		58 (22,3)		27 (10,4)	
Quimioterapia ativa			0,25		0,13				0,21
Não	236 (50)	95 (40,3)		40 (17)		47 (19,9)		18 (7,6)	
Sim	236 (50)	83 (35,2)		53 (22,5)		55 (23,3)		26 (11)	
Radioterapia ativa			0,78		0,99		0,67		0,65
Não	377 (79,9)	141 (37,4)		80 (21,2)		83 (22)		34 (9,02)	
Sim	95 (20,1)	37 (38,95)		13 (13,7)		19 (20)		10 (10,5)	
Cirurgia			0,28		0,25		0,50		0,78
Não	259 (54,9)	92 (35,5)		56 (21,6)		53 (20,5)		25 (9,7)	
Sim	213 (45,1)	86 (40,38)		37 (17,4)		49 (23)		19 (8,9)	

Fonte: autoria própria

Tabela 8: análise da relação entre emergência e tipo de tratamento, apresentadas pelos pacientes oncológicos que sofreram emergências médicas em 2021, na UDD/OSID (continuação)

Tratamento	n (%)	Distúrbios hematológicos		Distúrbios do peso		Sangramentos		NF	
		n (%)	p	n (%)	p	n (%)	p	n (%)	p
Tratamento ativo			0,11		0,03		0,12		0,009
Não	212 (44,9)	16 (7,6)		26 (12,3)		9 (4,3)		4 (1,9)	
Sim	260 (55,1)	31 (11,9)		17 (6,5)		20 (7,7)		19 (7,31)	
Quimioterapia ativa			0,05		0,08		0,04		0,002
Não	236 (50)	17 (7,2)		27 (11,4)		9 (3,8)		4 (1,7)	
Sim	236 (50)	30 (12,7)		16 (6,8)		20 (8,5)		19 (8,1)	
Radioterapia ativa			0,86		0,51		0,94		0,19
Não	377 (79,9)	38 (10,1)		36 (9,6)		23 (6,1)		21 (5,6)	
Sim	95 (20,1)	9 (9,47)		7 (7,4)		6 (6,3)		2 (2,1)	
Cirurgia			0,50		0,85		0,05		0,79
Não	259 (54,9)	28 (10,8)		23 (8,9)		21 (8,1)		12 (4,6)	
Sim	213 (45,1)	19 (8,9)		20 (9,39)		8 (3,76)		11 (5,2)	

Nota: NF: Neutropenia Febril.

Fonte: autoria própria

6 DISCUSSÃO

Foi observado nesse estudo que há uma discreta predominância de câncer em pessoas do sexo feminino, o que era esperado, visto que o INCA relatou que, em 2020, cerca de 51% dos novos casos de câncer seriam em mulheres nas estimativas para o Brasil (26). Além disso, um outro estudo sobre pacientes oncológicos em unidades de emergência, realizado no ano de 2018, em Minas Gerais, também relatou uma superioridade numérica em relação ao sexo feminino, com 55,9% (27). Esse valor pode ser reflexo de um maior cuidado da própria saúde por parte das mulheres, que geralmente procuram mais os serviços de saúde do que os homens (28).

Em relação à faixa etária, verificou-se que a presença dessa doença ocorreu de forma predominante em pessoas acima de 60 anos, o que é plausível visto que a idade avançada é um fator de risco para a doença câncer, fazendo com que pessoas mais velhas tenham uma maior tendência a desenvolver neoplasias malignas (29). Todavia, não se pode descartar os altos valores de incidência da doença em pacientes com idade variando entre 40 e 60 anos. Isso pode ser explicado já que a população mais jovem – abaixo dos 39 anos – raramente desenvolve câncer, portanto, tem um valor baixo nas estatísticas (30,31). Além disso, a população entre 40-60 anos é maior do que a de maiores de 60 (32), apesar do câncer ser mais incidente nessa última. Nota-se que vem acontecendo casos de neoplasias em pessoas mais jovens em todo o mundo, sem a confirmação da presença de fatores de risco clássicos.

Quanto à etnia, 51,68% da população brasileira se declara como parda (33), sendo que 48,84% dos pacientes se identificaram com essa cor, podendo ser, então, um retrato da predominância dessa cor na população local, já que a Bahia é o estado com maior população preta e parda no país (33). Já quanto à escolaridade, a maioria dos pacientes tinham o ensino fundamental completo/incompleto. Esses dois dados juntos demonstram uma realidade muito comum no Brasil: a desigualdade socioeconômica. São as pessoas com menor poder aquisitivo que fazem um maior uso dos serviços de saúde sustentados pelo Sistema Único de Saúde, como é o caso das Obras Sociais Irmã Dulce. Sabe-se que no país a grande maioria dessas pessoas são pardas ou negras e não possuem altos níveis de escolaridade (34,35).

A comorbidade e o hábito deletério mais comuns nesse estudo foram, respectivamente, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o tabagismo. Em Salvador, estima-se que 24,3% da população é hipertensa e 6,1% são fumantes (36), demonstrando uma grande discrepância entre os pacientes oncológicos do estudo e a população geral da cidade. Sabe-se que o tabagismo é um fator de risco potente para diversos tipos de cânceres, não somente o de pulmão (37), o que

pode explicar essa alta taxa de fumantes descritas nos prontuários. Além disso, o tabagismo também contribui para a aparição de diversas intercorrências que podem levar à procura de um departamento de emergência (38,39), o que também pode explicar a prevalência desse hábito nesse estudo.

Já a presença da HAS pode ser justificada pelo fato de que a maioria dos pacientes eram idosos. A hipertensão arterial é um problema muito comum na população em geral, ainda mais nessa faixa etária, portanto, os pacientes idosos têm mais chances de desenvolver tanto a hipertensão quanto o câncer (29,40,41). Além disso, existem muitos fatores de risco em comum entre o câncer e as doenças cardiovasculares (DCV), sendo que alguns tumores aumentam a chance de desenvolver uma DCV e vice-versa, podendo também explicar a alta taxa encontrada no estudo (42).

O tipo de neoplasia mais prevalente no estudo foi o de mama, o que coincide em ser o tumor mais comum no sexo feminino (13), que foi o público majoritário nessa pesquisa. O segundo sítio mais comum foi intestinos e reto, seguido de próstata, este último sendo o tumor mais frequente em homens (13). Segundo o INCA, em ambos os sexos, cólon e reto são o segundo tipo de tumor mais comuns (13), o que condiz com o estudo vigente. Esse achado reforça a representatividade da amostra estudada, apesar de ser limitada a um único centro de tratamento e ter sido selecionada de modo não probabilístico.

Os dados relativos ao estadiamento demonstram uma grande carência quanto ao preenchimento completo dos prontuários na unidade, visto que a grande maioria deles não constava o TNM do paciente, dado importante para indicar o grau de progressão da doença. Embora escassos, os dados presentes demonstravam que a maioria possuía uma doença já em estágio avançado (estádio III ou IV), todavia, isso não refletiu diretamente no desfecho dos pacientes, visto que a maioria sobreviveu à emergência ocorrida. Estima-se que 36,1% dos pacientes oncológicos morrem por essa doença (13), o que representa uma taxa similar ao do estudo. Todavia, em Salvador, no ano de 2021, os atendimentos com caráter de urgência na população geral exibiram uma taxa de mortalidade de 7,1% (43), demonstrando que a mortalidade dos pacientes oncológicos provavelmente foi mais significativa quando comparada à população geral. Todavia, não se pode descartar a possibilidade de os dados do DATASUS apresentarem uma subnotificação e/ou não processamento de todo os dados do ano referido. Mesmo com essas limitações, há de se destacar o fato de que a mortalidade entre os pacientes oncológicos estudados aqui foi mais de 5 vezes acima do encontrado nos dados do Ministério da Saúde, por meio do DATASUS. Isso parece reforçar que existe um maior risco de óbito entre pacientes oncológicos.

As emergências de maior prevalência relatadas nesse estudo foram dor, sintomas gastrointestinais e sintomas respiratórios, respectivamente. O grande número de sintomas respiratórios pode ser explicado pelo ano da coleta, 2021, onde ainda havia um alto número de casos de Covid-19. Portanto, as pessoas apresentavam esse tipo de sintoma com maior frequência (44). Ainda, os pacientes oncológicos representam um grupo de risco para a infecção pelo vírus SARS-CoV-2, além de terem maior probabilidade de apresentar complicações mais graves decorrentes desse vírus, o que pode explicar porque a maior taxa de mortalidade desse estudo foi entre esse grupo (42), a única com significância estatística.

Já os sintomas gastrointestinais podem surgir tanto pelo próprio tumor, visto que o segundo sítio mais comum foi intestinos e reto – o que pode causar constipação, diarreia e vômitos (45) – quanto pelo tratamento, uma vez que entre os efeitos colaterais da quimioterapia estão náuseas e vômitos, podendo também levar aos outros dois sintomas relatados acima (46–48). Por último, apesar de ser esperado que a maioria dos pacientes apresentassem efeitos adversos do tratamento, como NF, vômitos e diarreia, ou intercorrências frequentes da própria doença, como hipercalemia maligna, síndrome da compressão medular, hipercalemia ou síndrome da lise tumoral (3,8,15–17), é muito frequente que os pacientes oncológicos apresentem dor, podendo ser causada pela própria doença ou pelo seu tratamento (49). Uma pesquisa feita utilizando a base de dados dos Estados Unidos (*Nationwide Emergency Department Sample*) verificou que, nos anos de 2006 a 2012, pacientes oncológicos com dor deram mais entrada no departamento de emergência dos hospitais do que pacientes com outras condições crônicas, evidenciando a importância que esse sintoma representa para tal população (50).

Uma revisão de literatura publicada em 2018, que contou com 55 artigos sobre emergências em pacientes oncológicos tratados em uma unidade de emergência, demonstrou que as emergências mais relatadas foram alterações no trato gastrointestinal, seguida pela obstrução das vias aéreas, síndrome da veia cava superior (SVCS), NF, emergências hematológicas, síndrome da compressão medular (SCM), outras emergências neurológicas, ruptura do carcinoma hepatocelular, acidose láctica e, por fim, síndrome da lise tumoral (51). Todavia, nessa revisão de literatura, a dor não foi considerada como uma emergência, o que difere do estudo vigente, onde a dor foi classificada como tal e se caracterizou como a mais recorrente. A maioria das emergências acima pode ser justificada pelo câncer e seu tratamento, sendo plausível serem encontradas com frequência na emergência oncológica (3,8,15–17).

Um segundo estudo que analisou os prontuários de 172 pacientes atendidos no departamento de emergência em 2012, em São Paulo, constatou que os mesmos deram entrada

principalmente por dor, náuseas e vômitos, febre e fraqueza (52). Esses resultados já são mais condizentes com a literatura, visto que os indivíduos apresentaram os efeitos adversos esperados do tratamento (46,47), incluindo a dor (49,50,53). Nota-se que sintomas gastrointestinais têm uma forte ligação com o câncer e seu tratamento, estando presente em diversos estudos. Todavia, encontra-se uma diversidade quanto às outras emergências: a primeira pesquisa relatou mais sobre as principais emergências oncológicas enquanto a segunda demonstrou estar mais relacionado a efeitos adversos da quimioterapia, tal qual esse estudo aqui apresentado. Isso pode ter ocorrido porque a primeira é uma revisão de literatura e os artigos usados para ela podem ter sido mais direcionados para a população oncológica, com enfoque nas emergências mais específicas dessa população.

Quanto aos achados da análise entre comorbidades e emergências, houve uma associação significativa entre HAS e sintomas respiratórios, o que pode ter se dado, mais uma vez, pela época da coleta dos dados. Um estudo de coorte dos Estados Unidos de 2020 analisou 5700 pacientes internados com Covid-19 em Nova Iorque e observou que a comorbidade mais prevalente entre eles era a hipertensão (54). Outro estudo, na Itália, contou com 1590 pacientes que deram entrada no hospital e tiveram o teste RT-PCR positivo em 2020, dos quais quase metade tinha hipertensão (55). Com isso, é provável que haja alguma relação entre Covid-19 e HAS. Os demais sintomas respiratórios não necessariamente possuíam uma relação com a pressão arterial.

Foi encontrado também uma associação entre dislipidemias e sintomas gastrointestinais. Atualmente, sabe-se que alguns medicamentos usados para o combate à dislipidemia podem causar náuseas e vômitos, todavia não são efeitos que aparecem com frequência. Provavelmente, esse achado foi fruto do acaso, assim como a relação entre HAS e distúrbios do peso. Estudos longitudinais que possam acompanhar os pacientes desde o início o tratamento e monitorar o uso de medicamentos e ter um melhor detalhamento das emergências vivenciadas podem esclarecer esses achados observados no presente estudo.

Além disso, esse estudo também relatou que o diabetes mellitus (DM) é um fator protetor para sangramentos, visto que os pacientes que possuíam diabetes tiveram menos entradas na emergência por sangramentos do que aqueles que não tinham. Todavia, o que se sabe hoje é que o DM pode causar micro e macroalterações vasculares, que levam a diversas complicações, como o acidente vascular cerebral, popularmente conhecido como “derrame” (56,57). Maiores informações seriam necessárias para justificar esse fato, como já dito anteriormente.

Já o etilismo foi evidenciado como fator protetor para sangramentos nesse estudo, com valor significativo ($p = 0,05$). Porém sabe-se que o álcool causa alterações no sangue, como diminuição do número de plaquetas, que são responsáveis por inibir sangramentos. Além disso, outras alterações que o álcool induz podem gerar diversos tipos de sangramentos, desde os mais simples – como no nariz (epistaxe) – até os mais severos, como AVC e hemorragias no trato gastrointestinal (58). Ainda, como o álcool também gera alteração do nível de consciência, pode deixar as pessoas mais suscetível a traumas, como quedas, que podem levar a hemorragias.

A ausência de uma análise multivariada com o ajuste para fatores de confusão pode explicar alguns achados que podem ter sido observados pela presença de viés de confundimento. Uma abordagem complementar neste sentido deverá ser realizada para verificar se esses achados paradoxais se mantêm, ou se devem ao efeito confundidor.

Quando analisado as emergências e o tipo de tratamento, houve uma relação significativa entre quimioterapia ativa e distúrbios hematológicos ($p = 0,005$). Esse dado corrobora com o fato que os pacientes que estão com essa modalidade de tratamento em andamento possuem diversas alterações nos componentes sanguíneos, como anemia, leucopenia, plaquetopenia (46,48). Ainda, pela mesma justificativa, a NF também apresentou forte relação com a quimioterapia ($p = 0,002$), visto esse problema envolve a redução significativa de neutrófilos, os quais também são um componente sanguíneo, mas que nesse estudo foi avaliado de forma separada devido à sua importância em pacientes oncológicos de maneira geral.

Além disso, foi encontrado que pacientes em uso da quimioterapia tiveram mais entrada na emergência por sangramentos ($p = 0,04$). Esse tratamento pode, de fato, causar sangramentos por diversos mecanismos, por exemplo, causando mucosite na mucosa do trato gastrointestinal, que pode levar a sangramento nas fezes (46). Todavia, o tumor pode danificar estruturas próximas a ele ou ele mesmo pode sangrar, portanto, a ida à emergência devido a um sangramento não necessariamente é uma consequência secundária da quimioterapia, podendo estar relacionada a outros fatores.

Também foi encontrado nesse estudo que os pacientes em tratamento ativo – em uso de quimio e/ou radioterapia durante o episódio de emergência – exibiam menos distúrbios do peso ($p = 0,03$), isto é, menos anorexia, caquexia, desnutrição, inapetência etc. Esses sintomas muitas vezes estão presentes nos pacientes oncológicos antes mesmo de iniciar o tratamento, principalmente em estágios mais avançados da doença (59,60). Entretanto, a quimioterapia muitas vezes exacerba ou ainda induz o aparecimento desses problemas (61). O dado do TNM do tumor talvez pudesse ter oferecido também uma relação significativa com essa variável,

visto que tumores em estágios mais avançados impulsionam ainda mais esse tipo de problema, todavia, a impossibilidade de analisá-la devido à carência de dados nos prontuários não permitiu que essa avaliação de associação fosse feita. Uma revisão sistemática realizada no ano de 2016 com análise de 24 artigos, sobre a associação entre caquexia e quimioterapia e seus resultados, em pacientes oncológicos de idade mais avançada, relatou que a presença dessas doenças depende também do local e estágio do câncer. Além disso, em um dos artigos incluídos no estudo, um estudo longitudinal, evidenciou que, dos 219 pacientes avaliados, 79% teve ao menos um sintoma que afetou o estado nutricional no primeiro mês de quimioterapia, sendo os principais dor abdominal, náuseas, diarreia, constipação e boca seca (61,62).

Apesar da pequena quantidade de associações positivas verificadas neste estudo, bem como a dificuldade de encontrar fatores que possam justificar a presença daquelas observadas, assim, foi possível ter uma noção melhor do perfil epidemiológico dos pacientes oncológicos local atendidos em uma unidade de emergência oncológica, o que possibilita um atendimento mais direcionado e especializado para esse grupo, bem como demonstra a importância do Sistema Único de Saúde (SUS) para a população de baixa renda.

Ademais, saber quais as emergências mais frequentes nessa população também se torna crucial para que a equipe e a unidade estejam preparadas para ofertar o melhor atendimento possível. Com isso, evidencia-se a necessidade de continuar com o levantamento desses dados a fim de implementar políticas de saúde direcionadas para esse público, tornando o sistema de saúde do país mais eficaz e mais bem especializado.

O estudo apresentou algumas limitações. Quanto à coleta de dados, houve uma certa restrição no acesso a todos os dados dos pacientes, visto que só foram liberados os prontuários impressos do internamento referentes à emergência que o paciente sofreu, o qual nem sempre composto por todas as informações que estavam sendo pesquisadas dentro do trabalho. Além disso, foi observado também que, ainda assim, muitas informações que deveriam constar nesses prontuários estavam em falta ou divergiam ao longo do documento, o que pode ter afetado a coleta de alguns dados. Ainda houve dificuldade no acesso à instituição e aos arquivos, visto que houve restrições à circulação de pessoas no local devido à pandemia da Covid-19. Por último, os dados dos pacientes não internados, mas que compareceram ao departamento de emergência não foram coletados devido ao curto período disponibilizado para a coleta. Todavia, o estudo ainda se mostrou importante para traçar o perfil da população local e tornar o atendimento mais especializado para essa população.

7 CONCLUSÃO

Após a análise dos dados apresentados, pode-se determinar que os pacientes atendidos no ano de 2021 eram prioritariamente do sexo feminino, acima dos 60 anos, de etnia preta/parda e com baixa escolaridade. O sítio tumoral mais encontrado foi mama, seguida de intestinos e reto e em estadiamento mais avançado. A maior parte dos prontuários descrevia tratamento ativo, em especial com quimioterapia. Dentre as comorbidades estudadas, chama a atenção a presença da HAS e DM, bem como hábito deletério de tabagismo. Já as emergências mais prevalentes incluíram dor, sintomas respiratórios e gastrointestinais. Foram encontradas baixas relações significativas entre as comorbidades e o surgimento de emergências na população oncológica, sendo importante ressaltar as associações entre HAS e sintomas respiratórios, e DM e sangramentos. Ademais, a quimioterapia, como tratamento ativo, foi associada a maior ocorrência de neutropenia febril e sangramentos.

REFERÊNCIAS

1. INCA. Instituto Nacional de Câncer. Sobre o Câncer. Disponível em: <https://www.inca.gov.br>. Acessado em: 26/04/2021, às 8:12.
2. DATASUS. Tabela de mortalidade de acordo com capítulo de CID-10. DATASUS - MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIH/SINAN); 2019.
3. Halfdanarson TR, Hogan WJ, Madsen BE. Emergencies in Hematology and Oncology. *Mayo Clin Proc.* 2017;92(4):609–41.
4. Ministério da Saúde, Portaria Nº 354, de 10 de março de 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0354_10_03_2014.html. Acessado em: 26/04/2021 às 8:46.
5. Aehlert B. ACLS — Suporte Avançado de Vida em Cardiologia. Vol. 5. Rio de Janeiro: Elsevier; 2018. 3 p.
6. Khasawneh FA, Kamel MT, Abu-Zaid MI. Predictors of cardiopulmonary arrest outcome in a comprehensive cancer center intensive care unit. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* 2013;21(18):1–5.
7. Choi Y, Kim JW, Suh KJ, Lim YJ, Lee JY, Kang BD, et al. Identification of a potentially avoidable cardiopulmonary resuscitation in hematology and oncology wards. *BMC Palliat Care.* 2019;18:1–8.
8. Pi J, Kang Y, Smith M, Earl M, Norigian Z, McBride A. A review in the treatment of oncologic emergencies. *J Oncol Pharm Pract.* 2015;22:1–14.
9. INCA. Instituto Nacional de Câncer. Tratamento do câncer. 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tratamento>. Acessado em: 19 de abril de 2021.
10. Kuderer NM, Dale DC, Crawford J, Cosler LE, Lyman GH. Mortality, morbidity, and cost associated with febrile neutropenia in adult cancer patients. *Am Cancer Soc.* 2006;106:2258–66.
11. Kumar V, Abbas AK, Aster JC. Robbins: Patologia básica. In: São Paulo: Elsevier, editor. 10ª edição. 2018. p. 190–235.
12. WHO. World Health Organization. Cancer. 2017. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1. Acesso em: 05 maio 2021.
13. INCA. Instituto Nacional de Câncer. Estatísticas de câncer. 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>. Acessado em: 19 de abril de 2021.
14. INCA. Instituto Nacional de Câncer. O que causa o câncer? 2018. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/causas-e-prevencao/o-que-cao-cancer>. Acessado em: 19 de abril de 2021.

15. Klemencic S, Perkins J. Diagnosis and management of oncologic emergencies. *West J Emerg Med.* 2019;20(2):316–22.
16. Velasco IT, Neto RAB, Souza HP de, Marino LO, Marchini JFM, Alencar JCG de. *Medicina de Emergência: Abordagem prática.* 14th ed. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – FMUSP, editor. 2020. 1176–1255 p.
17. Carrilho M de AMFJ, Alves VAF, Cerri EA de CGG. *Clínica Médica Vol. 3. 2ª edição.* Hospital das Clínicas – FMUSP, editor. 2016. 388–527 p.
18. American College of Surgeons. *ATLS - Advanced Trauma Life Support.* 10ª ed. Saint Clair Street C, editor. 2018. Cap. 4, .70-71.
19. Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Atualização da diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia.* *Arq Bras Cardiol.* 2019;113(3):449–663.
20. Ewer MS, Kish SK, Martin CG, Price KJ, Feeley TW. Characteristics of cardiac arrest in cancer patients as a predictor of survival after cardiopulmonary resuscitation. *Am Cancer Soc.* 2001;1905–12.
21. Guha A, Buck B, Biersmith M, Arora S, Yildiz V, Wei L, et al. Contemporary impacts of a cancer diagnosis on survival following in-hospital cardiac arrest. *Resuscitation.* 2019;30–7.
22. Benson AB, Ajani JA, Catalano RB, Engelking C, Kornblau SM, Martenson JA, et al. Recommended guidelines for the treatment of cancer treatment-induced diarrhea. *J Clin Oncol.* 2004;22(14):2918–26.
23. Stein A, Voigt W, Jordan K. Chemotherapy-induced diarrhea: Pathophysiology, frequency and guideline-based management. *Ther Adv Med Oncol.* 2010;2(1):51–63.
24. Shankar A, Roy S, Malik A, Julka P, Rath G. Prevention of Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting in Cancer Patients. *Asian Pacific J Cancer Prev.* 2015;16:6207–13.
25. Hesketh PJ. Chemotherapy-induced nausea and vomiting. *N Engl J Med.* 2008;2482–94.
26. INCA. Instituto Nacional de Câncer. *Incidência do Câncer no Brasil.* 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/estimativa/introducao>. Acessado em: 19 de abril de 2021.
27. Gonçalves MM, Guedes NDAB, Matos SS de, Tiensoli SD, Simino GPR, Corrêa ADR. Perfil dos atendimentos a pacientes oncológicos em uma unidade de pronto atendimento. *Rev Enferm do Centro-Oeste Min.* 2018;8:1–10.
28. Galdas PM, Cheater F, Marshall P. Men and health help-seeking behaviour: Literature review. *J Adv Nurs.* 2005;49(6):616–23.

29. Chen RC, Royce TJ, Extermann M, Reeve BB. Impact of Age and Comorbidity on Treatment and Outcomes in Elderly Cancer Patients. *Semin Radiat Oncol.* 2012;22(4):265–71.
30. Miller KD, Fidler-Benaoudia M, Keegan TH, Hipp HS, Jemal A, Siegel RL. Cancer statistics for adolescents and young adults, 2020. *CA Cancer J Clin.* 2020;70(6):443–59.
31. Kattner P, Strobel H, Khoshnevis N, Grunert M, Bartholomae S, Pruss M, et al. Compare and contrast: pediatric cancer versus adult malignancies. *Cancer Metastasis Rev.* 2019;38(4):673–82.
32. IBGE. Salvador - População no último censo [Internet]. 2010. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/salvador/panorama>
33. IBGE. Censo demográfico 2010 - Cidade de Salvador [Internet]. 2010 [cited 2022 Oct 3]. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/salvador/pesquisa/23/25359>
34. Madeira AP, Beneditto D, Doutor SS, Zoologia E. Impacto da pobreza sobre a escolaridade e o trabalho das crianças de 6 a 14 anos no Brasil. *Brazilian J Dev.* 2021;(7):73015–24.
35. De Oliveira R. Educação, pobreza e emprego: uma análise a partir das categorias escolaridade, gênero e cor. *Perspectiva.* 2013;31(2):687–719.
36. VIGITEL BRAZIL. VIGILÂNCIA DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS CRÔNICAS POR INQUÉRITO TELEFÔNICO. MINISTÉRIO DA SAÚDE - Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis; 2022.
37. A.J. Sascoa, M.B. Secretana, K. Straif. Tobacco smoking and cancer: a brief review of recent epidemiological evidence. *ELSEVIER.* 2004;45:S3–9.
38. Tsai APY, Tsai JPN, Stewart L, Brubacher J, Cheung KW. Prevalence of potential smoking-related conditions among tobacco users in the emergency department and their perception that their visit may be smoking-related. *Can J Emerg Med.* 2017;19(3):207–12.
39. Tolmie AD, Erker R, Oyedokun T, Sullivan E, Graham T, Stempien J. Prevalence of Cigarette Smoking among Adult Emergency Department Patients in Canada. *West J Emerg Med.* 2020;21(6):190–7.
40. Ministério da Saúde, INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. ABC do Câncer: abordagens Básicas para o Controle do Câncer. 4th ed. organização Mario Jorge Sobreira da Silva., editor. Vol. 4. Rio de Janeiro: Inca; 2018. 1–128 p.
41. Angel-Korman A, Rapoport V, Leiba A. The Relationship Between Hypertension and

- Cancer. *Isr Med Assoc J*. 2022;24(3):165–9.
42. Kawahara LT, Bispo I, Costa S, Chie C, Barros S, Coelho G, et al. Artigo de Revisão Câncer e Doenças Cardiovasculares na Pandemia de COVID-19 Artigo de Revisão. 2020;547–57.
 43. DATASUS - Ministério da Saúde. Morbidade Hospitalar do SUS - por Local de Internação - Bahia [Internet]. 2021 [cited 2022 Oct 24]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niba.def>
 44. Tombolato MM, Andrea C, Cardoso L. Análise epidemiológica de doenças respiratórias entre 2015 a 2020 no território brasileiro. *Res Soc Dev*. 2021;10:1–11.
 45. Porto CC, Porto AL. Clínica Médica na Prática Diária. 1ª. Grupo GEN; 2015.
 46. Greer JP, Rodgers GM, Glader B, Arber DA, Jr. RTM, List AF, et al. *Wintrobe Hematologia Clínica*. 14th ed.
 47. Goldman L, Schafer AI. *Goldman-Cecil Medicina*. 26th ed. Grupo GEN, editor. 2022.
 48. Vieira SC. Oncologia Básica para profissionais da Saúde. In: EDUFPI, editor. *Oncologia Básica para profissionais da Saúde*. 1st ed. Teresina - Piauí; 2016. p. 35–8.
 49. Costa CA, Santos C, Alves P, Costa A. Dor oncológica. *Rev Port Pneumol*. 2007;XIII:855–67.
 50. Rivera DR, Gallicchio L, Brown J, Liu B, Kyriacou DN, Shelburne N. Trends in Adult Cancer-Related Emergency Department Utilization - An Analysis of Data From the Nationwide Emergency Department Sample. *JAMA Oncol*. 2017;1–8.
 51. Kameo SY, Souza DF de, Nogueira JF, Santos L da C, Amorim BF. Urgências e Emergências Oncológicas: Revisão Integrativa da Literatura. *Rev Bras Cancerol*. 2018;64(4):541–50.
 52. Boaventura AP, Vedodovato CA, Santos FF dos. PERFIL DOS PACIENTES ONCOLÓGICOS ATENDIDOS EM UMA UNIDADE DE EMERGÊNCIA. *Cienc Y ENFERMER*. 2015;(2):51–62.
 53. Burnod A, Maindet C, George B, Minello C, Allano G, Lemaire A. A clinical approach to the management of cancer-related pain in emergency situations. *Support Cre Cancer*. 2019;(27):3147–57.
 54. Richardson S, Hirsch JS, Narasimhan M, Crawford JM, McGinn T, Davidson KW, et al. Presenting Characteristics, Comorbidities, and Outcomes among 5700 Patients Hospitalized with COVID-19 in the New York City Area. *JAMA - J Am Med Assoc*. 2020;323(20):2052–9.
 55. Grasselli G, Zangrillo A, Zanella A, Antonelli M, Cabrini L, Castelli A, et al. Baseline

- Characteristics and Outcomes of 1591 Patients Infected with SARS-CoV-2 Admitted to ICUs of the Lombardy Region, Italy. *JAMA - J Am Med Assoc.* 2020;323(16):1574–81.
56. Chen R, Ovbiagele B, Feng W. Diabetes and Stroke: Epidemiology, Pathophysiology, Pharmaceuticals and Outcomes. *Am J Med Sci.* 2016;351(4):380–6.
 57. Hill MD. Stroke and diabetes mellitus. 1st ed. Vol. 126, *Handbook of Clinical Neurology.* Elsevier B.V.; 2014. 167–174 p.
 58. Askgaard G, Christensen AI, Nordestgaard B, Grønbæk M, Tolstrup JS. Alcohol and risk of non-traumatic bleeding events requiring hospital care in the general population: A prospective cohort study. *ELSEVIER.* 2020;87:73–8.
 59. Lotici T, Antunes LBB, Melhem AR de F, Bennemann GD, Schiessel DL. Prevalência de perda de peso, caquexia e desnutrição, em pacientes oncológicos. *UNIABEU.* 2014;17(January 2014):107–24.
 60. Nelson KA. Modern Management of the Cancer Anorexia-Cachexia Syndrome. *Curr Oncol Rep.* 2001;250–6.
 61. Caillet P, Liuu E, Raynaud A, Bonnefoy M, Guerin O, Berrut G, et al. Association between cachexia , chemotherapy and outcomes in older cancer patients : A systematic review. *Clin Nutr.* 2016;30:1–10.
 62. Tong H, Isenring E, Yates P. The prevalence of nutrition impact symptoms and their relationship to quality of life and clinical outcomes in medical oncology patients. *Support Care Cancer.* 2009;17:83–90.

GLOSSÁRIO

CAQUEXIA: perda significativa de tecido adiposo e massa muscular.

CREATININA: proteína eliminada pelos rins que pode ajudar a indicar alterações desse órgão.

DERRAME PLEURAL: presença de líquido no espaço pleural, membrana que reveste os pulmões.

DISFAGIA: dificuldade de deglutição.

DISPNEIA: desconforto respiratório.

HIPERCALCEMIA: aumento da concentração de cálcio no sangue.

HIPERCALCEMIA MALIGNA: aumento da concentração de cálcio sanguíneo ou cálcio iônico devido ao câncer

HIPERNATREMIA: aumento da concentração de sódio na corrente sanguínea.

HIPOCALCEMIA: diminuição da concentração de cálcio na corrente sanguínea.

HIPOCALEMIA: diminuição da concentração de potássio na corrente sanguínea.

HIPONATREMIA: diminuição da concentração de sódio na corrente sanguínea.

HIPOREXIA: diminuição da ingestão de alimentos.

INAPETÊNCIA: falta de apetite.

LEUCOCITOSE: quantidade de linfócitos acima da faixa de normalidade.

LEUCOPENIA: quantidade de leucócitos abaixo da faixa de normalidade.

NEUTROPENIA FEBRIL: neutrófilos $< 500/\text{mm}^3$ ou entre $500-1.000/\text{mm}^3$ e com tendência à queda, associada a febre, isto é, temperatura axilar $> 37,8^\circ\text{C}$ ou oral $> 38,3^\circ\text{C}$ ou temperatura $> 38^\circ\text{C}$ que permanece por 1 hora.

PANCITOPENIA: diminuição do número de eritrócitos, leucócitos e plaquetas no sangue periférico abaixo dos limites inferiores da faixa de normalidade.

PLAQUETOPENIA: quantidade de plaquetas abaixo da faixa de normalidade.

SÍNDROME DA HIPERVISCOSIDADE: emergência oncológica caracterizada por sedimentação do sangue dentro dos vasos, que pode levar a déficits neurológicos, alterações visuais e sangramento de mucosas.

SÍNDROME DE LISE TUMORAL: conjunto de manifestações clínicas que resultam da destruição maciça de células neoplásicas, com conseqüente liberação do seu conteúdo no espaço extracelular.

ANEXO 1

HOSPITAL SANTO ANTÔNIO/
OBRAS SOCIAIS IRMÃ DULCE

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: FATORES DE RISCO ASSOCIADOS AO SURGIMENTO DE EMERGÊNCIAS MÉDICAS EM UMA UNIDADE DE ALTA COMPLEXIDADE PARA TRATAMENTO

Pesquisador: Gabriela Botelho Martins

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 50283521.4.0000.0047

Instituição Proponente: Hospital Santo Antônio/ Obras Sociais Irmã Dulce

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.948.332

Apresentação do Projeto:

As emergências são situações comuns na população, podendo levar à morte a depender de diversos fatores, como condição clínica do paciente e gravidade do quadro. Em pacientes oncológicos, esse acontecimento acaba sendo recorrente em virtude de diversos fatores, a saber: sítio do tumor, uso de medicamentos quimio e/ou radioterápicos e debilidade que o paciente apresenta, por exemplo. Nessa população, as emergências se apresentam de formas diferentes das habituais ocorridas em pacientes não oncológicos, incluindo distúrbios como síndrome da lise tumoral, compressão medular, hipercalcemia de malignidade, síndrome da hiperviscosidade e neutropenia febril (NF). Todavia, ainda assim não se pode descartar a ocorrência de emergências que também atingem a população em geral, como a parada cardiorrespiratória (PCR) e diarreias e vômitos severos. Devido à existência de diversos fatores de risco e hábitos deletérios que predispõe à presença dessas emergências nesses pacientes, se torna crucial sua identificação para prevenir tais acontecimentos e para que haja um preparo adequado do atendimento desses pacientes. Portanto, esse estudo visa associar a presença dos fatores de riscos presentes nos pacientes oncológicos que apresentaram uma NF, PCR e diarreia e vômitos graves, em uma unidade de Alta Complexidade em Oncologia em um hospital público de referência.

Endereço: Av. Luiz Tarquínio, s/nº, portão 9, 1º andar, sala 1

Bairro: Roma **CEP:** 40.414-120

UF: BA **Município:** SALVADOR

Telefone: (71)3310-1335 **Fax:** (71)3310-1335 **E-mail:** cep@irmadulce.org.br

HOSPITAL SANTO ANTÔNIO/ OBRAS SOCIAIS IRMÃ DULCE



Continuação do Parecer: 4.948.332

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar os fatores de risco associados ao surgimento de emergências médicas em uma unidade de alta complexidade para tratamento oncológico

Objetivo Secundário:

A partir da avaliação dos prontuários dos pacientes oncológicos em uma Unidade de Alta Complexidade, espera-se: 1) Estabelecer um perfil sociodemográfico dos pacientes que sofreram emergências médicas no período estabelecido; 2) Identificar quais as principais emergências médicas que ocorrem nos pacientes oncológicos; 3) Determinar quais tipos de câncer são mais suscetíveis à estas emergências; 4) Identificar os principais fatores de risco presentes nos pacientes que sofreram emergências médicas; 5) Associar as emergências ocorridas com os pacientes com os fatores de risco identificados; 6) Estabelecer um perfil das características relacionadas ao tumor em pacientes que sofreram emergências médicas; 7) Investigar a relação da emergência com o diagnóstico histopatológico e tratamento do câncer; 8) Constatar perfil de mortalidade ou sobrevida para as emergências médicas estudadas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Há um risco mínimo de vazamento das informações coletadas nos prontuários, então, para minimizar essa exposição e manter a privacidade dos pacientes, a identificação de cada ficha será feita através de números.

Benefícios:

Através desse estudo, espera-se que os resultados demonstrem uma associação entre a presença de fatores de risco com a ocorrência de PCR, NF e diarreia e vômitos severos dentro da população oncológica, podendo, assim, contribuir para o preparo antecipado da equipe multiprofissional perante um paciente mais propenso a apresentar essas emergências, fazendo com que receba um suporte precoce e, com isso, melhorar o prognóstico pós- atendimento destes pacientes.

Endereço: Av. Luiz Tarquínio, s/nº, portão 9, 1º andar, sala 1
Bairro: Roma **CEP:** 40.414-120
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3310-1335 **Fax:** (71)3310-1335 **E-mail:** cep@irmadulce.org.br

HOSPITAL SANTO ANTÔNIO/ OBRAS SOCIAIS IRMÃ DULCE



Continuação do Parecer: 4.948.332

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo quantitativo observacional descritivo, com prontuários de pacientes de uma unidade oncológica de referência com atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) na cidade de Salvador-BA, no período de 2019 a 2021. A população alvo desse estudo são todos os prontuários dos pacientes oncológicos que sofreram emergências médicas da Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) Nossa

Senhora de Fátima do Hospital Santo Antônio das Obras Sociais Irmã Dulce (OSID). A amostra será de conveniência (não probabilística) sendo constituída pelos prontuários dos pacientes que vivenciaram quaisquer emergências durante o período de 2019 e 2021. A pesquisa vai ser feita através de uma coleta de dados de prontuários com base na ficha de coleta elaborada pelas autoras, que contará com a análise dos seguintes

dados dos pacientes: idade, sexo, raça, nível de escolaridade, sítio do tumor, classificação TNM do tumor, diagnóstico histopatológico do tumor, tipo de tratamento escolhido, presença de comorbidades – obesidade, diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica e dislipidemias – e hábitos deletérios (fumo e álcool), qual foi a emergência que acometeu o paciente (PCR, NF ou outra) e ainda se o paciente sobreviveu ou faleceu por conta da emergência. Os dados serão coletados por um pesquisador previamente calibrado para tal.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta todos os termos obrigatórios.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Santo Antônio/Obras Sociais Irmã Dulce, de acordo com as atribuições definidas na resolução CNS 466/2012 e na Norma Operacional nº 001/2013 do CNS, manifesta-se por Aprovar o referido projeto.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1791040.pdf	26/07/2021 10:43:34		Aceito
Outros	FICHADECOLETA.pdf	26/07/2021	Gabriela Botelho	Aceito

Endereço: Av. Luiz Tarquínio, s/nº, portão 9, 1º andar, sala 1
Bairro: Roma **Município:** SALVADOR **CEP:** 40.414-120
UF: BA **Telefone:** (71)3310-1335 **Fax:** (71)3310-1335 **E-mail:** cep@irmadulce.org.br

HOSPITAL SANTO ANTÔNIO/
OBRAS SOCIAIS IRMÃ DULCE



Continuação do Parecer: 4.948.332

Outros	FICHADECOLETA.pdf	10:42:49	Martins	Aceito
Outros	DeclaracaodeConfidencialidade.pdf	26/07/2021 10:42:28	Gabriela Botelho Martins	Aceito
Outros	TermodeResponsabilidade.pdf	26/07/2021 10:42:10	Gabriela Botelho Martins	Aceito
Outros	Anuencia.pdf	26/07/2021 10:41:44	Gabriela Botelho Martins	Aceito
Outros	Equipedetalhada.pdf	26/07/2021 10:41:23	Gabriela Botelho Martins	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	Cartadeencaminhamento.pdf	26/07/2021 10:40:55	Gabriela Botelho Martins	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOCOMPLETO.pdf	26/07/2021 10:40:35	Gabriela Botelho Martins	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	DispensadoTCLE.pdf	26/07/2021 10:39:38	Gabriela Botelho Martins	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRostoAssinada.pdf	26/07/2021 10:38:52	Gabriela Botelho Martins	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 01 de Setembro de 2021

Assinado por:

Juliana da Silva Cardoso
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Luiz Tarquínio, s/nº, portão 9, 1º andar, sala 1

Bairro: Roma

CEP: 40.414-120

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3310-1335

Fax: (71)3310-1335

E-mail: cep@irmadulce.org.br

APENDICE A



ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

FICHA DE COLETA DE DADOS

Número do prontuário (OSID):

Data da coleta: ___/___/___

Sexo/gênero:

() Feminino () Masculino

Idade na época da emergência: _____

Raça:

() Preto () Pardo () Branco () Outro: _____

Escolaridade:

() Analfabeto () EF completo () EM completo () Ensino
() EF () EM () Ensino superior
incompleto incompleto superior completo
incompleto

Características da neoplasia:

Sítio do tumor: _____

Tipo de tratamento: _____

TNM: _____

Tratamento ativo durante intercorrência?

Diagnóstico histopatológico: _____

() Sim () Não

Comorbidades:

() Obesidade

() Hipertensão Arterial

() Fumante

() Dislipidemias

Tempo: _____

() Outras: _____

() Diabetes Mellitus

Emergência:

() Vômitos

() Diarreia

() Parada cardiorrespiratória

() Outra: _____

() Neutropenia febril