

ARTIGO ORIGINAL

AVALIAÇÃO DE SINTOMAS EM PACIENTES ONCOLÓGICOS INTERNADOS EM UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS EXCLUSIVOS

Karen Evellin Souza Neves¹, Talita Silva Muniz², Karine Marques Costa dos Reis³

RESUMO

Objetivo: avaliar os sintomas em pacientes oncológicos internados em uma Unidade de Cuidados Paliativos exclusivos.

Método: estudo quantitativo prospectivo de 30 pacientes oncológicos em fim de vida, internados em unidade especializada do Distrito Federal, Brasil. Coletaram-se dados entre novembro de 2018 e maio de 2019, em dois momentos: na internação e após 72 horas. Utilizaram-se duas escalas validadas para avaliação dos sintomas e funcionalidade e o teste de Wilcoxon pareado para avaliação do escore nos dois momentos.

Resultados: em 30 indivíduos, evidenciou-se piora da funcionalidade, porém não significativa ($p=0,564$). Quanto ao manejo dos sintomas, a mediana foi significativamente menor para dor ($p=0,032$) e maior para cansaço ($p=0,020$) e sonolência ($p=0,012$).


Conclusão: o estudo sugere que os cuidados paliativos podem ter papel fundamental no manejo da dor em pacientes oncológicos, colaborando com a melhora da qualidade de vida, além de contribuir para a atuação do enfermeiro.


DESCRITORES: Sinais e Sintomas; Cuidados Paliativos; Oncologia; Dor; Enfermagem.

COMO REFERENCIAR ESTE ARTIGO:

Neves KES, Muniz TS, Reis KMC dos. Avaliação de sintomas em pacientes oncológicos internados em unidade de cuidados paliativos exclusivos. Cogitare enferm. [Internet]. 2020 [acesso em "colocar data de acesso, dia, mês abreviado e ano"]; 25. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.71660>.

¹Enfermeira. Escola Superior de Ciências da Saúde. Brasília, DF, Brasil. 

²Enfermeira. Escola Superior de Ciências da Saúde. Brasília, DF, Brasil. 

³Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente de Enfermagem da Escola Superior de Ciências da Saúde. Brasília, DF, Brasil. 

EVALUATION OF SYMPTOMS IN ONCOLOGICAL PATIENTS ADMITTED TO AN EXCLUSIVE PALLIATIVE CARE UNIT

ABSTRACT

Objective: to assess symptoms in cancer patients admitted to an exclusive Palliative Care Unit.

Method: Prospective quantitative study of 30 advanced cancer patients admitted to a specialized unit in Distrito Federal, Brazil. Data were collected between November 2018 and May 2019, in two moments: on admission and 72 hours after admission. Two validated scales were used to assess symptoms and functionality, and paired Wilcoxon test was used to assess the score at both moments.

Results: Functionality worsened in thirty (30) individuals, but not significantly ($p = 0.564$). As for the management of symptoms, the median was significantly lower for pain ($p = 0.032$) and higher for tiredness ($p = 0.020$) and drowsiness ($p = 0.012$).

Conclusion: The study suggests that palliative care is crucial in the management of pain in cancer patients, improving quality of life, in addition to enhancing the role played by nurses in the delivery of this care.

DESCRIPTORS: Signs and Symptoms; Palliative care; Oncology; Pain; Nursing.

EVALUACIÓN DE SÍNTOMAS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS INTERNADOS EN UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS EXCLUSIVOS

RESUMEN:

Objetivo: analizar síntomas en pacientes oncológicos internados en una Unidad de Cuidados Paliativos exclusivos.

Método: estudio cuantitativo prospectivo de 30 pacientes oncológicos en final de su vida, internados en unidad especializada de Distrito Federal, Brasil. Se obtuvieron los datos entre noviembre de 2018 y mayo de 2019, en dos momentos: en la internación y tras 72 horas. Se utilizaron dos escalas validadas para evaluación de los síntomas y funcionalidad, así como test de Wilcoxon pareado para evaluación del score en los dos momentos.

Resultados: en 30 individuos, se evidenció empeoramiento de la funcionalidad, sin embargo no fue significativa ($p=0,564$). Acerca del manejo de los síntomas, el promedio fue significativamente menor para dolor ($p=0,032$) y mayor para hastío ($p=0,020$) y somnolencia ($p=0,012$).

Conclusión: el estudio sugiere que los cuidados paliativos pueden tener papel fundamental en el manejo del dolor en pacientes oncológicos, ayudando con el mejoramiento de la calidad de vida, además de contribuir para la actuación del enfermero.

DESCRIPTORES: Señales y Síntomas; Cuidados Paliativos; Oncología; Dolor; Enfermería.

INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida da população repercute nas formas de adoecer. O câncer está entre as doenças e agravos não transmissíveis (DANT) responsáveis pelo adoecimento e óbito da população no mundo^(1,2). No Brasil, calcula-se que no triênio 2020-2022 serão 625 mil casos novos de câncer⁽³⁾.

Diante da repercussão da doença, a ciência avançou possibilitando o surgimento de novos tratamentos que proporcionaram à população maior longevidade. Em face disso, houve maior sobrevida, no entanto, houve incoerência quanto a proporcionar melhor qualidade de vida e controle de sintomas desses indivíduos⁽⁴⁾.

Os Cuidados Paliativos (CP) trazem o conhecimento teórico para modificar essa realidade e oferecer maior dignidade⁽⁵⁾. São definidos como o cuidado holístico ativo dos indivíduos com graves sofrimentos relacionados à saúde, em especial daqueles no fim da vida. Baseia-se no controle de sintomas, trabalho interdisciplinar e no reconhecimento da morte, assumindo o indivíduo como um ser integral e não dissociado de sua família⁽⁶⁾.

Nesse contexto, os CP se apresentam com a proposta de modificar o cuidado ao paciente por meio de alguns princípios, como promover o alívio da dor e proporcionar qualidade de vida; e, para tanto, faz-se necessária avaliação eficiente dos sintomas apresentados em decorrência da extensão e progressão do câncer⁽⁴⁾.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou, em 2014, o Atlas Global de Cuidado Paliativo, com resultados de seu levantamento sobre a progressão dessa filosofia de cuidado ao redor do mundo. O Brasil obteve a Classificação 3A, que caracteriza países onde os CP são oferecidos de maneira isolada, de forma irregular, a disponibilidade de morfina é limitada e há um pequeno número desse tipo de serviço comparado ao tamanho da população⁽⁷⁾.

Diante da relevância do serviço e a divergência de dados publicados em metanálise, o qual não identifica a melhora de sintomas a partir do atendimento nessa filosofia de cuidado⁽⁸⁾, o presente estudo tem o âmbito de colaborar na identificação de efeitos clínicos diante da internação nesse tipo de serviço. Logo, o objetivo do estudo foi avaliar os sintomas em pacientes oncológicos internados em unidade de cuidados paliativos exclusivos, justificado pela necessidade de estender as pesquisas sobre o serviço de maneira a aprimorar e consolidar tal prática. A partir daí surge a seguinte questão norteadora: quais os sintomas apresentam melhora após 72 horas de internação em unidade de cuidados paliativos exclusivos?

MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo, do tipo prospectivo, realizado entre novembro de 2018 e maio de 2019. A amostra foi inicialmente composta por 30 pacientes oncológicos. Houve, entretanto, a descontinuidade da avaliação dos sintomas, após 72 horas, em 14 participantes devido à piora da funcionalidade e da cognição. Todos os pacientes selecionados estavam hospitalizados em uma Unidade de Cuidados Paliativos exclusivos do Distrito Federal.

Essa unidade existe há 25 anos, contando com 19 leitos para pacientes oncológicos, com a taxa de ocupação de 70%. São sete enfermarias, cada uma com três leitos. O cálculo da amostra utilizou as internações no ano anterior (80), a margem de erro foi de 5% e nível de confiança de 90%.

Foram incluídos no estudo indivíduos oncológicos sem indicação de tratamento modificador da doença, maiores de 18 anos, internados e com nível de consciência preservado. Foram excluídos indivíduos em cuidados paliativos domiciliares e em uso de radioterapia ou quimioterapia paliativa, já que estes podem apresentar piora dos sintomas.

Realizaram-se entrevistas a beira leito, em dois momentos: na admissão e 72 horas após a primeira avaliação; a primeira análise poderia ocorrer até 24 horas após a internação dos pacientes na unidade. As variáveis foram obtidas através de entrevista com o participante da pesquisa, utilizando questionário sociodemográfico elaborado pelos pesquisadores, além de duas escalas validadas em português, para avaliação da funcionalidade e sintomas.

A *Palliative Performance Scale* (PPS), aplicada pelo pesquisador, avalia a funcionalidade a partir das funções de deambulação, atividade e evidência da doença, autocuidado, ingesta e nível de consciência. Atribui-se 100% ao desempenho e autonomia completos dessas funções, decrescendo esse escore até 0 à medida em que a doença avança e o paciente encontra-se nas últimas 48 horas de vida⁽⁹⁾.

Já a escala Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) é uma ferramenta de avaliação quantitativa do tipo likert (0 a 10), preenchida pelo próprio participante para evitar o viés de mensuração. Essa escala consiste no autorrelato do paciente para intensidade de nove sintomas físicos e psíquicos: dor, cansaço, náusea, tristeza, ansiedade, sonolência, apetite, bem-estar e falta de ar. A cada sintoma avaliado, solicita-se ao paciente que atribua uma nota de zero (ausência de sintomas) a dez (pior manifestação do sintoma); o ESAS total tem valor máximo de 90 pontos⁽¹⁰⁾.

As análises dos dados foram realizadas no programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) 23, 2015. O nível de significância utilizado em todo o estudo foi de 5%. As variáveis qualitativas foram apresentadas por meio da frequência (n) e porcentagem (%). A fim de comparar as escalas ESAS e PPS nos dois momentos da coleta de dados, avaliou-se primeiramente a distribuição das variáveis em estudo pelo teste Kolmogorov Smirnov. Para a maioria das variáveis, rejeitou-se a hipótese nula de normalidade dos dados e, por isso, foram utilizados testes não paramétricos para avaliar as amostras dependentes. O teste mais indicado foi o teste de Wilcoxon pareado, que avalia medidas de posição de duas amostras relacionadas.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa sob o número do parecer 2.889.109.

RESULTADOS

O estudo avaliou 30 indivíduos, dos quais 19 (63,3%) eram do sexo masculino e 11 (36,7%) do sexo feminino. A faixa etária predominante foi de 50 a 59 anos (30%); do total, 14 (46,7%) se declararam casados, 16 (53,3%) possuíam ensino fundamental incompleto e 21 (70%) eram provenientes de Unidade de Pronto Atendimento (UPA), conforme ilustrado na Tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização sócio demográfica de pacientes oncológicos internados em unidade de cuidados paliativos exclusivos (N=30). Brasília, DF, Brasil, 2019 (continua)

Variável	N	%
Sexo		

Masculino	19	63,3
Feminino	11	36,7
Idade		
20 a 29 anos	1	3,3
30 a 39 anos	2	6,7
40 a 49 anos	6	20
50 a 59 anos	9	30
60 a 69 anos	7	23,3
70 a 79 anos	2	6,7
80 ou mais	3	10
Estado civil		
Casado	14	46,7
Solteiro	9	30
Divorciado	4	13,3
Viúvo	3	10
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	16	53,3
Ensino fundamental completo	8	26,7
Ensino médio completo	4	13,3
Não alfabetizado	2	6,7
Proveniência		
UPA	21	70
Hospitais	5	16,7
Domicílio	4	13,3
Total	30	100

Em relação à caracterização clínica (Tabela 2), observa-se maior incidência de câncer do sistema digestório, 12 casos (40,0%), cujos tipos mais prevalentes são o câncer gástrico e colorretal, ambos com quatro casos (13,3%). A metástase ocorreu em 22 (73,3%) dos participantes avaliados, sendo a metástase óssea a mais comum, apresentada por seis pacientes (19,9%), seguida pela pulmonar, presente em quatro pacientes (13,3%). O tempo de diagnóstico predominante foi de até 11,9 meses.

Tabela 2 – Caracterização clínica de pacientes oncológicos internados em unidade de cuidados paliativos exclusivos (N=30). Brasília, DF, Brasil, 2019 (continua)

Variável	n	%
Diagnóstico Médico		

CA Sistema Digestório	12	40
CA Sistema Respiratório	7	23,3
CA Sistema Reprodutor	5	16,7
CA Cabeça e pescoço	3	10
CA Tumor não sólido	2	6,7
CA sem especificação de localização	1	3,3
Metástase		
Sim	22	73,3
Não	8	26,7
Tempo de diagnóstico		
Até 11,9 meses	12	40
12 a 23,9 meses	8	26,7
24 a 35,9 meses	3	10
36 a 47,9 meses	1	3,3
48 a 59,9 meses	1	3,3
Mais de 60 meses	5	16,7
Total	30	100

O principal cuidador também foi avaliado e o resultado é mostrado na Figura 1, onde os filhos (43,3%) representaram a maior rede de apoio, seguido do cônjuge (23,3%) e irmãos (20%).

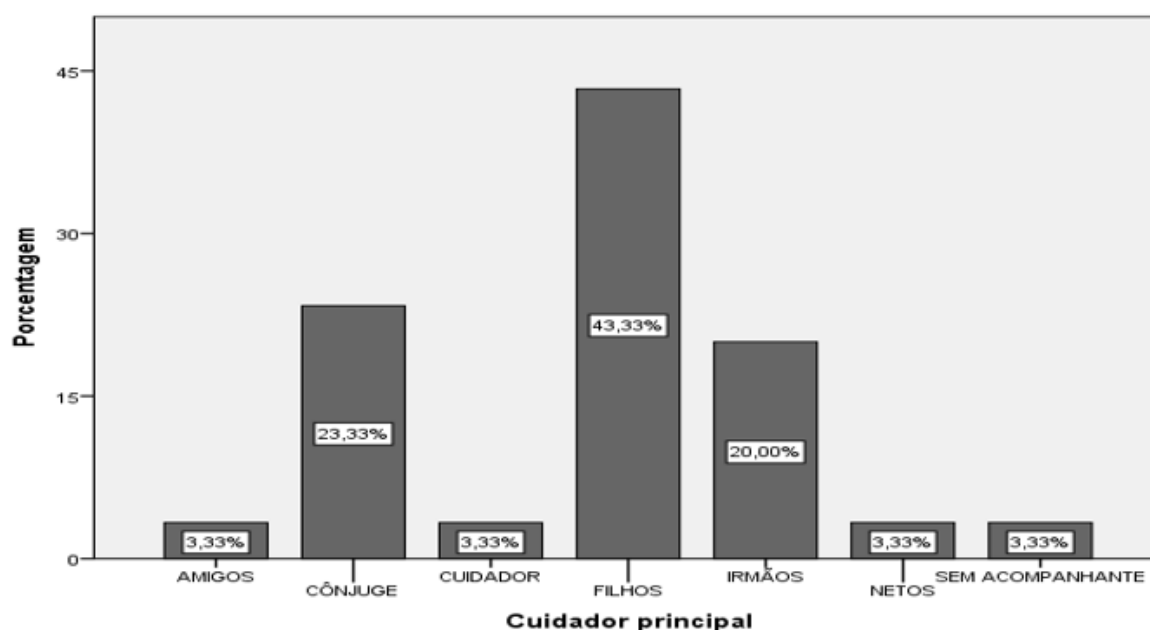


Figura 1 - Cuidador principal, em porcentagem, de pacientes portadores de doença oncológica hospitalizados em unidade de cuidados paliativos exclusivos (N=30). Brasília, DF, Brasil, 2019

Em análise prospectiva e descritiva da primeira para a segunda avaliação, a PPS demonstrou estabilidade da funcionalidade em 13 (43,3%) indivíduos (Tabela 3). A PPS na primeira avaliação apresentou a média, mediana e desvio padrão de 35,67, 40 e 8,17 respectivamente. Na segunda avaliação, os valores foram 33,13, 30 e 7,04 na mesma ordem (Tabela 4). Chama a atenção que nove (30%) tiveram a piora do nível de consciência (Tabela 3).

Tabela 3 - Análise da PPS em relação à melhora ou piora do indicador na admissão e 72 horas depois (N=30). Brasília, DF, Brasil, 2019

Avaliação da PPS (comparação)	N	%
Piorou	9	30
Manteve	13	43,3
Melhorou	2	6,7
Alta médica	1	3,3
Alta temporária	3	10
Óbito	2	6,7
Total	30	100

Quanto à associação entre manejo de sintomas e internação, evidenciou-se, como demonstrado na Tabela 4, diferença estatística significativa para as variáveis ESAS – Dor, ESAS – Cansaço e ESAS – Sonolência, cuja mediana dos valores após 72 horas foi significativamente menor para dor ($P=0,032$) e maior para cansaço ($P=0,020$) e sonolência ($P=0,012$).

Tabela 4 - Análise de associação dos dados de PPS e ESAS na admissão e após 72 horas (N=30). Brasília, DF, Brasil, 2019 (continua)

Variável	Na admissão						Após 72 horas					P*	
	N	Ausente	Média	Desvio Padrão	Mediana	Intervalo interquartilico	n	Ausente	Média	Desvio Padrão	Mediana		Intervalo interquartilico
PPS	30	0	35,67	8,17	40	10	16	14	33,13	7,04	30	10	0,564
ESAS	30	0	35,87	15,51	34	24,75	16	14	35,31	16,64	41,5	27	0,755
ESAS – Dor	30	0	3,77	3,47	3,5	7	16	14	1,5	2,16	0	3	0,032
ESAS – Cansaço	30	0	3,53	3,1	3,5	5,25	16	14	4,5	3,25	5	6,25	0,02
ESAS – Náusea	30	0	3,2	3,81	1	5,5	16	14	2,19	3,06	0,5	4,5	0,423

ESAS – Tristeza	28	2	4,61	4,07	4,5	8	15	15	3,93	3,92	3	8	0,408
ESAS – Ansiedade	30	0	3,93	4,03	3	8	16	14	4,25	3,75	4,5	8	0,396
ESAS – Sonolência	29	1	4,28	3,39	4	7	15	15	6,53	3,11	8	3	0,012
ESAS – Apetite	30	0	5,67	3,39	6,5	5,5	16	14	6,63	2,99	7,5	4	0,409
ESAS - Bem-estar	29	1	4,28	2,9	4	5,5	15	15	3,07	2,66	2	3	0,507
ESAS - Falta de ar	30	0	3,2	3,52	2,5	6	16	14	3,56	3,83	3	7,5	0,778

* Teste de Wilcoxon de amostras relacionadas

DISCUSSÃO

No presente estudo, observa-se que a maioria dos pacientes é do sexo masculino, casados, adultos (50 a 59 anos), com escolaridade baixa e localização primária do câncer no trato digestório, dado que coincide com o levantamento do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)⁽³⁾.

Culturalmente, os homens habituaram-se a evitar os ambientes de assistência à saúde, seja porque acreditam ser invulneráveis, ou porque negligenciam seu autocuidado⁽¹¹⁾. Essa atitude de protelação permite intervenção de saúde apenas nas fases mais avançadas da doença, fato que se relaciona à inserção do indivíduo nos cuidados paliativos nessa mesma fase. Corroboram com essas informações os dados deste estudo, onde 19 indivíduos (63,3%), que são homens, receberam diagnóstico há menos de um ano e já estão inseridos nos cuidados paliativos exclusivos.

Segundo estimativa do INCA, a faixa etária prevalente de câncer é entre 50 e 69 anos⁽³⁾. Esse fato vai ao encontro com a maior exposição a agentes cancerígenos devido à mudança no estilo de vida em relação ao trabalho, alimentação, e o processo de industrialização, o que pode resultar em aumento do número de casos de câncer nessa idade.

Quanto ao estado civil da amostra, infere-se que a maioria tem rede de apoio. O fato é que o ser humano necessita de uma rede de apoio – conjunto de sistemas e de pessoas significativas, com as quais se tem relação de afeto, – capaz de influenciar o bem-estar subjetivo das pessoas e oferecer suporte psicológico, social e cultural e emocional nos momentos de crise ou mudança⁽¹²⁾. Influenciando no presente estudo, a rede de apoio pode estar associada a sintoma melhor controlado, onde o ESAS total na admissão e 72 horas após tem valor médio de 35,83 e 35,31 e desvio padrão de 15,71 e 16,64 respectivamente.

Quanto à escolaridade, sabe-se que o déficit de conhecimento contribui para piora da qualidade de vida, além de ocasionar a falta de autocuidado e atraso na identificação de sinais e sintomas, gerando uma barreira na adesão ao tratamento. Estudos apontam que um maior conhecimento a respeito da doença contribui para seu tratamento, bem como para a tomada de decisões acerca desta⁽¹³⁾.

Em relação ao diagnóstico médico e localização primária do tumor, o estudo corrobora com dados internacionais em que o câncer do trato digestório é mais predominante em países de transição⁽²⁾. Esses dados concordam com os registros do INCA, que, apesar de dividir a incidência do câncer por meio de categorias, indicam números significativos de câncer nesse aparelho. Na lista dos tipos de câncer mais incidentes no mundo, aparece o câncer de intestino (1,4 milhão de casos) em terceiro lugar. Nos homens, o câncer de intestino (10,0%) também aparece em terceiro lugar, e o de estômago (8,5%) em 4º lugar. Já em mulheres, o câncer de intestino se apresenta em 2º lugar (9,2%) e o câncer de estômago em 5º lugar (4,8%)⁽³⁾.

A dor é um dos sintomas físicos mais prevalentes no câncer, e segundo a Taxonomia de Diagnósticos de Enfermagem da North American Nursing Diagnosis (NANDA 2018-2020), pode ser caracterizada por alteração da capacidade de continuar atividades prévias, autorrelato da intensidade usando escala padronizada da dor e/ou expressão facial de dor, dentre outros⁽¹⁴⁾. Essa dor pode advir dos tratamentos utilizados, da condição clínica e da localização da neoplasia, e o fato é que a incidência de dor nos estágios avançados do câncer se aproxima de 70 a 80%⁽¹⁵⁾.

No que concerne à inserção do indivíduo na unidade de CP, o cuidado interdisciplinar e voltado para o conforto demonstrou melhora significativa da dor, cuja média no momento da admissão foi de 3,77 caindo para 1,5 após 72 horas de internação. Corroborando com a presente pesquisa, em estudo retrospectivo, avaliando o manejo da dor em pacientes oncológicos, observou-se melhora da dor em 48 horas de admissão⁽¹⁶⁾.

Segundo uma revisão integrativa realizada no ano de 2016 sobre a dor no fim da vida, houve a discussão da alta prevalência desse sintoma como também da repercussão no conforto e na qualidade de vida, onde os cuidados paliativos têm grande êxito no manejo⁽¹⁷⁾. Evidência quanto à efetividade da filosofia dos CP no manejo adequado da dor também é ratificada em estudo prospectivo longitudinal. Nesse, os cuidados baseados no conforto como também o tratamento farmacológico concreto reduziu consideravelmente a dor⁽¹⁸⁾.

O cansaço, também denominado fadiga, por ser um sintoma de difícil definição devido ao seu conceito multicausal e multidimensional⁽¹⁹⁾, apresentou piora do score. Chama a atenção que o conceito de fadiga relacionada ao câncer mais referido na literatura é a sensação esmagadora e permanente de extremo cansaço, que não melhora após repouso adequado e está associado a inúmeros outros sintomas desconfortantes de difícil manejo⁽¹⁹⁾.

A Taxonomia de Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I 2018-2020 traz algumas características definidoras para a fadiga como energia insuficiente, introspecção, entre outros, e pode estar relacionada à ansiedade, barreira ambiental ou estressores⁽¹⁴⁾. Assim, apesar da alta incidência do cansaço em paciente com câncer avançado devido às demandas metabólicas do tumor canceroso que provocam fraqueza e fadiga⁽²⁰⁾, esse não apresentou melhora após 72 horas de avaliação.

O cansaço, entre os indivíduos avaliados neste estudo, aumentou, sendo a média no momento da admissão de 3,53 subindo para 4,50 após 72 horas de internação. Esse dado é compatível com um estudo do tipo transversal descritivo realizado em 2017⁽²¹⁾, que ressaltou a importância da avaliação da fadiga em pacientes oncológicos em cuidados paliativos, já que estes possuem forte tendência a manifestar o sintoma⁽²¹⁾.

Bem como a fadiga, o sintoma de sonolência aumentou, com média de 4,28 na primeira avaliação e 6,53 na segunda avaliação. Atrela-se o dado da pesquisa ao fato de que a sonolência é um sintoma comum durante o processo fisiopatológico da morte, sendo incluído como indicador de gravidade de doença em inúmeras escalas prognósticas⁽²²⁾.

Corroborando com o fato de a sonolência estar diretamente relacionada à progressão da doença, um estudo com 472 pacientes oncológicos demonstrou piora do nível de consciência, como da funcionalidade e dificuldade no manejo de sintomas no fim da vida⁽²³⁾. Assim, esse sintoma está diretamente relacionado à maior extensão da doença, representado pelo PPS com média menor que 50% no momento da admissão (35,67) e piora após 72 horas (33,13).

Outrossim, houve alguns sintomas que não apresentaram melhora ou piora significativa. Entre eles estão a tristeza, ansiedade e bem-estar. Deve-se atentar, no entanto, que a complexidade da doença, associada à terminalidade, levam à complexidade no manejo de sintomas, principalmente dos psicoespirituais. Em estudo sobre as experiências do último ano de vida de pacientes com câncer evidenciou-se essa hipótese: houve maior prevalência da depressão ou ansiedade como também da perda da qualidade de vida no final da vida, sendo esses de difícil manejo⁽²⁴⁾.

No tocante à funcionalidade, os pacientes avaliados nesta pesquisa já foram internados com limitação funcional importante, grande extensão da doença e provenientes de emergências, 21 dos pacientes internados (70%) eram provenientes das UPA, corroborando com estudo cuja avaliação prospectiva demonstrou predominância de uma amostra com indivíduos incapacitados na internação em cuidados paliativos⁽²⁵⁾. Mesmo nessas condições, esse estudo demonstrou que, quando passaram a ser assistidos pela equipe interdisciplinar especializada em CP, houve redução não significativa da escala PPS com praticamente o mesmo score de funcionalidade.

Uma pesquisa realizada no município de São Luiz-MA em 2018, cuja amostra foi coletada tanto na internação de pacientes quanto em ambulatório de dor para CP, obteve PPS predominante entre 80% e 90%⁽²⁶⁾. Ao observar o método de avaliação desses pacientes de CP ambulatorial, surge a reflexão sobre a importância dos CP de forma precoce.

A despeito da inserção tardia do indivíduo nos CP, em avaliação randomizada, evidenciou-se maior sobrevida e melhora dos sintomas na inclusão antecipada, apesar desse último não ser significativo⁽²⁷⁾. Há também estudos demonstrando menor custo efetividade dos CP a partir de manejo menos invasivo e sem obstinação terapêutica^(28,29).

Nesse sentido, quando o paciente recebe atenção multidimensional, ele se sente acolhido e conseqüentemente com sintomas mais controlados e maior sobrevida. O cuidado no momento oportuno, portanto, estabelece a autodeterminação, e ao invés de internação de urgência, o indivíduo usufrui de cuidados ambulatoriais com prováveis resultados mais eficazes⁽³⁰⁾. Há necessidade, no entanto, de estudos maiores e com maior grau de evidência a fim de avaliar o efeito benéfico da intervenção baseada nos CP, como demonstrado em metanálise⁽⁸⁾. Assim, é preciso haver discussões sobre a necessidade de iniciar os CP ao diagnóstico de uma doença grave e que ameaça a vida.

Diante dos resultados apresentados, as limitações da pesquisa estão relacionadas à metodologia observacional, como também à amostra diminuída e em um único centro de referência. Além disso, a piora do nível de consciência (quase 50% da amostra não foi avaliada quanto os sintomas após 72 horas de internação) pode ter levado a resultados menos expressivos e de significância em outros sintomas. Além disso, a ausência de caracterização dos participantes perdidos durante o acompanhamento leva a maior moderação na discussão dos dados quanto à efetividade do modelo de cuidado no manejo dos sintomas.

CONCLUSÃO

Após a admissão em cuidados paliativos, houve melhor manejo da dor, colaborando com a melhora da qualidade de vida dos indivíduos; ocorreu, entretanto, aumento do cansaço e sonolência. Assim, o estudo se mostra relevante ao permitir a reflexão quanto aos sintomas que mais reverberam no fim de vida, empoderando o enfermeiro no cuidado junto com a equipe interdisciplinar, além de ratificar a importância dos cuidados paliativos.

REFERÊNCIAS

1. Siegel RL, Ward KD, Jemal A. Cancer Statistics, 2019. *CA Cancer J Clin.* [Internet]. 2019 [acesso em 05 jun 2020]; 57(1). Disponível em: <https://doi.org/10.3322/caac.21551>.
2. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* [Internet]. 2018 [acesso em 05 jun 2020]; 68(6). Disponível em: <https://doi.org/10.3322/caac.21492>.

3. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2020 : incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2020.
4. Gomes ALZ, Othero MB. Cuidados paliativos. Estud. av. [Internet]. 2016 [acesso em 05 jun 2020]; 30(88). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-40142016.30880011>.
5. Franco ME, Salvetti M de G, Donato SCT, Carvalho RT de, Franck EM. Percepção de dignidade de pacientes em cuidados paliativos. Texto contexto – enferm. [Internet]. 2019 [acesso em 05 jun 2020]; 28(e20180142). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0142>.
6. International Association for Hospice & Palliative Care. Palliative care definition. [Internet] 2018. [acesso em 05 jun 2020]. Disponível em: <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition/>.
7. World Palliative Care Alliance, World Health Organization. Global atlas of palliative care at the end of life. Londres: WPCA; 2014. p. 103.
8. Haun MW, Estel S, Rucker G, Friederich HC, Villalobos M, Thomas M, et al. Early palliative care for adults with advanced cancer. Cochrane database Syst Rev. [Internet]. 2017. [acesso em 06 jun 2020]. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011129.pub2>.
9. Sanvezzo VM de S, Montandon DS, Esteves LSF. Instruments for the functional assessment of elderly persons in palliative care: an integrative review. Rev Bras Geriatr Gerontol. [Internet]. 2018 [acesso em 06 jun 2020]; 21(5). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.180033>.
10. Monteiro D da R, Almeida M de A, Kruse MHL. Translation and cross-cultural adaptation of the Edmonton Symptom Assessment System for use in Palliative Care. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2013 [acesso em 06 jun 2020]; 34(2). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000200021>.
11. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. [Internet] Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [acesso em 03 maio 2019]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_homem.pdf.
12. Juliano MCC, Yunes MAM. Reflexões sobre rede de apoio social como mecanismo de proteção e promoção de resiliência. Ambient. soc. [Internet]. 2014 [acesso em 16 set 2019]; 17(3). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-753X2014000300009>.
13. Bonin CDB, Santos RZ dos, Ghisi GL de M, Vieira AM, Amboni R, Benetti M. Construção e validação do Questionário de conhecimentos para pacientes com insuficiência. Arq Bras Cardiol. [Internet]. 2014 [acesso em 6 jun 2020]; 102(4). Disponível em: <https://doi.org/10.5935/abc.20140032>.
14. Herdman TH, Kamitsuru S. Nursing diagnoses definitions and classification 2018-2020. Rio de Janeiro: Thieme; 2018. 462 p.
15. Saini S, Bhatnagar S. Cancer pain management in developing countries. Indian J Palliat Care [Internet]. 2016 [acesso em 6 jun 2020]; 22(4). Disponível em: <http://www.jpalliativecare.com/text.asp?2016/22/4/373/191742>.
16. Campbell CL, Kelly M, Rovnyak V. Pain management in home hospice patients: a retrospective descriptive study. Nurs Health Sci. [Internet]. 2017 [acesso em 5 jun 2020]; 19(3). Disponível em: <https://doi.org/10.1111/nhs.12359>.
17. Bhatnagar S, Gupta M. Integrated pain and palliative medicine model. Ann Palliat Med [Internet]. 2016 [acesso em 6 jun 2020]; 5(3). Disponível em: <http://apm.amegroups.com/article/view/10504/11572>.
18. Reis-Pina P, Sabri E, Birkett NJ, Barbosa A, Lawlor PG. Cancer-Related pain: a longitudinal study of time to stable pain control and its clinicodemographic predictors. J Pain Symptom Manage [Internet]. 2019 [acesso em 6 jun 2020]; 58(5). Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.06.017>.

19. Dean A. The holistic management of fatigue within palliative care. *Int J Palliat Nurs*. [Internet]. 2019 [acesso em 5 jun 2020]; 25(8). Disponível em: <https://doi.org/10.12968/ijpn.2019.25.8.368>.
20. Lancker AV, Velghe A, Hecke AV, Verbrugghe M, Noortgate NVD, Grypdonck M, et al. Prevalence of symptoms in older cancer patients receiving palliative care: a systematic review and meta-analysis. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2014 [acesso em 5 jun 2020]; 47(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.02.016>.
21. Neves SAVM, Oliveira MAB, Oliveira SMC, Silva YMGP. Estudo da fadiga sob a perspectiva dos cuidados paliativos. *Revi movimenta*. [Internet]. 2017 [acesso em 29 set 2019]; 10(2). Disponível em: <https://www.revista.ueg.br/index.php/movimenta/article/view/5718>.
22. Hui D, Paiva CE, Del Fabbro EG, Steer C, Naberhuis J, Morita T, et al. Prognostication in advanced cancer: update and directions for future research. *Support Care Cancer*. [Internet]. 2019 [acesso em 06 jun 2020]; 27(6). Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00520-019-04727-y>.
23. Stukenborg GJ, Blackhall LJ, Harrison JH, Dillon PM, Read PW. Longitudinal patterns of cancer patient reported outcomes in end of life care predict survival. *Support Care Cancer*. [Internet]. 2016 [acesso em 06 jun 2020]; 24(5). Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00520-015-3024-y>.
24. Doorenbos AZ, Given CW, Given B, Verbitsky N. Symptom Experience in the last year of life among Individuals with Cancer. *J Pain Symptom Manag*. [Internet]. 2006 [acesso em 27 jun 2020]; 32(5). Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2006.05.023>.
25. Cabianca CÂM, Menegheti GG, Bernardi ICP, Gurgel SJT. Comparação entre Escala de Performance de Karnofsky e Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton como determinantes na assistência paliativa. *Rev Soc Bras Clín Méd* [Internet]. 2017 [acesso em 06 jun 2020]; 15(1). Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/ripsa/resource/pt/biblio-833045>.
26. Castôr KS, Moura ECR, Pereira EC, Alves DC, Ribeiro TS, Leal P da C. Palliative care: epidemiological profile with a biopsychosocial look on oncological patients. *BrJP* [Internet]. 2019 [acesso em 28 set 2019]; 2(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/2595-0118.20190010>.
27. Bakitas MA, Tosteson TD, Li Z, Lyons KD, Hull JG, Li Z, et al. Early versus delayed initiation of concurrent palliative oncology care: Patient outcomes in the ENABLE III randomized controlled trial. *J Clin Oncol*. [Internet]. 2015 [acesso em 05 jun 2020]; 33(13). Disponível em: <https://doi.org/10.1200/JCO.2014.58.6362>.
28. May P, Garrido MM, Cassel JB, Kelley AS, Meier DE, Normand C, et al. Prospective cohort study of hospital palliative care teams for inpatients with advanced cancer: earlier consultation is associated with larger cost-saving effect. *J Clin Oncol*. [Internet]. 2015 [acesso em 05 jun 2020]; 33(25). Disponível em: <https://doi.org/10.1200/JCO.2014.60.2334>.
29. May P, Normand C, Cassel JB, Del Fabbro E, Fine RL, Menz R, et al. Economics of palliative care for hospitalized adults with serious illness: A meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2018 [acesso em 05 jun 2020]; 178(6). Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.0750>.
30. Tan WS, Lee A, Yang SY, Chan S, Wu HY, Ng CWL, et al. Integrating palliative care across settings: a retrospective cohort study of a hospice home care programme for cancer patients. *Palliat Med*. [Internet]. 2016 [acesso em 05 jun 2020]; 30(7). Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0269216315622126>.

Recebido: 11/02/2020
Finalizado: 28/09/2020

Editora associada: Luciana Puchalski Kalinke

Autor Correspondente:

Talita Silva Muniz

Escola Superior de Ciências da Saúde

Quadra 301 Conj. 4 Lote 1 – 72300537– Brasília, DF, Brasil

E-mail: talitinha.muniz@gmail.com

Contribuição dos autores:

Contribuições substanciais para a concepção ou desenho do estudo; ou a aquisição, análise ou interpretação de dados do estudo - KESN, TSM, KMCR

Elaboração e revisão crítica do conteúdo intelectual do estudo - KESN, TSM, KMCR

Aprovação da versão final do estudo a ser publicado - KMCR



Este obra está licenciado com uma Licença [Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).