

Avaliação da intensidade dos sintomas em pacientes com câncer em estadiamento III e IV

Assessment of symptom intensity in patients with stage III and IV cancer

Evaluación de la intensidad de los síntomas en pacientes con cáncer en estadios III y IV

Everton Aguido Muniz¹ ; Nen Nalu Alves das Mercês¹ ; Shirley Boller¹ ; Anderson Ferrari da Silva Cera¹ 

¹Universidade Federal do Paraná. Curitiba, PR, Brasil

RESUMO

Objetivo: avaliar a intensidade dos sintomas em pacientes com neoplasias avançadas. **Método:** estudo quantitativo, descritivo, longitudinal, desenvolvido em um hospital universitário no sul do Brasil, incluindo pacientes com neoplasias avançadas. Inicialmente, identificou-se os perfis sociodemográfico e clínico. No seguimento, foram avaliados os sintomas por meio do *Edmonton Symptom Assessment System*, uma vez por semana. **Resultados:** os 23 participantes tinham idade média de 53,3 anos, 78,3% se autodeclararam do sexo feminino e seis encontravam-se no estadiamento III, enquanto 17 no IV. Os diagnósticos mais frequentes foram daqueles com neoplasias de mama (30,8%) e de cólon e reto (17,4%). O sintoma com maior média de intensidade foi fadiga (5,35), seguido de ansiedade (5,14) e dispnéia (4,54). **Conclusão:** os sintomas em pacientes com neoplasia avançada podem se manifestar de forma simultânea e, em alguns casos, em picos repentinos de alta intensidade. A avaliação é fundamental para manejo eficaz e melhora da qualidade de vida e sobrevida desses pacientes.

Descritores: Neoplasias; Enfermagem Oncológica; Sinais e Sintomas; Avaliação de Sintomas, Avaliação em Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to evaluate the intensity of symptoms in patients with advanced cancer. **Method:** a quantitative, descriptive, longitudinal study was conducted at a university hospital in southern Brazil, including patients with advanced cancer. Initially, sociodemographic and clinical profiles were identified. During follow-up, symptoms were assessed weekly using the *Edmonton Symptom Assessment System*. **Results:** the 23 participants had a mean age of 53.3 years, 78.3% self-reported female gender, and six were in stage III, while 17 were in stage IV. The most frequent diagnoses were breast (30.8%) and colon and rectal (17.4%) cancer. The symptom with the highest mean intensity was fatigue (5.35%), followed by anxiety (5.14) and dyspnea (4.54). **Conclusion:** symptoms in patients with advanced cancer can manifest simultaneously and, in some cases, in sudden peaks of high intensity. Assessment is essential for effective management and improving the quality of life and survival of these patients.

Descriptors: Neoplasms; Oncology Nursing; Signs and Symptoms; Symptom Assessment; Nursing Assessment.

RESUMEN

Objetivo: evaluar la intensidad de los síntomas en pacientes con neoplasias avanzadas. **Método:** estudio cuantitativo, descriptivo y longitudinal, desarrollado en un hospital universitario en el sur de Brasil, que incluyó pacientes con neoplasias avanzadas. Inicialmente, se identificaron los perfiles sociodemográfico y clínico. Posteriormente, los síntomas fueron evaluados mediante el *Edmonton Symptom Assessment System*, una vez por semana. **Resultados:** los 23 participantes tenían una edad media de 53,3 años, el 78,3% se autodeclaró de sexo femenino, y seis se encontraban en estadio III, mientras que 17 en estadio IV. Los diagnósticos más frecuentes fueron neoplasias de mama (30,8%) y de colon y recto (17,4%). El síntoma con mayor media de intensidad fue la fatiga (5,35), seguido por la ansiedad (5,14) y la disnea (4,54). **Conclusión:** los síntomas en pacientes con neoplasias avanzadas pueden manifestarse de forma simultánea y, en algunos casos, con picos repentinos de alta intensidad. La evaluación es fundamental para un manejo eficaz y para la mejora de la calidad de vida y la sobrevida de estos pacientes.

Descriptorios: Neoplasias; Enfermería Oncológica; Signos y Síntomas; Evaluación de Síntomas; Evaluación en Enfermería.

INTRODUÇÃO

As neoplasias malignas são classificadas como avançadas a partir do estadiamento III devido ao tamanho expressivo do tumor ou proximidade de um órgão vital. O estadiamento IV ou metastático ocorre quando há migração de células neoplásicas, pelo mecanismo de metástases para outros tecidos, próximos ou distantes do sítio primário¹. Para determinar o estadiamento da neoplasia, utiliza-se o sistema denominado tumor-nódulo-metástase (TNM), que indica dimensão do tumor primário e extensão da doença (T), a presença de linfonodos (N) e a existência de metástase próxima ou distante do sítio primário (M)^{1,2}.

Um parâmetro importante para o diagnóstico das neoplasias malignas é a análise histopatológica, também denominada exame anatomopatológico, considerada padrão-ouro na confirmação diagnóstica e fundamental para a avaliação prognóstica e o direcionamento terapêutico. O exame avalia a composição tecidual do tumor em comparação

ao tecido normal, determinando o grau histológico. A categorização do grau histológico compreende o grau I (bem diferenciado), grau II (moderadamente diferenciado), grau III (pouco diferenciado) e grau IV (indiferenciado ou Anaplásico)².

O nível de agressividade da neoplasia tem relação com o grau histológico, e associado a fatores sociodemográficos do indivíduo, interferem na intensidade dos sintomas apresentados³. O aumento na intensidade dos sintomas é um preditor importante na qualidade de vida dos pacientes por interferir diretamente em atividades de seu cotidiano^{4,5}.

A neoplasia avançada, oferece baixa perspectiva de cura ou remissão completa proporcionando sofrimento ao paciente e família⁶. O atendimento ao paciente é considerado complexo devido à alta carga de sintomas angustiantes desencadeados pela doença, dentre eles destaca-se dor, náusea, dispneia, fadiga, inapetência, sonolência, ansiedade e depressão⁷. A abordagem visa minimizar o desconforto, favorecendo o bem-estar físico e emocional⁸.

Alguns dos sintomas físicos mais intensos relatados por pacientes oncológicos são: dor, fadiga, dispneia, náusea, êmese, insônia, inapetência, constipação e diarreia⁹. Entretanto, também é relevante a prevalência para os sintomas psicológicos, que variam de 20% a 25% para ansiedade e depressão⁴.

O alívio dos sintomas é prioridade na atenção integral à saúde, sendo avaliado principalmente por meio do autorrelato do paciente que o vivencia⁵. Dessa forma, os cuidados paliativos (CP) devem ser recomendados precocemente, de forma concomitante ao tratamento modificador do curso natural da doença, o que contribuirá para avaliação precisa dos sintomas decorrentes da progressão da doença¹⁰.

Diante da necessidade do manejo eficaz de sintomas que proporcione alívio e conforto a pacientes com neoplasias avançadas, a avaliação torna-se etapa fundamental para o planejamento do cuidado. Para avaliar de forma sistemática os sintomas apresentados por estes pacientes é necessário o uso de instrumentos apropriados, como a ferramenta *Edmonton Symptom Assessment System* (ESAS-r)^{11,12}. A ESAS-r é uma ferramenta de avaliação multissintoma, amplamente recomendada em Cuidados Paliativos oncológicos, traduzida para mais de 20 idiomas, e validada em diversos países incluindo o Brasil^{13,14}.

Este estudo teve como objetivo avaliar a intensidade dos sintomas apresentados por pacientes com neoplasias em estadiamento III e IV.

MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo, observacional, descritivo e longitudinal. Os dados foram reportados de acordo com as recomendações da declaração *Strengthening the Reporting of Studies in Epidemiology* (STROBE).

Os participantes foram pacientes atendidos pelo serviço de oncologia de um hospital universitário no sul do Brasil, com diagnóstico confirmado de neoplasia de qualquer tipo, idade maior ou igual a 18 anos, comunicação oral preservada e capacidade cognitiva de compreensão do mecanismo da ESAS-r. O recrutamento foi por conveniência, durante atendimento ambulatorial ou na unidade de internação, ainda período de emergência sanitária global pela covid-19. Os princípios de Diversidade, Equidade, Inclusão e Acessibilidade (DEIA) para pesquisa científica, foram observados e sua aplicabilidade avaliada rigorosamente em todas as etapas do estudo, incluindo a elaboração do Perfil Sociodemográfico e Clínico.

A coleta de dados ocorreu entre fevereiro e julho de 2022. Foram utilizados três instrumentos, sendo o primeiro um questionário de Perfil Sociodemográfico e Clínico, elaborado pelos pesquisadores.

O segundo instrumento foi a *Palliative Performance Scale* (PPS), uma ferramenta capaz de oferecer de forma rápida e prática o perfil funcional e cognitivo do paciente, além de orientar o prognóstico¹⁵. No presente estudo a PPS foi empregada em dois momentos, no primeiro para avaliar a capacidade de comunicação oral do participante e de compreensão da ESAS-r, no segundo para avaliar o nível de consciência dos participantes no período de final de vida.

O terceiro instrumento foi a *Edmonton Symptom Assessment System* (ESAS-r), uma escala de avaliação de sintomas do tipo *likert* com escores de zero (que representa a ausência do sintoma) a 10 (que representa a maior intensidade possível) de acordo com o nível de intensidade do sintoma no momento da avaliação. A ESAS-r é estruturada para avaliar nove sintomas, além de uma questão aberta para o paciente relatar outro ou problema^{14,16}.

Os participantes tiveram os sintomas avaliados por meio da ESAS-r em acompanhamento semanal. A avaliação inicial (D₁ – Primeiro dia de avaliação), ocorreu presencialmente. As avaliações de seguimento (D₂ a D_x – Dias de seguimento da avaliação dos sintomas) aconteceram no serviço de oncologia da instituição, no dia das consultas (médica ou equipe multiprofissional), nas Unidades de internação, e por telemonitoramento. O telemonitoramento ocorreu por telefone fixo ou móvel e por videochamada pelo aplicativo *WhatsApp*®, de acordo com a escolha do participante, com tempo de duração aproximado de cinco minuto. O agendamento de seguimento das avaliações teve data e horário

escolhidos pelos participantes. Durante a realização da coleta de dados nas dependências do hospital foi garantida a permanência do familiar ou cuidador, se o participante assim desejasse, em ambiente privado.

Os dados foram analisados por meio do *software GraphPad Prism 5.0*. Para a análise estatística dos sintomas da ESAS-r, aplicou-se análise de Variância (ANOVA) de duas vias, considerando $p < 0,05$ como estatisticamente significativo¹⁷. A representação gráfica mostra as variações das respostas em um mesmo sintoma ao longo das semanas de avaliação e as diferenças de intensidade entre todos os sintomas avaliados.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição cenário do estudo. Os participantes foram orientados acerca dos aspectos éticos em pesquisa científica, e mediante ao aceite, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). A fim de preservar a identidade e garantir o anonimato, adotou-se um sistema de codificação.

RESULTADOS

Realizaram-se 247 avaliações dos participantes com a ESAS-r. A média de idade dos participantes foi de 53,3 anos; 78,3% se autodeclararam do sexo feminino; 78,3% cursaram entre ensino fundamental e médio; 56,5% se autodeclararam católicos e 43,5% protestantes; 78,3% se autodeclararam brancos; 52,2% casados e 30,5% solteiros. Acerca da naturalidade, 91,4% eram da região sul do Brasil. Para 82,7% dos participantes, o cuidador principal era um familiar, e 17,3% relataram não ter cuidador principal.

Em relação aos hábitos de vida, 43,5% dos participantes relataram uso frequente de bebida alcoólica durante um período entre 10 e 51 anos ao longo da vida. E 26% usaram tabaco, por um período de dez a 30 anos, com a quantidade diária de 20 a 40 cigarros com filtro.

A Tabela 1 mostra como se deu o seguimento das avaliações, no qual, S_{+1} corresponde a primeira semana de avaliação, seguido por S_{+n} , sendo “n” o número de semanas que o participante foi avaliado. O maior tempo de seguimento foi S_{+18} .

Tabela 1: Semanas de seguimento por participante. Curitiba, PR, Brasil, 2022.

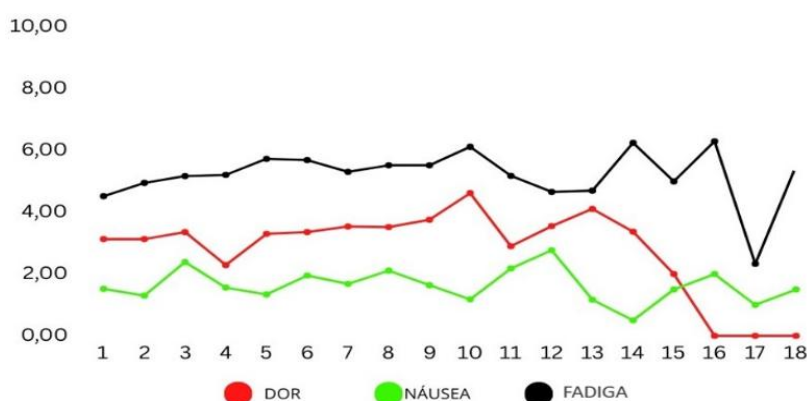
Avaliações de seguimento	
Participante	Semanas
P1	$S_{+1} - S_{+7}$
P2*	$S_{+1} - S_{+16}$
P3*	$S_{+1} - S_{+11}$
P4	$S_{+1} - S_{+15}$
P5	$S_{+1} - S_{+9}$
P6*	$S_{+1} - S_{+7}$
P7	$S_{+1} - S_{+18}$
P8	$S_{+1} - S_{+11}$
P9	$S_{+1} - S_{+10}$
P10	$S_{+1} - S_{+18}$
P11	$S_{+1} - S_{+14}$
P12	$S_{+1} - S_{+11}$
P13	$S_{+1} - S_{+14}$
P14	$S_{+1} - S_{+14}$
P15	$S_{+1} - S_{+13}$
P16	$S_{+1} - S_{+10}$
P17	$S_{+1} - S_{+10}$
P18	$S_{+1} - S_{+10}$
P19	$S_{+1} - S_{+10}$
P20	$S_{+1} - S_{+7}$
P21	$S_{+1} - S_{+7}$
P22	$S_{+1} - S_{+7}$
P23	$S_{+1} - S_{+6}$

Legenda: *Descontinuidade dos participantes por motivo de óbito

Em seis avaliações, três participantes hospitalizados no período de final de vida, não apresentaram condições cognitivas para compreender e responder a ESAS-r. Para esses casos, aplicou-se a PPS, que resultou em escore 10% na dimensão “Nível de Consciência”, indicando “confusão ou coma”. Desta forma, a avaliação foi realizada pelo enfermeiro da unidade de internação que preencheu os itens da ESAS-r, aferindo os sintomas do participante, conforme orienta o *ESAS - Revised Administration Manual*¹⁸.

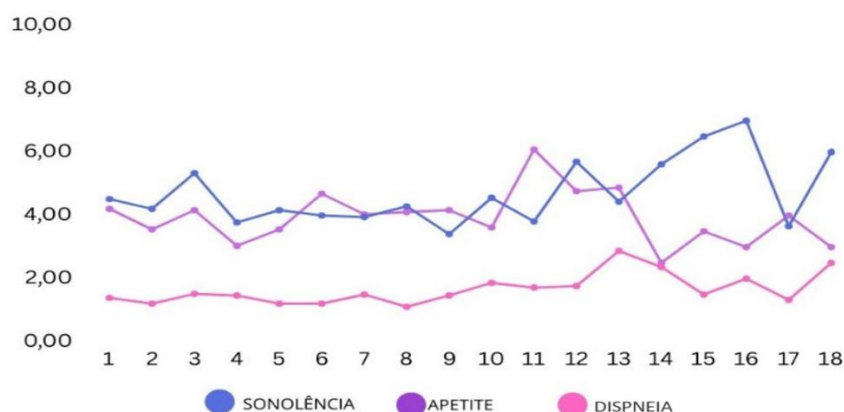
Na S+1, 73,9% dos participantes apresentavam neoplasia em estadiamento IV, com processo metastático, e 26,1% estadiamento III. Os diagnósticos presentes foram: neoplasias de mama com 30,8%, adenocarcinoma de cólon e reto 17,4%, carcinoma espinocelular (CEC) de colo uterino 13%, adenocarcinoma de próstata e linfoma de Hodgkin com 8,7%, linfoma de grandes células b 4,3%, neoplasia de ovário (tumor de borderline) 4,3%, colângiocarcinoma tipo I 4,3%, carcinoma de nasofaringe 4,3% e carcinoma de pulmão (pequenas células) 4,3%. Ao longo do tratamento, 100% dos participantes foram submetidos a tratamento quimioterápico, em 26% dos casos associou-se a Radioterapia.

As Figura 1, 2 e 3 apresentam a evolução da intensidade média dos sintomas ao longo das 18 semanas de avaliação.



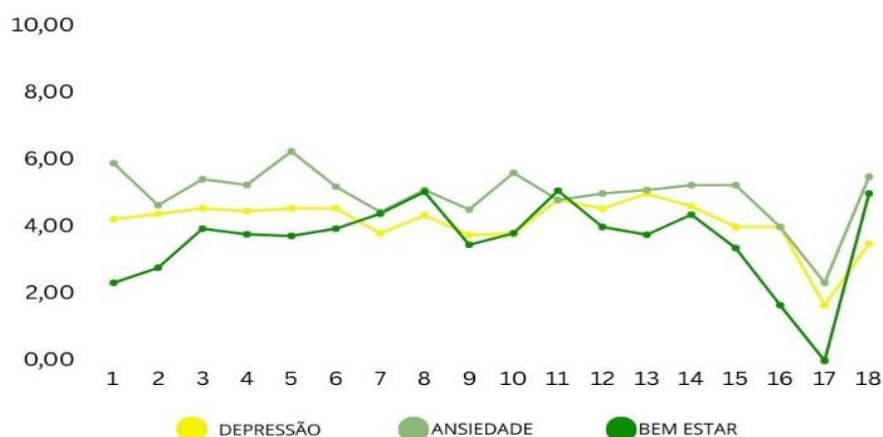
Legenda: O eixo y representa a média do escore de cada sintoma apresentado pelos participantes; e o eixo x representa a semana de avaliação com a ESAS-r.

Figura 1: Evolução da média de intensidade de dor, náusea e fadiga nas 18 semanas avaliadas. Curitiba, PR, Brasil, 2022.



Legenda: O eixo y representa a média do escore de cada sintoma apresentado pelos participantes; e o eixo x representa a semana de avaliação com a ESAS-r.

Figura 2: Evolução da média de intensidade de sonolência, apetite e dispneia nas 18 semanas avaliadas. Curitiba, PR, Brasil, 2022.



Legenda: O eixo y representa a média do escore de cada sintoma apresentado pelos participantes; e o eixo x representa a semana de avaliação com a ESAS-r.

Figura 3: Evolução da média de intensidade de depressão, ansiedade e bem-estar nas 18 semanas avaliadas. Curitiba, PR, Brasil, 2022.

A Tabela 2 apresenta variáveis de intensidade de manifestação para cada sintoma.

Tabela 2: Dados descritivos da intensidade de manifestação dos instomas. Curitiba, PR, Brasil, 2022.

Item avaliado	Média	Mediana	Moda	Intervalos Interquartis (Q1-Q3)
Fadiga	5,35	5,0	5,0	3,0 – 8,0
Ansiedade	5,12	5,0	8,0	2,0 – 8,0
Dispneia	4,54	0,0	0,0	0,0 – 3,0
Sonolência	4,44	5,0	5,0	2,0 – 7,0
Depressão	4,36	5,0	0,0	0,0 – 8,0
Apetite	4,07	5,0	0,0	2,0 – 7,0
Bem-estar	3,77	3,0	0,0	2,0 – 6,0
Dor	3,38	3,0	0,0	0,0 – 5,0
Náusea	1,76	0,0	0,0	0,0 – 3,0

A análise de variância (ANOVA) indicou diferenças estatisticamente significativas entre as médias de intensidade dos diferentes sintomas ($p < 0,05$). Os valores médios mensurados para fadiga 5,35 ($\pm 2,72$) são os maiores apresentados entre todos os sintomas.

Medianas próximas ao ponto médio da escala indicam nível moderado de intensidade autorrelatada para a maioria dos sintomas. Modas distintas sugerem variação na intensidade relatada ao longo das semanas.

Os intervalos interquartis (IQR) amplos para fadiga e ansiedade apontam maior dispersão dos escores. Sintomas com IQR reduzido, como náusea e dispneia, mostram respostas mais consistentes.

Acerca dos sintomas emocionais, a ansiedade foi autorrelatada por 100% dos participantes, variando o nível de intensidade entre um e dez, sendo o sintoma com a segunda maior média entre os avaliados, e a maior moda sugere maiores variações nos escores apresentados. Ainda, 78,3% relataram sentimento de depressão.

A sonolência apresentou o quarto maior nível de intensidade média (4,44), relatada por 95,6% dos participantes.

A dor esteve presente em aproximadamente 70% das 247 avaliações, em diferentes níveis de intensidade. Apesar da média 3,38, a dor autorrelatada foi em 47,8% das avaliações de intensidade moderada e alta. Apenas 4,3% dos participantes não apresentou dor em nenhuma das avaliações.

A dispneia foi presente em 68% dos participantes. As medidas de autogerenciamento efetivas para dispneia leve relatadas foram: adoção de posição sentada, ou semissentada, e uso de ventiladores domésticos ventilando em direção a face. Durante as 18 semanas de avaliação, 26% ($n=6$) dos participantes apresentaram evolução da doença, manifestando picos de alta intensidade de dispneia (≥ 7), necessitando de suplementação de oxigênio, e a metade destes participantes ($n=3$) evoluíram para o óbito.

A náusea foi menos intensa em média (1,76). No entanto, ocorreram relatos de picos de intensidade elevada (≥ 7) na escala de zero a dez.

No item “outro problema”, a constipação intestinal foi relatada em 13,8% das 247 avaliações, afetando 43,5% dos participantes, e relacionada ao uso de morfina. A intensidade média da constipação intestinal foi de 5,15 ($\pm 2,43$). Entre os que relataram este sintoma, 90% informaram o uso frequente de medicamentos laxativos para o manejo, e 10% apenas por meio de dieta alimentar.

DISCUSSÃO

A avaliação de sintomas em pacientes com neoplasia avançada deve ser realizada continuamente, otimizando a percepção e interpretação dos sintomas, por meio do autorrelato¹⁹. Os sintomas se manifestam de maneira dinâmica, e conhecer o perfil sociodemográfico é fundamental para o processo de avaliação, pois trata-se de variáveis inerentes ao indivíduo que impactam na intensidade do sintoma e no desconforto provocado por este²⁰. Os principais sintomas do câncer avançado se manifestam de forma simultânea²¹.

Um estudo sobre sintomas em pacientes com neoplasia avançada realizado no Rio de Janeiro, Brasil, apresenta dados dos perfis sociodemográficos e clínicos referentes a sexo, média de idade e tipos de neoplasias, semelhantes aos do presente estudo, sendo estes: idade média superior a 50 anos, maioria composta por mulheres, e o diagnóstico mais prevalente foi a neoplasia de mama⁹.

Acerca da dor os resultados corroboram com dados da *International Association for the Study of Pain* (IASP), que revelam prevalência de dor em aproximadamente 90% dos pacientes com câncer avançado²². Entretanto, uma meta análise que incluiu 444 estudos publicados no período de 2014 a 2021, concluiu que a prevalência e a intensidade da dor diminuíram em comparação com os índices publicados em períodos anteriores. Sugere-se que tais resultados sejam produto de uma maior atenção no processo de avaliação da dor por parte dos serviços²¹.

Os opioides são a principal classe de medicamentos utilizada para controle da dor, apesar do risco de dependências física e psicológica, além de efeitos adversos que podem desencadear ou agravar outros sintomas, o que contribui com a manifestação de sintomas múltiplos e concomitantes no câncer²³. O uso prolongado de opioides para controle da dor oncológica é também um fator de risco para depressão, acometendo de 20 a 30% dos pacientes²⁴.

Os resultados do presente estudo revelam que ansiedade e depressão acometeram 100% e 78% dos participantes respectivamente. Tais índices são superiores a um estudo realizado em Pequim, onde foram avaliados sintomas emocionais de 176 mulheres com câncer de mama metastático. A incidência de depressão, ansiedade e estresse constatada foi respectivamente de 52,3%, 60,2% e 36,9%. Sintomas físicos como dor, dispneia e inapetência foram associados ao aumento da depressão²⁵. Os familiares também são acometidos por estes sintomas psicológicos^{10,26}.

Um estudo quantitativo com 202 pacientes de câncer do norte do Brasil, estabeleceu uma relação entre ansiedade, depressão e estresse com a QV. Constatou-se a prevalência para adoecimento mental de depressão em 24,76%, ansiedade 36,63% e estresse 27,23%. Além de uma importante relação com a dor, náusea e dispneia, o que resulta em diminuição na QV²⁷. Na Grécia, um estudo com 150 pacientes oncológicos, internados e ambulatoriais, destaca a importância da vigilância sobre a saúde mental de pacientes com câncer. Sintomas psicológicos não manejados corretamente, afetam além da QV, a adesão ao tratamento e a sobrevida dos pacientes oncológicos²⁸. A dor, náusea, dispneia e fadiga, quando não manejados adequadamente, aumentam os níveis de ansiedade e depressão⁴.

Em um estudo realizado na Espanha, foram avaliados 748 participantes com câncer avançado. A prevalência de depressão foi de 44,3%. Pacientes com maior capacidade funcional e atitude positiva de enfrentamento da doença, apresentam menor intensidade de sintomas da depressão²⁹.

Uma pesquisa realizada em São Paulo, Brasil, com 135 pacientes oncológicos atendidos em ambulatórios de CP utilizou a ESAS-r como um dos instrumentos para avaliação dos sintomas. Os resultados demonstraram que o aumento da manifestação de sintomas tem relação com a diminuição da percepção de bem-estar espiritual, e com a redução da funcionalidade. Destacou-se os índices relevantes de ansiedade e depressão apresentados pela amostra³⁰.

Acerca do sintoma apetite, a inapetência frequentemente observada em pacientes oncológicos pode causar anorexia e perda de peso. Entretanto, a anorexia no câncer representa importante resposta adaptativa, permitindo que o organismo mobilize reservas de energia para sustentar o aumento do metabolismo necessário para travar uma resposta imune e curar lesões ou reparar a destruição causada rapidamente por células malignas em divisão³¹. A inapetência no câncer avançado varia de 30% a 80% para anorexia³².

Um estudo retrospectivo com 90 pacientes oncológicos, realizado na Itália, constatou que um terço da amostra apresentava déficit nutricional relacionado a depressão³³. A desnutrição causa cerca de 20% dos óbitos e estima-se que 50 a 80% dos pacientes com câncer avançado apresentam desnutrição³⁴.

De acordo com nossos resultados, a náusea esteve presente entre os sintomas avaliados. A náusea tem causas múltiplas, inclusive pela progressão da doença, não estando associada somente aos tratamentos com quimioterapia e radioterapia, ou ao uso de opioides para manejo da dor e da dispneia³⁵. O manejo eficaz da náusea é um preditor determinante para a QV de pacientes com câncer. Uma avaliação detalhada é fundamental para determinar a etiologia³⁶. Um estudo observacional transversal nos Estados Unidos com 148 mulheres com câncer de mama metastático, constatou que pacientes com experiências de dor e náuseas não gerenciadas, durante o tratamento, manifestaram níveis mais elevados de ansiedade e depressão³⁷.

Nossos resultados apontam que a fadiga esteve presente de forma abrangente entre os participantes corroborando com um estudo realizado em um hospital universitário japonês com 608 pacientes submetidos a quimioterapia antineoplásica ambulatorial. A amostra teve os sintomas avaliados com a *Edmonton Symptom Assessment System Revised Japanese version (ESAS-rJ)*, antes e após a administração do quimioterápico, e constatou-se prevalência de 70,4% para fadiga³⁸.

A Fadiga em pacientes oncológicos se caracteriza como um sintoma persistente, um senso subjetivo de cansaço físico, emocional e cognitivo ou exaustão relacionada ao câncer^{39,40}. Observou-se em um estudo com 146 pacientes com câncer avançado, a inter-relação entre a fadiga e outros sintomas como dor, dispneia, inapetência, ansiedade e náusea. Quanto maior a quantidade de sintomas manifestados, menor a QV do paciente⁹.

Uma pesquisa avaliou o estado nutricional de 100 pacientes atendidos a nível hospitalar no sul do Brasil. Evidenciou-se importante relação do déficit proteico com a fadiga relacionada ao câncer. Concluiu-se que a dieta rica em proteínas associada ao sono reparador e a atividade física, são medidas eficientes para o manejo da fadiga em pacientes oncológicos⁴¹.

Em um estudo realizado com 30 pacientes oncológicos em fase final de vida no Distrito Federal, Brasil, foram utilizadas as ferramentas ESAS-r e PPS para avaliar sintomas. O objetivo era comparar os níveis de manifestação desses sintomas entre pacientes admitidos para CP exclusivo por 72 horas, com os níveis apresentados no momento da admissão. Concluiu-se que houve melhora no manejo dos sintomas, porém com aumento dos níveis de fadiga e sonolência. Ressaltou-se a importância do processo de avaliação contínua dos sintomas, ratificando a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde, e promoção do acesso da população aos serviços especializados em CP¹³.

A sonolência foi presente em 95,6% dos participantes do presente estudo. Corroborando com uma revisão integrativa sobre pacientes em CP oncológicos que apontou o sintoma como um dos dez mais prevalentes⁴². Em um estudo observacional sobre a qualidade de sono com 120 pacientes oncológicos submetidos a tratamento quimioterápico, realizado no nordeste brasileiro, constatou-se que mais de 70% da amostra apresentava distúrbios do sono. Os efeitos da quimioterapia influenciam no sono por até cinco anos quando não tratados adequadamente⁴³.

A dispneia é um dos cinco principais sintomas que acomete pacientes com câncer. Provocada por diversos fatores, tem alto potencial debilitante, e agrava-se nas últimas seis semanas de vida. A origem multifatorial, dificulta a avaliação, o que prejudica o manejo. À medida que a neoplasia se agrava a dispneia tende a aumentar sendo recomendadas medidas farmacológicas e não farmacológicas⁴⁴. O uso de ventiladores voltados para a face, é uma medida amplamente recomendada, e pode conferir alívio da dispneia leve ou moderada em pacientes com neoplasia avançada⁴⁵.

A dispneia terminal definida como, dispneia em pacientes com expectativa de vida estimada de semanas a dias, com piora rápida ao longo de dias ou horas, conforme a morte se aproxima⁴⁶. Um estudo com 91 participantes em período de final de vida, concluiu que a dispneia aumenta com o passar dos dias e a capacidade do autorrelato diminui gradativamente, dificultando a avaliação e manejo eficaz⁴⁷. Da mesma forma, os participantes do presente estudo que apresentaram agravamento importante da doença, tiveram piora da dispneia, necessitando de suporte farmacológico e suplementação de oxigênio.

A constipação foi relatada por quase metade dos participantes do presente estudo em algum momento das avaliações, sendo associada ao uso de morfina. Os dados obtidos estão de acordo com um estudo multicêntrico prospectivo na Itália com 246 participantes com câncer avançado, que constatou falta de prevenção e subtratamento da constipação⁴⁸. A prevalência da constipação em pacientes de câncer que fazem uso de opioide é superior a dois terços, e são significativos os impactos na QV⁴⁹. Além da constipação como resultado da diminuição do peristaltismo, sintomas como náuseas, dor, constipação e sonolência também são frequentemente relacionados aos mecanismos de ação dos opioides⁵⁰.

Os resultados deste estudo apontam para a necessidade de políticas de saúde que fortaleçam os cuidados paliativos na atenção oncológica. Medidas como capacitação de profissionais de saúde, prioridade de acesso a medicamentos e terapias para alívio dos sintomas, aprimoramento das estruturas dos serviços, e incorporação de indicadores de qualidade para monitorar a efetividade da assistência prestada, são fundamentais para priorizar a

atenção integral às necessidades dos pacientes com câncer avançado, focando na qualidade de vida do indivíduo e na dignidade que o alívio dos sintomas proporciona⁵¹.

Limitações do Estudo

A redução da demanda de pacientes em atendimento ambulatorial devido a medidas de distanciamento social durante a pandemia de COVID-19 e a necessidade de agregar diferentes tipos de câncer para elevar o quantitativo de participantes podem limitar a obtenção de amostragem representativa.

O instrumento *Palliative Performance Scale* foi aplicado de forma complementar no desenvolvimento do presente estudo. Embora amplamente difundida em Cuidados Paliativos, estudos que promovam evidências psicométricas tendem a respaldar a utilização da ferramenta no contexto brasileiro.

Ainda são necessários estudos para fortalecer e consolidar o processo de avaliação dos sintomas em pacientes com câncer avançado. Implementar metodologias voltadas a tipos isolados de câncer, contribuirá para aprofundar o conhecimento específico e aprimorar o processo de avaliação sistemática e direcionada às necessidades multidimensionais e distintas de cada grupo.

CONCLUSÃO

Os resultados evidenciaram que os sintomas de maior intensidade relatados pelos participantes foram a fadiga e a ansiedade. Observou-se que os sintomas em pacientes com neoplasia avançada podem se manifestar de forma simultânea e, em alguns casos, apresentar picos de alta intensidade repentinamente. Este achado reforça a importância da avaliação de sintomas contínua e sistemática a pacientes com câncer avançado.

A utilização de instrumentos validados como a ESAS-r para o monitoramento rigoroso da manifestação de sintomas, contribui com o planejamento do cuidado favorecendo o manejo eficaz dos sintomas e proporcionando a melhora da qualidade de vida e sobrevida destes pacientes.

REFERÊNCIAS

- Costa GJ, Mello MJG, Bergmann A, Ferreira CG, Thuler LCS. Tumor-node-metastasis staging and treatment patterns of 73,167 patients with lung cancer in Brazil. *J bras pneumol*. 46(1):e20180251, 2020 [cited 2024 Nov 05]. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-3713/e20180251>.
- Teixeira AKS, Vasconcelos JLA. Histopathological profile of patients diagnosed with malignant tumors assisted in a hospital of reference of Agreste Pernambucano. *J Bras Patol Med Lab*. 2019 [cited 2025 Mai 01]; 55(1):87–97. Available from: <https://www.scielo.br/j/jbpm/a/xpsGXN9CsLRNyznggJgbxvC/?lang=en>.
- Lavdaniti M, Fradelos EC, Troxoutsou K, Zioga E, Mitsi D, Alikari V, ET AL. Symptoms in advanced cancer patients in a Greek hospital: a descriptive study. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2018 [cited 2024 Oct 01]; 19(4):1047-52. DOI: <https://doi.org/10.22034/apjcp.2018.19.4.1047>.
- Zayat CG, Azevedo IM, Domenico EBL, Bergerot CD. Fatores preditores de sintomas emocionais e físicos reportados por pacientes oncológicos. *Psicologia Clínica e Cultura*. 2021 [cited 2024 Oct 01]; 37:e37. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102.3772e37441>.
- Mendoza CLA, Domínguez TB, Rodríguez MDA, Galindo VO. Factores psicosociales asociados con la intensidad de dolor por cáncer: una revisión narrativa. *Psicología y Salud*. 2024 [cited 2024 Oct 01]; 34(2):259-69. DOI: <https://doi.org/10.25009/pys.v34i2.2907>.
- Santos ATN, Nascimento NS, Alves PGJM. Efeitos de abordagens não farmacológicas nos sintomas físicos de indivíduos com câncer avançado: revisão sistemática. *Rev. Bras. Cancerol*. 2022 [cited 2024 Nov 01]; 68(2):e-172125. DOI: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2022v68n2.2125>.
- Mayland CR, Ho QM, Doughty HC, Rogers SN, Peddinti P, Chada P, et al. The palliative care needs and experiences of people with advanced head and neck cancer: a scoping review. *Palliat Med*. 2021 [cited 2024 Oct 01]; 35(1):27-44. DOI: <https://doi.org/10.1177/0269216320963892>.
- Masotti L, Stefanelli V, Veneziani N, Calamassi D, Morino P, Niccolini S, et al. Burden of an educational program on end of life management in a Internal Medicine ward: a real life report. *Clin Ter*. 2021 [cited 2024 Nov 05]; 172(2):151-7. DOI: <https://doi.org/10.7417/ct.2021.2303>.
- Mello IR, Guimarães NMJ, Monteiro LS, Taets GCC. Cluster de sintomas e o impacto na qualidade de saúde global de pacientes com câncer avançado. *Rev. Bras. Cancerol*. 2021 [cited 2024 Oct 01]; 67(3):e-011190. DOI: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2021v67n3.1190>.
- Souza MOLS, Troadio IFM, Sales AS, Costa REAR, Carvalho DNR, Holanda GSLS, et al. Reflections of nursing professionals on palliative care. *Rev Bioét*. 2022 [cited 2025 Jun 30]; 30(1):162–71. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422022301516PT>.
- Monteiro DR, Almeida MA, Kruse MHL. Translation and cross-cultural adaptation of the Edmonton Symptom Assessment System for use in palliative care. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2013 [cited 2024 Oct 01]; 34(2):163-71. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000200021>.

12. Neves KES, Muniz TS, Reis KMC. Evaluation of symptoms in oncological patients admitted to an exclusive palliative care unit. *Cogitare enferm.* 2020 [cited 2025 May 05]; 25:e71660. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.71660>.
13. Paiva CE, Manfredini LL, Paiva BSR, Hui D, Bruera E. The Brazilian version of the Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) is a feasible, valid and reliable instrument for the measurement of symptoms in advanced cancer patients. *PLoS One.* 2015 [cited 2025 May 01]; 10(7):e0132073. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0132073>.
14. Shamieh O, Alarjeh G, Qadire MA, Amin Z, AlHawamdeh A, Al-Omari M, et al. Validation of the Arabic Version of the Edmonton Symptom Assessment System. *Int J Environ Res Public Health.* 2023 [cited 2025 May 01]; 20(3):2571. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph20032571>.
15. Maciel MGS, Carvalho RT. Palliative Performance Scale PPS versão 2. yradução Brasileira para Língua Portuguesa. 2019 [cited 2025 May 01]. Available from: https://victoriahospice.org/wp-content/uploads/2019/07/pps_-_portuguese_brazilian_-_sample.pdf.
16. Reis K, Jesus C. Acompanhamento longitudinal do manejo de sintomas em serviço especializado de cuidados paliativos oncológicos. *Enferm Foco.* 2020 [cited 2025 May 01]; 11(4):72-8. DOI: <https://dx.doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n4.3346>.
17. Bunchaft G, Kellner SRO. Estatística sem mistérios. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.
18. Alberta Health Services. ESAS - revised - Administration Manual. Canadá: AHS Edmonton Zone Palliative Care Program, CH Palliative Institute & University of Alberta; 2019 [cited 2024 Oct 01]. Available from: <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/peolc/if-peolc-ed-esasr-admin-manual.pdf>.
19. Lin Y, Docherty SL, Porter LS, Bailey JR. Symptom experience and self-management for multiple co-occurring symptoms in patients with gastric cancer: a qualitative study. *Eur J Oncol Nurs.* 2020 [cited 2024 Oct 01]; 49:101860. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2020.101860>.
20. BranT JM, Dudley WN, Beck S, Miaskowski C. Evolution of the dynamic symptoms model. *Oncol Nurs Forum.* 2016 [cited 2024 Oct 01]; 43(5):651-4. DOI: <https://doi.org/10.1188/16.onf.651-654>.
21. Snijders RAH, Brom L, Theunissen M, Van Den Beuken-Van Everdingen MHJ. Update on prevalence of pain in patients with cancer 2022: a systematic literature review and meta-analysis. *Cancers (Basel).* 2023 [cited 2024 Oct 01]; 15:591. DOI: <https://doi.org/10.3390/cancers15030591>.
22. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the study of pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises Pain. 2020 [cited 2024 Oct 01]; 161(9):1976-82. DOI: <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>.
23. Guerini MM, Oliveira CRV, Reis BCC. Tratamento da dor crônica no paciente oncológico: uma revisão de literatura. *REAMed.* 2022 [cited 2024 Oct 01]; 4:e9885 DOI: <https://doi.org/10.25248/REAMed.e9885.2022>.
24. Bates N, Bello JK, Osazuwa-Peters N, Sullivan MD, Scherrer JF. Depression and long-term prescription opioid use and opioid use disorder: implications for pain management in cancer. *Curr. Treat. Options Oncol.* 2022 [cited 2024 Oct 01]; 23:348-58. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11864-022-00954-4>.
25. Guo YQ, Ju QM, You M, Liu Y, Yusuf A, Soon LK. Depression, anxiety and stress among metastatic breast cancer patients on chemotherapy in China. *BMC Nursing.* 2023 [cited 2024 Oct 01]; 22(1):33. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01184-1>.
26. Raskin W. The impact of early palliative care: a medical oncologist's perspective. *Ann Palliat Med.* 2020 [cited 2024 Oct 01]; 9(3):1292-5. DOI: <https://doi.org/10.21037/apm.2019.10.02>.
27. Galvão EMV, Calheiros PRV, Crispim PTB. Ansiedade, depressão, estresse e sua relação com a qualidade de vida de pacientes com câncer na região norte do Brasil. *Cont. Clínicos.* 2021 [cited 2024 Oct 01]; 14(1):118-44. DOI: <http://dx.doi.org/10.4013/ctc.2021.141.06>.
28. Arvanitou E, Nikoloudi M, Tsoukalas N, Parpa E, Mystakidou K. Factors associated with anxiety and depression in cancer patients: demographic factors and the role of demoralization and satisfaction with care. *Psychooncology.* 2023 [cited 2024 Oct 01]; 32(5):712-20. DOI: <https://doi.org/10.1002/pon.6115>.
29. González AR, Durántez VV, Castellanos CP, Hernández R, Montes FA, Fonseca JP, et al. Mental adjustment, functional status, and depression in advanced cancer patients. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2023 [cited 2024 Oct 01]; 20:3015. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph20043015>.
30. Mendes BV, Donato SCT, Silva TL, Penha RM, Jaman-Mewes P, Salvetti MG. Spiritual well-being, symptoms and functionality of patients under palliative care. *Rev Bras Enferm.* 2023 [cited 2025 May 05]; 76(2):e20220007. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0007pt>.
31. Bruera E, Dev R. Assessment and management of anorexia and cachexia in palliative care. *UpToDate.* 2021 [cited 2024 Oct 01]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/assessment-and-management-of-anorexia-and-cachexia-in-palliative-care>.
32. Hariyanto I, Kurniawan A. Appetite problem in cancer patients: pathophysiology, diagnosis, and treatment. *Cancer Treat and Res Commun.* 2021 [cited 2024 Oct 01]; 27:100336. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ctarc.2021.100336>.
33. Nucci D, Gianfredi V, Ferrara P, Santangelo OE, Varotto B, Feltrin A, et al. Association between malnutrition and depression in patients with cancer: the importance of nutritional status evaluation in cancer care. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2023 [cited 2024 Oct 01]; 20:2295. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph20032295>.
34. Molino A, Imbimbo G, Laviano A. Current screening methods for the risk or presence of malnutrition in cancer patients. *Cancer Manag Res.* 2022 [cited 2024 Oct 01]; 14:561-7. DOI: <https://doi.org/10.2147/CMAR.S294105>.
35. Wickham RJ. Nausea and vomiting not related to cancer therapy: intracorpq anterior table problem or clinical challenge? *J Adv Pract Oncol.* 2020 [cited 2024 Oct 01]; 11(5):476-88. DOI: <https://doi.org/10.6004/jadpro.2020.11.5.4>.
36. Navari RM. Nausea and vomiting in advanced cancer. *Curr Treat Options Oncol.* 2020 [cited 2024 Oct 01]; 21(2):14. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11864-020-0704-8>.

37. Senkpeil RR, Olson JS, Fortune EE, Zaleta AK. Pain and nausea intensity, social function, and psychological well-being among women with metastatic breast cancer. *J Patient Exp.* 2022 [cited 2024 Oct 01]; 9:23743735221134733, DOI: <https://doi.org/10.1177/23743735221134733>.
38. Fujihara T, Sano M, Negoro Y, Yamashita S, Kokubun H, Yano R. Fatigue in patients with cancer receiving outpatient chemotherapy: a prospective two-center study. *J Pharm Health Care Sci.* 2023 [cited 2024 Oct 01]; 9(1):7. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40780-023-00275-0>.
39. Chapman EJ, Martino E, Edwards Z, Black K, Maddocks M, Bennett MI. Practice review: Evidence-based and effective management of fatigue in patients with advanced cancer. *Palliat Med.* 2022 [cited 2024 Oct 01]; 36(1):7-14. DOI: <https://doi.org/10.1177/02692163211046754>.
40. Bringel MO, Reis AD, Aguiar LC, Garcia JBS. Anxiety, depression, pain and fatigue in patients with breast cancer who submitted to combined training. *Rev. Bras. Cancerol.* 2022 [cited 2025 jun 18]; 68(3):e-242611. DOI: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2022v68n3.2611>.
41. Kormann E, Korz V, Aligleri TS. Nutritional profile, fatigue and appetite of patients with cancer at Hospital Santo Antônio, Blumenau - SC. *Rev. Bras. Cancerol.* 2021 [cited 2024 Oct 01]; 67(4):e-111375. DOI: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2021v67n4.1375>.
42. Bittencourt NCCM. Signs and symptoms manifested by patients in palliative cancer care in homecare: integrative review. *Esc Ana Nery.* 2021 [cited 2024 Oct 01]; 25(4):e20200520. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0520>.
43. Nunes NAH, Ceolim FM. Quality of sleep and symptom cluster in cancer patients undergoing chemotherapy treatment. *Cogitare Enferm.* 2019 [cited 2024 Oct 01]; 24:e58046. DOI: <https://doi.org/10.5380/ce.v24i0.58046>.
44. Keramida K, Kostoulas A. Dyspnea in oncological patients: a brain teaser. *Eur Cardiol.* 2023 [cited 2024 Oct 01]; 8:e03,. DOI: <https://doi.org/10.15420/ecr.2021.62>.
45. Wong SL, Leong SM, Chan CM, Kan SP, Cheng HWB. The effect of using an electric fan on dyspnea in Chinese patients with terminal cancer: a randomized controlled trial. *Am J Hosp Palliat Care.* 2017 [cited 2024 Oct 01]; 34(1):42-6. DOI: <https://doi.org/10.1177/1049909115615127>.
46. Mori M, Yamaguchi T, Matsuda Y, Suzuki K, Watanabe H, Matsunuma R, et al. Unanswered questions and future direction in the management of terminal breathlessness in patients with cancer. *ESMO Open.* 2020 [cited 2024 Oct 01]; 5(sup.1):e000603. DOI: <https://doi.org/10.1136/esmoopen-2019-000603>.
47. Campbell ML, Kiernan JM, Strandmark J, Yarandi HN. Trajectory of dyspnea and respiratory distress among patients in the last month of life. *J Palliat Med.* 2018 [cited 2024 Nov 04]; 21(2):194-9. DOI: <https://doi.org/10.1089/jpm.2017.0265>.
48. Mercadante S, Masedu F, Maltoni M, Giovanni D, Montanari L, Pittureri C, et al. The prevalence of constipation at admission and after 1 week of palliative care: a multi-center study. *Curr Med Res Opin.* 2018 [cited 2024 Oct 01]; 34(7):1187-92. DOI: <https://doi.org/10.1080/03007995.2017.1358702>.
49. Hawley P, MacKenzie H, Gobbo M. PEG vs. sennosides for opioid-induced constipation in cancer care. *Support Care Cancer.* 2020 [cited 2024 Oct 01]; 28(4):1775–82, DOI: <https://doi.org/10.1007/s00520-019-04944-5>.
50. Melo NAP, Melo RAP, Sousa BG, Sousa KMS, Portilho KM, Neves MV, et al. Uso indiscriminado de morfina no cuidado paliativo de pacientes com câncer: uma revisão integrativa. *Braz. J. Implantol. Health Sci.* 2024 [cited 2024 Oct 01]; 6(1):2050–70. DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n1p2050-2070>.
51. Brito AC, Diniz NA, Braz ACR, Araújo RPTG, Braz MRJP, Gomes CA et al. Cuidados paliativos no Brasil: uma revisão de literatura. *Braz. J. Implantol. Health Sci.* 2024. [cited 2025 May 05]; 6(2):71-80. DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n2p71-80>.

Contribuições dos autores

Concepção, E.A.M., N.N.A.M. e S.B.; metodologia, E.A.M., N.N.A.M. e S.B.; software, E.A.M., N.N.A.M. e S.B.; validação, E.A.M., N.N.A.M. e S.B.; análise formal, E.A.M., N.N.A.M. e S.B.; investigação, E.A.M., N.N.A.M. e S.B.; obtenção de recursos, E.A.M., N.N.A.M. e S.B.; curadoria de dados, E.A.M., N.N.A.M., S.B. e A.F.S.C.; redação, E.A.M., N.N.A.M. e S.B.; revisão e edição, E.A.M., N.N.A.M., S.B. e A.F.S.C.; visualização, E.A.M., N.N.A.M. e S.B.; supervisão, E.A.M., N.N.A.M. e S.B.; administração do projeto, E.A.M., N.N.A.M. e S.B. Todos os autores realizaram a leitura e concordaram com a versão submetida do manuscrito.

Uso de ferramentas de inteligência artificial

Os autores declaram que não foram utilizadas ferramentas de inteligência artificial na composição do manuscrito “*Avaliação da intensidade dos sintomas em pacientes com câncer em estadiamento III e IV*”.