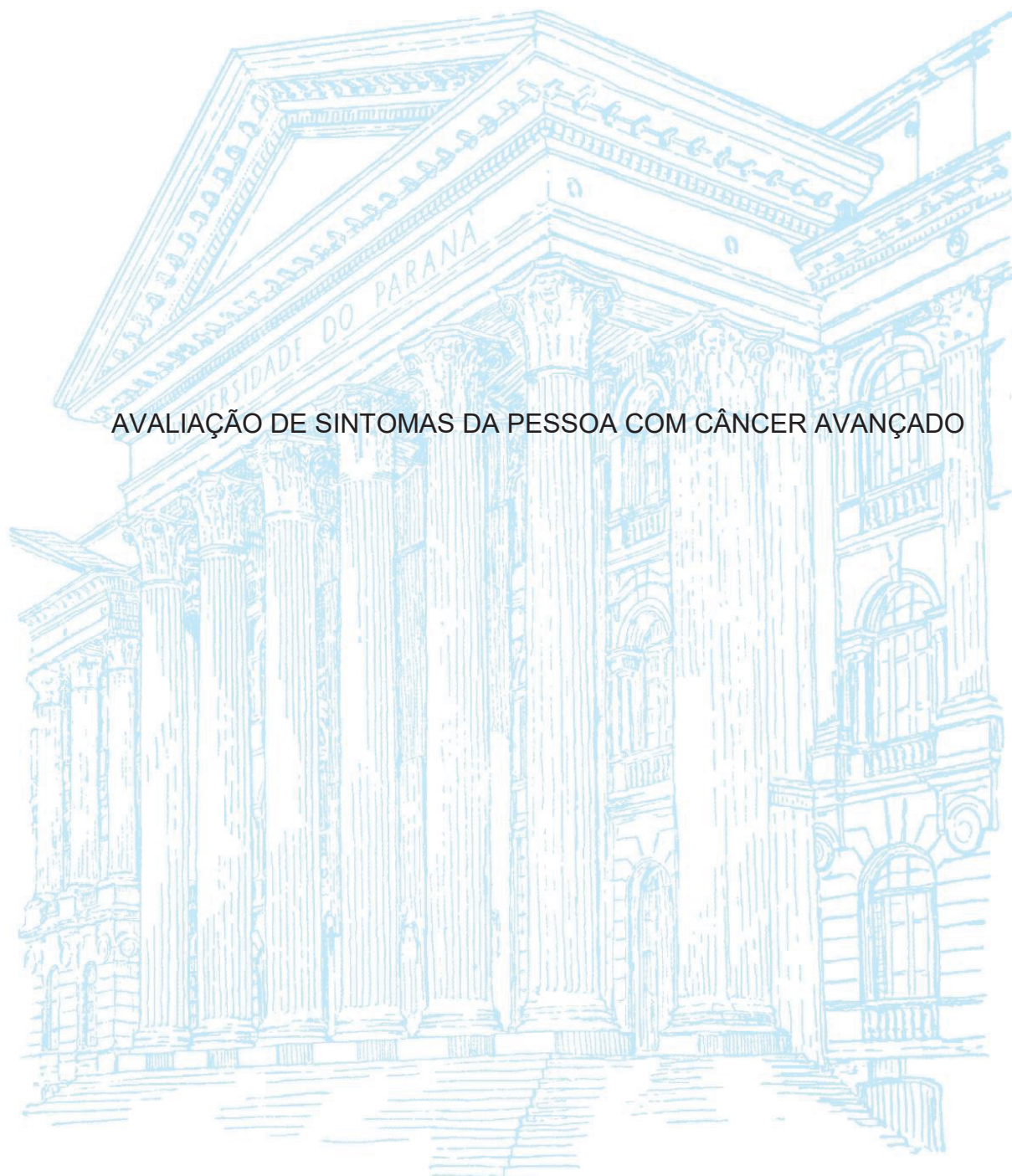


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

EVERTON AGUIDO MUNIZ



AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DA PESSOA COM CÂNCER AVANÇADO

CURITIBA

2023

EVERTON AGUIDO MUNIZ

AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DA PESSOA COM CÂNCER AVANÇADO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem e Prática Profissional.

Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Nen Nalú Alves das Mercês

Coorientadora: Prof^a Dr^a Shirley Boller

CURITIBA

2023

Muniz, Everton Aguido
Avaliação de sintomas da pessoa com câncer avançado [recurso eletrônico] /
Everton Aguido Muniz – Curitiba, 2023.
1 recurso online : PDF

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.
Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2023.

Orientador: Profa. Dra. Nen Nalú Alves das Mercês
Coorientador: Profa. Dra. Shirley Boller

1. Enfermagem oncológica. 2. Neoplasias. 3. Sinais e sintomas. 4. Avaliação de
sintomas. I. Mercês, Nen Nalú Alves das. II. Boller, Shirley. III. Universidade Federal
do Paraná. IV. Título.

CDD 616.9940231



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM -
40001016045P7

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Dissertação de Mestrado de **EVERTON AGUIDO MUNIZ** intitulada: **AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DA PESSOA COM CÂNCER AVANÇADO**, sob orientação da Profa. Dra. **NEN NALÚ ALVES DAS MERCÊS**, que após terem inquirido o aluno e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua Aprovação no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 17 de Março de 2023.

NEN NALÚ ALVES DAS MERCÊS
Presidente da Banca Examinadora

LETICIA DE OLIVEIRA BORBA
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ -
HOSPITAL DE CLÍNICAS)

JORGE VINÍCIUS CESTARI FELIX
Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

SHIRLEY BOLLER
Coordenador(a) (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)



Dedico este trabalho ao meu Deus, porque
Dele, por Ele e para Ele são todas as coisas.
E à minha amada família por todo amor.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pela graça da vida, por me amar e cuidar de mim em todos os momentos, por realizar mais este sonho, e pela certeza de que o melhor ainda está por vir.

Agradeço ao amor da minha vida, minha esposa Dayse Ribeiro Muniz, que me amou e incentivou em todos os momentos. Sua paciência e carinho foram fundamentais nessa trajetória, pois me deram força para progredir a cada etapa.

Aos meus filhos amados, Miguel Ribeiro Muniz, Betina Ribeiro Muniz e Valentina Ribeiro Muniz. Vocês são o maior combustível para realizações que o papai poderia ter.

À minha mãe, Maria Aparecida Aguido, e meu pai, Sebastião Muniz, que me guiaram pelo caminho da integridade, e meu irmão amigo e companheiro, Cleverton Aguido Muniz. Obrigado porque vocês sempre dispõem de uma palavra de apoio e um colo para descanso.

Agradeço a minha orientadora Professora Dra. Nen Nalu Alves das Mercês, que com dedicação e sabedoria guiou-me nessa jornada. Obrigado por me receber como orientando, sua paciência e apoio foram essenciais para a construção e o desenvolvimento desse trabalho.

À minha coorientadora, professora Dra. Shirley Boller, que com muito entusiasmo e conhecimento técnico, motivou-me, e aprimorou o processo de construção do estudo.

A dois amigos, e colegas de profissão que considero referências na enfermagem, Dra. Leticia de Oliveira Borba e Leonel dos Santos Silva, que estiveram presentes desde o início dessa jornada, orientando, apoiando e motivando.

Aos profissionais do Ambulatório de Oncologia e Hematologia, e QTAR, pela receptividade e cooperação durante o período de coleta de dados.

A todos os professores, coordenadores e colegas que conheci no Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (PPGENF-UFPR), que em algum momento prestaram suporte, apoio técnico ou mesmo palavras de incentivo.

Aos pesquisadores participantes do Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano de Enfermagem (NEPECHE), que nas reuniões periódicas contribuíram compartilhando vivências e conhecimento técnico.

Aos membros da banca professora Dra. Rosibeth Del Carmen Munoz Palm, professora Dra. Leticia de Oliveira Borba e professor Dr. Jorge Vinícius Cestari Felix, que aceitaram o convite para participar, e com suas preciosas contribuições elevaram a qualidade desse trabalho.

E finalmente, às pessoas mais importantes do estudo, os participantes e seus familiares, que voluntariamente cederam seu precioso tempo para me atender, e independente de adversidades, sempre se mantiveram atenciosos, cordiais e receptivos. Foi um grande privilégio conhecê-los e conviver, ainda que por um período breve. Muito Obrigado.

*Há uma Primavera em cada vida:
É preciso cantá-la assim florida,
Pois se Deus nos deu voz, foi pra cantar!*

*E se um dia hei de ser pó, cinza e nada
Que seja a minha noite uma alvorada,
Que me saiba perder... pra me encontrar...*
(Florabela Espanca)

RESUMO

Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, observacional, descritivo com delineamento longitudinal, com o objetivo de avaliar os sintomas apresentados pela pessoa com câncer avançado, assistida em um serviço de oncologia. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. O local do estudo foi um hospital de referência em atendimento a pacientes oncológicos na cidade de Curitiba, Paraná. Participaram do estudo 23 adultos portadores de câncer em estadiamento III e IV. A coleta de dados ocorreu de fevereiro a julho de 2022. A etapa inicial foi presencial, houve a identificação dos participantes quanto ao perfil sociodemográfico e clínico, bem como, a avaliação dos sintomas com a Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS). O seguimento do estudo se deu majoritariamente por telefone, uma vez por semana, com a ESAS. Foram avaliados os sintomas dor, cansaço, sonolência, náusea, apetite, falta de ar, depressão, ansiedade e bem-estar. Os participantes atribuíram valores de 0 a 10 de acordo com a intensidade que cada sintoma apresentava no momento da avaliação. Os dados obtidos foram analisados por meio do *software GraphPad Prism 5.0*. Para a análise descritiva de dados dos sintomas foi usado a análise de variância (ANOVA) de duas vias, considerando $p < 0,05$ como estatisticamente significativo. A ANOVA de 2 vias é baseada em dois fatores. O fator linha equivale às diferenças entre as respostas dos itens, e o fator coluna, equivale às variações das respostas em um mesmo item. Quanto ao perfil sociodemográfico, os participantes tinham média de idade de 53,3 anos, 78,3% do sexo feminino, e 82,6% procedentes de Curitiba. Acerca do perfil clínico, as neoplasias de mama representaram 30,8% dos diagnósticos, seguido por adenocarcinoma de cólon e reto 17,4% e carcinoma espinoelular de colo uterino 13%. Entre os sintomas avaliados, o de maior intensidade média foi o cansaço (5,53) e, a náusea, apresentou a menor média (1,76). Referente à décima questão da ESAS (Outro problema?), a constipação intestinal foi a mais presente, relatada em 13,8% das 247 avaliações. Constatou-se que os sintomas em pessoas com câncer avançado se manifestam de maneira concomitante, e que existe um processo de inter-relação importante entre sintomas físicos e psicológicos. O instrumento ESAS foi eficiente para as avaliações de sintomas, sendo facilmente compreendido pelos participantes, de aplicação rápida, e ainda, forneceu dados objetivos. Espera-se que este estudo contribua para o aprimoramento da avaliação e manejo dos sintomas, proporcionando melhora da qualidade de vida aos pacientes com câncer avançado e seus familiares.

Palavras-chave: enfermagem oncológica; neoplasias; sinais e sintomas; avaliação de sintomas.

ABSTRACT

This is a quantitative, observational, descriptive study with a longitudinal design, with the objective of evaluating the symptoms presented by people with advanced cancer assisted in an oncology service. Approved by the Ethics Committee for Research with Human Subjects of the Clinics Hospital Complex of the Federal University of Paraná. The study location was a hospital that is a reference in treating cancer patients in the city of Curitiba, Paraná. Twenty-three adults with stage III and IV cancer participated in the study. Data was collected from February to July 2022. The first stage was face-to-face, where participants were identified according to their sociodemographic and clinical profile, and their symptoms were assessed using the Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS). The follow-up of the study took place mostly by phone, once a week, with ESAS. The symptoms pain, fatigue, drowsiness, nausea, appetite, shortness of breath, depression, anxiety, and well-being were assessed. Participants assigned values from 0 to 10 according to how intense each symptom was at the time of the assessment. The data obtained were analyzed using GraphPad Prism 5.0 software. For the descriptive analysis of symptom data, two-way analysis of variance (ANOVA) was used, considering $p < 0.05$ as statistically significant. The 2-way ANOVA is based on two factors. The row factor equals the differences between item responses, and the column factor, equals the variations in responses within the same item. As for the sociodemographic profile, the participants had a mean age of 53.3 years, 78.3% were female, and 82.6% were from Curitiba. About the clinical profile, breast neoplasms accounted for 30.8% of the diagnoses, followed by colon and rectal adenocarcinoma 17.4% and cervical squamous cell carcinoma 13%. Among the symptoms evaluated, the one with the highest average intensity was tiredness (5.53), and nausea had the lowest average (1.76). Regarding the tenth question of the ESAS (Other problem?), constipation was the most present, reported in 13.8% of the 247 evaluations. It has been found that symptoms in people with advanced cancer occur concomitantly, and that there is an important interrelationship process between physical and psychological symptoms. The ESAS instrument was efficient for symptom assessments, being easily understood by the participants, quick to apply, and also providing objective data. It is hoped that this study will contribute to the improvement of symptom assessment and management, providing improved quality of life for patients with advanced cancer and their families.

Keywords: oncology nursing; neoplasms; signs and symptoms; symptom assessment.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Escada da dor da OMS.....	30
FIGURA 2 – Etapas de abordagem em cuidados paliativos	35
FIGURA 3 – Diagrama original da <i>symptom management theory</i>	39
FIGURA 4 – Diagrama traduzido da teoria de manejo de sintomas	40
FIGURA 5 – Fluxograma de seleção e recrutamento dos participantes	46
FIGURA 6 – Média da intensidade dos sintomas apresentados pelos participantes	57
FIGURA 7 – Avaliação dos sintomas por participante	59

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Classificação das quimioterapias antineoplásicas segundo a finalidade	25
--	----

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Semanas de seguimento por participante	52
TABELA 2 – Perfil sociodemográfico dos participantes	53
TABELA 3 – Perfil clínico: diagnóstico	55
TABELA 4 – Perfil clínico: Terapêutica.....	55
TABELA 5 – Confirmação de COVID-19, intensidade de sintomas e acompanhamento	56
TABELA 6 – Relação dos valores médios de cada sintoma ao longo das semanas de avaliação	59

LISTA DE SIGLAS

ABCP	Associação Brasileira de Cuidados Paliativos
AHF	<i>American Health Foundation</i>
AHS	<i>Alberta Health Services</i>
ANCP	Academia Nacional de Cuidados Paliativos
ASCO	<i>American Society of Clinical Oncology</i>
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CACON	Centro de Alta Complexidade em Oncologia
CEC	Carcinoma Espinocelular
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CHC	Complexo Hospital de Clínicas
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CP	Cuidados Paliativos
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DNT	Doença Não Transmissível
DNA	<i>Deoxyribonucleic Acid</i>
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EIU	<i>Economist Intelligence Unit</i>
ESAS	Escala de Avaliação de Sintomas Edmonton
EVA	Escala Virtual Analógica
FMUFPA	Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Pará
FRC	Fadiga Relacionada ao Câncer
GESTO	Grupo Especial de Suporte Terapêutico Oncológico
IAHPC	<i>International Association for Hospice Palliative Care</i>
IARC	<i>International Agency for Research on Cancer</i>
IASP	<i>International Association for Study of Pain</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
INCA	Instituto Nacional do Câncer
JPSM	<i>Journal of Pain and Symptom Management</i>

MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
MGS	Modelo de Gerenciamento de Sintoma
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PPGENF	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
PPS	<i>Palliative Performance Scale</i>
PRO-Onco	Programa de Oncologia
QT	Quimioterapia
QTAR	Quimioterapia de Alto Risco
QV	Qualidade de Vida
RNL	Revisão Narrativa de Literatura
RT	Radioterapia
SBCO	Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMS	Teoria do Manejo de Sintomas
TNM	Tumor-Nódulo-Metástase
UCSF	<i>University of California, San Francisco</i>
UNIFESP/HSP	Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo
UFPR	Universidade Federal do Paraná
UHON	Unidade de Hematologia e Oncologia
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	OBJETIVOS	22
2.1	OBJETIVO GERAL	22
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
3	REVISÃO DE LITERATURA	23
3.1	ASPECTOS GERAIS RELACIONADOS AO CÂNCER	23
3.2	AVALIAÇÃO E MANEJO DE SINTOMAS EM PESSOAS COM CÂNCER AVANÇADO	27
3.3	CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS	33
3.4	TEORIA DO MANEJO DE SINTOMAS	36
4	MÉTODOS	42
4.1	TIPO DE ESTUDO	42
4.2	LOCAL DO ESTUDO	43
4.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO	44
4.3.1	Critérios de inclusão	44
4.3.2	Critérios de exclusão	45
4.3.3	Seleção e recrutamento	45
4.4	ASPECTOS ÉTICOS	46
4.5	COLETA DE DADOS	47
4.5.1	Operacionalização da coleta de dados	49
4.6	ANÁLISE DOS DADOS	50
5	RESULTADOS	52
5.1	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS PARTICIPANTES	53
5.2	PERFIL CLÍNICO DOS PARTICIPANTES	54
5.3	<i>EDMONTON SYMPTOM ASSESSMENT SYSTEM (ESAS)</i>	56
6	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	66
7	CONCLUSÃO	77
	REFERÊNCIAS	79
	APÊNDICE 1 – PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DO PARTICIPANTE	91
	APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	93

APÊNDICE 3 – DADOS COMPILADOS DA ESAS.....	97
ANEXO 1 – ESCALA DE AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DE EDMONTON (ESAS)	98
ANEXO 2 – PALLIATIVE PEFORMANCE SCALE (PPS).....	99
ANEXO 3 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA EM SERES HUMANOS.....	100

1 INTRODUÇÃO

As Doenças Não Transmissíveis (DNT's) representam a principal causa de morte no mundo. Entre elas, destaca-se o câncer, ou neoplasias, que apresenta uma tendência de ser a doença que mais mata prematuramente (antes dos 70 anos). A Agência Internacional de Pesquisa sobre o Câncer, evidenciou que a incidência e mortalidade por câncer vem aumentando rapidamente. Isso se dá por diversos fatores, dentre eles, os diretamente associados ao crescimento e envelhecimento da população mundial, e a expansão da prevalência dos principais fatores de risco relacionados às questões socioeconômicas (SUNG *et al.*, 2021).

No ano de 2020 ocorreram mais de 19,3 milhões de casos novos de câncer no mundo, sendo que 10 milhões resultaram em óbitos. Os tipos de câncer mais incidentes são: mama (2,26 milhões); pulmão (2,20 milhões); pele não melanoma (1,98 milhão); próstata (1,41 milhão); e, cólon e reto (1,14 milhão) (SUNG *et al.*, 2021).

No Brasil, o câncer representa a segunda causa de morte por DNT's, atrás apenas das doenças cardiovasculares. Segundo dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS), no ano de 2020 estimou-se a incidência de 225.830 óbitos no país decorrentes de câncer. Para o ano de 2022 estimou-se a incidência conforme a localização primária do tumor, de 625.000 novos casos. Para homens, os tipos mais incidentes foram: próstata (71.730); cólon e reto (21.970); pulmão (18.020); estômago (13.340); e, cavidade oral (10.900). Nas mulheres: de mama (73.610); cólon e reto (23.660); colo do útero (17.010); pulmão (14.540); e, glândula tireoide (14.160) (INCA, 2022).

Para o triênio 2023 a 2025, segundo o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), a estimativa é de 704.080 novos casos de câncer no país. O câncer de pele não melanoma é o mais incidente (220.490 mil), seguido pelo câncer de mama (73.610), próstata (71.730), cólon e reto (45.630), pulmão (32.560) e estômago (21.480). Acerca da distribuição geográfica dos casos, a Região Sudeste concentra cerca de 70% da incidência (INCA, 2022b).

No estado do Paraná, a estimativa para o ano de 2023 é de 36.900 casos novos, sendo 19.190 casos em homens e 17.710 casos em mulheres. O tipo de maior incidência na população paranaense é o de pele não melanoma (9.080 casos), seguido pelo de mama em mulheres (3.650 casos), de próstata (3.430 casos), e os de cólon e reto em ambos os gêneros (2.560 casos) (INCA, 2022b).

Quase metade dos casos de câncer podem ser evitados se implementadas medidas de prevenção individuais e coletivas. Nesse sentido cita-se as políticas públicas de educação em saúde que orientem hábitos de vida saudáveis, tais como, a educação alimentar, o combate ao sedentarismo e ao tabagismo. Medidas estas que, tiveram impacto relevante na redução de câncer onde foram implementadas. Além disso, a estruturação dos serviços de saúde, possibilitando o diagnóstico precoce e o tratamento adequado para a população, também tem efeito positivo (WHO, 2020).

No momento em que o câncer é diagnosticado indica-se o estadiamento, que determina a magnitude da doença no organismo. O estágio de diagnóstico é um dos preditores mais importantes para o prognóstico da doença, pois tumores detectados precocemente são, na maioria das vezes, menos agressivos, menos onerosos, e com maior taxa de sobrevida e de qualidade de vida (QV) para o paciente. Porém, a evidência de um câncer em estágio avançado não é incomum (WHO, 2020). Ademais, é importante pontuar que independente da fase em que o tumor seja diagnosticado e do tratamento realizado, ele pode evoluir para um estágio avançado e incurável (VAN DONGEN *et al.*, 2020).

Visando otimizar o acesso dos indivíduos ao tratamento e reduzir complicações causadas pelas neoplasias, foi criada a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que dispõe sobre o primeiro tratamento de pacientes com neoplasia maligna comprovada, estabelecendo prazo de 60 dias para início das intervenções pertinentes. Para efeito do cumprimento do prazo estipulado pela Lei, considera-se efetivamente iniciado o primeiro tratamento, com a realização de terapia cirúrgica, ou com o início de radioterapia (RT) ou de quimioterapia (QT), conforme a necessidade terapêutica do caso (BRASIL, 2012).

Com a Lei nº 12.732, ou Lei dos 60 dias, como é também conhecida, constatou-se um aumento de 385% para tratamentos de câncer iniciados dentro do prazo estabelecido. Entretanto, fatores demográficos e relacionados à neoplasia, ainda tem provocado atraso no diagnóstico e início do tratamento oncológico no Brasil. Os grupos que apresentaram menor prevalência de tratamento inicial em tempo oportuno (até 60 dias), são os idosos do sexo masculino (50,8%), e casos que necessitam de RT como tratamento inicial (30,8%). Com relação ao sítio primário, as menores prevalências são as neoplasias de órgãos reprodutivos masculinos (35,2%), de lábios, cavidade oral e faringe (43,6%), e de mama (46,6%) (SOBRAL *et al.*, 2022).

A partir de 2020, outro fator tem interferido no diagnóstico e tratamento de neoplasias. O mundo foi assolado pela pandemia do *Coronavirus disease* (COVID-19), doença causada pelo vírus SARS-CoV-2. De acordo com número de óbitos e de novos casos notificados durante os anos de 2020 e 2021, cada região do país adotou critérios para contenção da doença. Medidas restritivas como o isolamento e distanciamento social, impactaram o sistema de saúde de forma sistêmica, comprometendo toda a engrenagem voltada ao rastreamento e diagnóstico de câncer. A recomendação de procurar serviços de saúde somente em casos inadiáveis, interferiu nas ações preventivas do câncer, provocando adiamento de exames de diagnóstico e consultas de rotina, priorizando-se atendimentos sintomáticos para COVID-19 (ATTY *et al.*, 2022).

Em decorrência das restrições de contato impostas pela pandemia de COVID-19, no primeiro semestre de 2020, a Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica (SBCO) divulgou um levantamento que apontava um *déficit* de 70% nas cirurgias de câncer, e estimou-se que até 50 mil pessoas deixaram de receber diagnóstico de câncer no território nacional. Isso se deu pela queda brusca no número de exames específicos e biópsias, o que temia-se resultar em uma epidemia de câncer em estágio avançado (SBCO, 2020).

De acordo com um estudo da American Health Foundation (AHF), em consequência dos atrasos provocados pelas medidas restritivas necessárias para controle da pandemia de COVID-19, acontecerão 62,3 mil mortes evitáveis por câncer no Brasil, e outros 284,1 mil brasileiros podem apresentar diminuição das chances de cura devido a mudança no estágio da doença. Os pesquisadores estimaram que os serviços de cirurgia e diagnóstico sofreram redução de até 40% na demanda durante os períodos mais críticos da pandemia (AHF, 2022).

A demora no diagnóstico pode levar a progressão de um tumor primário para um câncer avançado através de um processo metastático, ou pela expansão do mesmo em órgãos ou vasos importantes. Em ambos os casos o câncer avançado oferece alto risco de vida ao paciente, e o tratamento visa melhorar a qualidade de vida reduzindo o tamanho do tumor, retardando seu desenvolvimento e aliviando os sintomas (COSTA *et al.*, 2020).

O câncer avançado não tem cura, mas pode ser tratado. Requer uma abordagem que minimize os desconfortos, favorecendo um bem-estar físico e emocional, melhorando assim, a qualidade de vida do paciente e de seus familiares

(MASOTTI; STEFANELLI; VENEZIANI, 2021). O atendimento nesses casos é considerado complexo devido à alta carga de sintomas desencadeada pela doença e a redução da autonomia do paciente (MAYLAND *et al.*, 2021).

Para desempenhar um cuidado de qualidade, que atenda às necessidades apresentadas por essas pessoas, faz-se necessário uma abordagem da equipe de saúde multiprofissional e especializada. Essa abordagem pode ser realizada pelo serviço de cuidados paliativos (CP) oncológicos (MASOTTI *et al.*, 2021).

Considerando que os pacientes e familiares passam a experienciar sofrimento desde a confirmação do câncer avançado, os CP devem ser recomendados a partir do momento do diagnóstico, e de forma concomitante ao tratamento modificador do curso natural da doença, o que contribuirá para o manejo eficaz de sintomas (ANDRES; MACHADO; FRANCO, 2021).

Um estudo sobre o impacto dos sintomas na qualidade de saúde global de pacientes com câncer em estágio avançado, realizado com 146 participantes, evidenciou que o aumento da média de intensidade dos sintomas tem correlação com a QV. Os sintomas físicos, dor, fadiga, dispneia, náusea, vômito, insônia, inapetência, constipação e diarreia foram os mais intensos relatados no estudo de Mello *et al.* (2021).

Além dos sintomas físicos, estudos sobre sintomas psicológicos em pacientes oncológicos evidenciam uma prevalência entre 20% e 25% para ansiedade e depressão (ZAYAT *et al.*, 2021).

Dada a importância do controle dos sintomas em pessoas com câncer avançado, foi adotado como referencial teórico nesta pesquisa a Teoria do Manejo de Sintomas (TMS), que define sintomas como sendo “uma experiência subjetiva que reflete mudanças no funcionamento biopsicossocial, sensações ou cognição de um indivíduo” (SMITH; LIEHR, 2014, p. 290).

Para avaliação de sintomas em pessoas com câncer avançado optou-se pelo instrumento *Edmonton Symptom Assessment System* (ESAS), por ser amplamente utilizado em pacientes oncológicos e considerado um instrumento abrangente (MONTEIRO; KRUSE; ALMEIDA, 2010).

Frente a necessidade do manejo adequado para o controle de sintomas no cuidado a pessoas com câncer avançado, a avaliação torna-se uma etapa fundamental para o planejamento do cuidado em enfermagem. Desta forma definiu-

se a seguinte questão de pesquisa: Quais são os sintomas apresentados pela pessoa com câncer avançado assistida em um Serviço de Oncologia?

Com o intuito de responder a esta questão, realizou-se o estudo em uma instituição de saúde de nível terciário, referência no tratamento do câncer, e para avaliar a experiência do sintoma, seguiu-se os preceitos da TMS que considera padrão-ouro o autorrelato da pessoa que vivencia o sintoma.

Diante do impacto causado pela carga de sintomas na vida da pessoa com câncer avançado, e frente ao aumento crescente da incidência da doença, justifica-se a realização deste trabalho a fim de promover a produção de conhecimento científico que contribua com a equipe de saúde, principalmente, a enfermagem, no aprimoramento da etapa de avaliação dos sintomas apresentados pela pessoa com câncer em estágio avançado, o que instrumentalizará subsídios para o planejamento dos cuidados individualizados e integrais, e no manejo eficaz dos sintomas, com vistas a melhora da QV e sobrevida dessas pessoas.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar os sintomas apresentados pela pessoa com câncer avançado assistida em um Serviço de Oncologia e Cuidados Paliativos.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico da pessoa com câncer avançado;
- Identificar os sintomas da pessoa com câncer avançado por meio da aplicação da Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS).

3 REVISÃO DE LITERATURA

Trata-se de uma Revisão Narrativa de Literatura (RNL), dividida em quatro subcapítulos: aspectos gerais relacionados ao câncer; avaliação e manejo de sintomas em pessoas com câncer avançado; cuidados paliativos oncológicos; e, Teoria do Manejo de Sintomas.

Recomenda-se a RNL para o levantamento da produção bibliográfica e científica disponível. O critério de inclusão de materiais é subjetivo, liberando o autor a designar todo conteúdo que considerar útil para a perfeita apreensão do objeto de pesquisa a ser compreendido (CASARIN; PORTO; GABATZ, 2020).

Inexiste neste processo a obrigatoriedade de indicação exata das fontes de informação, metodologia de busca, e critérios na seleção dos dados (BRUM; ZUGE; RANGEL, 2018).

3.1 ASPECTOS GERAIS RELACIONADOS AO CÂNCER

O câncer, também chamado neoplasia maligna, é um termo que abrange diversos tipos de doenças que provocam uma proliferação anormal e desordenada de células, podendo invadir tecidos adjacentes ou órgãos à distância. Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de neoplasmas, que podem espalhar-se para outras regiões do corpo. Uma forma de diferenciação destes tipos é a velocidade de multiplicação de células e a capacidade de invadir tecidos vizinhos e até mesmo distantes, denominada metástase (WHO, 2020).

A neoplasia se inicia por uma mutação no *Deoxyribonucleic Acid* (DNA) celular. O gene mutante denominado oncogene é transmitido para células descendentes provocando inibição de apoptose e aumento das mitoses. Oncogênese ou Carcinogênese é como se denomina o processo de formação de neoplasma, desde o princípio do dano no DNA celular até o tumor consolidado (RODRIGUES; OLIVEIRA, 2016).

Os tumores podem ser classificados como benignos ou malignos, de acordo com aspectos clínicos e morfológicos. Os que apresentam morfologia celular parecida com tecido normal e provocam pouca alteração clínica, indicam neoplasia benigna e, em geral, oferece menor risco de morte. Os tumores malignos têm aumento de massa

desordenado e acelerado, morfologia celular distinta, provoca carga elevada de sintomas clínicos e oferece maior risco de morte (MEDRADO, 2015).

Diante da expectativa de que no Brasil, os casos de câncer aumentariam proporcionalmente ao aumento global do número de casos, na década de 1980, iniciou-se no país um movimento de elaboração de políticas públicas voltadas à prevenção do câncer por meio da criação do Programa de Oncologia (PRO-ONCO). Dessa forma, passou-se a investir em ações de educação em saúde e campanhas com oferta de exames para detecção precoce da doença, além da ampliação da rede de atendimento, em níveis secundários e terciários (INCA, 2009).

Acerca dos tratamentos utilizados, atualmente tem-se cirurgias, quimioterapias, radioterapias, hormonioterapias, terapias biológicas e as terapias personalizadas que objetivam a redução dos efeitos adversos para os pacientes. Esta última leva em conta que cada indivíduo submetido a uma terapêutica desenvolve resposta única. Portanto, não estimula a administração de protocolos pré-determinados sem avaliação específica e criteriosa, visando melhor adesão, e diminuição de problemas como falhas terapêuticas, sequelas e intoxicações (RODRIGUES; MARTIN; MORAES, 2016).

A cirurgia é a modalidade de tratamento oncológico mais antiga, utilizada de forma associada a outras abordagens terapêuticas. Pode ser classificada como curativa ou paliativa. A abordagem curativa, ou cirurgia de resgate, acontece quando se observa quadro de margens livres, permitindo-se retirar o tumor por completo. Pode ser de caráter paliativo, quando tem a finalidade de diminuir o tamanho do tumor reduzindo assim, a quantidade de células neoplásicas e proporcionando alívio dos sintomas. Considerada uma forma de determinar a abrangência do tumor, envolve diversas especialidades cirúrgicas como: neurocirurgia; cirurgia geral; ortopedia; urologia; cirurgia torácica, entre outras (BRASIL, 2022).

A QT antineoplásica é um tratamento sistêmico, geralmente administrado de forma conjugada, predominantemente pela via endovenosa, podendo também ser administrado pelas vias oral, subcutânea, intramuscular, intra-arterial e intratecal. As células em estado de reprodução ativa são mais sensíveis às drogas, portanto objetiva-se o desenvolvimento de fármacos com ação específica para redução de danos colaterais a células saudáveis (RODRIGUES; MARTIN; MORAES, 2016).

A quimioterapia pode ser classificada de acordo com sua finalidade conforme demonstrado no Quadro 1.

QUADRO 1 – Classificação das quimioterapias antineoplásicas segundo a finalidade

Neoadjuvante	Administrada antes do tratamento principal, com o objetivo de reduzir a radicalidade no procedimento cirúrgico e reduzir o risco de doença a distância.
Adjuvante	Administrada após o tratamento principal, com o objetivo de aumentar a chance de cura.
Curativa	Tratamento sistêmico definitivo para a cura da doença.
Paliativa	Objetiva tratar os sintomas da doença, retardar o surgimento de sintomas e melhorar a qualidade de vida, sendo utilizada para tumores metastáticos em geral.

FONTE: Adaptado de RODRIGUES; MARTIN E MORAES (2016).

Amplamente utilizada com propósito curativo ou paliativo, a RT pode ser definida como:

Método capaz de destruir células tumorais, empregando feixe de radiações ionizantes. Uma dose pré-calculada de radiação é aplicada, em um determinado tempo, a um volume de tecido que engloba o tumor, buscando erradicar todas as células tumorais, com o menor dano possível às células normais circunvizinhas, à custa das quais se fará a regeneração da área irradiada (CAMARGO, 2015, p. 104).

Atualmente se divide em dois tipos: a teleterapia que consiste no emprego de radiação proveniente de fonte externa ao paciente; e a braquiterapia, que consiste nos implantes temporários de isótopos liberadores de radiação diretamente no tumor (BRASIL, 2022).

A hormonioterapia é utilizada em algumas neoplasias, nas quais os hormônios próprios do organismo contribuem no processo de crescimento do tumor, tais como, de mama, próstata e útero (STAHLSCHMIDT *et al.*, 2020). A terapia é sistêmica e consiste na aplicação de substâncias inibidoras ou bloqueadoras de hormônios. Neoplasias em que utilizam essa terapia são: os carcinomas de mama, o adenocarcinoma de próstata e o adenocarcinoma de endométrio. A carga de efeitos adversos é geralmente baixa ou moderada comparado a outros tratamentos, porém, o tempo prolongado pode levar a dificuldade de adesão (BRASIL, 2022).

Uma revisão sistemática incluindo 26 estudos acerca dos fatores que influenciam na adesão à hormonioterapia em pacientes com neoplasia de mama, concluiu que a adesão ao tratamento, cai em média 25%, do primeiro ao quinto ano. Os fatores que influenciam a descontinuidade do tratamento estão significativamente ligados ao prazo prolongado (YUSSOF *et al.*, 2022).

As terapias biológicas têm apresentado resultados muito positivos na regressão de tumores, com carga de efeitos colaterais reduzidos. Apesar dos pilares do tratamento de câncer ainda serem considerados a QT e a RT, este grupo tem sido cada vez mais utilizado com sucesso. O termo “terapias biológicas” ou “bioterapias” compreende: terapias monoclonais, vacinas, imunoterapias, modificadores da resposta biológica, fatores de necrose tumoral, entre outras (RODRIGUES; OLIVEIRA, 2016).

O câncer pode ser tratado mesmo quando não pode ser curado. Os tratamentos ajudam a aliviar sensações desagradáveis provocadas pela doença. Ressalta-se a importância do diagnóstico precoce, pois a demora na definição da intervenção pode levar a um prognóstico de doença avançada. O câncer avançado proporciona um aumento na intensidade dos sintomas, redução da capacidade funcional e compromete significativamente a QV. Cerca de 90% dos óbitos por neoplasias, são em decorrência do estadiamento avançado, devido a diagnóstico e tratamento tardios (SILVA *et al.*, 2019).

O câncer avançado é aquele que não tem chances de cura, mas que deve ser tratado com objetivo de aumentar o tempo de vida e/ou a QV, podendo ser denominado também como secundário, metastático, progressivo ou terminal (VAN DONGEN *et al.*, 2020).

A técnica para determinar o estágio da neoplasia é conhecida como estadiamento tumor-nódulo-metástase (TNM). Avalia a extensão da doença a partir da lesão primária (T), presença e amplitude linfonodal (N), disseminação de células tumorais no mesmo órgão, ou em outros, por metástases (M). Nem sempre o câncer avançado se dissemina, existem casos que podem ser considerados localmente avançados, devido ao tamanho do tumor ou proximidade de um órgão vital. Nos casos em que há migração para outros tecidos, próximos ou distantes do sítio primário, caracteriza-se a metástase. Os estadiamentos do câncer são classificados como: estadio precoce (I e II); localmente avançado (III); e avançado/metastático (IV) (COSTA *et al.*, 2020).

Metástase é a presença de células tumorais fora do sítio primário podendo ser regional, quando acomete linfonodos próximos ao tumor original, ou distantes, quando são transportadas pela corrente sanguínea ou linfática para outras regiões do organismo. São geralmente identificadas através de exames de imagem, mas também é possível detectar substâncias características em alguns exames de sangue

específicos. É frequentemente relacionada a tumores malignos, porém, apresenta dinâmica de neoplasia independente e completamente descontinuada do sítio primário (BRASIL, 2022).

Diante da complexidade do enfrentamento do câncer em estágio avançado preconiza-se uma abordagem multiprofissional pautada no princípio de reafirmar a vida e ver a morte como um processo natural. O objetivo então, é atuar de modo a reduzir o sofrimento da pessoa e seus familiares, melhorando a qualidade de vida, proporcionando dignidade e respeito (DUKANOVIC; VASIC, 2020).

No entanto, dados da OMS salientam que muitas pessoas no mundo morrem sem receber um tratamento digno no período do *end of life* (WHO, 2020). No ano de 2015, a *The Economist Intelligence Unit* (EIU) publicou um estudo que media o Índice de Qualidade de Morte em 80 países incidindo sobre a qualidade e a disponibilidade dos cuidados paliativos. Foram avaliados 20 indicadores qualitativos e quantitativos divididos nas seguintes categorias: ambiente de saúde e cuidados paliativos, recursos humanos, acesso aos cuidados paliativos, qualidade dos serviços e engajamento da sociedade. O Brasil ocupou a 42ª posição no *ranking* (EIU, 2015).

Desde então, a população envelheceu e a demanda por cuidados paliativos no Brasil aumentou. Entretanto, há evidências de que o atendimento a pessoas com câncer avançado não progrediu. Recentemente um estudo denominado “Comparação entre países de avaliações de especialistas sobre a qualidade da morte e do morrer 2021”, constatou que as pessoas no Brasil atravessam o processo de morte e morrer com grande sofrimento. Neste estudo, foram entrevistados 181 especialistas, de 81 países, sobre qualidade de morte, e o Brasil ficou na 78ª posição. Para os especialistas, a escassez de serviços especializados em CP, bem como a má distribuição geográfica dos mesmos, são fatores que inviabilizam o acesso dos pacientes a um manejo eficaz dos sintomas, o que impacta na QV e proporciona aumento da angustia e sofrimento a essas pessoas (FINKELSTEIN *et al.*, 2022).

3.2 AVALIAÇÃO E MANEJO DE SINTOMAS EM PESSOAS COM CÂNCER AVANÇADO

Pessoas com câncer avançado vivenciam situações complexas relacionadas ao enfrentamento de sinais e sintomas desagradáveis advindos da doença e das terapêuticas. Os sintomas podem ser didaticamente divididos em quatro categorias

principais, sendo estes: físicos, psicológicos, sociais e espirituais. A intensidade pode variar de acordo com a malignidade, sendo necessário acompanhamento multiprofissional (LAVDANITI *et al.*, 2018).

Diversos sintomas são relatados por pacientes em CP oncológicos de vários países, sendo os mais frequentes: fadiga/fraqueza, dor, náusea, vômito, depressão, anorexia, constipação/prisão de ventre, medo, ansiedade e falta de ar. (BITTENCOURT, 2021).

Os sintomas físicos podem variar de acordo com o tipo e localidade do câncer, impactando a QV do paciente e pessoas próximas. Os mais prevalentes e causadores de angústia são: fadiga, fraqueza, sonolência, náusea, inapetência e dor. Associados ao diagnóstico da doença, observa-se as morbidades psicológicas, tais como, ansiedade e depressão, as quais podem acometer toda a família do paciente (RASKIN, 2020).

A depressão e a ansiedade são respostas comuns a pacientes e seus familiares quando experienciam a dor, a perda de autonomia, e enfrentam a finitude da vida. Estas respostas são recorrentes após o conhecimento do diagnóstico de câncer, podendo também ser desencadeadas por fatores como a somatização de complicações médicas, e por tratamentos com corticosteroides e quimioterápicos. Seja decorrente de complicações médicas, ou advinda de efeitos adversos de medicamentos, a ansiedade e a depressão contribuem com a ocorrência de um círculo vicioso, em que potencializam, e ao mesmo tempo, são potencializadas por outros sintomas do câncer, como náusea, dor e falta de ar (SCHELLEKENS *et al.*, 2016).

São altas as taxas de comorbidades psiquiátricas em pessoas com câncer. Estima-se que até 70% dessas pessoas sofram com sintomas de ansiedade de diversos graus, principalmente no câncer em estágio avançado. Pessoas que apresentam a doença em estágio avançado têm maior risco de desenvolver a depressão, podendo ser impulsionada por outros sintomas mal controlados – como dor e náusea. Fatores sociais, psicológicos e espirituais podem resultar em angústia e ansiedades inespecíficas causando grave sofrimento, tendem também a interferir consideravelmente na QV (SENKPEIL *et al.*, 2022).

A fadiga/cansaço pode ser descrita como um sintoma de desequilíbrio entre o estado de descanso e de atividade, falta de energia tanto física e mental. A recuperação implica em cessar a causa do desgaste, porém, na Fadiga Relacionada ao Câncer (FRC) não há alívio do sintoma com o estado de repouso, assim considera-

se como fator de diminuição da QV. Os pacientes oncológicos submetidos à QT, frequentemente apresentam persistência de cansaço/fadiga. Esse sintoma tem a potencialidade de se tornar crônico e provocar adaptação metabólica e fisiológica, ocasionando problemas como descondição físico e caquexia (MELLO *et al.*, 2021).

Também é observado a falta de ar em pessoas com câncer avançado, que pode se intensificar de forma repentina nas últimas semanas de vida, e impacta o nível de consciência do paciente, tanto pela redução da taxa de oxigenação sanguínea como pelo efeito sedativo das drogas utilizadas para controle dos principais sintomas (MORI *et al.*, 2020).

Entre os sintomas comumente apresentados, cita-se náuseas e vômitos, e apesar de reiteradamente associados ao tratamento por constar no rol de efeitos adversos das principais drogas quimioterápicas, podem ser advindos de causas múltiplas, tais como, obstruções no sistema digestivo ou fatores emocionais. Medicamentos antieméticos são amplamente utilizados de forma profilática no tratamento de câncer avançado (WICKHAM, 2020).

A dor oncológica é um sintoma frequente e basicamente causado pela progressão tumoral por exemplo, as lesões incuráveis que provocam processo inflamatório ou isquêmico; e decorrente do tratamento quimioterápico ou radioterápico como, por exemplo, a mucosite. Portanto, determinar a causa da dor é fundamental para a definição do tratamento (SILVA, 2019).

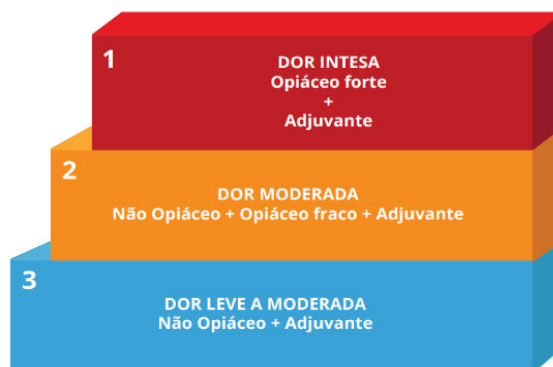
Devido à variável habilidade dos pacientes em descrever a dimensão da experiência de dor, é necessário que o profissional indague de maneira abrangente a fim de estabelecer uma abordagem de tratamento, e se for o caso, determinar um diagnóstico de síndrome associada à dor oncológica (SILVA, 2019). Questionamentos importantes da anamnese na avaliação da dor são:

- Temporalidade: há quanto tempo começou? Vem piorando ou melhorando? Apresenta-se em algum período preferencialmente? É contínua ou aparece às vezes? É constante ou com períodos de piora?
- Localização: onde a dor se situa preferencialmente? Você consegue mostrar exatamente onde ela está, ou é de difícil localização? É superficial ou profunda? Apresenta alguma irradiação?
- Descrição: como você a caracterizaria? Em queimação, pontada, cólica, aperto, facada, sensação de difícil definição? Apresenta-se com períodos de paroxismo?
- Intensidade: em uma escala de zero a dez, na qual zero é ausência de dor e dez é a pior dor (Escala Analógica Visual – EVA), qual pontuação você daria? Quantos pontos tem a sua menor dor? E a maior dor?

- Limitação e incapacitação: a dor o limita ou incapacita para alguma atividade?
- Fatores de piora ou melhora: há algum fator desencadeante? Algum fator de melhora? Algum fator de piora? Apresenta relação com a movimentação?
- Reflexo na qualidade de vida: a dor reflete nas suas relações pessoais? Reflete na sua produtividade no trabalho? Reflete na sua qualidade do sono?
- Tratamentos prévios? Quais medicamentos já usou ou está usando? Qual foi o efeito analgésico? Quais foram os efeitos colaterais?
- Demais fatores associados: presença de alterações tróficas, edema local, hiperemia, alterações motoras, febre (SILVA, 2019, p. 769).

Em 1998, com o objetivo de auxiliar na definição do tratamento apropriado para a dor oncológica, a OMS desenvolveu a representação de uma escada (FIGURA 1) que relaciona a intensidade da dor à classe de medicamento a ser administrado, denominada a escada da dor (INCA, 2001).

FIGURA 1 – Escada da dor da OMS



FONTE: INCA (2001).

Há evidências que o controle da dor por meios farmacológicos ou não, contribui para a melhoria da QV do paciente. Também o aumento da sobrevida tem sido observado através do manejo eficaz dos sintomas (VENDRUSCULO-FANGEL, 2019). A dor pode ser comparada a um quinto sinal vital, e deve ser avaliada sistematicamente em atendimentos a pacientes oncológicos. Entretanto, é referenciado que mais da metade dos pacientes oncológicos em tratamento, apresentam dor não controlada, mesmo nos países desenvolvidos, o que pode estar diretamente relacionado ao processo de avaliação e manejo deste sintoma nos serviços (VIEIRA; BRÁS; FRAGOSO, 2019).

Durante o processo de manejo eficaz dos sintomas, ressalta-se a necessidade de uma avaliação consistente. Para isso, são utilizados instrumentos validados como

a *Edmonton Symptom Assessment System* (ESAS). Desenvolvida em 1991, pelo médico oncologista Eduardo Bruera e seus colaboradores, na Universidade de Alberta em Edmonton, Canadá, esta escala possibilita avaliação de nove sintomas físicos e psicológicos em CP, podendo ser respondida pelo cuidador, no caso de paciente impossibilitado (MONTEIRO; KRUSE; ALMEIDA, 2010).

O primeiro estudo que utilizou a ESAS, contou com a participação de 101 pacientes assistidos em uma unidade de CP. Em alguns casos, os próprios pacientes avaliavam seus sintomas duas vezes por dia com a ESAS. Porém, quanto maior a proximidade do óbito dos pacientes, mais se observou a participação do cuidador, prestando auxílio, ou assumindo o preenchimento da escala. Concluiu-se que se tratava de uma ferramenta simples e útil para avaliar e manejar o desconforto provocado pelos sintomas em um ambiente de CP (BRUERA, *et al.*, 1991).

O instrumento foi traduzido para uso no Brasil pela enfermeira Daiane da Rosa Monteiro, no ano de 2011, em sua dissertação de mestrado defendida na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, cujo título é: “Tradução e adaptação transcultural do instrumento *Edmonton Symptom Assessment System* para o uso em Cuidados Paliativos” (MONTEIRO; ALMEIDA; KRUSE, 2013).

A validação da ESAS se deu no ano de 2015, pela enfermeira Luciana Lopes Manfredini, na dissertação de mestrado defendida no Hospital de Câncer de Barretos, com o título: “Tradução e validação da Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS) em pacientes com câncer avançado”. O estudo concluiu que a ESAS é uma escala confiável e válida para uso no Brasil para avaliar sintomas em pacientes com câncer avançado (PAIVA; MANFREDINI; PAIVA, 2015).

Em outros termos, a escala de ESAS é uma ferramenta para avaliação quantitativa, que aborda de forma abrangente os sintomas em CP oncológicos (MONTEIRO; ALMEIDA; KRUSE, 2013).

Trata-se, nesse contexto, de uma escala do tipo *likert* onde são avaliados nove sintomas, físicos e psicoespirituais. O paciente atribui um valor de zero a dez, sendo zero a ausência do sintoma, e dez, a máxima intensidade, de acordo com sua percepção (NEVES; MUNIZ; REIS, 2020). Os nove sintomas avaliados na ESAS estão entre os mais prevalentes em pacientes com câncer avançado, são eles: dor, cansaço, sonolência, náusea, apetite, falta de ar, depressão, ansiedade e bem-estar (REIS; JESUS, 2020).

Baseada no autorrelato, e apesar do caráter objetivo, a ESAS conta com uma décima questão aberta (Outro problema?), que permite ao paciente responder com subjetividade sobre eventuais desconfortos.

Durante a aplicação da ESAS o profissional pode conhecer a realidade da pessoa e as estratégias de autogestão utilizadas frente aos sintomas mais recorrentes. Segundo os cientistas enfermeiros desenvolvedores da TMS, o autorrelato do indivíduo que experiencia o sintoma é considerado padrão-ouro para estudos dos sintomas (NUNES, 2014).

Um estudo com 246 pacientes, com câncer em estágio avançado, para avaliar a prevalência e intensidade da constipação nesses pacientes após uma semana de tratamento em CP especializados, utilizou a ESAS como instrumento de avaliação de sintomas. O estudo constatou alta prevalência de constipação intestinal em pacientes oncológicos (MERCADANTE *et al.*, 2018).

Outro estudo sobre sintomas, realizado em um hospital do Texas-USA, com 172 pacientes com câncer, os participantes foram avaliados com a ESAS antes e depois de serem submetidos ao tratamento de acupuntura para comparação dos resultados. Os participantes deste estudo relataram alívio dos sintomas após terem sido submetidos a acupuntura, e este alívio foi evidenciado pelos resultados obtidos nas avaliações com a ESAS (GARCIA *et al.*, 2018).

Diante dos graves desafios multidimensionais enfrentados pelos pacientes oncológicos com a doença avançada, observa-se o uso frequente da autogestão dos sintomas praticada pela pessoa acometida, por familiares e cuidadores. Cada vez mais as políticas públicas têm estimulado o autocuidado e a promoção da saúde fora dos hospitais. A autogestão do cuidado é multifacetada nas doenças crônicas sendo definida como: “a capacidade de gerenciar os sintomas, o tratamento, as consequências físicas e psicossociais e as mudanças no estilo de vida inerentes à convivência com a doença” (VAN DONGEN *et al.*, 2020, p.4).

A pessoa com câncer avançado e seus familiares, experienciam situações altamente complexas, que requerem assistência especializada e multiprofissional. Esse tipo de assistência pode ser ofertado pelos cuidados paliativos.

3.3 CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS

Etimologicamente, o termo “*paliativo*” deriva do latim “*palliun*”, que significa manto, proteção. A origem dos cuidados paliativos se deu há muitos séculos, através de abrigos geridos por religiosos e mantido por caridade, com a finalidade de abrigar pessoas desamparadas e doentes, muitas vezes próximas da terminalidade da vida. Com a difusão do cristianismo iniciou-se a criação de abrigos para pessoas consideradas doentes e desfavorecidas denominados *hospitium*, termo que deriva da palavra em latim *hospice*, com o sentido de hospitalidade e atendimento àqueles que se encontravam na terminalidade da vida, e excluídos da sociedade (VENDRUSCULO-FANGEL, 2019).

No século XI, os cruzados mantinham casas para cuidado de pessoas com doenças consideradas incuráveis. Os primeiros estabelecimentos voltados ao cuidado específico de pessoas na terminalidade surgiram em meados do século XIX, e duas grandes referências deste movimento foram Mary Aikenhead e Jeane Garnier (RODRIGUES, 2018).

O modelo contemporâneo de cuidados paliativos foi iniciado em meados do século XX, com a criação do *Christopher’s Hospice*, em 1967, na cidade de Londres-Inglaterra, pela enfermeira, médica e assistente social Dame Cicely Saunders (RODRIGUES, 2018). A instituição tinha o objetivo de atender e desenvolver conhecimentos para o cuidado de pessoas na fase final de vida (ANCP, 2018). Prestavam atendimento estruturado e também com propósito de ensino e pesquisa, incentivando os cuidados domiciliares e a participação da família nos CP (RODRIGUES, 2018).

Segundo Saunders, o objetivo mais importante em CP é proporcionar controle efetivo da dor. Em seu trabalho procurou individualizar o sentimento de dor, e compreender como fatores emocionais, sociais e espirituais influenciam na dor física.

A dor emocional se relaciona às modificações psíquicas, que englobam mudanças de humor, lutos antecipatórios, perda do controle da sua própria vida e medo. A dor social refere-se à sensação de isolamento, dificuldades de comunicação, perda de papéis sociais e perdas financeiras. E a dor espiritual é descrita como a ‘dor da alma’, pela perda do sentido e significado da vida, perda da esperança e sensações de culpa (VENDRUSCULO-FANGEL, 2019, p. 757).

A OMS definiu pela primeira vez CP na década de 1990, porém, com o passar do tempo essa definição foi sendo modificada, com o intuito de descrever de forma mais abrangente o tema, e menos vinculado exclusivamente ao câncer. No ano de 2002, a OMS atualizou o conceito de CP para:

Uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes (adultos e crianças) e seus familiares, que enfrentam doenças que ameaçam a vida. Previne e alivia o sofrimento através da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas físicos, psíquicos, sociofamiliares e espirituais (WHO, 2002, p. 83).

A definição mais atual de CP reconhecida pela OMS foi lançada no ano de 2018, com a participação de mais de 400 membros, de 88 países, da *International Association for Hospice & Palliative Care* (IAHPC), sendo esta:

Cuidados holísticos ativos, ofertados a pessoas de todas as idades que se encontram em intenso sofrimento relacionado à sua saúde, proveniente de doença grave, especialmente aquelas que estão no final da vida. O objetivo do CP é, portanto, melhorar a qualidade de vida dos pacientes, de suas famílias e de seus cuidadores (IAHPC, 2018, p. s/p).

O objetivo é oferecer apoio para ajudar pacientes a viver de forma mais ativa e com melhor qualidade até a morte, bem como, apoiar o luto dos familiares. Os CP se baseiam em princípios, definidos pela OMS, em 2002, e mantidos até os dias atuais, conforme listados a seguir:

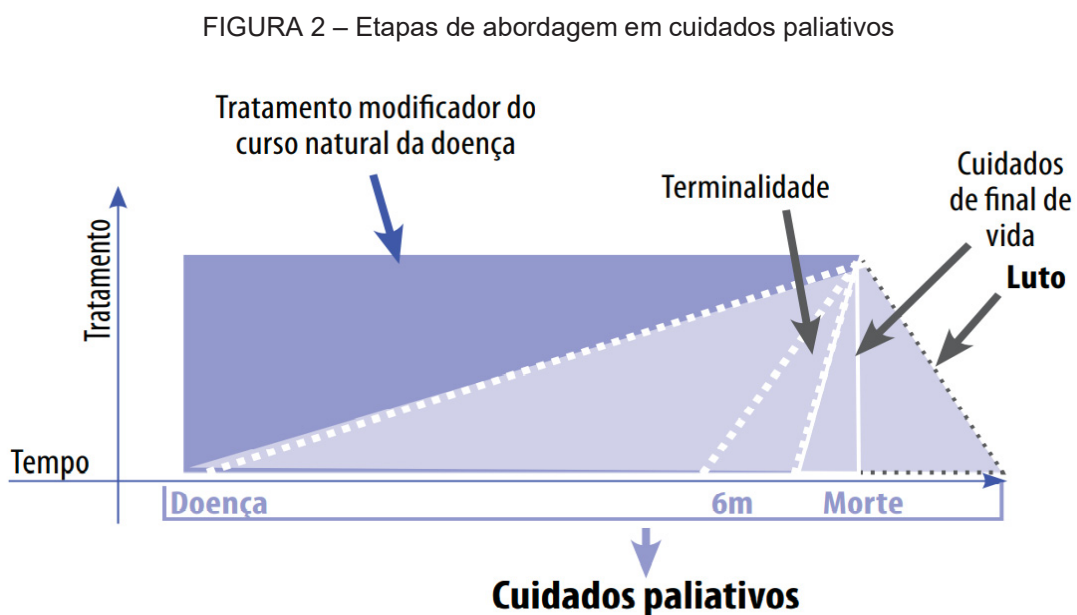
- Promover o alívio da dor e de outros sintomas;
- Afirmar a vida e considerar a morte como um processo natural;
- Não acelerar nem adiar a morte;
- Integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente;
- Oferecer um sistema de suporte que possibilite ao paciente viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte;
- Oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e a enfrentar o luto;
- Promover a abordagem multiprofissional para focar nas necessidades dos pacientes e de seus familiares, incluindo acompanhamento no luto;
- Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso de vida;
- Ser iniciado o mais precocemente possível, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, como a quimioterapia e a radioterapia, e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes (WHO, 2002, p.84).

Observa-se que o início precoce dos CP oncológicos é enfatizado, pois, desde a confirmação do diagnóstico de câncer avançado, paciente e seus familiares, passam

a experienciar sofrimento, seja físico ou emocional. Dessa forma, a construção de vínculo entre família e equipe multiprofissional é fundamental para a identificação das principais necessidades apresentadas, visando a melhoria da QV. É importante que as informações referentes ao tratamento sejam repassadas de maneira clara e honesta, abordando-se todas as etapas do processo que vai desde o diagnóstico até o luto (CARVALHO; SOUZA; FRANCK, 2018).

A declaração da aceitação de uma eventual morte pelos familiares é também um fator importante para uma morte pacífica. A enfermagem tem o papel de apoiar o luto dos familiares (ZACARA *et al.*, 2017).

A conduta em CP, envolve introdução precoce e gradual, desde o momento do diagnóstico até o óbito do paciente, estendendo-se ao luto dos familiares. Conforme ilustra a Figura 2, o período mais próximo do óbito requer uma abordagem mais abrangente dos CP.



FONTE: Vendrusculo-Fangel (2019, p. 760).

No Brasil iniciou-se debates sobre CP na década de 1970. A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), na década de 1980, possibilitou o início do processo de estruturação dos poucos serviços existentes na época, e a fundação de novos serviços pelo país (JUSTINO *et al.*, 2020).

O primeiro serviço de CP do país foi fundado no ano de 1983 em Porto Alegre, no estado do Rio Grande do Sul, pela Professora Doutora Miriam Marteleite, anestesiológica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Pará

(FMUFPA). Em 1986 na cidade de São Paulo/SP, o médico Antônio Carlos Camargo de Andrade Filho fundou o serviço na Santa Casa. Depois, o Instituto Nacional do Câncer com o Grupo Especial de Suporte Terapêutico Oncológico (GESTO), no Rio de Janeiro, em 1989. O Ministério da Saúde, sob direção do Ministro José Serra, editou a Portaria nº 3.535, em setembro de 1998, tornando obrigatório que as unidades de Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) tivessem um Serviço de Dor e Cuidados Paliativos. Seguiu-se em ritmo lento a fundação de novos serviços por todo o país (FIGUEIREDO, 2011).

Em 2018, a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) realizou um levantamento acerca da rede de atendimento ao câncer no Brasil. Foram identificadas as seguintes deficiências: insuficiência de profissionais e de serviços especializados na área; baixa quantidade de instituições formadoras na área; insuficiência de medicamentos específicos para o controle dos principais sintomas; ausência de regulamentações sobre os serviços; e, falhas no sistema de informação. Além disso, constatou-se má distribuição geográfica dos 177 serviços no território nacional, sendo que, 58% encontram-se na região Sudeste, 20% na região Nordeste, 14% na região Sul, 5% na região Centro-Oeste, e 3% na região Norte. Metade desses serviços iniciou as atividades na década de 2010, portanto, recente (ANCP, 2018).

Ressalta-se que o *ranking* de qualidade de morte divulgado em 2015, pelo EIU, incide sobre a qualidade e o acesso da população à CP. Isto reitera a importância da estruturação e difusão dos serviços, pois, o atendimento a pacientes com câncer avançado e as suas famílias é complexo, devendo ser prestado por equipes especializadas e interdisciplinares para avaliação e manejo adequado de suas demandas.

3.4 TEORIA DO MANEJO DE SINTOMAS

A Teoria do Manejo de Sintomas (TMS) é uma Teoria de Enfermagem de médio alcance, desenvolvida para orientar o processo de gerenciamento de sintomas, através da relação entre seus conceitos e domínios, com aplicabilidade para a enfermagem (SILVA; LOPES; MERCÊS, 2021).

As doenças crônicas representam um grave problema de saúde pública, e o manejo dos sintomas constitui um desafio para a equipe multiprofissional. Neste sentido, a ciência da enfermagem tem avançado em pesquisa e se utilizado de teorias

que respaldam suas práticas. A prática baseada em evidências proporciona cuidado estruturado e sistematizado, oriundo de bases teóricas fundamentadas (ALVES *et al.*, 2021).

Em 1994, o corpo docente da *School of Nursing - University of California, San Francisco* (UCSF), lançou um modelo para gerenciamento de sintomas denominado *Symptom Management Model* – Modelo de Gerenciamento de Sintomas (MGS), baseado, entre outros, na teoria do autocuidado de Dorothea E. Orem que, em 1971, publicou *Nursing: Concepts of practice*, com as edições posteriores em 1980, 1985 e 1991, atualizando a teoria. A iniciativa produziu uma melhora da prática clínica no tocante ao manejo dos sintomas e aprofundou a reflexão sobre a experiência dos sintomas e avaliação dos resultados do manejo de sintomas (HUMPHREYS *et al.*, 2008).

No entanto, a equipe de cientistas considerou que a MGS, não contemplava de maneira satisfatória o autocuidado, a experiência, as estratégias de autogestão de sintomas, e a avaliação dos resultados na perspectiva do paciente (HUMPHREYS *et al.*, 2008). Durante todo o processo de desenvolvimento do trabalho, estes pesquisadores da área da enfermagem, demonstraram interesse em pesquisas voltadas para diferentes doenças crônicas em população adulta como diabetes, doenças cardíacas e pulmonares, dor crônica e câncer (SILVA; LOPES; MERCÊS, 2021).

O modelo teórico foi revisado em 2002 e, em 2008, com uma nova atualização, o modelo se consolidou como teoria de enfermagem de médio alcance denominada *Symptom Management Theory* – Teoria do Manejo de Sintomas (HUMPHREYS *et al.*, 2008).

A TMS apresenta os seguintes conceitos essenciais (HUMPHREYS, 2008): a experiência do sintoma; as muitas estratégias de gerenciamento dos sintomas; e, os resultados do status dos sintomas.

De acordo com a teoria, a interrelação entre esses conceitos acontece nos seguintes domínios da ciência da enfermagem: 1. pessoas; 2. meio-ambiente; e 3. saúde-doença. Desse modo, considera-se sempre a relação do sintoma com o contexto em que o paciente está inserido (HUMPHREYS *et al.*, 2014). Os domínios descritos a seguir:

- O domínio pessoa, considera fatores pessoais do indivíduo, levando-se em conta aspectos de desenvolvimento, fisiológicos, demográficos, psicológicos e sociológicos. Estas variáveis são determinantes para definir a maneira como a pessoa, ou uma população, assimila e responde a experiência do sintoma, ou grupo de sintomas;
- O domínio meio-ambiente considera toda a conjuntura em que o sintoma acontece levando em conta variáveis culturais, físicas e sociais da pessoa ou do grupo, que engloba ambiente de trabalho, domicílios, socialização, valores, crenças e práticas individuais ou coletivas em que estão inseridos estes indivíduos;
- O domínio saúde e doença, constitui-se das variáveis doenças, fatores de risco, lesões ou incapacidades. Doença pode ser manifestada de forma aguda ou crônica dependendo da patologia em questão, os fatores de risco podem ter origem hereditária ou não. Já a saúde, está relacionada à fisiologia e estrutura corporal (DODD *et al.*, 2001, p.670).

A compreensão da relação entre os domínios e conceitos da teoria é importante, pois os três domínios podem afetar direta ou indiretamente a experiência, o manejo e/ou o resultado do sintoma (SILVA; LOPES; MERCÊS, 2021).

Um estudo que aplicou os conceitos da TMS, com pacientes em pós-operatório imediato, constatou-se que a sede era um sintoma muito desagradável para estas pessoas, e amplificado por sintomas como estresse e ansiedade, que aumentavam por consequência da sede, gerando um círculo vicioso. Anteriormente a sede neste contexto era pouco mensurada, pouco tratada e não havia protocolo clínico de contenção (CONCHON *et al.*, 2015).

Os autores da TMS trabalham com a seguinte definição para sinais e sintomas:

Sintoma é uma experiência subjetiva que reflete mudanças no funcionamento biopsicossocial, nas sensações ou na cognição de um indivíduo. Em contraste, um sinal é definido como qualquer anormalidade indicativa de doença detectável pelo indivíduo ou outros (DODD *et al.*, 2001, p. 671).

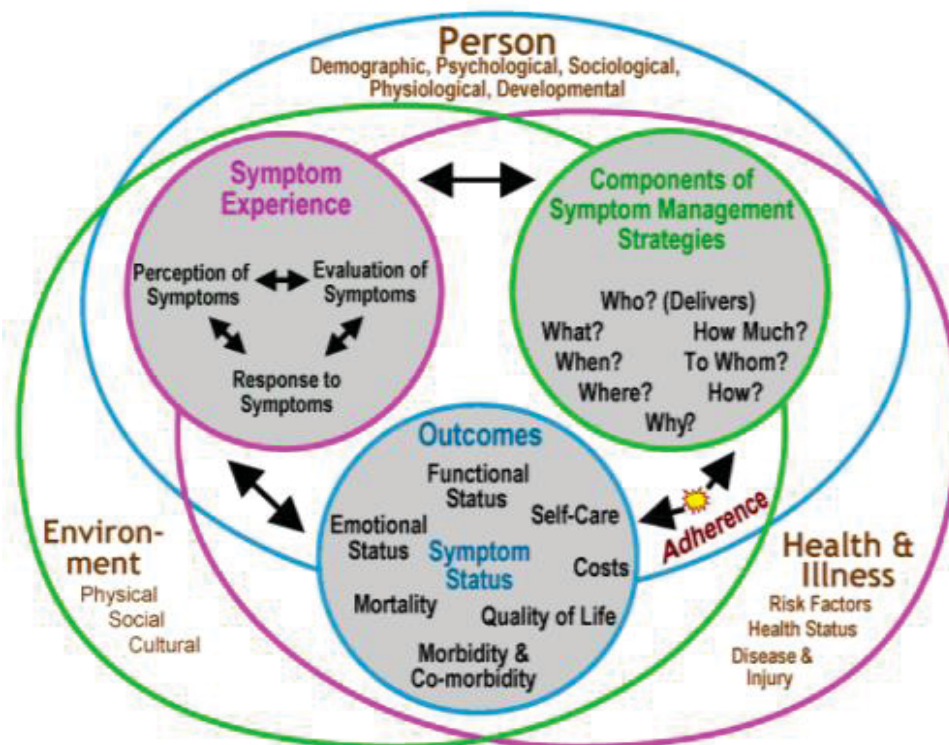
A teoria é baseada em seis hipóteses (DODD *et al.*, 2001, p.669), sendo elas:

1. Que o padrão-ouro para o estudo dos sintomas é baseado na percepção do indivíduo experimentando o sintoma e no seu autorrelato;
2. Que o sintoma não tem que ser experimentado pelo indivíduo para esse modelo de gerenciamento de sintoma ser aplicado. O indivíduo pode estar em risco para o desenvolvimento do sintoma devido à influência (impacto) de uma variável de contexto como, por exemplo, um risco relacionado ao trabalho. Assim, as estratégias de intervenção podem ser iniciadas antes mesmo, de um indivíduo experimentar um determinado sintoma;
3. Que os pacientes com habilidades não verbais (bebês, pessoas afásicas pós-acidente vascular cerebral, por exemplo) podem experimentar sintomas e a interpretação dos sintomas dada pelos pais ou cuidador é assumida como sendo precisa para fins de implementação de uma intervenção;

4. Todos os sintomas que apresentem incômodos precisam ser gerenciados;
5. Que a estratégia de gerenciamento pode ser direcionada ao indivíduo, um grupo, uma família ou ao ambiente de trabalho;
6. Que o gerenciamento do sintoma é um processo dinâmico, isto é, modificado por avaliações individuais e pela influência dos domínios da enfermagem, ou seja, da pessoa, do meio ambiente e da saúde-doença.

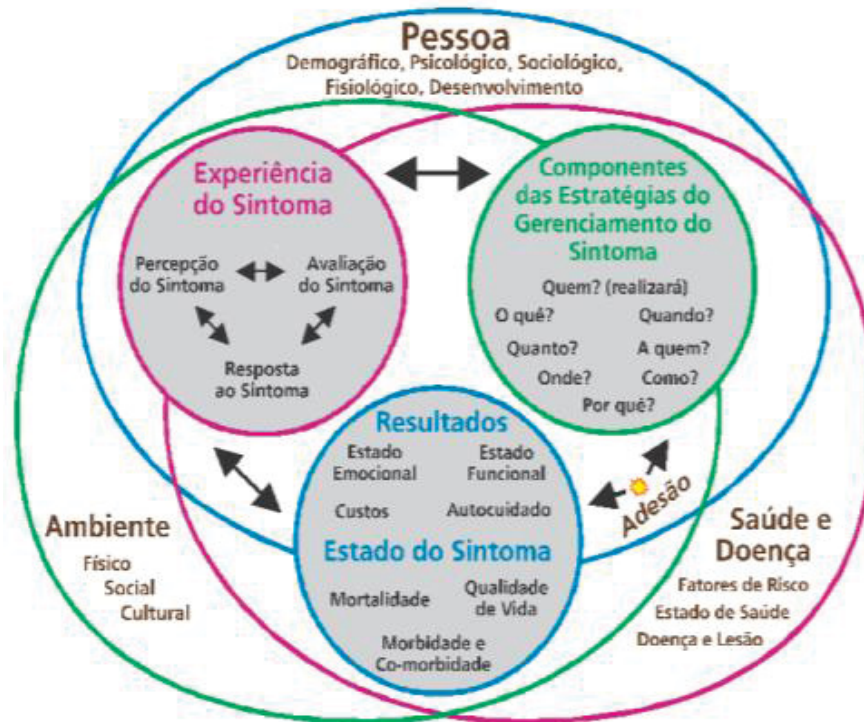
As Figuras 3 e 4 ilustram a relação entre tais conceitos e domínios da teoria.

FIGURA 3 – Diagrama original da *symptom management theory*



FONTE: Dodd *et al.* (2001, p. 672).

FIGURA 4 – Diagrama traduzido da teoria de manejo de sintomas



FONTE: Nunes (2014, p. 42).

A quantidade de estudos com a TMS em oncologia é crescente devido a gama de sintomas apresentados pelos pacientes. O aspecto mais explorado da teoria é um de seus conceitos essenciais, a experiência do sintoma.

A experiência dos sintomas é uma percepção, avaliação e resposta simultâneas a uma mudança nos sentimentos usuais. A mudança pode ser na frequência (com que frequência) ou na gravidade (quão ruim). Além disso, a frequência ou a gravidade podem não mudar, mas o sofrimento associado ao sintoma pode ser alterado por uma estratégia de intervenção (HUMPHREYS *et al.*, 2014, p. 286).

Observada a magnitude da TMS, a relação entre seus conceitos e os domínios no âmbito da enfermagem, e considerando a primeira das seis hipóteses da teoria que afirma ser padrão-ouro para o estudo dos sintomas o autorrelato baseado na percepção do indivíduo que experimenta o sintoma, delimitou-se a aplicabilidade da TMS para o presente estudo na realização da primeira etapa do Processo de Enfermagem sustentada na teoria, que é a etapa de avaliação dos sintomas.

Baseado na premissa de que a experiência do sintoma é simultaneamente percepção, avaliação e resposta a mudanças no funcionamento biopsicossocial, nas sensações ou na cognição de um indivíduo, buscou-se com este estudo avaliar esta

experiência através de um instrumento de fácil compreensão que possibilitou ao participante relatar a gravidade (quão ruim) da manifestação do sintoma experimentado no momento da coleta de dados.

Dentre os instrumentos que permitem avaliar os sintomas apresentados pelo paciente com câncer avançado através do autorrelato, optou-se pela *Edmonton Symptom Assessment System* (ESAS) (ANEXO 1), por se tratar de uma escala considerada apta para avaliar sintomas manifestados em pessoas acometidas pelo câncer nos seus vários estágios.

4 MÉTODOS

Este capítulo apresenta os métodos aplicados no desenvolvimento desta pesquisa, constituindo-se em tipo de estudo, local onde foi realizado, participantes, aspectos éticos, coleta de dados e análise dos dados.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, do tipo observacional, descritivo, com delineamento longitudinal.

A pesquisa quantitativa descreve características, atitudes ou tendências de uma população. Este método consiste na obtenção de dados numéricos que podem ser analisados estatisticamente, possibilitando a testagem de teorias objetivas pela averiguação de suas variáveis. Estas variáveis podem ser medidas por instrumentos (CRESWELL, 2021). Para o presente estudo utilizou-se como instrumento a escala ESAS.

O estudo observacional consiste em ver e registrar, sistemática e fielmente, fatos e circunstâncias em situações concretas que foram definidas de antemão e que estejam ligados ao problema em estudo. É um método com muitas variantes que exige conhecimento de técnicas específicas para sua aplicação, como por exemplo, questionários e entrevistas (CHIZZOTTI, 2017).

O estudo descritivo aborda diversos aspectos de uma patologia, incluindo informações sobre a população ou grupo que foi acometido pela patologia, localização geográfica, e frequência da ocorrência. Este tipo de estudo pode dar origem a questões científicas que gerem indícios para a formulação de sólidas hipóteses epidemiológicas com o conhecimento existente acerca das patologias (CHIZZOTTI, 2017).

No presente estudo, os dados foram analisados através *software GraphPad Prism 5.0*, e para dados obtidos por meio da escala ESAS, aplicou-se análise de variância (ANOVA) de duas vias.

As pesquisas de delineamento longitudinal ou horizontal podem ser aplicadas de modo retrospectivo e/ou prospectivos e são úteis para caracterizar a sequência temporal dos fenômenos. A coleta de dados ocorre em mais de um ponto temporal,

como um estudo de acompanhamento, objetivando determinar o estado subsequente dos participantes a uma condição específica (POLIT; BECK, 2011).

No presente estudo a coleta de dados foi realizada de forma longitudinal, uma vez por semana, utilizando-se a escala ESAS para avaliar sintomas em pacientes portadores de câncer em estágio avançado. Houve consulta a prontuários físicos e eletrônicos com o intuito de levantar informações acerca do histórico de saúde, e confirmar o diagnóstico para elegibilidade do paciente à pesquisa.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido em um complexo hospitalar universitário, que atende média e alta complexidade. Sua fundação se deu com dois grandes objetivos: o atendimento à população e suporte à formação de estudantes do curso de Medicina de uma Universidade de Curitiba, Paraná. São considerados os pilares da instituição o ensino, pesquisa e extensão, juntamente com a assistência prestada aos pacientes. (UFPR, 2021).

O complexo hospitalar presta atendimento de nível terciário, possui estrutura tecnológica e instrumental técnico para o atendimento especializado de doenças crônicas, realizando procedimentos cirúrgicos e exames de diagnósticos, com capacidade para 650 leitos. Está totalmente inserido no SUS e, como hospital escola atua na formação de diversos profissionais da área da saúde (UFPR, 2021).

Os setores elencados para o desenvolvimento deste estudo foram: a Quimioterapia de Alto Risco (QTAR), que é uma unidade de internação; e, o Ambulatório de Oncologia e Hematologia. Os dois setores fazem parte da Unidade de Hematologia e Oncologia (UHON), e realizam atendimentos em várias modalidades terapêuticas curativas e paliativas, sob regime ambulatorial e de internação. Os pacientes que necessitam de radioterapia são encaminhados para realização em outra instituição.

O Ambulatório de Oncologia e Hematologia conta com profissionais: médicos (oncologistas, hematologistas e paliativistas); de enfermagem (sendo uma das enfermeiras exclusiva para atendimento de pacientes em CP); e assistentes sociais, além de suporte de outros profissionais e residentes de diversas áreas que integram o serviço como farmácia, fisioterapia, psicologia e terapia ocupacional. Acerca do fluxo de pacientes no ambulatório, após avaliação inicial pelo profissional médico para

definição de diagnóstico, estadiamento e protocolos de tratamento, são encaminhados para equipe de enfermagem para o planejamento assistencial da terapêutica.

O setor de Quimioterapia de Alto Risco é caracterizado como unidade de internação, dispondo de 13 leitos ativos (11 hematológicos e 2 oncológicos). Os pacientes são assistidos por equipe multiprofissional durante o internamento para tratamento quimioterápico de maior complexidade, otimização clínica, exames diagnósticos e procedimentos. Frequentemente, são admitidos pacientes com câncer avançado em CP, os quais são manejados na unidade, ou posteriormente, transferidos para o setor de Clínica Médica devido à existência de leitos reservados para a modalidade terapêutica CP.

Os setores acima descritos estão contemplados com equipes assistenciais e serviços de residência multiprofissional que cumprem o propósito da instituição fomentando a formação de recursos humanos com experiência no atendimento de pacientes em cuidados clínicos, oncológicos e paliativos.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram do estudo pacientes com diagnóstico de câncer, em estágio considerado avançado, no período de janeiro a junho de 2022, atendidos no serviço de saúde, local do estudo, assistidos nos setores: Ambulatório de Oncologia e Hematologia; e Quimioterapia de Alto Risco.

4.3.1 Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão foram: Ser paciente assistido no ambulatório de Oncologia e Hematologia ou QTAR e ter idade igual ou superior a 18 anos; ter diagnóstico de câncer de qualquer tipo histocitopatológico com estadiamento atual III ou IV; ter conhecimento do diagnóstico de câncer; residir no Município de Curitiba/PR ou região metropolitana e ter acesso a telefone fixo ou móvel; ter comunicação oral preservada, ou ter condições de comunicação não verbal (gestual para responder com indicação da alternativa por autorrelato apontando o escore que expressa os sintomas da ESAS).

4.3.2 Critérios de exclusão

Os critérios de exclusão foram: ter acuidade auditiva prejudicada que impossibilitasse a escuta; o *déficit* auditivo foi verificado mediante manifestação autorrelatada do participante e/ou cuidador familiar principal.

4.3.3 Seleção e recrutamento

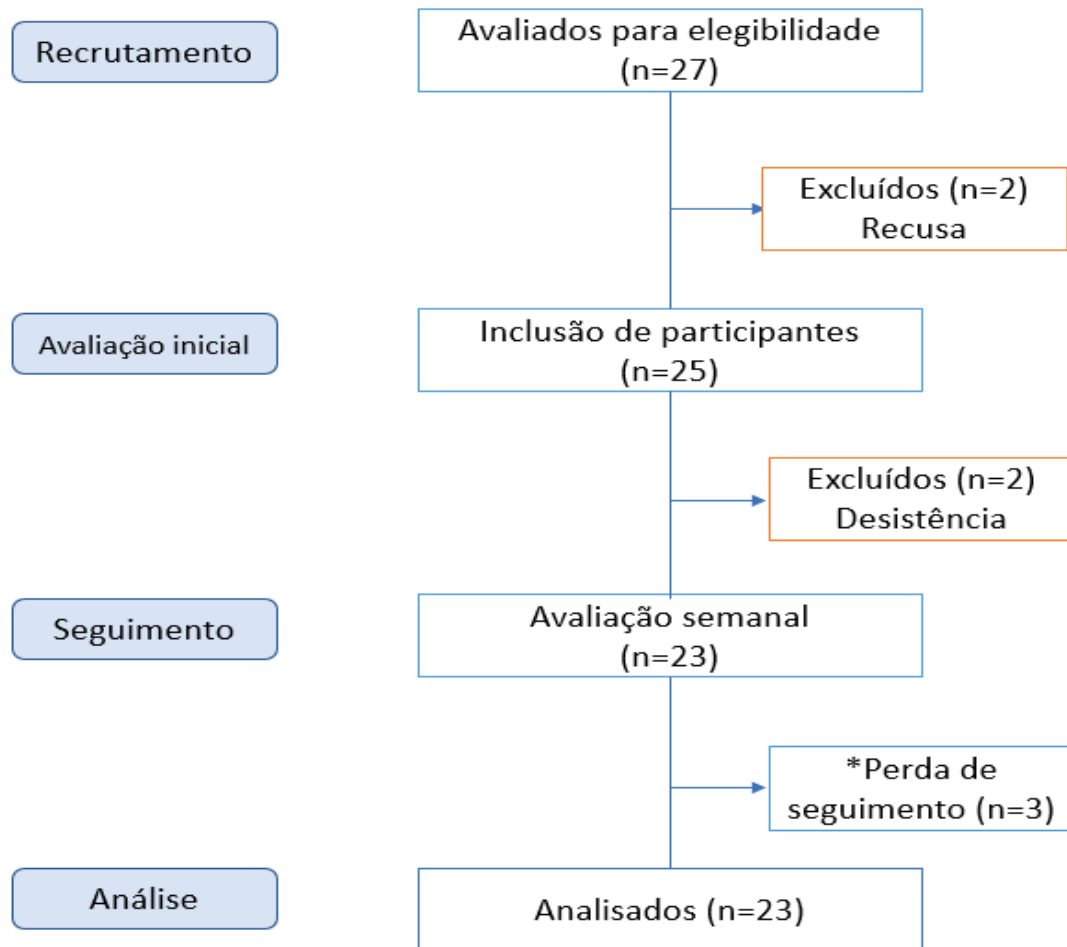
O período de seleção e recrutamento dos participantes ocorreu entre janeiro e junho de 2022, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da instituição, cenário do estudo.

A seleção ocorreu por intermédio da relação de pacientes com câncer avançado assistidos no Ambulatório de Oncologia e Hematologia, e QTAR, agendados para acompanhamento ou internados. Houve cooperação da equipe médica, de enfermagem e administrativa, pois indicaram pacientes e forneceram o acesso a documentos como: prontuários e exames que apresentavam dados sociodemográficos, clínicos e o laudo histocitopatológico de câncer, e exames do estadiamento da doença.

O recrutamento foi realizado por conveniência, através de convite individual e pessoal diretamente ao paciente que atendesse aos critérios de inclusão definidos, no dia do atendimento ambulatorial ou na unidade de internação (PEREIRA, 1995). Foram convidados a participar do estudo 27 pacientes.

Dos 27 pacientes recrutados e convidados a participar do estudo, quatro foram excluídos por desistência ou recusa. Dos 23 remanescentes, três foram a óbito, enquadrando-se como perda de seguimento, mas não foram excluídos da pesquisa. Desta maneira, os resultados do estudo retratam as informações coletadas de 23 participantes conforme mostra a Figura 5.

FIGURA 5 – Fluxograma de seleção e recrutamento dos participantes



FONTE: O autor (2023).

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido e aprovado pelo CEP de um Hospital de Ensino da cidade de Curitiba, Paraná, com o Parecer Consubstanciado nº 5.157.733, de 09 de dezembro de 2021 (ANEXO 3).

O estudo obedeceu aos seguintes aspectos éticos fundamentais: respeito ao participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida; ponderação entre riscos e benefícios, tanto conhecidos como potenciais, individuais ou coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos; Garantia de que danos previsíveis seriam evitados; relevância social da pesquisa, o

que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio humanitária (BRASIL, CNS, 2012).

Mediante o aceite do paciente em participar da pesquisa, realizou-se a leitura e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – (APÊNDICE 2) –, conforme preconizado pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, CNS, 2012). Nesse momento também foram apresentados e discutidos os objetivos, os procedimentos metodológicos, bem como, a confiabilidade do estudo e a liberdade para desistir de participar do mesmo a qualquer momento.

Um sistema de código de identificação dos participantes foi adotado para preservar a identidade mantendo o anonimato através do seguinte formato: Participante (P); número em algarismos arábicos em ordem crescente dos participantes recrutados (n); sexo (masculino - m ou feminino - f); Idade (i) – em anos, como por exemplo: P1m65.

4.5 COLETA DE DADOS

A coleta aconteceu entre fevereiro e julho de 2022. Para a coleta de dados, foram utilizados três instrumentos, apresentados a seguir:

O primeiro instrumento foi um questionário construído pelo mestrando-pesquisador, intitulado: Perfil sociodemográfico e clínico do participante com câncer avançado (APÊNDICE 1), no qual constam as seguintes variáveis:

- a) Variáveis sociodemográficas: idade, sexo, estado civil, naturalidade, data do nascimento, cor, religião, escolaridade, procedência, ocupação laboral/profissional, renda individual mensal ou renda familiar mensal e cuidador principal;
- b) Variáveis clínicas: história da doença atual, diagnósticos anterior e atual, estadiamento atual da doença, tratamento prévio e atual; estilo e hábitos de vida anterior e atual; informações sobre a experiência do participante com a COVID-19.

O segundo instrumento foi o *Edmonton Symptom Assessment System* (ESAS) (ANEXO 1). Consiste numa escala de avaliação de sintomas, com escores que atribuição de um valor de 0 a 10 pelo paciente; sendo 0 a ausência do sintoma e

10 a maior intensidade experienciada de cada um dos nove sintomas, que são: dor, cansaço, sonolência, náusea, apetite, falta de ar, depressão, ansiedade e bem-estar. Conta ainda com a seguinte questão subjetiva: Outros problemas? Que permite ao paciente relatar algum problema não contemplado anteriormente (REIS; JESUS, 2020).

Na utilização da ESAS, quando o paciente apresenta estado de rebaixamento de nível de consciência, o ESAS - *revised Administration Manual*, publicado pela *Alberta Health Services* (AHS), prevê que o cuidador familiar principal, cuidador assistente, ou cuidador profissional, colabore respondendo a ESAS, menos a décima questão (Outro problema?) pelo caráter subjetivo (AHS, 2019).

A classificação de cuidador principal (cuidador familiar, cuidador assistente ou cuidador profissional de saúde) que atende aos critérios do ESAS - *revised Administration Manual* é: familiar com vínculo afetivo, que tem sob sua responsabilidade o cuidado do paciente; cuidador assistente (tradução literal de *caregiver assisted*), correlaciona-se ao cuidador de idoso no Brasil, ou seja, profissional remunerado, da área de empregados domésticos, que tem como funções o acompanhamento nas atividades diárias, tais como, alimentação, higiene pessoal, vestuário, prevenção de quedas e acidentes domésticos, a promoção do bem-estar do idoso; e, o cuidador profissional de saúde, que é o profissional que presta cuidados ao paciente (AHS, 2019).

O terceiro instrumento foi a *Palliative Performance Scale* (PPS) (ANEXO 2), que possibilitou avaliar a condição cognitiva do paciente como critério de seleção.

A PPS é um instrumento utilizado em muitos serviços para indicação de CP (SANTA CLARA *et al.*, 2019). A escala possui 11 níveis de *performance* de 0 a 100, divididos em intervalos de 10, portanto, não possui valores intermediários.

A Palliative Performance Scale foi desenvolvida em 1996 no *Victoria Hospice* (Canadá) e aperfeiçoada em 2002. A PPS pode ser utilizada como instrumento de comunicação, descrevendo rapidamente o estado funcional atual do paciente. É útil como critério de avaliação da capacidade de trabalho e tem valor prognóstico, quando associado a outros sintomas como edema, delirium, dispneia e caquexia (MAURIZ; WIRTZBIKI; CAMPOS, 2014, p. 11).

O escore mais baixo da PPS apresentado por um participante no momento do recrutamento foi de 40 pontos, o que representa doença extensa e incapacidade para qualquer tipo de trabalho, porém, com nível de consciência preservado. Os demais

participantes apresentaram escores superiores no recrutamento, e com bom nível de consciência, conforme será descrito no capítulo de resultados.

A PPS, foi utilizada na avaliação inicial de todos os participantes, objetivando avaliar a condição cognitiva como critério de inclusão. Também foi utilizada no seguimento do estudo, em avaliações presenciais, realizadas na QTAR durante internações, em participantes que sofreram rebaixamento do nível de consciência, para determinar se o participante apresentava condições de responder a escala ESAS, ou se havia necessidade de solicitar que um cuidador realizasse o preenchimento.

4.5.1 Operacionalização da coleta de dados

Para a caracterização do perfil sociodemográfico e clínico da pessoa com câncer avançado, além dos dados obtidos com os participantes, também foram consultados os prontuários físicos e eletrônicos, bem como, os exames laboratoriais e de imagem disponíveis.

Para avaliar os sintomas apresentados pela pessoa com câncer avançado, foi utilizada a ESAS em acompanhamento semanal.

Foi realizada a avaliação dos sintomas inicial (D_1 – Primeiro dia de avaliação), que ocorreu no Ambulatório de Oncologia e Hematologia ou na Unidade de internação – Quimioterapia de Alto Risco. Durante a avaliação inicial agendou-se de acordo com a vontade do participante, data e horário para a segunda avaliação, que daria início ao seguimento do estudo.

As avaliações dos sintomas de seguimento (D_1 – Primeiro dia de avaliação a D_x – Dias de seguimento da avaliação dos sintomas): aconteceram no ambulatório no dia das consultas (médica ou equipe multiprofissional), na Unidade de internação da QTAR durante eventuais internações, e por telemonitoramento (semanal, quando o participante não estava presente na Instituição de Saúde).

O telemonitoramento ocorreu por telefone fixo ou móvel, e por *Web*-chamada pelo aplicativo *WhatsApp* de acordo com a escolha do participante, com tempo de duração aproximado de cinco minutos, determinado a partir de testes pilotos realizados anteriormente pelo pesquisador.

A descontinuidade da avaliação dos sintomas que será descrito no capítulo de “Resultados”, se deu pelos seguintes eventos: encerramento do prazo da coleta de dados em julho de 2022, desistência ou óbito do participante.

O agendamento para o seguimento da avaliação dos sintomas teve data e horário escolhidos pelo participante, em que houvesse a disponibilidade do mesmo para receber ligações telefônicas com duração aproximada de cinco minutos em média. Durante a realização da coleta de dados nas dependências do ambulatório ou QTAR, manteve-se o cuidado de um ambiente com privacidade, e foi garantida a permanência do familiar ou cuidador que o assistia, se o participante assim desejasse.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos foram tabulados em planilha do *Microsoft Office Excel*® 2019 e posteriormente analisados no programa *GraphPad Prism 5.0* para descrição e discussão do cálculo estatístico.

Os dados foram divididos em três planilhas, sendo a primeira constituída pelos dados do perfil sociodemográfico que permitiu a extração das informações, tais como, idade, sexo, estado civil, naturalidade, data do nascimento, cor, religião, escolaridade, procedência, ocupação laboral/profissional, renda individual mensal ou renda familiar mensal. Nesse momento, definiu-se o código dos participantes, que foi replicado para as demais planilhas.

Os dados foram analisados por meio do *software GraphPad Prism 5.0*. Para a análise estatística dos sintomas da ESAS, aplicou-se a variância (ANOVA) de duas vias, considerando $p < 0,05$ como estatisticamente significativo. A ANOVA de 2 vias é baseada em dois fatores. O fator linha equivale às diferenças entre as respostas dos sintomas e o fator coluna equivale às variações das respostas em um mesmo sintoma (FARIAS, 2010).

A ANOVA ou análise de variância é um procedimento usado para comparar a distribuição de três ou mais grupos em amostras independentes. Um dos objetivos da aplicação da ANOVA é realizar o teste estatístico para verificar se há diferença entre distribuição de uma medida entre três ou mais grupos. No presente estudo, foi utilizada a análise de variância para verificar a diferença da intensidade dos sintomas por participante, e a diferença de intensidade entre os sintomas avaliados.

O ANOVA usa o teste F para determinar se a variabilidade entre as médias do grupo é maior que a variabilidade das observações dentro dos grupos. Se essa proporção for suficientemente grande, conclui-se que nem todas as médias são iguais. As estatísticas F são baseadas na razão de quadrados médios indicando a estimativa da variância populacional, o que explica os graus de liberdade (dF) usados para calcular essa estimativa (FARIAS, 2010).

A estatística F é uma razão de duas variâncias. As variâncias são uma medida de dispersão, ou até que ponto os dados estão dispersos em relação à sua média. Valores maiores representam maior dispersão. Os graus de liberdade foram calculados com base no número de participantes e no número total de sintomas avaliados.

5 RESULTADOS

Realizou-se 247 avaliações de sintomas utilizando a escala ESAS, com duração de dois a 20 minutos, de acordo com subjetividades de cada participante. Os participantes foram avaliados uma vez por semana, respeitando a sua disponibilidade. A Tabela 1 mostra como se deu o seguimento das avaliações dos sintomas, no qual, S_{+1} corresponde a primeira semana de avaliação, período em que o paciente recebeu o convite de participação na pesquisa, seguido pela aplicação da PPS, leitura e assinatura do TCLE, preenchimento do perfil sociodemográfico e clínico, e a primeira avaliação dos sintomas por meio da ESAS. O maior tempo de acompanhamento chegou à S_{+18} , o qual interpreta-se como um seguimento semanal de 18 semanas. A Tabela 1 mostra o quantitativo de semanas de avaliação por participante e destaca os casos de descontinuidade por óbito.

TABELA 1 – Semanas de seguimento por participante

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

NOTA: *Descontinuidade do participante por motivo de óbito
 FONTE: O autor (2023).

Em seis das 247 avaliações, participantes não apresentaram condições cognitivas para compreender e responder a ESAS. Nestes casos, constatou-se a

impossibilidade dos mesmo em autorrelatar os sintomas por meio de aplicação da PPS, sendo necessário o preenchimento da ESAS por um cuidador profissional conforme orienta o ESAS - *revised Administration Manual*. No presente estudo não houve participação de cuidador principal familiar ou cuidador assistente nas avaliações de sintomas.

5.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS PARTICIPANTES

A média de idade dos participantes foi de 53,3 anos, variando entre 30 e 75 anos de idade. Na Tabela 2, estão dispostos o perfil sociodemográfico, observando-se que: 78,3% são do sexo feminino, 82,6% procedente de Curitiba Paraná, 78,3% se autodeclararam brancos, 43,5% possuem ensino fundamental completo, 56,5% são católicos e, 52,2% possuem uma renda familiar mensal de até três salários mínimos, ocasião em que o valor do salário mínimo vigente em 2022 era de R\$1.212,00 (BRASIL, eSocial, 2022). O perfil sociodemográfico está apresentado em tabela na forma de frequência absoluta e relativa na Tabela 2.

TABELA 2 – Perfil sociodemográfico dos participantes

Variáveis Sociodemográficas	N=23	%
Sexo		
Feminino	18	78,3
Masculino	5	21,7
Estado civil		
Casado (a)	10	43,5
Solteiro (a)	7	30,5
Divorciado (a)	2	8,7
União estável	2	8,7
Viúvo (a)	2	8,7
Procedência		
Curitiba	19	82,6
Região metropolitana	4	17,4
Cor da pele (Autodeclarada)		
Branca	18	78,3
Parda	2	8,7
Morena	3	13
Escolaridade		
Sem instrução	1	4,3
Ensino fundamental	10	43,5
Ensino médio	8	34,8
Ensino superior	2	8,7
Pós-graduação	2	8,7
Religião		
Católico	13	56,5
Protestante	10	43,5

Continua

Naturalidade (UF)		
Paraná	17	74
Santa Catarina	3	13,1
Rio Grande do Sul	1	4,3
Minas Gerais	1	4,3
Ceará	1	4,3
Renda		
Até 1 salário mínimo	3	13
1 a 2 salários	8	34,8
2 a 3 salários	1	4,3
4 a 6 salários	7	30,5
Mais de 6 salários	2	8,7
Não declarado	2	8,7

FONTE: O autor (2023).

5.2 PERFIL CLÍNICO DOS PARTICIPANTES

Para avaliar se os pacientes apresentavam condições cognitivas que possibilitasse a participação na pesquisa, aplicou-se a PPS antes da avaliação inicial de sintomas. A média dos escores da PPS apresentados pelos participantes na data do recrutamento foi de 69,1 pontos, a maior pontuação foi de 88 pontos e a menor 48 pontos. A pontuação da PPS apresentada pelos participantes indica grau de incapacidade entre 60% a 70% para *hobbies* e trabalho doméstico, além de incapacidade completa para trabalho externo devido a manifestação significativa da doença. Para 82,7% dos participantes, o cuidador principal era um familiar, e 17,3% relatou não ter cuidador principal.

Sobre 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% relataram uso de tabaco, por um período de 10 a 30 anos, a uma quantidade diária de 20 a 40 cigarros com filtro.

Os dados do perfil clínico estão apresentados em tabelas na forma de frequência relativa e frequência absoluta. No momento do recrutamento 73,9% dos participantes apresentavam neoplasia em estadio IV, e 30,4% estadio III. Tiveram confirmação da ocorrência de processo metastático 73,9% dos participantes. De acordo com a Tabela 3, os diagnósticos mais apresentados foram as neoplasias de Mama com 30,8%, Adenocarcinoma de Cólon e Reto 17,4% e Carcinoma Espino Celular (CEC) de colo uterino 13%.

TABELA 3 – Perfil clínico: diagnóstico

Diagnóstico por sítio primário	N=23	%
Neoplasias de Mama (Carcinoma invasivo)	7	30,8
Adenocarcinoma de cólon e reto	4	17,4
CEC de colo uterino	3	13
Adenocarcinoma de próstata	2	8,7
Linfoma de Hodgkin	2	8,7
Linfoma de grandes células B	1	4,3
Neoplasia de ovário (Tumor borderline)	1	4,3
Colângiocarcinoma tipo I	1	4,3
Carcinoma de nasofaringe	1	4,3
Neoplasia de Pulmão (pequenas células)	1	4,3

FONTE: O autor (2023).

Com relação aos tratamentos anteriores, pode-se observar que 95,7% dos participantes foram submetidos a tratamento quimioterápico no protocolo inicial. Em alguns casos, associou-se RT conforme a Tabela 4. Ao longo do tratamento, 100% dos participantes foi submetido a tratamento quimioterápico. As informações sobre os tratamentos iniciais administrados, foram obtidas por meio dos prontuários clínicos.

TABELA 4 – Perfil clínico: Terapêutica

Protocolo inicial		
1. AC-TH	1	4,3
2. R-CHOP	1	4,3
3. CX+FLOX	1	4,3
4. CDDP + RT*	2	8,7
5. AC	1	4,3
6. CDDP	1	4,3
7. CARBO+TAXOL	1	4,3
8. Cisplatina + Gencitabina	2	4,3
9. Mitoxantrona + RT*	2	8,7
10. FLOX	2	8,7
11. AC + RT*	1	4,3
12. CMF	1	4,3
13. CSA+PDN (Imunossupressão)	1	4,3
14. XELOX + RT	1	4,3
15. ACT	1	4,3
16. CARBO+TAXOL + RT*	1	4,3
17. ABVD + RT*	1	4,3
18. Cisplatina+Etoposídeo	1	4,3
19. CAF	1	4,3

NOTA: Os tratamentos representados por siglas na tabela 5 tem os seguintes significados: **1.** Doxorrubicina + Ciclofosfamida + Paclitaxel + Trastuzumabe; **2.** Rituximabe + Doxorrubicina + Vincristina + Prednisona; **3.** Cirurgia + Oxaliplatina + Folinato de Calcio + Fluoruracila; **4.** Cisplatina + Radioterapia **5.** Doxorrubicina + Ciclofosfamida; **6.** Cisplatina; **7.** Carboplatina + Paclitaxel; **10.** Oxaliplatina + Folinato de Calcio + Fluoruracila; **11.** Doxorrubicina + Ciclofosfamida + Radioterapia; **12.** Ciclofosfamida + Metotrexato + Fluoruracila; **13.** Ciclosporina + Prednisona; **14.** Oxaliplatina + Capencitabina + Radioterapia **15.** Doxorrubicina + Ciclofosfamida + Paclitaxel; **16.** Carboplatina + Paclitaxel + Radioterapia; **17.** Doxorrubicina + Bleomicina + Vimblastina + Dacarbazina + Radioterapia; **19.** Ciclofosfamida + Doxorrubicina + Fluoruracila. *Radioterapia concomitante.

FONTE: O autor (2023).

Além dos tratamentos definidos pela equipe de saúde da instituição cenário do estudo, 34% dos participantes aderiram a alguma terapia complementar paralela, com anuência do médico responsável pelo tratamento. Todos os participantes que iniciaram terapia complementar relataram alívio da dor e sensação de bem estar. As terapias complementares relatadas foram: fitoterapia 21,8%; acupuntura 8,7%; psicoterapia em grupo 4,3%; e, ozonioterapia 4,3%.

Acerca da realização de exercícios físicos, 65,2% dos participantes informaram já ter sido praticante de alguma atividade física ao longo da vida, e 30,5% ainda se mantinham desempenhando uma atividade frequentemente. O exercício da caminhada foi o mais relatado, praticado por 39,2% dos participantes. A atividade de lazer mais mencionada foi passeios, por 39,2% dos participantes.

Considerando o período pandêmico, abordou-se questões referentes à experiência dos participantes com a COVID-19. Até a data do recrutamento 95,7% haviam iniciado o processo de imunização, dos quais 52,2% já tinham recebido a terceira dose da vacina, e 4,3% não havia se decidido acerca da adesão à vacina. O percentual de participantes que tiveram confirmação de COVID-19 foi de 52,2%. Os participantes que não tiveram COVID-19, ou não confirmaram diagnóstico de COVID-19, totalizaram 47,8%.

A Tabela 5 mostra o quantitativo de participantes comprovadamente acometidos pela COVID-19, bem como, intensidade de sintomas e acompanhamento.

TABELA 5 – Confirmação de COVID-19, intensidade de sintomas e acompanhamento

Intensidade dos sintomas	Confirmados		Acompanhamento
	N	(%)	
Assintomático	3	(13)	Domiciliar
Leves (coriza, tosse)	4	(17,4)	Domiciliar
Moderados (hipertermia/dispneia)	4	(17,4)	Ambulatorial – Hospitalar
Graves (ventilação mecânica)	1	(4,3)	UTI

FONTE: O autor (2023).

5.3 EDMONTON SYMPTOM ASSESSMENT SYSTEM (ESAS)

Na questão 10 da escala ESAS, solicitou-se para que o participante relatasse outros problemas. Os resultados mostraram que a constipação intestinal esteve

presente em 13,8% das 247 avaliações, afetando 43,5% dos participantes. Entre os participantes que apresentaram constipação intestinal, 90% relataram fazer uso frequente de medicamentos laxantes para manejo do sintoma, e 10% relataram controlar a constipação intestinal por meio de dieta.

A Figura 6 ilustra em cada gráfico por sintoma isolado. Não foi observada variação estatisticamente significativa entre as respostas de cada sintoma ao longo das semanas de avaliação. A expressão que representa o teste “F” utilizada na análise é “fator coluna: $p>0,05$; $F = 1,29$; $dF=17$ ”.

FIGURA 6 – Média da intensidade dos sintomas apresentados pelos participantes

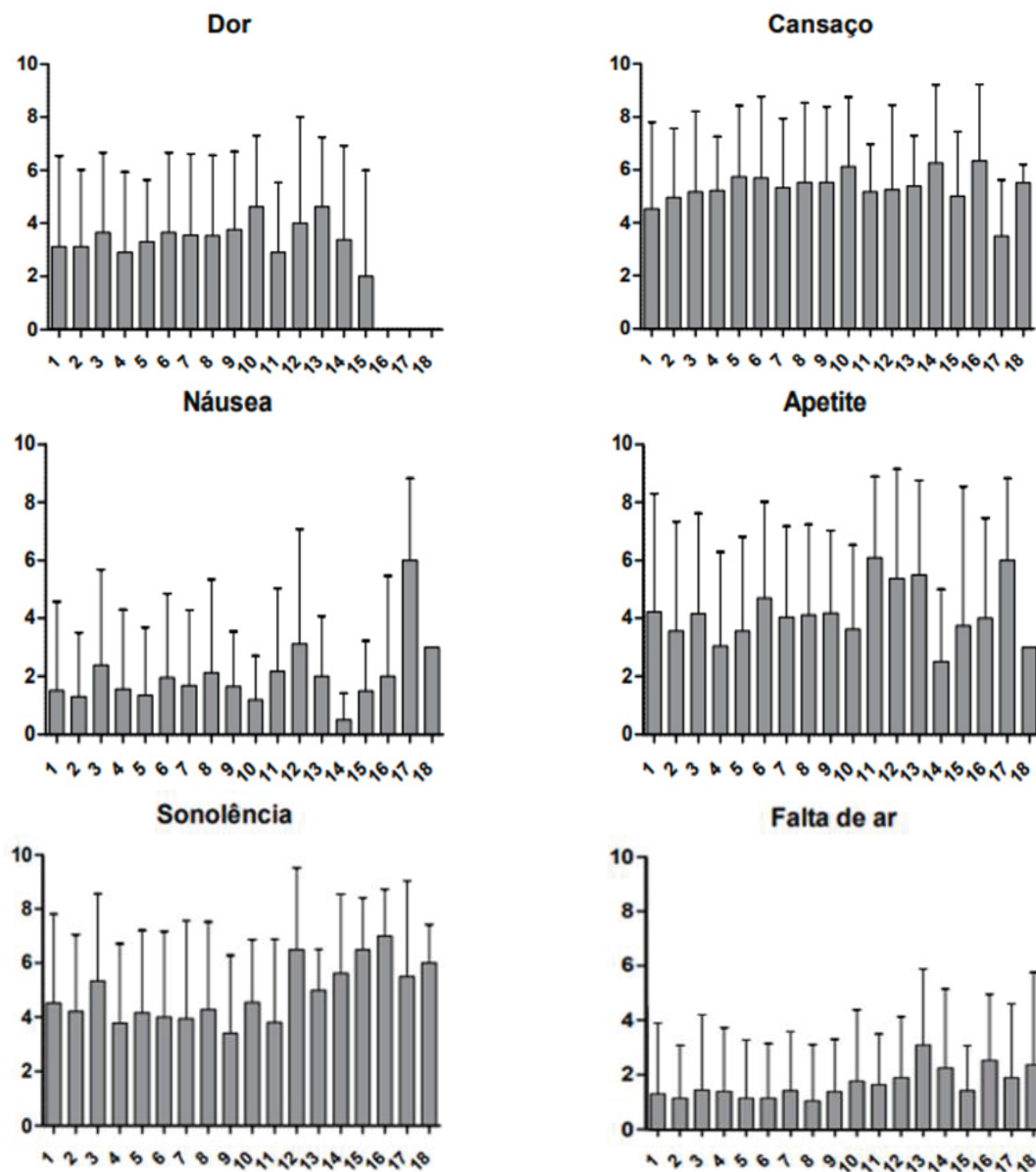
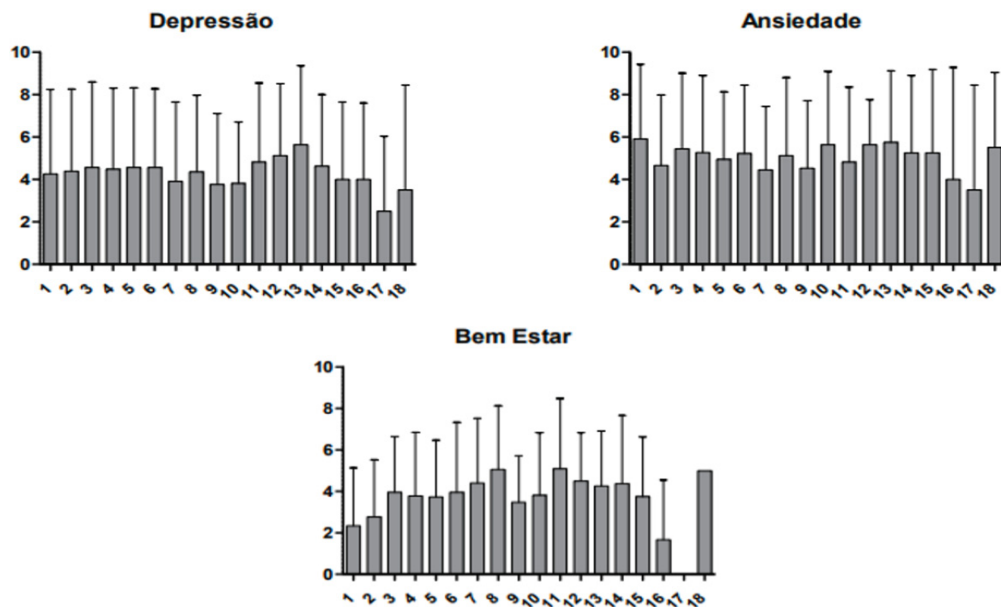


FIGURA 7 – Média da intensidade dos sintomas apresentados pelos participantes



NOTA: O eixo y representa o escore ESAS e o eixo x é o número da semana em que o paciente foi submetido a avaliação ESAS. As barras representam a média do escore ESAS por sintomas sendo: Dor; Cansaço; Sonolência; Náusea; Falta de apetite; Falta de ar; Depressão; Ansiedade; e Bem estar.

FONTE: O autor (2023).

Estes resultados mostram que, dos sintomas avaliados, o cansaço físico é aquele cujo relato é mais intenso (média 5,35) em uma escala de 0 a 10. A náusea apresentou menor intensidade (média 1,76).

Quando analisados os valores de cada sintoma entre si (dor, cansaço, sonolência, náusea, apetite, falta de ar, depressão, ansiedade e bem estar), o resultado mostrou que existe diferença estatística entre os mesmos ($p < 0,05$; $F = 25,39$; $dF = 8$). Isto significa que os valores de dor (cuja média variou entre 3,38 ($\pm 2,96$) pontos) são estatisticamente menores que os valores mensurados para cansaço (5,35 ($\pm 2,72$) pontos). Por meio dos escores da ESAS, foi possível obter a média da intensidade de cada sintoma, e calcular desvio padrão e intervalo de confiança de 95% (IC 95%). A Tabela 6, apresenta os valores das médias de cada sintoma em ordem decrescente.

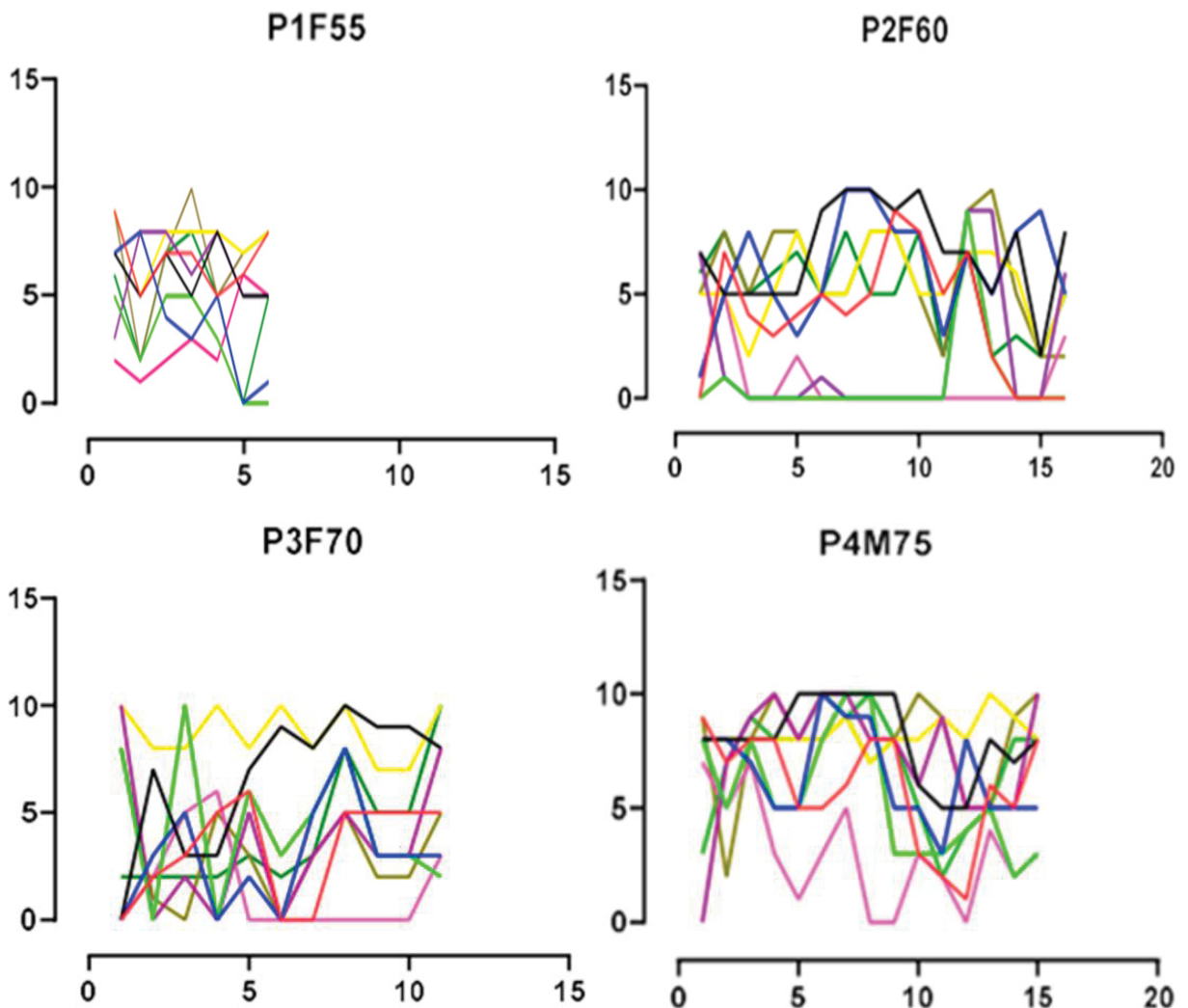
TABELA 6 – Relação dos valores médios de cada sintoma ao longo das semanas de avaliação

Item avaliado	Média	Desvio padrão	IC 95%
Cansaço	5,35	±2,72	4,24 a 6,46
Ansiedade	5,12	±3,33	3,76 a 6,48
Falta de ar	4,54	±2,36	3,58 a 5,50
Sonolência	4,44	±3,02	3,21 a 5,67
Depressão	4,36	±3,61	2,88 a 5,84
Apetite	4,07	±3,34	2,71 a 5,43
Bem Estar	3,77	±2,93	2,57 a 4,97
Dor	3,38	±2,96	2,17 a 4,59
Náusea	1,76	±2,65	0,68 a 2,84

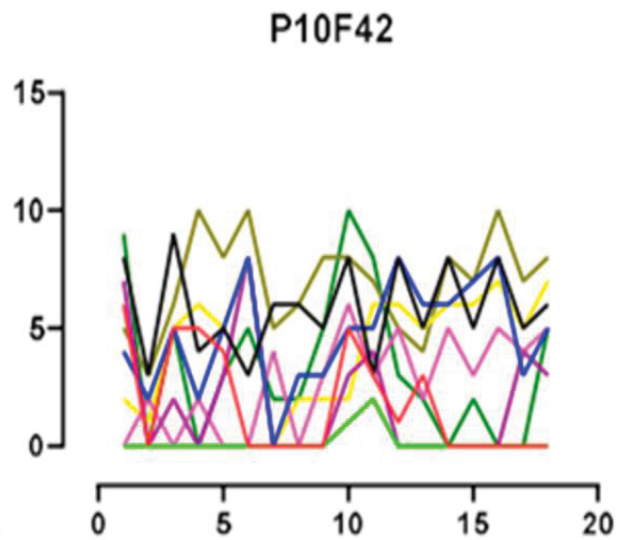
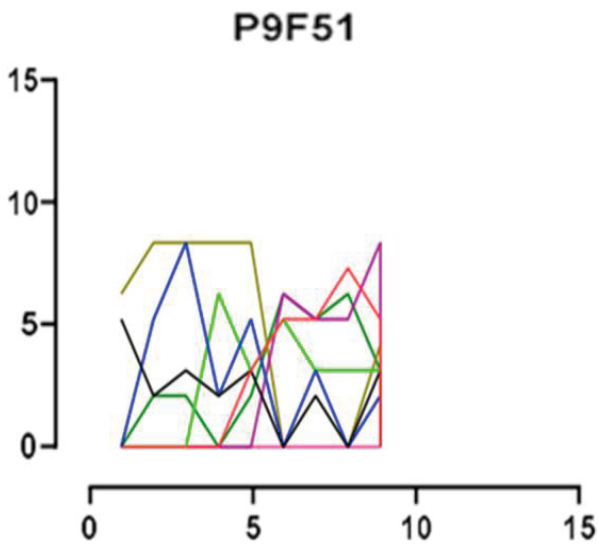
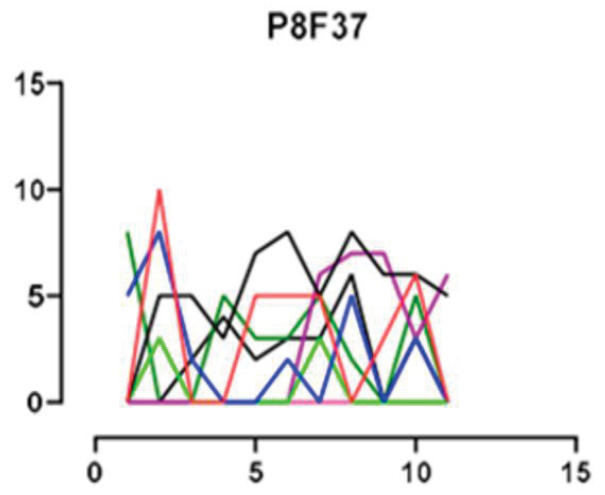
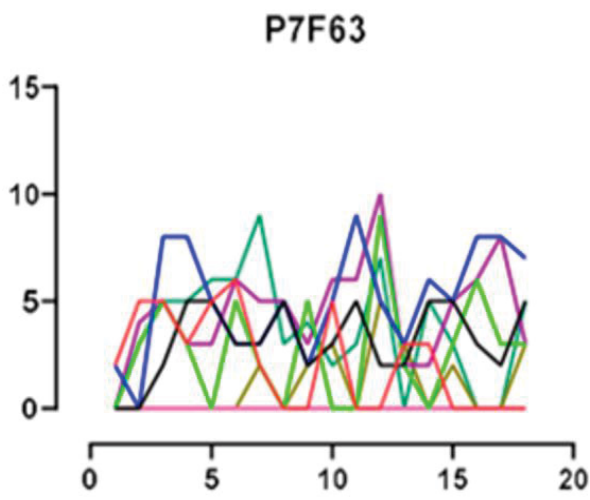
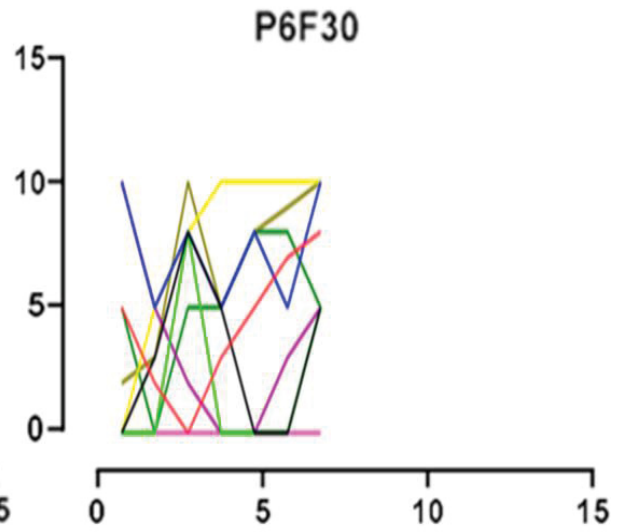
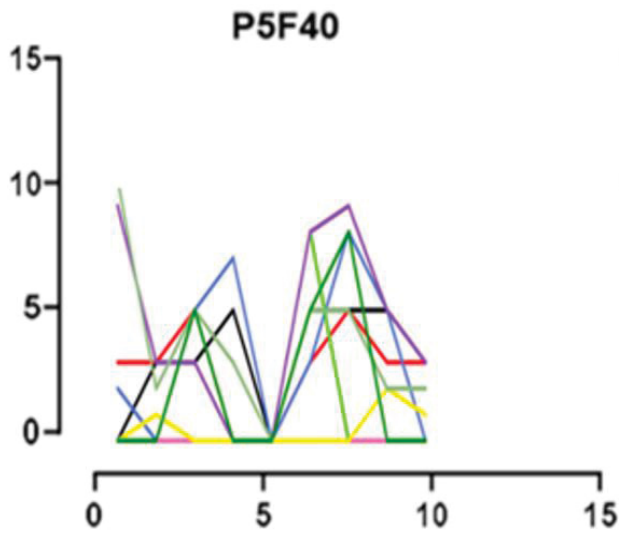
FONTE: O autor (2023).

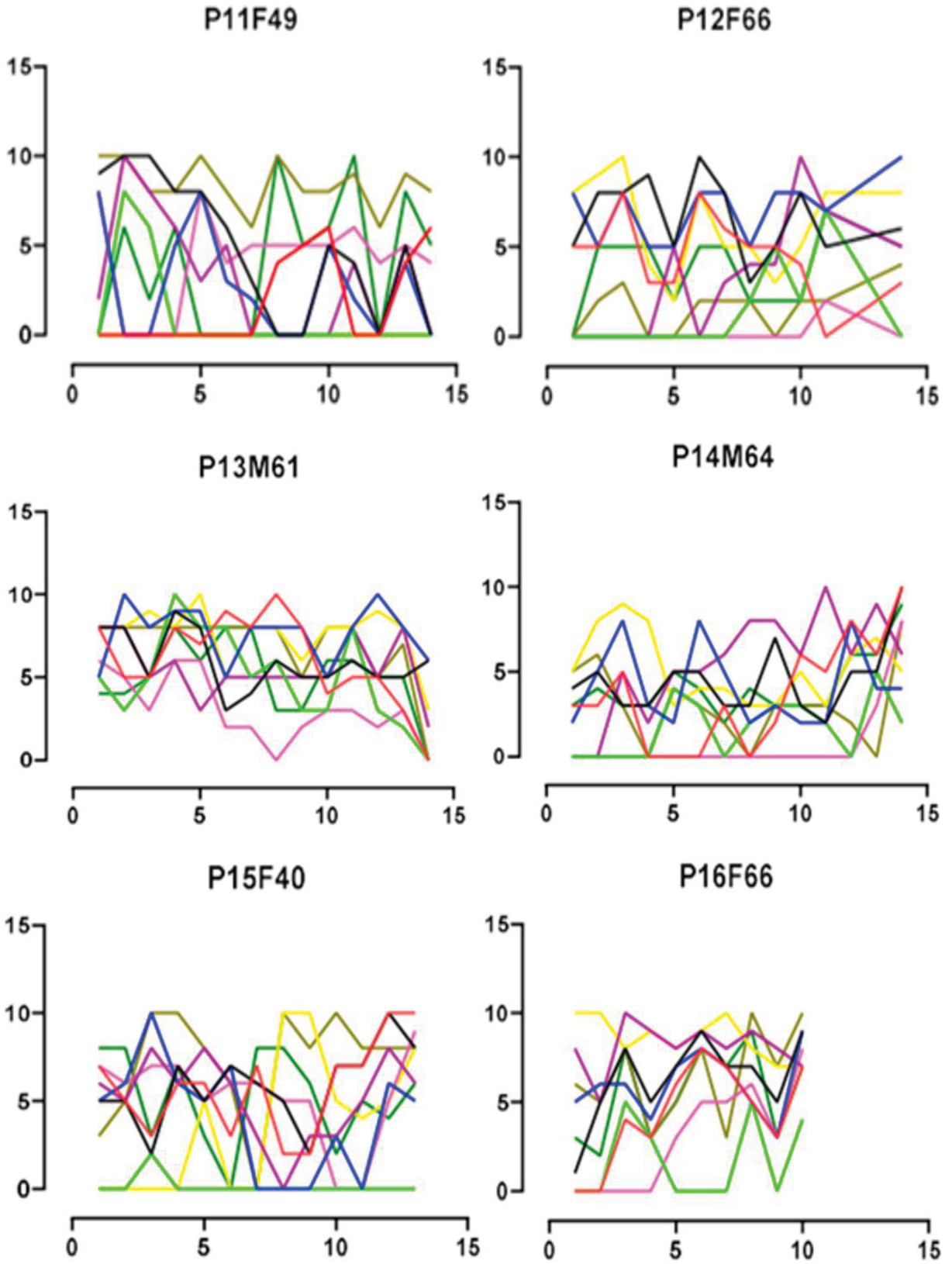
A Figura 7 apresenta a evolução dos sintomas por participante obtidas ao longo das semanas.

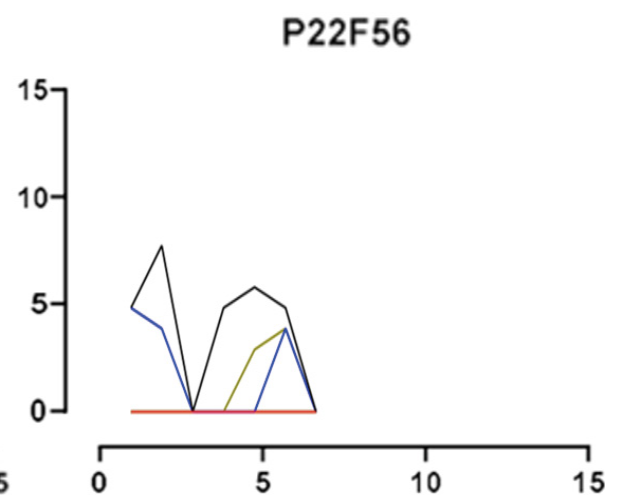
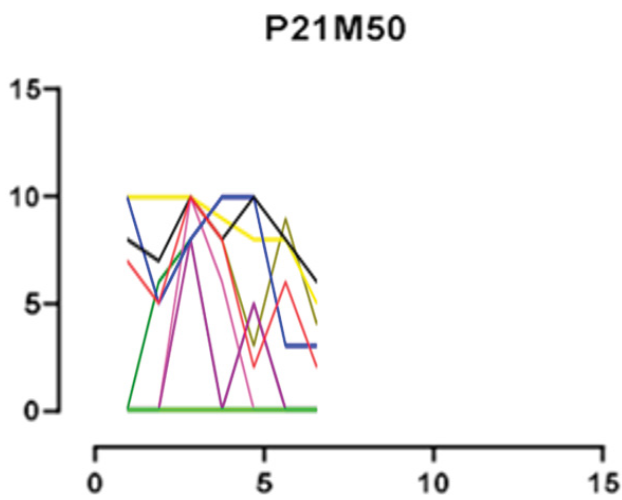
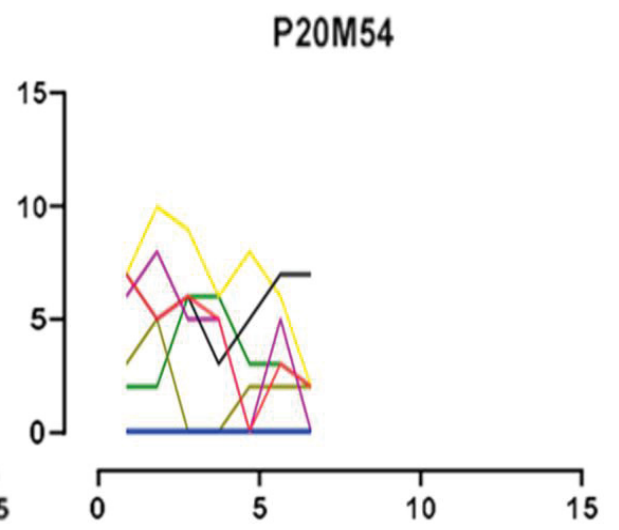
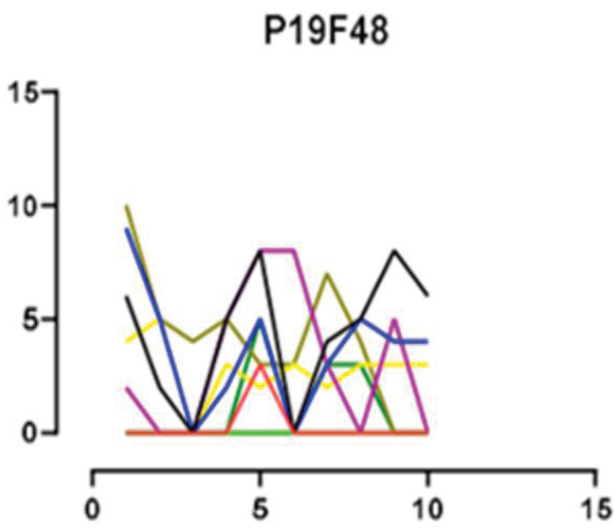
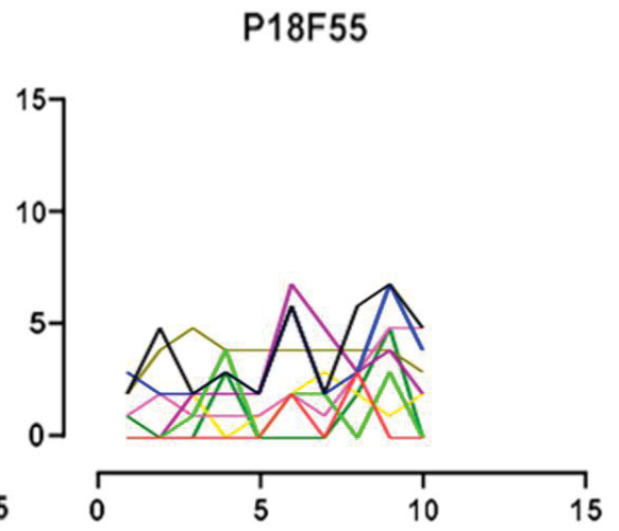
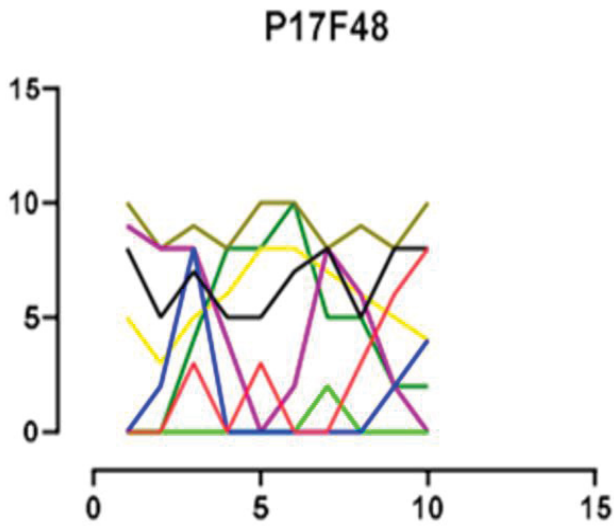
FIGURA 7 – Avaliação dos sintomas por participante

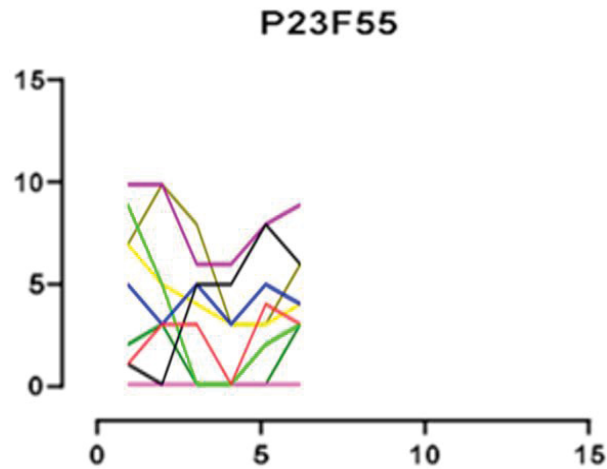


continua









NOTA: Cada gráfico representa um participante (p X) com os valores do escore dos sintomas ao longo das semanas. O eixo y representa o escore ESAS (0-10) e o eixo x o número da semana em que o participante foi submetido a avaliação. As linhas representam um sintoma sendo: ■ Dor, ■ Cansaço, ■ Sonolência, ■ Náusea, ■ Apetite, ■ Falta de ar, ■ Depressão, ■ Ansiedade, ■ Bem estar.

FONTE: O autor (2023).

Os gráficos da Figura 7 mostram que na maioria dos casos houve oscilação na intensidade dos sintomas em um mesmo participante ao longo do tempo.

O sintoma dor foi relatado em intensidade moderada e alta em 47,8% das 247 avaliações. Em 60,8% dos participantes a intensidade da dor chegou a ser 7 ou mais, na escala 0-10, em algumas das avaliações, o que caracteriza dor intensa. Para controle da dor, 60,8% dos participantes relataram já ter utilizado medicação opioide em algum momento do tratamento. Em 30% das 247 avaliações, os participantes não relataram dor.

Entre os sintomas avaliados, o cansaço foi relatado com maior intensidade, apresentando média 5,35 (Tabela 6). Para 47,8% dos participantes o sintoma se manteve presente durante todo o período de avaliações, apresentando pouca oscilação na intensidade ao longo das semanas (Figura 7).

Sobre a náusea, observa-se picos de intensidade ≥ 6 na escala 0-10 em 47,8% dos participantes (Figura 7). A náusea foi frequentemente relatada nas datas próximas aos períodos em que os participantes eram submetidos a tratamento quimioterápico. Dois dos participantes (Figura 7 – p4 e p13) apresentaram maior intensidade de náusea com média de 5,46 e 4,92 respectivamente. No outro extremo, 17,4% dos

participantes (Figura 7 – p19, p20, p21 e p22) não relataram náusea em nenhuma das avaliações.

Referente a falta de ar, observa-se picos de intensidade elevada na escala 0-10 que representam falta de ar severa (Figura 7 - p14, p15 e p16). Foram a óbito durante o período de coleta de dados três participantes (Figura 7 - p2, p3 e p5), sendo realizadas avaliações de sintomas até a penúltima semana de vida desses participantes. Um dos participantes (Figura 7 - p6) fazia uso de cateter nasal para suplementação de oxigênio durante as duas últimas avaliações. Neste caso, a oferta de oxigênio por meio do cateter nasal pode ter influenciado na avaliação da falta de ar, por ser uma medida importante de gerenciamento deste sintoma.

Os participantes relataram medidas de autogerenciamento para alívio da falta de ar, como a utilização de ventiladores domésticos ligados e direcionados para o rosto (fanterapia) e ajuste posicional. Para 39,1% dos participantes, o sintoma falta de ar não foi relatado em nenhuma das avaliações, sendo para estes casos, atribuído valor zero na escala 0-10.

Referente à sonolência, foi constatada em 95,6% dos participantes. Três participantes (Figura 7 – p4, p6 e p13) demonstraram que a intensidade se manteve entre moderada e alta (de 5 a 10) em todas as avaliações. Um participante não apresentou sonolência (Figura 7 – p20).

A ansiedade, apresentou média 5,12 (Tabela 6), sendo o segundo sintoma mais intenso entre os avaliados. Foi relatado por 100% dos participantes em diferentes intensidades. A ocorrência de ansiedade foi relacionada a fatores socioeconômicos, familiares e à redução da autonomia pela progressão da doença. Também foi relacionada à ocorrência de outros sintomas como dor, náusea e falta de ar, manifestados concomitantemente.

A depressão também foi relatada em níveis altos pelos participantes. Porém, para 21,7% dos participantes (Figura 7 – p7, p8, p9, p11 e p22), não houve relato de depressão. Cabe lembrar que na avaliação do sintoma depressão, conforme indicado na ESAS, os participantes foram orientados a atribuir um valor de intensidade de acordo com o quanto se sentiam tristes naquele momento. Na escala ESAS consta o texto “Depressão = sentir-se triste”, pois o termo “Depressão” também se refere ao diagnóstico médico de CID-F32 (Episódios depressivos).

Acerca do sintoma apetite, quatro participantes (Figura 7 – p1, p4, p16 e p23) apresentaram intensidade média superior a 6 na escala 0-10. Em 29,5% das 247

avaliações não houve relato de alteração do apetite. Ressalta-se que ao avaliar o sintoma apetite, conforme indicado na ESAS, os participantes foram orientados a atribuir os maiores valores à pior falta de apetite possível. Nos casos de apetite preservado, ou pouco afetado, foram orientados a atribuir valores menores.

6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Acerca da análise descritiva dos dados, segundo Bunchaft e Kellner (1998), a análise de escores obtidos em dois ou mais grupos são muito frequentes em pesquisas em saúde e não podem ser analisadas por técnicas clássicas como o teste T. Isto ocorre porque as variáveis devem ser analisadas concomitantemente, e não dois a dois como é o caso do teste T. A análise de Variância Simples (ANOVA de 1 via) pressupõe que as variáveis dependentes (scores) tenham suas variâncias avaliadas e comparadas em cada grupo (variáveis independentes ou fatores). Neste caso, os escores de cada grupo compõe um conjunto de dados relativamente homogêneos os quais se deseja comparar.

No caso do presente estudo, não é possível a Anova de 1 via pois a amostra por si só não é homogênea. Pela Figura 7 é possível notar que cada participante em si é um fator distinto, podendo ser classificado como plano fatorial. Ou seja, o trabalho pretende verificar se cada paciente em si, varia em sintomatologia em relação a outro. Logo, a análise adequada para este caso é a ANOVA de duas vias (BUNCHAFT; KELLNER, 1998).

A avaliação de sintomas em pacientes oncológicos deve ser realizada pela enfermagem continuamente, bem como, medidas educativas e de autogerenciamento. Deve-se alertar os pacientes para ocorrência de sintomas múltiplos e concomitantes. Favorecer a percepção e interpretação dos sintomas, pode melhorar a qualidade do manejo por meio do autorrelato (LIN *et al.*, 2020).

Os sintomas se manifestam de maneira dinâmica, sendo necessário estabelecer critérios para um gerenciamento eficaz. Conhecer o perfil sociodemográfico dos pacientes é fundamental para esse processo, pois trata-se de variáveis inerentes ao indivíduo que impactam na intensidade do sintoma e na angústia provocada pelo sintoma (BRANT *et al.*, 2016).

No presente estudo, a média de idade dos participantes foi de 53,3 anos, sendo a maioria do sexo feminino. Entre os diagnósticos, o mais presente foi a neoplasia de mama (30,8%). Os participantes relataram a prática da fé e religiosidade como estratégia de apoio para o enfrentamento da doença. A maioria (56,5%) se autodeclarou católico, e 43,5% protestantes.

Corroborando com estes dados, um estudo intitulado “Espiritualidade, Religiosidade, *Distress* e Qualidade de Vida em Pacientes Oncológicos”, realizado na

Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo (UNIFESP/HSP), com 106 participantes, avaliou pacientes com câncer avançado, em que a idade média foi de 51,9 anos, predominância do sexo feminino (62%), e o câncer mais prevalente foi a neoplasia de mama (28%). A relação entre católicos e protestantes foi de 54% e 46% respectivamente (OKUMA *et al.*, 2021).

Divergindo dos dados oficiais do Censo fornecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 64,6% dos brasileiros se autodeclararam católicos (IBGE, 2010).

Em um estudo sobre sintomas em pacientes oncológicos realizado no Rio de Janeiro com 146 pacientes com câncer avançado, os números obtidos nos perfis sociodemográficos e clínicos referentes a sexo, média de idade e tipos de câncer, apresentaram dados semelhantes, sendo estes: idade média superior a 50 anos, maioria composta por mulheres, e o câncer mais presente foi a neoplasia de mama (35,86%) (MELLO *et al.*, 2021).

Segundo dados da *International Association for the Study of Pain* (IASP), a dor é um sintoma que atinge aproximadamente 50 a 70% dos pacientes oncológicos em qualquer estágio, chegando a aproximadamente 90% em pacientes com a doença avançada (COHEN; QUINTNER; RYSEVYC, 2018).

O sintoma dor esteve presente em aproximadamente 70% das 247 avaliações, em diferentes níveis de intensidade. Relataram o sintoma 95% dos participantes em algum momento das avaliações. Para o controle da dor, 60,8% relataram já ter feito uso de medicamento opioide. Em 47,8% das avaliações, a dor relatada foi de intensidade moderada e alta.

Divergindo desses dados, uma meta análise, incluiu 444 estudos publicados no período de 2014 a 2021, com o objetivo de fornecer uma visão geral da prevalência e intensidade da dor em pacientes oncológicos. Concluiu-se que tanto a prevalência quanto 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 e manejo da dor por parte dos serviços (SNIJDERS *et al.*, 2023).

Uma revisão integrativa acerca do tratamento da dor em pacientes oncológicos concluiu que os opioides são a principal classe de medicamentos utilizada para controle da dor, apesar do risco de dependências física e psicológica, além de outros efeitos adversos. O estudo também apresentou resultados importantes

referentes a terapias complementares, autogerenciamento e acompanhamento multidisciplinar, associados ao uso de opioides para o manejo da dor oncológica (GUERINI; OLIVEIRA; REIS, 2022).

Segundo Bates *et al.* (2022), o uso prolongado de opioides para controle da dor oncológica é também um fator de risco para depressão, e cerca de 20 a 30% dos pacientes com câncer desenvolvem esta comorbidade.

No presente estudo, 100% dos participantes relataram algum nível de ansiedade, sendo o sintoma com a segunda maior média de intensidade entre os avaliados. Ainda, 78,3% relataram sentimento de tristeza/depressão. Ansiedade e tristeza/depressão, foram relacionadas pelos participantes, principalmente aos sintomas dor e náusea, e também a fatores socioeconômicos, familiares e ao enfrentamento do câncer.

Corroborando com esses achados referentes aos sintomas psicológicos, um estudo quantitativo realizado com 202 pacientes portadores de câncer no norte do Brasil, estabeleceu uma relação entre ansiedade, depressão e estresse com a QV dos pacientes. Constatou-se a alta prevalência de depressão, ansiedade e estresse entre pacientes oncológicos, e uma importante relação destes com outros sintomas como dor, náusea e falta de ar, que possam vir a ser intensificados devido à progressão da doença, o que resulta em diminuição na QV (GALVÃO; CALHEIROS; CRISPIM, 2021).

Na Grécia, um estudo prospectivo observacional transversal, realizado com uma amostra por conveniência de 150 pacientes, internados e ambulatoriais, atendidos no setor de oncologia de um hospital militar de Atenas, destaca a importância da vigilância sobre a saúde mental de pacientes com câncer, e conclui que sintomas da depressão tendem a agravar-se nesses casos, caracterizando fator de risco para ideação suicida e sentimento de antecipação da morte. Sintomas psicológicos não manejados corretamente, afetam além da QV, a adesão ao tratamento e a sobrevivência dos pacientes oncológicos (ARVANITOU *et al.*, 2023).

Durante o período de avaliação dos sintomas, 100% dos participantes do presente estudo, em algum momento, receberam tratamento quimioterápico, com finalidade curativa ou paliativa. Algumas avaliações de sintomas aconteceram durante a infusão de QT. De acordo com os resultados das avaliações foi possível inferir que sintomas se manifestam paralelamente em pacientes com câncer avançado, indicando um cenário de inter-relação importante. A ESAS possibilitou avaliar a

intensidade dos sintomas isoladamente, permitindo definir quais se sobrepõem a outros. Porém, constatou-se a ocorrência de um grupo de sintomas manifestando-se simultaneamente. Frequentemente, os participantes relacionaram o aumento de intensidade dos sintomas dor, náusea e fadiga/cansaço ao tratamento quimioterápico.

Corroborando com esses achados, um estudo descritivo, correlacional, quantitativo realizado no ambulatório de um hospital paulista com 74 pacientes durante sessões de QT, avaliou a relação entre os sintomas físicos e psicológicos em pacientes com câncer. Concluiu-se que sintomas físicos como dor, náusea, falta de ar e fadiga, quando não manejados adequadamente, interferem significativamente nos níveis de ansiedade e depressão (ZAYAT *et al.*, 2021).

Um estudo realizado em um hospital universitário japonês com 608 pacientes submetidos a QT antineoplásica ambulatorial, constatou que 70,4% apresentava fadiga relacionada ao câncer. Os participantes foram avaliados antes e após a administração de QT com a *Edmonton Symptom Assessment System Revised Japanese version (ESAS-rJ)*. O estudo concluiu que 20,3% dos participantes apresentou cansaço ≥ 3 após a sessão de QT ambulatorial. Pacientes com anemia ou inflamações apresentaram maior intensidade de cansaço e fadiga (FUJIHARA *et al.*, 2023).

Acerca do sintoma apetite, os resultados também são significativos. Em alguns participantes, os níveis se mantiveram altos durante todo período de coleta de dados. Segundo Bruera e Dev (2021), falta de apetite é frequentemente observada em pacientes com câncer, pois é uma doença crônica que afeta o sistema orgânico, pode causar anorexia e perda de peso. A anorexia no câncer pode representar importante resposta adaptativa que permite um organismo mobilizar 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 divisão.

Corroborando com os dados levantados, um estudo de revisão denominado, “Problema de apetite em pacientes com câncer: Fisiopatologia, diagnóstico e tratamento”, destaca a prevalência relatada do sintoma em câncer avançado que varia de 39% a 81,5% para perda de peso, e 30% a 80% para anorexia. A escala ESAS tem sido utilizada para muitas pesquisas sobre os problemas de apetite em câncer avançado e tem demonstrado eficácia para identificação e rastreamento dos problemas de apetite (HARIYANTO; KURNIAWAN, 2021).

Em um abrangente centro de atendimento a pacientes oncológicos na Itália, realizou-se um estudo retrospectivo em prontuários de 90 pacientes com câncer, objetivando estimar a prevalência de depressão e desnutrição nesses pacientes. O estudo constatou que um terço dos pacientes com câncer apresentavam déficit nutricional relacionado com depressão, e destacou a necessidade de avaliação sistemática do estado nutricional, bem como dos sintomas depressivos em pacientes oncológicos (NUCCI *et al.*, 2023).

Segundo um estudo sobre métodos de triagem e prevenção à desnutrição em pacientes com câncer, a desnutrição causa cerca de 20% dos óbitos por câncer, e estima-se que 50 a 80% dos pacientes com câncer avançado apresentam desnutrição. A identificação e rastreio dos problemas de apetite é um importante fator de prevenção a complicações nutricionais (MOLFINO; IMBIMBO; LAVIANO, 2022).

A náusea foi, entre os sintomas avaliados, o menos intenso em média. No entanto, alguns participantes relataram picos de intensidade elevada, geralmente relacionado com o período em que os foram submetidos a tratamento quimioterápico. Entretanto, 26% dos participantes apresentaram náuseas por períodos \geq a cinco semanas em que não foram submetidos a quimioterapia.

O estudo de Wickham (2020) corrobora com estes achados, por afirmar que a náusea em pacientes de câncer avançado não está exclusivamente relacionada aos tratamentos quimioterápicos ou radioterápicos, sendo provocado por causas múltiplas, inclusive pela progressão da doença. Complementa afirmando que o manejo eficaz da náusea é um preditor determinante para a QV de pacientes com câncer. Uma avaliação detalhada do paciente é fundamental para se determinar a etiologia da náusea, o que aumenta a possibilidade de elaboração de um plano de manejo eficaz (NAVARI, 2020).

Os participantes do presente estudo relataram fazer uso de medicamentos antieméticos frequentemente, quando necessário, e alguns relataram alívio dos sintomas após introduzirem ao tratamento, com anuência do médico, alguma terapia complementar. As terapias complementares relatadas pelos participantes do presente estudo foram fitoterapia, acupuntura e psicoterapia em grupo.

Corroborando com esse resultado, um estudo quantitativo realizado no hospital universitário de uma faculdade de medicina tradicional chinesa em Tianjin-China, com 81 pacientes portadoras de câncer de mama. Utilizou-se uma abordagem caso controle, que concluiu que a acupuntura associada ao uso de medicamentos

antieméticos proporcionou um alívio maior da náusea e de outros sintomas, do que a abordagem somente com os medicamentos (KONG *et al.*, 2022).

Um outro estudo observacional transversal realizado no Estados Unidos, incluindo 148 mulheres com câncer de mama metastático, ressaltou a importância do manejo adequado de dor e náusea, por constatar que pacientes com câncer que tiveram experiências de dor e náuseas não devidamente gerenciadas, manifestam níveis mais elevados de ansiedade e depressão (SENKPEIL *et al.*, 2022).

Um estudo espanhol com 748 participantes com câncer em estadio avançado, de 15 instituições de referência, avaliou a relação entre o estado físico funcional e a ocorrência de sintomas depressivos. A prevalência de depressão nos participantes foi de 44,3%, e concluiu-se que pessoas com maior capacidade funcional e atitude positiva de enfrentamento da doença, apresentam menor intensidade de sintomas da depressão. O estudo reforça a necessidade de avaliação de sintomas emocionais em pacientes oncológicos com redução de capacidade funcional (GONZÁLEZ *et al.*, 2023).

Corroborando com a recorrente manifestação simultânea de sintomas, e a interrelação entre os sintomas físicos e emocionais, um estudo transversal realizado em Pequim com 176 mulheres portadoras de câncer de mama metastático, objetivou avaliar sintomas emocionais nessas pacientes. A incidência de depressão, ansiedade e estresse constatada foi respectivamente de 52,3%, 60,2% e 36,9%. Sintomas físicos como dor, dispneia e perda de apetite foram associados ao aumento da depressão. Concluiu-se que a prevalência de depressão, ansiedade e estresse é alta em mulheres com câncer de mama metastático, e que medidas de identificação e manejo de sintomas emocionais devem ser constantemente implementadas a essas pacientes (GUO *et al.*, 2023).

Na Alemanha, realizou-se um estudo multicêntrico em cinco regiões, com o objetivo de determinar a prevalência da ansiedade, e realizar uma comparação entre os níveis de ansiedade de pacientes com câncer, e os níveis de ansiedade da população em geral. Participaram do estudo 4020 adultos com câncer, e 10.000 adultos da população em geral. A comparação resultou em um risco 2,7 maior de ansiedade em pacientes com câncer. Concluiu-se que a ansiedade deve ser identificada precocemente e devidamente manejada, pois pode impactar negativamente na QV e na adesão ao tratamento (GOERLING; HINZ; KOCH-GROMUS, 2023).

No presente estudo o cansaço/fadiga foi o sintoma de maior intensidade entre os participantes. Cansaço/fadiga se caracteriza como um sintoma persistente, um senso subjetivo de cansaço físico, emocional e cognitivo ou exaustão relacionada ao câncer (CHAPMAN *et al.*, 2022). Corroborando com esses dados, uma pesquisa sobre sintomas realizada no Rio de Janeiro com 146 pacientes de câncer avançado de diferentes tipos, o cansaço/fadiga foi incidente. O estudo destacou a inter-relação entre o cansaço e outros sintomas, ocasionando um importante fator de diminuição da QV (MELLO *et al.*, 2021).

Em um estudo multicêntrico incluindo 2177 pacientes com câncer de tipos variados, em atendimento ambulatorial, com o propósito de gerenciamento eficaz da fadiga, definiu-se estatisticamente categorias de gravidade da fadiga. Constatou-se a alta prevalência de fadiga/cansaço em nível moderado/grave, acometendo 45% dos participantes (WANG *et al.*, 2014).

Acerca do manejo do cansaço, uma pesquisa em Blumenau-SC, em que participaram 100 pacientes com câncer de diferentes tipos, atendidos em nível hospitalar, foram avaliados a fadiga e o estado nutricional dos participantes. A média de idade da amostra foi de 55,9 anos, e o diagnóstico mais prevalente foi a neoplasia de mama (36%). O trabalho evidenciou a forte relação do *déficit* proteico com a fadiga, sendo uma dieta rica em proteínas associada ao sono e a atividade física, eficientes para manejo do cansaço/fadiga em pacientes com câncer (KORMANN; KORZ; ALIGLERI, 2021).

No presente estudo, o diagnóstico de neoplasia de mama constituiu 30,8% dos participantes. Foram submetidos a tratamento radioterápico 21,7% dos participantes. Corroborando com esse achado, uma pesquisa sobre a fadiga em mulheres com câncer de mama submetidas a RT, incluiu 89 participantes que foram avaliadas antes e após o tratamento com RT. Concluiu-se que ocorreu um aumento da fadiga/cansaço relacionado ao tratamento radioterápico. O índice de casos moderados de fadiga nessas pacientes chegou a 30% (BAHIA *et al.*, 2019).

A sonolência foi presente em 95,6% dos participantes. Corroborando com esses resultados, em uma revisão integrativa com o objetivo de identificar os principais sintomas apresentados pelos pacientes em CP oncológico, a sonolência foi um dos 10 sintomas mais prevalentes (BITTENCOURT, 2021).

No presente estudo, 100% dos participantes foram submetidos a tratamento quimioterápico nos últimos cinco anos, e apenas um participante não relatou

problemas relacionados ao padrão de sono e repouso. Em um estudo observacional, analítico, longitudinal sobre a qualidade de sono, realizado em um hospital do Vale do Paraíba Paulista, com 120 pacientes com câncer de tipos diversos, submetidos a tratamento quimioterápico, constatou-se que mais de 70% dos participantes apresentavam distúrbios do sono. Os efeitos da QT podem influenciar nas alterações do sono por até cinco anos quando não tratados adequadamente (NUNES; CEOLIM, 2019).

A falta de ar foi um sintoma presente em 68% dos participantes, em diferentes níveis de intensidade autorrelatada nas avaliações de sintomas. Alguns participantes que apresentaram o sintoma em intensidade leve relataram medidas de autogerenciamento, tais como, adoção de posição sentado, ou semissentado, e uso de ventiladores domésticos diretamente à face.

Segundo Van Dongen *et al.* (2020), em uma revisão sistemática, a prática da autogestão de sintomas em pacientes com câncer avançado é algo dinâmico, altamente pessoal, e deve ser estimulada por familiares e profissionais de saúde. A fanterapia foi uma das medidas de autogerenciamento relatadas por participantes do presente estudo para alívio da falta de ar.

Como medida de autogestão de sintomas, a fanterapia é recomendada nos serviços de saúde. Um estudo chinês sobre o uso de fanterapia para alívio da falta de ar, realizado com 30 pacientes que apresentavam dificuldade respiratória, em um hospital de Macau, concluiu que o uso de ventiladores pode conferir alívio da falta de ar para pacientes com câncer avançado (WONG *et al.*, 2017).

Segundo Keramida; Kostoulas (2023), a falta de ar é um dos cinco principais sintomas dos pacientes com câncer. Pode ser provocada por diversos fatores, tem alto potencial debilitante, e agrava-se fortemente nas últimas seis semanas de vida. A origem multifatorial da falta de ar relacionada ao câncer, dificulta a avaliação, o que torna o manejo cada vez mais complicado à medida que a doença se agrava. São recomendadas medidas farmacológicas e não farmacológicas.

Entre os resultados obtidos, a falta de ar apresentou intensidade elevada em alguns casos. Os 26% de participantes que apresentaram evolução importante da doença durante o período de coleta de dados, manifestaram picos de alta intensidade de falta de ar, necessitando em alguns casos de suplementação de oxigênio, e intervenção farmacológica. Três participantes enfrentaram o período de *end of life*, e

apresentaram piora da falta de ar, necessitando de suporte farmacológico e manutenção dos níveis de oxigênio.

Corroborando com os resultados obtidos, um estudo com 91 participantes durante o período do *end of life*, incluindo pacientes com cânceres, objetivou determinar a trajetória da dispneia e do desconforto respiratório em pacientes nos últimos dias de vida, e concluiu que a dificuldade respiratória da amostra aumentou com o passar dos dias. A falta de ar foi autorrelatada pelo paciente utilizando-se uma escala de 0 a 10 para determinar a intensidade, enquanto o desconforto respiratório era observado e registrado de maneira subjetiva pelos pesquisadores. Vale destacar que a capacidade do autorrelato pelo paciente tende a diminuir gradativamente no período do *end of life*, podendo interferir no manejo eficaz da falta de ar (CAMPBELL *et al.*, 2018).

Um estudo de revisão intitulado “Perguntas não respondidas e direção futura no tratamento da falta de ar terminal em pacientes com câncer”, define a falta de ar terminal como a falta de ar em pacientes com expectativa de vida estimada de semanas a dias, e enfatiza características clínicas de piorar rapidamente ao longo de dias ou horas, conforme a morte se aproxima, apesar das medidas atuais de controle dos sintomas (MORI *et al.*, 2020).

Ainda segundo Mori *et al.* (2020), as principais modalidades de tratamento para falta de ar e condições relacionadas em pacientes com câncer com expectativa de vida estimada de semanas a dias são os opioides, sob a forma de morfina, que tem sido usada como terapia farmacológica de primeira linha para aliviar a falta de ar em pacientes com câncer avançado em todo o mundo, havendo várias diretrizes clínicas que recomendam morfina para a falta de ar do câncer em geral. Além dos opioides, também se aplicam benzodiazepínicos, corticosteroides, oxigênio suplementar e tratamento não farmacológico. Condutas semelhantes foram observadas nas avaliações dos participantes do presente estudo que atravessaram o período do *end of life*.

A constipação foi relatada por 43,4% dos participantes do presente estudo. De acordo com os participantes, a ocorrência de “prisão de ventre” (constipação) era frequentemente associada ao uso de morfina, e uma das principais justificativas dos médicos aos participantes, para a ocorrência de constipação era a necessidade de controle da dor com morfina e outros medicamentos. Os participantes relataram ainda, fazer uso frequente de fármacos laxantes.

Uma revisão sistemática realizada em Londres com 150 pacientes em CP, acerca do manejo da constipação, concluiu que há poucas evidências de implementação de medidas preventivas e não farmacológicas, e em geral, a conduta para constipação em CP é conduzida por abordagem farmacológica (MCILFATRICK *et al.*, 2019).

Corroborando com os achados do presente estudo, uma pesquisa descritiva, transversal em um hospital da Paraíba com 20 pacientes oncológicos em uso de opioides, concluiu que os hábitos intestinais dessas pessoas diminuíram após iniciarem o uso de morfina. Constatou ausência de protocolo clínico para manejo de constipação intestinal, e destacou que a maioria dos pacientes necessita de uso frequente de medicamento laxativos para melhorar a função intestinal (AGRA *et al.*, 2018).

Um estudo multicêntrico prospectivo com 246 participantes, avaliou a mudança na prevalência de constipação em pacientes com câncer avançado após uma semana recebendo suporte de CP especializados, e fazendo uso de benzodiazepínicos. Foi constatado falta de prevenção e subtratamento da constipação. Em geral, os pacientes apresentaram piora da função intestinal após uma semana de tratamento em CP (MERCADANTE *et al.*, 2018).

Os opioides, embora representem riscos de efeitos colaterais relevantes, constituem um dos pilares no tratamento da dor oncológica, tem sua eficácia comprovada, bem como, protocolos de administração seguros aos pacientes. Contudo, um efeito indesejado conhecido é a disfunção intestinal de opioide, caracterizada por alteração na motilidade gastrointestinal com redução do peristaltismo intestinal, levando a constipação. A prevalência da constipação em pacientes de câncer que fazem uso de opioide é superior a dois terços, e são significativos os impactos na QV (HAWLEY *et al.*, 2020).

Além da constipação como resultado da diminuição do peristaltismo, sintomas como náuseas, distensão abdominal, saciedade precoce e ou dor, também são frequentemente relacionados à administração de opioides (MEARIN *et al.*, 2016).

Acerca das terapias complementares relatadas nos resultados desta pesquisa por 34% dos participantes, a acupuntura foi associada pelos participantes que fizeram uso, ao alívio dos sintomas dor, náusea, ansiedade e sensação de bem estar. Corroborando com esse dado, a acupuntura tem apresentado eficácia para diminuir a

náusea e reduzir as necessidades de antieméticos em pacientes que recebem quimiorradiação (CANGEMI; KUO, 2019).

Um serviço de medicina integrativa acompanhou 172 pacientes com câncer hospitalizados em um grande centro de tratamento oncológico no Texas-USA, que apresentavam múltiplos sintomas. Os participantes, assim como no presente estudo, tiveram os sintomas avaliados pela escala ESAS. Após receberem pelo menos um tratamento de acupuntura, esses participantes relataram melhora significativa da dor, náusea, fadiga, sonolência ou ansiedade (GARCIA *et al.*, 2018).

A acupuntura digital (sem agulhas), usando uma banda de acupressão digital de baixo custo, pode ser eficaz como terapia complementar para reduzir a náusea. Um estudo com 53 mulheres submetidas a tratamento quimioterápico contra câncer de mama, concluiu que a acupressão digital P6 (ponto de pressão pericardium 6) foi significativamente mais eficaz do que a acupressão com placebo. As pacientes foram submetidas à terapia por aproximadamente três minutos, ou em alguns casos, por tempo superior até que a náusea diminuísse (WICKHAM, 2020).

Entre os participantes do presente estudo que aderiram a alguma terapia complementar, paralela ao tratamento recebido na instituição cenário do estudo, 21,8% optaram pela fitoterapia, e relataram alívio dos sintomas. Um estudo colombiano do grupo de imunologia e biologia celular de uma universidade de Bogotá, apresentou uma pesquisa avançada de substâncias de origem fitoterápica, onde acredita que se possa servir como matéria prima para medicamentos capazes de melhorar a resposta imunológica dos pacientes com câncer, e desacelerar a multiplicação celular tumoral e os processos metastáticos (FIORENTINO; URUEÑA, 2021).

Foi analisado também um estudo de revisão sobre plantas medicinais como alternativa para o tratamento oncológico. No qual são apresentados dados relativos a substâncias proveniente das plantas que têm eficácia comprovada para tratamento do câncer, e sobre os altos índices de adesão à fitoterapia como terapia complementar nos Estados Unidos e Europa. Existem casos em que a fitoterapia é utilizada como a principal modalidade de tratamento de câncer (ZARDETO-SABEC; JESUS; QUEMEL, 2019).

7 CONCLUSÃO

O câncer é uma das principais causas de morte prematura. A confirmação do diagnóstico de câncer por si só, consiste em um grande pesar para o paciente e seus familiares. O diagnóstico revela um estágio avançado, progressivo e incurável da doença, e essas pessoas passam a experimentar uma série de sintomas desagradáveis que impactam significativamente a QV.

A abordagem preconizada para o câncer avançado é a introdução precoce dos cuidados paliativos, visando o alívio dos sintomas, conforto e QV do paciente. Entretanto, é notória a dificuldade de aceitação da pessoa, dos familiares, e até mesmo, da equipe de saúde em adotar um tratamento com viés paliativo em detrimento do curativo.

Os resultados apresentados demonstraram que os sintomas, em pessoas com câncer avançado, se manifestam de maneira concomitante. Sintomas físicos como dor, náusea e cansaço, podem ser potencializados por sintomas psicológicos como ansiedade e depressão, revelando que há uma importante inter-relação entre os sintomas.

O autorrelato da pessoa que experiencia o sintoma é fundamental para uma avaliação precisa. Porém, a habilidade de expressar a intensidade de um sintoma, ou de um grupo de sintomas pode variar. Fatores físicos, psicossociais, culturais e farmacológicos podem interferir na capacidade do indivíduo em dimensionar sintomas. O instrumento ESAS mostrou-se adequado para as avaliações de sintomas, sendo facilmente compreendido pelos participantes, de aplicação rápida, e forneceu dados objetivos. Os sintomas apresentados pelos participantes foram avaliados por meio da ESAS durante o prazo estabelecido.

Achados do presente estudo evidenciaram que os principais sintomas de câncer avançado, em alguns casos, se manifestavam em níveis de intensidade elevados. Reforçando a necessidade de reavaliação contínua e holística dos sintomas.

Pode-se dizer que os limites para realização da presente pesquisa foram: 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 diversos tipos de câncer para elevar o quantitativo de participantes.

Novos estudos sobre a temática são necessários para fortalecer e consolidar o processo de avaliação e manejo dos sintomas da pessoa com câncer avançado. Metodologias orientadas a tipos isolados de câncer podem contribuir para aprofundar o conhecimento específico e aprimorar o processo de avaliação sistemática e direcionada às necessidades multidimensionais e distintas de cada grupo.

Por fim, espera-se que este estudo possa contribuir com a equipe de saúde, principalmente com a enfermagem, para o aprimoramento do manejo dos sintomas em pacientes portadores de câncer avançado, através de um processo de avaliação eficaz, que proporcione melhora da QV a estes pacientes e seus familiares.

REFERÊNCIAS

- AGRA, G.; LOPES, A.E.D; FALCONE, A.P.M.; CARMO, E.S.; FILHO, L.L.N.S.; DANTAS, J.S. Perfil sociodemográfico, clínico e terapêutico de pacientes com câncer em uso de opioides e com constipação intestinal. **Enfermagem Brasil**, v. 17, n. 3, p. 218-226, 2018. Acesso em: 11 nov. 2022. DOI: <https://doi.org/10.33233/eb.v17i3.1195>.
- ALVES, H.L.C.; LIMA, G.S.; ALBUQUERQUE, G.A.; GOMES, E.B.; CAVALCANTE, E.G.R.; AMARAL, M.C.V. Uso das teorias de enfermagem nas teses brasileiras: estudo bibliométrico. **Cogitare Enferm.** [Internet], 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.71743>. Acesso em: 8 nov. 2022.
- AHF - Americas Health Foundation. **The impact of the COVID-19 pandemic on cancer care in Latin America and the Caribbean**. 2022. Disponível em: <https://americashealthfoundation.org/wp-content/uploads/FINAL-AHF-COVID-19-Impact-Study-ENG-2022.pdf>. Acesso em: 8 nov. 2022.
- Alberta Health Services. *ESAS - revised - Administration Manual*. **AHS Edmonton Zone Palliative Care Program, CH Palliative Institute & University of Alberta**. Canadá, 2019.
- ANCP - Academia Nacional de Cuidados Paliativos. **Panorama dos cuidados paliativos no Brasil**, 2018. Disponível em: <https://paliativo.org.br/wp-content/uploads/2018/10/Panorama-dos-Cuidados-Paliativos-no-Brasil-2018.pdf>. Acesso em: 8 nov. 2022.
- ANDRES, S.C.; MACHADO, L.B.; FRANCO, F.P. Assistência de enfermagem aos pacientes em cuidados paliativos. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 6, p. e55910616140, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i6.16140>. Acesso em: 08 nov. 2022.
- 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**, v. 32, n. 5, p. 712-720, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1002/pon.6115>. Acesso em: 10 mar. 2023.
- ATTY, A.T.M.; TOMAZELLI, J.; DIAS, M.B.K.; RIBEIRO, C.M. Impacto da pandemia da Covid-19 no diagnóstico do câncer de boca no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 68, n. 4, p. e-042675, 2022. DOI: [10.32635/2176-9745.RBC.2022v68n4.2675](https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2022v68n4.2675). Acesso em: 23 nov. 2022.
- BAHIA, J.C.; LIMA, C.M.; OLIVEIRA, M.M.; GUIMARÃES, J.V.; SANTOS, M.O.; MOTA, D.D.C.F. Fadiga em mulheres com câncer de mama submetidas à radioterapia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 65, n. 2, p. e-09089, 2019.

DOI: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2019v65n2.89>. Acesso em: 3 dez. 2022.

BATES, N.; BELLO, J.K.; OSAZUWA-PETERS, N. *et al.* Depression and long-term prescription opioid use and opioid use disorder: implications for pain management in cancer. **Curr. Treat. Options in Oncol**, v. 23, p. 348-358, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11864-022-00954-4>. Acesso em: 14 nov. 2022.

BITTENCOURT, N.C.C.M. Sinais e sintomas manifestados por pacientes em cuidados paliativos oncológicos na assistência domiciliar: uma revisão integrativa. **Escola Ana Nery**, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0520>. Acesso em: 07 jul. 2022.

BRANT, J.M.; DUDLEY, W.N.; BECK, S.; MIASKOWSKI, C. Evolution of the dynamic symptoms model. **Oncol Nurs Forum**, v. 43, n. 5, p. 651-654, 1 set 2016. DOI: [10.1188/16.ONF.651-654](https://doi.org/10.1188/16.ONF.651-654). Acesso em: 3 mar. 2023.

BRASIL. **Lei nº 12.732 de 22 de novembro de 2012**. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Brasília: Presidência da República, 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm. Acesso em: 5 nov. 2022.

BRASIL. **Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 5 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de bases técnicas da oncologia: SIA/SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais**. 30. ed. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Coordenação-Geral de Gestão dos Sistemas de Informações em Saúde, 2022. 203p. Acesso em: 02 jan. 2023. https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//manual_oncologia_30a_edicao_agosto_2022_25_08_2022_-_26-08-2022.pdf

BRASIL. Novo salário mínimo 2022: veja como registrar o reajuste no eSocial Doméstico. **eSocial**, 4 fev. 2022. Disponível em <https://www.gov.br/esocial/pt-br/noticias/novo-salario-minimo-2022-veja-como-registrar-o-reajuste-no-esocial-domestico>. Acesso em: 15 nov. 2022.

BRUERA E, KUEHN N, MILLER MJ, SELMSER P, MACMILLAN K. **The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients**. J Palliat Care. 1991 Summer;7(2):6-9. PMID: 1714502. Acesso em: 01 mar. 2023.

BRUERA, E.; DEV, R. Assessment and management of anorexia and cachexia in palliative care. **UpToDate**, 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/>

assessment-and-management-of-anorexia-and-cachexia-in-palliative-care. Acesso em: 24 nov. 2022.

BRUM, C.N.; ZUGE, S.S.; RANGEL, R.F. Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde. In: LACERDA, M.R.; COSTENARO, R.G. **Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde**: da teoria à prática. 2. ed. Porto Alegre: Moriá, 2018. 496 p.

BUNCHAFT, G.; KELLNER, S.R.O. **Estatística sem mistérios**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998. v. 3.

CAMARGO, R. **Radioterapia e medicina nuclear**: conceitos, instrumentação, protocolos, tipos de exames e tratamentos. 1. ed. São Paulo: Érica, 2015.

CAMPBELL, M.L.; KIERNAN, J.M.; STRANDMARK, J.; YARANDI, H.N. Trajectory of dyspnea and respiratory distress among patients in the last month of life. **J Palliat Med**, v. 21, n. 2, p. 194-199, fev. 2018. DOI: [10.1089/jpm.2017.0265](https://doi.org/10.1089/jpm.2017.0265). Acesso em: 14 nov. 2022.

CANGEMI, D.J.; KUO, B. Practical perspectives in the treatment of nausea and vomiting. **J Clin Gastroenterol**, v. 53, n. 3, p. 170-178, mar. 2019. DOI: [10.1097/MCG.0000000000001164](https://doi.org/10.1097/MCG.0000000000001164). Acesso em: 11 nov. 2022.

CARVALHO, R.T.; SOUZA, M.R.B.; FRANCK, E.M. **Manual da residência de cuidados paliativos**. Barueri, SP: Manole, 2018. Acesso em: 12 dez. 2022.

CASARIN, S.T.; PORTO, A.R.; GABATZ, R.I.B. Tipos de revisão de literatura: considerações das editoras do **Journal of Nursing and Health**, v. 10, n. especial, 2020. DOI: <https://doi.org/10.15210/jonah.v10i5.19924>. Acesso em: 07 jul 2022.

CHAPMAN, E.J.; MARTINO, E.; EDWARDS, Z.; BLACK, K.; MADDOCKS, M.; BENNETT, M.I. Practice review: Evidence-based and effective management of fatigue in patients with advanced cancer. **Palliative Medicine**, v. 36, n. 1, p. 7-14, 2022. DOI: [10.1177/02692163211046754](https://doi.org/10.1177/02692163211046754). Acesso em: 12 jan. 2023.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 12. ed. São Paulo: Cortez, 2017. 55p.

COHEN, M; QUINTNER, J.; RYSEVYC, S. Reconsidering the International Association for the Study of Pain definition of pain. **PAIN Reports**, v. 3, n. 2, p. e634, mar./abr. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/PR9.0000000000000634>. Acesso em: 03 mar. 2023.

CONCHON, M.F.; NASCIMENTO, L.A.; FONSECA, L.F.; ARONI, P. Perioperative thirst: an analysis from the perspective of the Symptom Management Theory. **Rev**

Esc Enferm USP, v. 49, n. 1, p. 122-128, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000100016>. Acesso em: 06. dez. 2022.

COSTA, G.J.; MELLO, M.J.G.; BERGMANN, A.; FERREIRA, C.G.; TRULER, L.C.S. Estadiamento TMN e padrão de tratamento oncológico de 73.167 pacientes com câncer de pulmão no Brasil. **J Bras Pneumol**, v. 46, n. 1, p. e20180251, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-3713/e20180251>. Acesso em: 03 mar. 2023.

CRESWELL, J.W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativos, quantitativos e mistos**. 5. ed. São Paulo: Bookman, 2021.

DODD, M.; JANSON, S.; FACIONE, N.; FAUCETT, J.; FROELICHER, E.S.; HUMPHREYS, J. et al. Advancing the science of symptom management. **J Adv Nurs**, v. 33, n. 5, p. 668-676, 2001. DOI: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01697.x>. Acesso em: 10 mar. 2023.

DUKANOVIĆ, K.; VASIĆ, S.B. Palijativna nega kao integralni deo Zdravstvene Nege. **Pregledni Rad.**, v. 23, n. 80, p. 11-14, 2020. DOI: [10.5937/sestrec2080011q](https://doi.org/10.5937/sestrec2080011q). Acesso em: 06 nov. 2022.

EBSERH. **Grupo de cuidados paliativos**. Regimento. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-uftm/governanca/comissoes-comites-nucleos-e-gts/nucleos-e-gts/documentacao-ate-2020/regimento-gcp-grupo-de-cuidados-paleativos-final.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2022.

ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT. The 2015 quality of death index: ranking palliative care across the world. London: **Economist Intelligence Unit**, 2015. Disponível em: <https://www.eiuperspectives.economist.com/sites/default/files/2015%20EIU%20Quality%20of%20Death%20Index%20Oct%2029%20FINAL.pdf>. Acesso em: 3 out. 2022.

FARIAS, A.M.L. **Probabilidade e estatística**. v. único. Rio de Janeiro: Fundação CECIERJ, 2010.

FIGUEIREDO, T.A.F. A história dos cuidados paliativos no Brasil. **Revista Ciências em Saúde**, v. 1, n. 2, jul. 2011. Acesso em: 03 fev. 2022. <https://doi.org/10.21876/rcsfmit.v1i2.509>

FINKELSTEIN, E.A.; BHADLIA, A.; GOH, C.; BAID, D.; SINGH, R.; BHATNAGAR, S.; CONNOR, S.R. Cross country comparison of expert assessments of the quality of death and dying 2021. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 63, n. 4, p. 419-429, 2022. DOI <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.12.015>. Acesso em: 02 nov. 2022.

FIorentino, F.; URUEÑA, C. La fitoterapia como fuente de medicamentos reguladores del metabolismo tumoral y activadores de la respuesta inmunitaria. **Rev. Acad. Colômbia Ciência. Ex. Fis. Nat.**, v. 42, n. 163, p. 132-144, abr./jun. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.18257/>. Acesso em: 06 nov. 2022.

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. **Journal of Pharmaceutical Health Care and Sciences**, v. 9, n. 1, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40780-023-00275-0>. Acesso em: 15 abr. 2023.

GALVÃO, E.M.V.; CALHEIROS, P.R.V.; CRISPIM, P.T.B. Ansiedade, Depressão, Estresse e sua relação com a qualidade e vida de pacientes com câncer na região norte do Brasil. **Cont. Clínicos**, v. 14, 2021. DOI: [10.4013/ctc.2021.141.06](https://doi.org/10.4013/ctc.2021.141.06). Acesso em: 11 nov. 2022.

GARCIA, M.K.; COHEN, L.; SPANO, M.; SPELMAN, A.; HASHMI, Y.; CHAOUL, A.; WEI, Q.; LOPEZ, G. Inpatient acupuncture at a major cancer center. **Integr Cancer Ther**, v. 17, n. 1, p. 148-152, mar. 2018. DOI: [10.1177/1534735416685403](https://doi.org/10.1177/1534735416685403). Acesso em: 15 dez 2022.

GOERLING, U.; HINZ, A.; KOCH-GROMUS, U. *et al.* Prevalence and severity of anxiety in cancer patients: results from a multi-center cohort study in Germany. **J Cancer Res Clin Oncol**, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00432-023-04600-w>. Acesso em: 01 abr. 2023.

GONZÁLEZ, A.R.; DURÁNTEZ, V.V.; CASTELLANOS, C.P.; HERNÁNDEZ, R.; MONTES, F.A.; FONSECA, J.P.; TRUJILLO, C.O.A.; CARRASCO, G.M.; OBISPO, B.; ROGADO, J.; BASA, A.M.; CALDERON, C. Mental Adjustment, Functional Status, and Depression in Advanced Cancer Patients. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v. 20, p. 3015, 2023. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph20043015>. Acesso em: 06 abr. 2023.

GUERINI, M.M.; OLIVEIRA, C.R.V.; REIS, B.C.C. Tratamento da dor crônica no paciente oncológico: uma revisão de literatura. **REAMed**, v. 4, 2022. DOI: <https://doi.org/10.25248/REAMed.e9885.2022>. Acesso em: 05 fev. 2023.

GUO, Y.Q.; JU, Q.M.; YOU, M.; LIU, Y.; YUSUF, A.; SOON, L. K. Depression, anxiety and stress among metastatic breast cancer patients on chemotherapy in China. **BMC Nursing**, v. 22, n. 1, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01184-1>. Acesso em: 07 abr. 2023.

HARIYANTO, I.; KURNIAWAN, A. Appetite problem in cancer patients: pathophysiology, diagnosis, and treatment. **Cancer Treatment and Research Communications**, v. 27, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ctarc.2021.100336>. Acesso em: 13 nov. 2022.

HAWLEY, P.; MACKENZIE, H.; GOBBO, M. PEG vs. senosídeos para constipação induzida por opioides no tratamento do câncer. **Support Care Cancer**, v. 28, p.1775-1782, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00520-019-04944-5>. Acesso em: 06 dez. 2022.

HUMPHREYS, J. *et al.* Theory of symptom management. In SMITH, M.J.; LIEHR P.R. (Eds.). **Middle range theory for nursing**. 2. ed. NY, Springer 2008.

HUMPHREYS, J. *et al.*, & University of California, San Francisco, School of Nursing, Symptom Management Faculty Group. (2014). Theory of symptom management. In M. J. Smith & P. R. Liehr (Eds.), **Middle range theory for nursing** (pp. 141–164). Springer Publishing Company

IAHPC. **Global Consensus based palliative care definition**. Houston, TX: The International Association for Hospice and Palliative Care, 2018. Disponível em: <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition/>. Acesso em: 5 nov. 2022.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em: 28 fev. 2023.

INCA – Instituto Nacional de Câncer. **Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, INCA, 2001. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/manual_dor.pdf. Acesso em: 5 nov. 2022.

INCA. **Políticas e ações para prevenção do câncer no Brasil: alimentação, nutrição e atividade física (Sumário executivo)**. Rio de Janeiro: INCA, Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politicas_acoes_prevencao_cancer_brasil.pdf. Acesso em: 10 nov. 2022.

INCA – Instituto Nacional do Câncer. **Estatísticas de câncer**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022a. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros/>. 2022. Acesso em: 01 de nov. 2022.

INCA. **Estimativa/2023 - Incidência de câncer no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022b. Disponível em <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca>, Acesso em 07 de fev. 2023.

JUSTINO, E.T.; KASPER, M.; SANTOS, K.S.; QUAGLIO, R.C.; FORTUNA, C.M. Palliative care in primary health care: scoping review. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, v. 28, p. e3324, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3858.3324>. Acesso em: 16 nov. 2022.

KERAMIDA, K.; KOSTOULAS, A. Dyspnea in oncological patients: a brain teaser. **European Cardiology Review**, v. 8, p. e03, 2023. DOI: <https://doi.org/10.15420/ecr.2021.62>. Acesso em: 13 mar. 2023.

KONG, F.; WANG, Z.; WANG, N.; ZHAO, L.; MEI, Q.; YU, Y.; ZHANG, D.; LI, X.; JIA, Y. The clinical observation of acupuncture combined with antiemetic drugs in the prevention and treatment of CINV in breast cancer patients. **Front Oncol**, v. 12, p. 888651, 8 jul. 2022. DOI: [10.3389/fonc.2022.888651](https://doi.org/10.3389/fonc.2022.888651). Acesso em: 07 fev. 2023.

KORMANN, E.; KORZ, V.; ALIGLERI, T.S. Estado Nutricional, Fadiga e Apetite de Pacientes com Câncer atendidos no Hospital Santo Antônio, Blumenau – SC. Revista **Brasileira de Cancerologia**, v. 67, n. 4, p. e-111375, 2021. Acesso em: 15 nov. 2022. <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2021v67n4.1375>

LAVDANITI, M.; FRADELLOS, E.C.; TROXOUTSOU, K.; ZIOGA, E.; MITSIS, D.; ALIKARI, V.; ZYGA, S. Symptoms in advanced cancer patients in a greek hospital: a descriptive study. **Asian Pac J Cancer Prev**, v. 19, n. 4, p. 1047-1052, 27 abr. 2018. DOI: [10.22034/APJCP.2018.19.4.1047](https://doi.org/10.22034/APJCP.2018.19.4.1047). Acesso em: 04 jul. 2022.

LIN, Y.; DOCHERTY, S.L.; PORTER, L.S.; BAILEY, JR. Symptom experience and self-management for multiple co-occurring symptoms in patients with gastric cancer: A qualitative study. **Eur J Oncol Nurs**, v. 49, p. 101860, dez. 2020. DOI: [10.1016/j.ejon.2020.101860](https://doi.org/10.1016/j.ejon.2020.101860). Acesso em: 06 jul. 2022.

MAURIZ, P.; WIRTZBIKI, P.M.; CAMPOS, U.W. **Protocolo de cuidados paliativos**. ISGH, 2014. Disponível em: https://www.isgh.org.br/intranet/images/Servicos/Protocolos/isgh_protoco_cuidado_paliativo.pdf. Acesso em: 6 jul. 2022.

MASOTTI, L.; STEFANELLI, V.; VENEZIANI, N. Burden of an educational program on end-of-life management in an Internal Medicine ward: a real-life report. **Clin Ter**, v. 172, n. 2, p. 151-157, 2021. DOI: [10.7417/CT.2021.2303](https://doi.org/10.7417/CT.2021.2303). Acesso em: 03 nov. 2022.

MAYLAND, C.R.; HO, Q.M.; DOUGHTY, H.C.; ROGERS, S.N.; PEDDINTI, P.; CHADA, P.; MASON, S.; COOPER, M.; DEY, P. The palliative care needs and experiences of people with advanced head and neck cancer: a scoping review. **Palliat Med**, v. 35, n. 1, p. 27-44, jan. 2021. DOI: [10.1177/0269216320963892](https://doi.org/10.1177/0269216320963892). Acesso em: 07 dez. 2022.

MCILFATRICK, S.; MULDREW, D.H.L.; BECK, E. *et al.* Examining constipation assessment and management of patients with advanced cancer receiving specialist palliative care: a multi-site retrospective case note review of clinical practice. **BMC Palliat Care**, v. 18, n. 57, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0436-3>. Acesso em: 14 nov 2022.

MEARIN, F.; LACY, B.E.; CHANG, L.; CHEY, W.D.; LEMBO, A.J.; SIMREN, M.; SPILLER, R. Bowel Disorders. **Gastroenterology**, S0016-5085, n. 16, 18 fev. 2016. DOI: [10.1053/j.gastro.2016.02.031](https://doi.org/10.1053/j.gastro.2016.02.031). Acesso em: 03 jul. 2022.

MEDRADO, L. **Carcinogênese, desenvolvimento, diagnóstico e tratamento das neoplasias**. 1. ed. São Paulo: Érica 2015.

MELLO, I.R. *et al.* Cluster de sintomas e o impacto na qualidade de saúde global de pacientes com câncer avançado. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 67, n. 3, 2021. DOI: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2021v67n3.1190>. Acesso em: 14 nov. 2022.

MERCADANTE, S.; MASEDU, F.; MALTONI, M.; GIOVANNI, D.; MONTANARI, L.; PITTURERI, C.; BERTÈ, R.; URSINI, L.; MARINANGELI, F.; AIELLI, F. The prevalence of constipation at admission and after 1 week of palliative care: a multi-center study. **Curr Med Res Opin**, v. 34, n. 7, p. 1187-1192, jul. 2018. DOI: [10.1080/03007995.2017.1358702](https://doi.org/10.1080/03007995.2017.1358702). Acesso em: 17 nov. 2022.

MOLFINO, A.; IMBIMBO, G.; LAVIANO, A. Métodos atuais de triagem para risco ou presença de desnutrição em pacientes com câncer. **Res. de Gerenciamento de Câncer**, v. 14, p. 561-567, 2022. DOI: <https://doi.org/10.2147/CMAR.S294105>. Acesso em: 03 fev. 2023.

MONTEIRO, D.R.; ALMEIDA, M.A.; KRUSE, M.H.L. Tradução e adaptação transcultural do instrumento edmonton symptom assessment system para uso em cuidados paliativos. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, v. 34, n. 2, jun. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000200021>. Acesso em: 12 jul 2022.

MONTEIRO, D.R.; KRUSE, M.H.L.; ALMEIDA, M.A. Avaliação do Instrumento Edmonton Symptom Assessment System em Cuidados Paliativos: revisão integrativa. **Revista Gaúcha Enfermagem**, v. 31, n. 4, dez. 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472010000400024>. Acesso em: 03 jul 2022.

MORI, M. *et al.* Unanswered questions and future direction in the management of terminal breathlessness in patients with cancer. **ESMO Open**, v. 5, sup. 1, p. e000603, jan. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1136/esmoopen-2019-000603>. Acesso em: 17 nov. 2022.

NAVARI, RM (2020). Nausea and Vomiting in Advanced Cancer. *Current Treatment Options in Oncology*, , 21 (2). <https://doi.org/10.1007/s11864-020-0704-8>. Acesso em: 12 nov. 2022.

NEVES, K.E.S.; MUNIZ, T.S.; REIS, K.M.C. Avaliação de sintomas em pacientes oncológicos internados em unidade de cuidados paliativos exclusivos. **Cogitare**

enferm, v. 25, Curitiba 2020. DOI: [dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.71660](https://doi.org/10.5380/ce.v25i0.71660). Acesso em: 07 jul 2022.

NUCCI, D.; GIANFREDI, V.; FERRARA, P.; SANTANGELO, O.E.; VAROTTO, B.; FELTRIN, A.; GALIANO, A.; NARDI, M. Association between Malnutrition and Depression in Patients with Cancer: The Importance of Nutritional Status Evaluation in Cancer Care. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v. 20, p. 2295, 2023. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph20032295>. Acesso em: 15 abr. 2023.

NUNES, M.D.R. Avaliação da fadiga em crianças e adolescentes hospitalizados com câncer e sua relação com padrão de sono e qualidade de vida relacionado à saúde. **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto**, USP-SP, São Paulo, 2014. Acesso em: 01 jul. 2022. <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-03022015-103612/publico/MICHELLEDAREZZORODRIGUESNUNES.pdf>

NUNES, N.A.H.; CEOLIM, F.M. Qualidade do sono e *cluster* de sintomas em pacientes com câncer em tratamento quimioterápico. **Cogitare Enfermagem**, v. 24, p. E58046, 2019. DOI: <https://doi.org/10.5380/ce.v24i0.58046>. Acesso em: 07 jul. 2022.

OKUMA, G.Y.; MANHÃES, M.F.M.; PEDRAS, R.N.; AZEVEDO, I.M.; DOMENICO, E.B.L.; BERGEROT, C.D. Espiritualidade, religiosidade, distress e qualidade de vida em pacientes oncológicos. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 13, n. 2, p. 3-17, 2021. DOI: <https://doi.org/10.20435/pssa.v13i2.1097>. Acesso em: 16 nov.2022.

PAIVA, C.E.; MANFREDINI, L.L.; PAIVA, B.S.R. A versão brasileira do *Edmonton Symptom Assessment System* (ESAS) é um instrumento viável, válido e confiável para a mensuração de sintomas em pacientes com câncer avançado. **PloS ONE**, v. 10, n. 7, p. e132073, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0132073>. Acesso em: 13 jul. 2022.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1995.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RASKIN, W. The impacto fearly palliative care: a medical oncologist's perspective. **Ann Palliat Med**, v. 9, n. 3, p. 1292-1295, 2020. Disponível em: <https://apm.amegroups.com/article/view/31941/html>. Acesso em: 5 nov. 2022.

REIS, K.; JESUS, C. Acompanhamento longitudinal do manejo de sintomas em serviço especializado de cuidados paliativos oncológicos. **Enfermagem em Foco**, v. 11, n. 4, 2020. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n4.3346>. Acesso em: 06 jul. 2022.

RODRIGUES, A.B.; MARTIN, L.G.R.; MORAES, M.W. **Oncologia multiprofissional: bases para assistência**. Barueri, SP: Manole, 2016.

RODRIGUES, A.B.; OLIVEIRA, P.P. **Oncologia para enfermagem**. Barueri, SP: Manole 2016.

RODRIGUES, K.M. **Princípios dos cuidados paliativos**. Porto Alegre: SAGAH, 2018.

SANTA CLARA, M.G.; SILVA, V.R.; ALVES, R.; COELHO, M.C.R. Escala Palliative Care Screening Tool como instrumento para indicação de cuidados paliativos em idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 22, n. 5, p. e190143, p. 1-10, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190143>. Acesso em: 18 jul 2022.

SBCO – Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica. **Sociedades médicas apontam redução de 70% das cirurgias e que 50 mil brasileiros não receberam diagnóstico de câncer**. Rio de Janeiro: SBCO, 2020. Disponível em <https://sbco.org.br/atualizacoes-cientificas/sociedades-medicas-apontam-reducao-de-70-das-cirurgias-e-que-50-mil-brasileiros-nao-receberam-diagnostico-de-cancer/>. Acesso em: 04 nov. 2022.

SCHELLEKENS, M.P.J.; VAN DEN HURK, D.G.M.; PRINS, J.B.; MOLEMA, J.; VAN DER DRIFT, M.A.; SPECKENS, A.E.M. The suitability of the Hospital Anxiety and Depression Scale, Distress Thermometer and other instruments to screen for psychiatric disorders in both lung cancer patients and their partners. **J Affect Disord**, v. 203, p. 176-183, out. 2016. DOI: [10.1016/j.jad.2016.05.044](https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.05.044). Acesso em: 05 nov. 2022.

SENKPEIL, R.R.; OLSON, J.S.; FORTUNE, E.E.; ZAleta, A.K. Pain and nausea intensity, social function, and psychological well-being among women with metastatic breast cancer. **J Patient Exp.**, v. 9, 23743735221134733, nov. 2022. DOI: [10.1177/23743735221134733](https://doi.org/10.1177/23743735221134733). Acesso em: 3 fev. 2023.

SILVA, L.A.G.P.; LOPES, V.J.; MERCÊS, N.N.A. Symptom management theory applied to nursing care: scoping review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. 3, p. e20201004, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1004>. Acesso em: 09 jul. 2022.

SILVA, L.S.; LENHANI, B.E.; TOMIM, D.H.; GUIMARÃES, P.R.B.; KALINKE, L.P. Qualidade de vida de pacientes com câncer avançado no cuidado paliativo e na terapia paliativa. **Chía**, Colombia, v. 19, n. 3, 2019. DOI: [10.5294/aqui.2019.19.3.7](https://doi.org/10.5294/aqui.2019.19.3.7). Acesso em: 09 jul 2022.

SILVA, S.M. Manejo da dor no paciente oncológico. In: SANTOS, M. *et al.* **Diretrizes oncológicas 2**. São Paulo: Doctor Press Ed. Científica, 2019. p. 769-778 (Cap. 48.3).

SMITH, M.J.; LIEHR, P.R. Middle range theory for nursing. 3. ed. **Theory of symptom management**. New York: Springer Publishing Company, 2014.

SNIJDERS, R.A.H.; BROM, L.; THEUNISSEN, M.; VAN DEN BEUKEN-VAN EVERDINGEN, M.H.J. Update on prevalence of pain in patients with cancer 2022: a systematic literature. **Review and Meta-Analysis**, v. 15, p. 591, 2023. DOI: <https://doi.org/10.3390/cancers15030591>. Acesso em: 10 mar. 2023.

SOBRAL, G.S.; ARAÚJO, Y.B.; KAMEO, S.Y.; SILVA, G.M.; SANTOS, D.K.C.; CARVALHO, L.L.M. Análise do tempo para início do tratamento oncológico no Brasil: fatores demográficos e relacionados à neoplasia. **Rev Bras Cancerologia**, v. 68, n. 3, p. e-122354, 2022. DOI: [10.32635/2176-9745.RBC.2022v68n3.2354](https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2022v68n3.2354). Acesso em: 14 dez. 2022.

STAHLSCMITDT, R.; FERRACINI, A.C.; MEDEIROS, L.M.; SOUZA, C. M.; JULIATO, C.R.C.; MAZZOLA, P.G. Urinary incontinence and overactive bladder symptoms in women with breast cancer being treated with oral hormone therapy. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 42, n. 11, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0040-171844>. Acesso em: 15 nov. 2022.

SUNG, H.; FERLAY, J.; SIEGEL, R.L.; LAVERSANNE, M.; SOERJOMATARAM, I.; JEMAL, A.; BRAY, F. **Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries**. **CA Cancer J Clin.**, v. 71, n. 3, p. 209-249, maio 2021. DOI: [10.3322/caac.21660](https://doi.org/10.3322/caac.21660). Acesso em: 14 dez. 2022.

UFPR – Universidade Federal do Paraná. Superintendência de Comunicação Social. **Hospital de Clínicas – UFPR/Ebserh completa 60 anos**. Curitiba: UFPR, 2021. Disponível em: <https://www.ufpr.br/portalufpr/noticias/hospital-de-clinicas-ufpr-ebserh-completa-60-anos/>. Acesso em: 3 out. 2022.

VAN DONGEN, S.I. *et al.* Self-management of patients with advanced cancer: A systematic review of experiences and attitudes. **Palliat Med.**, v. 34, n. 2, p. 160-178, fev. 2020. DOI: [10.1177/0269216319883976](https://doi.org/10.1177/0269216319883976). Acesso em: 06 jul. 2022.

VENDRUSCULO-FANGEL, L.M. Cuidados paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. In: SANTOS, M. *et al.* **Diretrizes oncológicas 2**. São Paulo: Doctor Press Ed. Científica, 2019. p. 756-762 (Cap. 48.1).

VIEIRA, C.; BRÁS, M.; FRAGOSO, M. Opióides na dor oncológica e o seu uso em circunstâncias particulares: uma revisão narrativa. **Revista Científica da Ordem dos Médicos - Acta Med Port**, v. 32, n. 5, p. 388-399, maio 2019. DOI: <https://doi.org/10.20344/amp.10500>. Acesso em: 15 nov. 2022.

WANG, X.S.; ZHAO, F.; FISCH, M.J.; O'MARA, A.M.; CELLA, D.; MENDOZA, T.R.; CLEELAND, C.S. Prevalence and characteristics of moderate to severe fatigue: a

multicenter study in cancer patients and survivors. **Cancer**, v. 120, n. 3, p. 425-432, fev. 2014. DOI: [10.1002/cncr.28434](https://doi.org/10.1002/cncr.28434). Acesso em: 17 nov. 2022.

WHO – World Health Organization. **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines**. 2. ed. Geneva, 2002. Acesso em: 10 mar. 2023. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42494/9241545577.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

WHO – World Health Organization. **WHO report on cancer: setting priorities, investing wisely and providing care for all**. 2020.

WICKHAM, R.J. Nausea and vomiting not related to cancer therapy: intracpq anterior table problem or clinical challenge? **J Adv Pract Oncol.**, v. 11, n. 5, p. 476-488, jul. 2020. DOI: [10.6004/jadpro.2020.11.5.4](https://doi.org/10.6004/jadpro.2020.11.5.4). Acesso em: 21 nov 2022.

WONG, S.L.; LEONG, S.M.; CHAN, C.M.; KAN, S.P.; CHENG, H.W.B. the effect of using an electric fan on dyspnea in chinese patients with terminal cancer: a randomized controlled trial. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine®**, v. 34, n. 1, p 42-46, 2017. DOI: [10.1177/1049909115615127](https://doi.org/10.1177/1049909115615127). Acesso em: 04 nov. 2022.

YUSSOF, I.; TAHIR, N.A.M.; HATAH, E.; SHAH, N.M. Factors influencing five-year adherence to adjuvant endocrine therapy in breast cancer patients: a systematic review. **Breast**, v. 62, p. 22-35, 2022. DOI: [10.1016/j.breast.2022.01.012](https://doi.org/10.1016/j.breast.2022.01.012). Acesso em: 11 dez. 2022.

ZACARA, A.A.L.; COSTA, S.F.G.; NÓBREGA, M.M.L.; FRANÇA, J.R.F.S.; MORAIS, G.S.N.; FERNANDES, M.A. Análise e avaliação da teoria final de vida pacífico segundo critérios de Fawcett. **Texto Contexto Enferm.**, v. 26, n. 4, p. :e2920017, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017002920017>. Acesso em: 06 nov. 2022.

ZARDETO-SABEC, G.; JESUS, R.A.; QUEMEL, F.S.; ZENAIDE, F.S. Plantas medicinais como alternativa no tratamento do câncer. **Brazilian Journal of Surgery And Clinical Research**, v. 27, n. 3, p. 75-80, jun./ago. 2019. ISSN online: 2317-4404. Acesso em: 14 nov. 2022.

ZAYAT, C.G.; AZEVEDO, I.M.; DOMENICO, E.B.L.; BERGEROT, C.D. Fatores preditores de sintomas emocionais e físicos reportados por pacientes oncológicos. **Psicologia Clínica e Cultura**, UFSP, v. 37, p. e37, 2021. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e37441>. Acesso em: 07 dez. 2022.

APÊNDICE 1 – PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DO PARTICIPANTE

Código de Identificação	
Registro/ prontuário	
Nome:	
Endereço atual: AV/R:	
nº	Complemento: Bairro:
Cidade:	Estado
Zona de residência: () Urbana () rural () periferia/comunidade	
Tel:	Cel: Tel (recado):
E-mail:	

PARTE I: Identificação, dados sociodemográficos

Código de identificação:	
Data de nascimento: / /	Natural - Cidade: Estado: Procedência:
Sexo: () Feminino () Masculino	Identidade de gênero:
Nº de filhos:	Nº de dependentes:
Estado civil: () Solteira(o) () Casada(o) () Divorciada(o) () União consensual /estável () Viúvo(a) () Outra(o) Qual?	Raça: autodeclarada () Branca () Indígena () Parda () Preta () Sem declaração
Escolaridade: () Sem instrução () Sem instrução/sabe assinar o nome () Ensino fundamental Incompleto () Ensino fundamental completo () Ensino Médio Incompleto () Ensino Médio Completo () Ensino Superior Incompleto () Ensino Superior Completo () Pós-Graduação () Especialização () Mestrado () Doutorado	Religião: () Sem religião / não acredito em Deus () Sem religião / acredito em Deus () Católico () Evangélico () Espírita () Espiritualista () Judaísmo () Islamismo () Tradições indígenas () afro-brasileira Qual? () Outro () Qual?
Ocupação laboral /profissão: Local onde trabalha: Cargo/função: Afastado para tratamento da doença, desde quando: Invalidez/tempo de serviço: Aposentado, desde quando: Sem rendimento Rede de suporte: Benefício social: Renda mensal individual: Renda familiar:	

PARTE II: Dados Clínicos**I - Estilo de Vida**

Tabagismo: início _____ Término: _____ tipo: _____ Nº/dia: _____
 Alcool: Início: _____ Término: _____ Tipo: _____ nº/vezes/semana: _____
 Uso de substâncias psicoativas: Início: _____ Término: _____ Tipo: _____
 Atividade física: Sim () Não () Frequência: _____ Quando parou: _____
 Tipo: _____
 Lazer: Sim () Não () Frequência: _____ Quando parou: _____
 Tipo: _____

II – Antecedentes

Comorbidades:
 HAS /Diabetes mellitus/ Doença respiratória/Doença Renal/ Outra(s)
 Fatores de risco:
 Histórico familiar:

III – Doença atual

Início dos sintomas: Data _____ Sintomas: _____
 Diagnóstico clínico:
 Data do diagnóstico: _____ Serviço: _____
 Diagnóstico histocitopatológico/ imunohistoquímico:
 Tipo/Laudo:
 Estadiamento (TNM)
 Metástase:

Início do tratamento:
 Data: _____ Serviço: _____
 Tratamento atual: _____ Serviço: _____

Tratamentos anteriores/atuais:

Cirurgia/Tipo: _____ Datas: _____
 Serviço: _____
 Cirurgia/Tipo: _____ Datas: _____
 Serviço: _____
 Quimioterapia: _____ Datas: _____
 Protocolo/ Nº de ciclos: _____ Serviço: _____
 Radioterapia: _____ Datas: _____
 Teleterapia/Nº de sessões: _____ Serviço: _____
 Braquiterapia Local: Data: ___/___/___ Serviço: _____
 Outras terapias: Tipo _____
 Data: _____ Local/Serviço: _____
 Tratamento de suporte/Paliativo/controle de sinais e sintomas:
 Início: _____ Tipo: _____
 Local/serviço: _____

Terapêutica complementar e/ou integrativa:

Início: _____ Término: _____
 Tipo: _____

COVID

Data: ___/___/___ Complicações:
 Acompanhamento (Ambulatorial/hospitalar/domiciliar):
 Serviço:
 Tratamento realizado:
 Vacina. Nº doses: _____ Última dose: _____
 Observações do participante e/ou do Cuidador familiar principal:
 Data de encaminhamento ao Serviço de Cuidados Paliativos: ___/___/___

APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Avaliar os sintomas da pessoa com câncer avançado assistidas em uma Serviço de Cuidados Paliativos ambulatorial

Nós, Nen Nalú Alves das Mercês, enfermeira, professora do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Paraná e Everton Aguido Muniz, enfermeiro e mestrando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pesquisadores da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando o Senhor ou a Senhora, paciente em acompanhamento no Ambulatório de Cuidados Paliativos, do Complexo Hospital de Clínicas, da Universidade Federal do Paraná, a participar de um estudo intitulado “Avaliação de sintomas da pessoa com câncer avançado”. A avaliação será realizada com uma escala chamada: Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton; e, possui como benefício identificar os sintomas que mais incomodam os pacientes oncológicos. Os sintomas que serão avaliados são: dor, cansaço, sonolência, náusea, apetite, falta de ar, depressão, ansiedade e bem-estar ou qualquer outro que incomode o(a) Senhor(a). A identificação dos sintomas auxiliará na elaboração de melhores estratégias de avaliação e monitoramento destes sintomas, assim como, facilitará a elaboração de planos de cuidados aos pacientes assistidos em nível ambulatorial.

O objetivo desta pesquisa é avaliar os sintomas dos pacientes assistidos em um Serviço de Cuidados Paliativos ambulatorial, através da Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton - ESAS.

Caso o(a) senhor(a) aceite participar da pesquisa foi informado de como ela se desenvolverá. O primeiro contato acontecerá em uma de suas consultas agendada no ambulatório de cuidados paliativos, onde será convidado a participar da pesquisa que consiste na avaliação dos sintomas que o(a) Sr(a) poderá estar sentindo. O segundo encontro será para a coleta de dados, com o preenchimento de um questionário chamado “perfil sociodemográfico e clínico”, com dados de identificação pessoal, de moradia, dados de sua doença e tratamentos. E, também será realizada a avaliação dos sintomas, através da aplicação da Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton. A partir daí, a avaliação de sintomas acontecerá semanalmente. Os encontros poderão acontecer quando o(a) senhor(a) comparecer no Ambulatório de Cuidados Paliativos nas datas agendadas para acompanhamento, ou em local e data

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____
Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE

de sua escolha, em horário de sua preferência. O tempo para aplicação de cada instrumento para coleta de dados não será fixado e dependerá de cada participante. Concordando em participar o(a) senhor(a) se encontrará, com o mestrando Everton Aguido Muniz. O (a) senhor(a) também foi informado que ao participar da pesquisa poderá responder as perguntas que desejar e terá liberdade para questionar o mestrando Everton Aguido Muniz.

É possível que o(a) senhor(a) experimente algum desconforto, principalmente ao relembrar fatos ou situações desagradáveis e, que se ocorrer, será respeitado a expressão de suas emoções e encerrado o encontro ou transferido em comum acordo com o(a) senhor(a), se for necessário. Nesta situação iremos propor uma técnica de relaxamento com pensamento guiado, para minimizar o desconforto provocado pelas lembranças. Esta técnica consiste em dirigir oralmente o(a) senhor(a) palavras significativas sobre ambientes que lembre serenidade e tranquilidade. Será perguntado ao(a) senhor(a) antes da entrevista, quais os ambientes e situações que costumam lhe transmitir paz. E serão esses dados que comporão o encaminhamento para o pensamento dirigido, caso o(a) senhor(a) deseje.

Para evitar que (o Senhor, a Senhora) passe por constrangimento pela quebra do sigilo de prontuários e exames, informamos que seus dados serão protegidos e seu nome não constará no trabalho divulgado. E para reduzir os riscos de extravio de documentação, exames e prontuários consultados não ficarão de posse dos pesquisadores.

O benefício esperado com essa pesquisa é ampliar o conhecimento a respeito dos sintomas vivenciados pelos pacientes assistidos no Serviço de Cuidados Paliativos e contribuir para uma avaliação e controle de sintomas que causam desconforto, embora nem sempre o(a) senhor(a) seja diretamente beneficiado(a) por sua participação neste estudo.

Os pesquisadores Nen Nalú Alves das Mercês, e Everton Aguido Muniz, responsáveis por este estudo, poderão ser localizados para esclarecer eventuais dúvidas que o(a) senhor(a) possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo por e-mail e telefone em horário comercial (das 8h:00 às 17h:00). Em situações de emergência ou urgência, relacionadas à pesquisa, os mesmos poderão ser contatados pelo telefone (41) 99129-8262. E-mail:

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____

Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE _____

nennalu@gmail.com (Nen Nalú Alves das Mercês); evertonmunizufpr@gmail.com (Everton Aguido Muniz).

Se (o Senhor, a Senhora) tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP/HC/UPFR pelo Telefone 3360-1041 das 08:30 horas às 14:00 horas de segunda a sexta-feira. O CEP é de um grupo de indivíduos com conhecimento científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

A sua participação neste estudo é voluntária e se o(a) senhor(a) não quiser mais fazer parte da pesquisa, poderá desistir a qualquer momento, inclusive sem nenhum motivo, bastando para isso informar, de maneira que achar mais conveniente, a sua desistência e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado. O seu atendimento e tratamento está garantido e não será interrompido caso o(a) senhor(a) desista de participar.

As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas pelos pesquisadores Nen Nalú Alves das Mercês e Everton Aguido Muniz. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade.

O material obtido (questionários) será utilizado unicamente para esta pesquisa e será destruído ou descartado ao término do estudo, dentro de cinco (5) anos.

As despesas necessárias para a realização da pesquisa como material de consumo, não são de sua responsabilidade e o(a) senhor(a) não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.

Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, _____

li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim nem para meu tratamento ou atendimento ordinários que eu possa receber de forma rotineira na Instituição. Eu entendi o que não posso fazer durante a pesquisa e fui informado que serei atendido

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____

Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE _____

sem custos para mim se eu apresentar algum problema diretamente relacionado ao desenvolvimento da pesquisa.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Nome por extenso, legível do Participante e/ou Responsável Legal

Assinatura do Participante e/ou Responsável Legal

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive, de forma apropriada e voluntária, o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante ou seu representante legal para a participação neste estudo.

Nome extenso do Pesquisador e/ou quem aplicou o TCLE

Assinatura do Pesquisador e/ou quem aplicou o TCLE

Curitiba,

APÊNDICE 3 – DADOS COMPILADOS DA ESAS

		SINTOMA																	
1		Av.1	Av.2	Av.3	Av.4	Av.5	Av.6	Av.7	Av.8	Av.9	Av.10	Av.11	Av.12	Av.13	Av.14	Av.15	Av.16	Av.17	Av.18
3	P1F55	7	5	7	5	8	5	5											
4	P2F60	7	5	5	5	5	9	10	10	9	10	7	7	5	8	2	8		
5	P3F70	0	7	3	3	7	9	8	10	9	9	8							
6	P4M75	8	8	8	8	10	10	10	10	10	6	5	5	8	7	8			
7	P5F40	0	3	3	5	0	5	5	5	3									
8	P6F30	0	3	8	5	0	0	5											
9	P7F63	0	0	2	5	5	3	3	5	2	3	5	2	2	5	5	3	2	5
10	P8F37	0	5	5	3	7	8	5	8	6	6	5							
11	P9F51	5	2	3	2	3	0	2	0	3	0								
12	P10F42	8	3	9	4	5	3	6	6	5	8	3	8	5	8	5	8	5	6
13	P11F49	9	10	10	8	8	6	3	0	0	5	4	0	5	0				
14	P12F66	5	8	8	9	5	10	8	3	5	8	5			6				
15	P13M61	8	8	5	9	8	3	4	6	5	5	6	5	5	6				
16	P14M64	4	5	3	3	5	5	3	3	7	3	2	5	5	10				
17	P15F40	5	5	2	7	5	7	6	5	2	7	7	10	8					
18	P16F66	1	5	8	5	7	9	7	7	5	9								
19	P17F48	8	5	7	5	5	7	8	5	8	8								
20	P18F55	2	5	2	3	2	6	2	6	7	5								
21	P19F48	6	2	0	5	8	0	4	5	8	6								
22	P20M54	7	5	6	3	5	7	7											
23	P21M50	8	7	10	8	10	8	6											
24	P22F56	5	8	0	5	6	5	0											
25	P23F55	1	0	5	5	8	6												

2		Av.1	Av.2	Av.3	Av.4	Av.5
3	P1F55	SEM	0 DIARREIA	8 EXTRAÇÃO DENTÁRIA	6 SEM	0 SEM
4	P2F60	DIARREIA	5 PARESTESIA DE EXTREMID	5 DIARREIA/HEMIPAREZIA	5 DIARREIA /HEMIPAREZIA	5 PARESTESIA DE EXTREMID
5	P3F70	PRISÃO DE VENTRE	8 SEM	0 SEM	0 SEM	0 ASTENIA
6	P4M75	DIARREIA	9 DIARREIA	5 SEM	0 PRISÃO DE VENTRE	8 SEM
7	P5F40	SEM	0 TONTURA	5 CEFALÉIA	3 PRISÃO DE VENTRE	5 PRISÃO DE VENTRE
8	P6F30	EMAGRECIMENTO	10 SEM	0 SEM	0 INSONIA	8 SEM
9	P7F63	SEM	0 SEM	0 SEM	0 DIARREIA	6 SEM
10	P8F37	SEM	0 SEM	0 SEM	0 SEM	0 SEM
11	P9F51	PARESTESIA DE EXTREMID	6 PARESTESIA DE EXTREMID	9 PARESTESIA DE EXTREMID	5 PARESTESIA DE EXTREMID	8 HEMIPAREZIA
12	P10F42	PRISÃO DE VENTRE	8 CEFALÉIA	9 CEFALÉIA	5 PRISÃO DE VENTRE	5 PRISÃO DE VENTRE
13	P11F49	PARESTESIA DE EXTREMID	2 PARESTESIA DE EXTREMID	10 PARESTESIA DE EXTREMID	10 SEM	0 SEM
14	P12F66	SEM	0 INSONIA NOTURNA	10 INSONIA/FRAQUEZA	10 SEM	0 SEM
15	P13M61	PRISÃO DE VENTRE	10 PRISÃO DE VENTRE	8 PRISÃO DE VENTRE	8 FADIGA	8 DOR DE DENTE
16	P14M64	VISÃO TURVA	4 PRISÃO DE VENTRE	5 SEM	0 SEM	0 SEM
17	P15F40	HEMIPAREZIA E EDEMA D	10 HEMIPAREZIA E EDEMA D	10 HEMIPAREZIA E EDEMA D	10 HEMIPAREZIA E EDEMA D	5 HEMIPAREZIA E EDEMA D
18	P16F66	SEM	0 SEM	0 FRAQUEZA	9 SEM	0 PRISÃO DE VENTRE
19	P17F48	ALTERAÇÃO DO PALADAR	10 PARESTESIA DE EXTREMID	10 SEM	0 PARESTESIA DE EXTREMID	10 PARESTESIA DE EXTREMID
20	P18F55	PRISÃO DE VENTRE	5 PRISÃO DE VENTRE	5 PRISÃO DE VENTRE	7 PRISÃO DE VENTRE	5 PRISÃO DE VENTRE
21	P19F48	PRISÃO DE VENTRE	5 PRISÃO DE VENTRE	9 SEM	0 SEM	0 QUADRO GRIPAL
22	P20M54	TRISTEZA	5 TRISTEZA	5 SEM	0 SEM	0 SEM
23	P21M50	INCONTINENCIA URINÁRI	10 SEM	0 SEM	0 FRAQUEZA	10 SEM
24	P22F56	SEM	0 SEM	0 SEM	0 SEM	0 SEM
25	P23F55	REFLUXO GÁSTRICO	6 FRAQUEZA	6 FRAQUEZA	5 SEM	0 SEM

ANEXO 1 – ESCALA DE AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DE EDMONTON (ESAS)

Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS-r)		
Por favor, circule o número que melhor descreve como você está se sentindo agora		
Sem Dor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Dor Possível
Sem Cansaço Cansaço = falta de energia	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Cansaço Possível
Sem Sonolência Sonolência = sentir-se com sono	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Sonolência Possível
Sem náusea	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior náusea possível
Com apetite	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Falta de Apetite Possível
Sem Falta de Ar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Falta de Ar Possível
Sem Depressão Depressão = sentir-se triste	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Depressão Possível
Sem Ansiedade Ansiedade = sentir-se nervoso	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Ansiedade Possível
Com Bem-Estar Bem-Estar/Mal-Estar = como você se sente em geral	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Mal-estar Possível
Sem _____ Outro problema (por exemplo, prisão de ventre)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior _____ possível

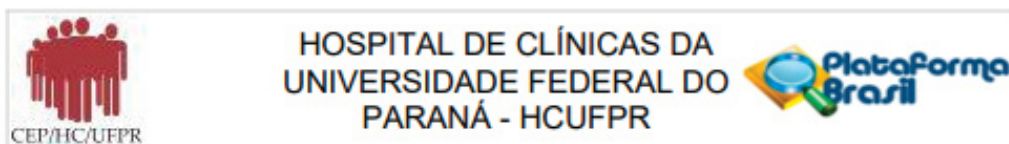
Quadro 3 – ESAS-r na versão brasileira. Porto Alegre, RS, 2011.

ANEXO 2 – PALLIATIVE PERFORMANCE SCALE (PPS)

Quadro 1 – Palliative Performance Scale (PPS)					
%	Deambulação	Atividade e evidência de doença	Autocuidado	Ingesta	Nível da consciência
100	Completa	Atividade normal e trabalho, sem evidência de doença	Completo	Normal	Completo
90	Completa	Atividade normal e trabalho, alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completo
80	Completa	Atividade normal com esforço, alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completo
70	Reduzida	Incapaz para o trabalho, doença significativa	Completo	Normal ou reduzida	Completo
60	Reduzida	Incapaz para <i>hobbies</i> / trabalho doméstico, doença significativa	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Completo ou períodos de confusão
50	Maior parte do tempo sentado ou deitado	Incapacitado para qualquer trabalho, doença extensa	Assistência considerável	Normal ou reduzida	Completo ou períodos de confusão
40	Maior parte do tempo acamado	Incapaz para a maioria das atividades, doença extensa	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Completo ou sonolência, +/- confusão
30	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade, doença extensa	Dependência completa	Normal ou reduzida	Completo ou sonolência, +/- confusão
20	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade, doença extensa	Dependência completa	Mínima a pequenos goles	Completo ou sonolência, +/- confusão
10	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade, doença extensa	Dependência completa	Cuidados com a boca	Sonolência ou coma, +/- confusão
0	Morte	–	–	–	–

Fonte: Victoria Hospice Society. J Pall Care, v. 9, n. 4, p. 26-32. Tradução livre de Maria Goretti Maciel/ Ricardo Tavares de Carvalho.

ANEXO 3 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA EM SERES HUMANOS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação de sintomas da pessoa com câncer avançado

Pesquisador: NEN NALÚ ALVES DAS MERCES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 52871121.0.0000.0096

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.157.733

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, do tipo observacional, analítico, com delineamento transversal. A pesquisa será desenvolvida no Ambulatório de Cuidados Paliativos que faz parte da Unidade de Transplante de Medula Óssea, Oncologia e Hematologia.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário: Avaliar os sintomas da pessoa com câncer avançado assistidas em uma Serviço de Cuidados Paliativos ambulatorial. Objetivos secundários: Caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico da pessoa com câncer avançado; Aplicar a Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS) à pessoa com câncer avançado; Identificar os principais sintomas relatados pela pessoa com câncer avançado; Identificar as estratégias de manejo de sintomas utilizadas pela pessoa com câncer avançado.

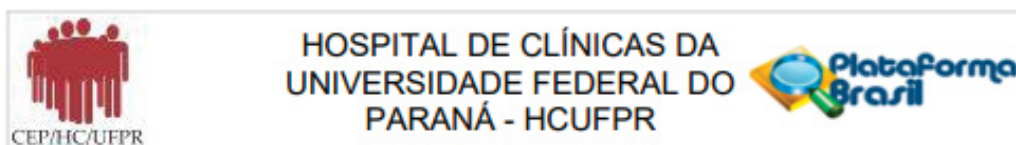
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Benefícios: O estudo contribuirá com a comunidade científica, pois agregará conhecimento científico sobre os sintomas vivenciados pelas pessoas acometidas por câncer em estágio avançado. Riscos: Poderá ocasionar sentimento de desconforto psicológico e sofrimento psíquico, provocados por lembranças ou ao pensar sobre a sua situação atual.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa possibilitará Obter uma avaliação de sintomas dos pacientes com câncer em estágio avançado em acompanhamento ambulatorial, contribuindo para possíveis a compreensão e

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181
Bairro: Alto da Glória **CEP:** 80.060-900
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-1041 **Fax:** (41)3360-1041 **E-mail:** cep@hc.ufpr.br



Continuação do Parecer: 5.157.733

desenvolvimento de condutas e tratamentos a serem desenvolvidos para esse grupo de pacientes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados conforme protocolo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado sem pendências a serem consideradas.

Considerações Finais a critério do CEP:

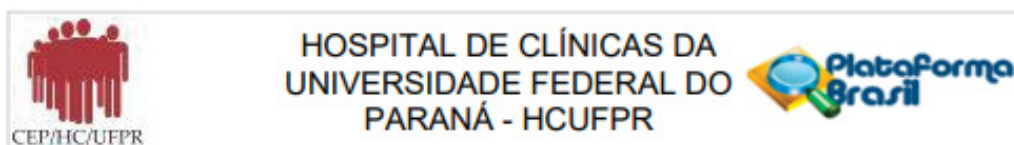
Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HC-UFPR, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012 e na Norma Operacional Nº 001/2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto, conforme proposto, para início da Pesquisa. Solicitamos que sejam apresentados a este CEP relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos. Os documentos da pesquisa devem ser mantidos arquivados.

É dever do CEP acompanhar o desenvolvimento dos projetos por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1842667.pdf	18/10/2021 19:22:57		Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	18/10/2021 19:21:02	EVERTON AGUIDO MUNIZ	Aceito
Cronograma	Cronograma_CEP_qualificacao.docx	18/10/2021 19:14:34	EVERTON AGUIDO MUNIZ	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido_TCLE.doc	18/10/2021 19:07:14	EVERTON AGUIDO MUNIZ	Aceito
Outros	CHECKLIST_DOCUMENTAL_PROJETO_PESQUISA_CHC.pdf	18/10/2021 19:06:03	EVERTON AGUIDO MUNIZ	Aceito
Outros	QUALIFICAO_PESQUISADORES_LATES.pdf	18/10/2021 19:05:07	EVERTON AGUIDO MUNIZ	Aceito
Outros	DECLARACO_AUSENCIA_DE_CUSTOS.pdf	18/10/2021 19:04:36	EVERTON AGUIDO MUNIZ	Aceito

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181
 Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-900
 UF: PR Município: CURITIBA
 Telefone: (41)3360-1041 Fax: (41)3360-1041 E-mail: cep@hc.ufpr.br



Continuação do Parecer: 5.157.733

Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_ORIENTADOR_DO_PR_OJETO.pdf	18/10/2021 19:02:50	EVERTON AGUIDO MUNIZ	Aceito
Solicitação registrada pelo CEP	CARTA_ENCAMINHAMENTO_PESQUI SADOR_AO_CEP.pdf	18/10/2021 19:00:38	EVERTON AGUIDO MUNIZ	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_DE_COMPROMISSO.p df	18/10/2021 18:57:46	EVERTON AGUIDO MUNIZ	Aceito
Declaração de concordância	DECLARACAO_DE_CONCORDANCIA. pdf	18/10/2021 18:56:06	EVERTON AGUIDO MUNIZ	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa.doc	18/10/2021 18:55:42	EVERTON AGUIDO MUNIZ	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	18/10/2021 18:34:13	EVERTON AGUIDO MUNIZ	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 09 de Dezembro de 2021

Assinado por:
Niazy Ramos Filho
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181
Bairro: Alto da Glória **CEP:** 80.060-900
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3380-1041 **Fax:** (41)3380-1041 **E-mail:** cep@hc.ufpr.br