

Situação: O preprint foi publicado em um periódico como um artigo

DOI do artigo publicado: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2021v67n3.1190>

CLUSTER DE SINTOMAS E O IMPACTO NA QUALIDADE DE SAÚDE GLOBAL DE PACIENTES COM CÂNCER AVANÇADO

Iza Rodrigues Mello, Noélly Maura de Jesus Guimarães, Luana Silva Monteiro, Gunnar Glauco De Cunto Carelli Taets

<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.1587>

Submetido em: 2020-12-11

Postado em: 2020-12-16 (versão 1)

(AAAA-MM-DD)

***CLUSTER DE SINTOMAS E O IMPACTO NA QUALIDADE DE SAÚDE
GLOBAL DE PACIENTES COM CÂNCER AVANÇADO***

***SYMPTOM CLUSTER AND THE IMPACT ON THE GLOBAL HEALTH
QUALITY OF PATIENTS WITH ADVANCED CANCER***

***GRUPO DE SÍNTOMAS Y EL IMPACTO EN LA CALIDAD GLOBAL DE LA
SALUD DE LOS PACIENTES CON CÁNCER AVANZADO***

Autores: Iza Rodrigues Mello¹, Noélly Maura de Jesus Guimarães², Luana Silva Monteiro³, Gunnar de Cunto Carelli Taets⁴.

¹ Acadêmica do curso de Medicina. Universidade Federal do Rio de Janeiro, izarodriguesmello@gmail.com, Macaé, RJ, Brasil. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0003-2632-9229>. Participou na concepção e no desenho do estudo; interpretação dos dados e na revisão final, com participação crítica e intelectual no manuscrito

² Acadêmica do curso de Medicina. Universidade Federal do Rio de Janeiro, noellyguimaraes@gmail.com, Macaé, RJ, Brasil. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0003-4986-5833>. Participou na concepção e no desenho do estudo; interpretação dos dados e na revisão final, com participação crítica e intelectual no manuscrito.

³ Nutricionista doutora em Ciências Nutricionais. Professora Adjunta do curso de Nutrição da Universidade Federal do Rio de Janeiro, atuando principalmente na área de Nutrição e Epidemiologia Nutricional, luananutrir@gmail.com, Macaé, RJ, Brasil. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0003-3599-6947>. Participou na concepção e no desenho do estudo; interpretação dos dados e na revisão final, com participação crítica e intelectual no manuscrito.

⁴ Enfermeiro PhD em Ciências da Saúde. Professor adjunto da Universidade Federal do Rio de Janeiro, masterufrj@gmail.com, Macaé, RJ, Brasil. ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-4427-7864>. Participou na concepção e no desenho do estudo;

interpretação dos dados e na revisão final com participação crítica e intelectual no manuscrito.

Contribuições dos autores:

Todos os autores declaram ter participado na concepção e no desenho do estudo; interpretação dos dados e na revisão final com participação crítica e intelectual no manuscrito.

Conflito de interesse:

Todos os autores declaram não ter nenhum conflito de interesse com essa publicação.

Resumo

Introdução: os pacientes com câncer podem apresentar múltiplos sintomas que se inter-relacionam, formando os chamados *clusters* ou agrupamentos de sintomas. **Objetivo:** avaliar a relação entre um *cluster* de sintomas e a qualidade de saúde global de pacientes com câncer avançado. **Método:** estudo analítico, transversal, do qual participaram 146 pacientes. Foram utilizados instrumentos de caracterização sociodemográfica e de avaliação de qualidade de vida - *European Organization for Research and Treatment for Cancer*. Para análise dos dados, aplicaram-se os testes *Kolmogorov-Smirnov*, *Mann-Whitney* e *Kruskal-Wallis*. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRJ-Campus Macaé sob nº 2.821.570. A coleta de dados foi realizada entre julho de 2019 e fevereiro de 2020 e foi utilizado o questionário 30-item *European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire* (EORTC QLQ-C30), versão 3. **Resultados:** a correlação de *Spearman* mostrou uma correlação positiva entre o escore final da escala de sintomas e o escore final da avaliação global da saúde ($\rho = 0,605$; $p < 0,001$). Além disso, observou-se que o incremento de 1 ponto na pergunta “Precisou descansar?” associou-se com aumento de 5,87 pontos no escore da qualidade da saúde global ($p < 0,01$), para a pergunta “Sentiu-se cansado/a?”, 6,14 pontos ($p < 0,01$) e “Teve falta de ar?”, 5,08 pontos ($p < 0,01$). **Conclusão:** existe uma correlação positiva entre o *cluster* de sintomas composto por dor, fadiga, dispneia, náusea, vômito, insônia, inapetência, constipação, diarreia e a qualidade de saúde global de pacientes com câncer.

Palavras-chave: câncer, qualidade de vida, câncer avançado.

Abstract

Introduction: cancer patients can present multiple symptoms that are interrelated, forming the so-called clusters or groups of symptoms. **Objective:** to evaluate the relationship between a cluster of symptoms and the global quality of life of patients with advanced cancer. **Method:** analytical, cross-sectional study, which 146 patients participated. Sociodemographic characterization and quality of life assessment instruments were used - European Organization for Research and Treatment for Cancer. For data analysis, the Kolmogorov-Smirnov, Mann-Whitney and Kruskal-Wallis tests were applied. The study was approved by the Research Ethics Committee of UFRJ-Campus Macaé under nº 2,821,570. Data collection was carried out between July 2019 and February 2020 and the European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30), version 3, was used. **Results:** Spearman's correlation showed a positive correlation between the final score of the symptom scale and the final score of the global health assessment ($\rho = 0.605$; $p < 0.001$). In addition, it was observed that the increase of 1 point in the question “Did you need to rest?” was associated with an increase of 5.87 points in the global health quality score ($p < 0.01$), for the question “Did you feel tired?”, 6.14 points ($p < 0.01$) and “Did you have shortness of breath?”, 5.08 points ($p < 0.01$). **Conclusion:** there is a positive correlation between the *cluster* of symptoms composed of pain, fatigue, dyspnea, nausea, vomiting, insomnia, lack of appetite, constipation, diarrhea and the overall health quality of cancer patients.

Keyword: cancer, quality of life, advanced cancer.

Resumen

Introducción: los pacientes con cáncer pueden presentar múltiples síntomas que están interrelacionados, formando los llamados grupos o grupos de síntomas. **Objetivo:** evaluar la relación entre uno grupo de síntomas y la calidad de vida general de los pacientes con cáncer avanzado. **Método:** estudio analítico, transversal, en el que participaron 146 pacientes. Se utilizaron instrumentos de caracterización sociodemográfica y de evaluación de la calidad de vida: Organización Europea de Investigación y Tratamiento del Cáncer. Para el análisis de datos, se aplicaron las pruebas de Kolmogorov-Smirnov, Mann-Whitney y Kruskal-Wallis. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en

Investigación de UFRJ-Campus Macaé con el n° 2.821.570. La recolección de datos se llevó a cabo entre julio de 2019 y febrero de 2020 y se utilizó el cuestionario de calidad de vida básica de la Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer (EORTC QLQ-C30), versión 3. **Resultados:** La correlación de *Spearman* mostró una correlación positiva entre el puntaje final de la escala de síntomas y el puntaje final de la evaluación de salud global ($\rho = 0,605$; $p < 0,001$). Además, se observó que el aumento de 1 punto en la pregunta "¿Necesitabas descansar?" se asoció con un aumento de 5.87 puntos en el puntaje de calidad de salud global ($p < 0.01$), para la pregunta "¿Se sintió cansado?", 6.14 puntos ($p < 0.01$) y "¿Tuvo dificultad para respirar?", 5.08 puntos ($p < 0.01$). **Conclusión:** existe una correlación positiva entre el conjunto de síntomas compuestos por dolor, fatiga, disnea, náuseas, vómitos, insomnio, falta de apetito, estreñimiento, diarrea y la calidad de salud general de los pacientes con cáncer.

Palabra clave: cáncer, calidad de vida, cáncer avanzado.

Introdução

Alcançando patamares alarmantes, o câncer tem se destacado dentre as doenças crônicas não transmissíveis e pode ser considerado um problema de saúde pública mundial.¹ Em 2030, estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) sinalizam que o câncer vai alcançar, em todo o mundo, aproximadamente, 27 milhões de casos incidentes, 17 milhões de óbitos e 75 milhões de pessoas com diagnóstico anual. Dados estatísticos direcionaram para uma ocorrência equivalente ao aparecimento de cerca de 580 mil novos casos de câncer no Brasil.²

Para cada ano do triênio 2020-2022, a estimativa aponta que ocorrerão 625 mil casos novos de câncer (450 mil, excluindo os casos de câncer de pele não melanoma) no Brasil. O câncer de pele não melanoma será o mais incidente (177 mil), seguido pelos cânceres de mama e próstata (66 mil cada), cólon e reto (41 mil), pulmão (30 mil) e estômago (21 mil).¹ Os pacientes com câncer podem apresentar múltiplos sintomas que se inter-relacionam, formando os chamados *clusters*, ou agrupamentos de sintomas.³ Esses sintomas não necessariamente compartilham a mesma etiologia e podem ser definidos também quando dois ou mais sintomas estão relacionados entre si e ocorrem em conjunto, sem obrigatoriamente se relacionarem com outros agrupamentos. Portanto, a relação entre os sintomas do mesmo agrupamento é mais forte do que a relação com

diferentes agrupamentos.⁴ Sintomas diferentes podem ocorrer em combinação ou serem influenciados uns pelos outros. A elucidação desses fatores colabora para uma melhor compreensão da fisiologia e do tratamento, culminando com um melhor manejo e controle, direcionando para uma melhor qualidade de vida.⁵

Quando a doença assume a forma avançada, pode evoluir para a condição de impossibilidade de cura, passando a apresentar sinais e sintomas pouco controláveis, tais como: fadiga, depressão, ansiedade, constipação, dor, náuseas, vômitos, anorexia, entre outros. Nesse sentido, o tratamento oferecido ao paciente toma um viés paliativo em detrimento do curativo, uma vez que essas ocorrências podem estar relacionadas tanto aos efeitos adversos do tratamento quanto à invasão tumoral e ambos trazem um desconforto ao paciente e um impacto negativo de sua qualidade de vida (QV).⁶

Diante disso, os cuidados paliativos têm como função melhorar a QV do paciente ao realizar intervenções no intuito de aliviar sintomas físicos, psicológicos, sociais e espirituais.⁷ Tais aspectos necessitam de atenção em saúde do profissional designado, em virtude dos impactos negativos paralelos a luta incessante do câncer avançado que podem diminuir a QV do indivíduo se não tratados igualmente.⁸

Existem aproximadamente 7.000 serviços de cuidados paliativos em mais de 90 países. Destes, no Brasil, atualmente, são apenas 40 serviços especializados nessa modalidade terapêutica.⁹

Um estudo realizado em uma Universidade de São Paulo, aponta uma possível deficiência na educação de profissionais de saúde no que diz respeito à terminalidade no Brasil. Assim, se faz necessária a mudança de mentalidade dos profissionais que nem sempre estão dispostos e disponíveis para uma nova organização, bem como, a mudança nos aparelhos formadores que, muitas vezes, dão ênfase na formação técnica em detrimento da humanística, sendo a última extremamente necessária para os cuidados desses pacientes.¹⁰

De acordo com o Grupo de Estudos sobre Qualidade de Vida da OMS¹¹, a QV é conceituada como a percepção do indivíduo acerca das influências culturais, sociais, políticas e econômicas no contexto de sua vida. Todos esses aspectos remetem a como ele alcançará seus objetivos, realizando seus sonhos e suprindo suas expectativas, portanto, a QV é considerada subjetiva, refletindo a satisfação do paciente com o curso de sua vida. Não só isso, um projeto colaborativo multicêntrico realizado também pela

OMS¹² expôs que, além da subjetividade, também há uma multidimensionalidade - que inclui ordem física, psicológica, social e espiritual - e uma bipolaridade cotidiana - influências positivas e negativas - que impactam na QV.

O objetivo do estudo foi avaliar a relação entre um *cluster* de sintomas e a qualidade de saúde global de pacientes com câncer avançado.

Método

Trata-se de um estudo analítico, transversal, com abordagem quantitativa, realizado em uma instituição hospitalar de natureza filantrópica de médio porte com 150 leitos, localizado no município de Macaé (RJ), Brasil, que atende tanto pacientes pelo Sistema Único de Saúde, de forma gratuita, e também por convênios particulares.

A população do estudo foi composta por pacientes oncológicos em tratamento no hospital do estudo seguindo os critérios de inclusão: pacientes com câncer em estágio III ou IV, com idade igual ou acima de 18 anos; consciente, lúcido e com capacidade de verbalização para responder aos itens dos instrumentos propostos para o estudo. Os critérios de exclusão foram a impossibilidade do paciente de manter comunicação verbal e/ou escrita.

Para um nível de significância, para todas as variáveis, de $p < 0,05$ com erro Tipo I (alfa) esperado de 5%, com variável normal padronizada (Z) associada ao nível de confiança de 95% equivalente a 1,96, numa população de 160 pacientes em tratamento no hospital do estudo, com desvio padrão de ± 15 pacientes, a amostra calculada foi de 35 pacientes.

Utilizou-se a seguinte fórmula para determinar a amostra aleatória simples:

$$n = 1,96^2 \frac{\sigma^2}{\varepsilon^2}$$

Onde:

- n = tamanho da amostra
- σ = desvio padrão
- ε = erro

Os dados foram coletados entre julho de 2019 e fevereiro de 2020, por meio de entrevistas, utilizando-se o questionário 30-item *European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire* (EORTC QLQ-C30), versão 3. Esse instrumento de coleta foi produzido pela Organização Europeia de Pesquisa e Tratamento do Câncer para uso acadêmico, com o objetivo de avaliar a qualidade de vida de pacientes com câncer. O questionário possui aplicabilidade validada e está sendo utilizado por diversos estudos no Brasil. O EORTC QLQ-C30 possui um escore de 0-100, sendo que quanto maior o escore, pior a qualidade de vida.

Tal instrumento é composto por 30 itens divididos em cinco escalas funcionais (desempenho físico e funcional, função cognitiva, emocional e social), três escalas de sintomas (fadiga, dor e náusea e vômitos), uma escala que avalia a qualidade de vida em geral, cinco termos únicos (dispneia, distúrbio de sono, perda de apetite, constipação e diarreia) e um item isolado que avalia o impacto financeiro. As respostas são dadas em uma escala do tipo *Likert* de 4 pontos, com exceção dos itens que avaliam a qualidade de vida em geral (itens 29 e 30), que utilizam a escala do tipo *Likert* de 7 pontos.

Os dados foram analisados no software *Statistical Package for the Social Sciences* – *SPSS*, versão 21. Para a caracterização dos indivíduos avaliados, as variáveis contínuas foram descritas por média e desvio padrão. As variáveis contínuas foram testadas por meio do teste de *Kolmogorov-Smirnov* para verificar se os dados apresentavam distribuição normal.

Para avaliar a correlação entre a qualidade da saúde global com o escore da escala de sintomas foi utilizado o coeficiente de correlação de *Spearman*, uma vez que a amostra não apresenta uma distribuição normal. Sendo utilizada a classificação dos coeficientes de correlação: coeficientes de correlação $< 0,4$ (correlação de fraca magnitude), $> 0,4$ a $< 0,5$ (de moderada magnitude) e $> 0,5$ (de forte magnitude)¹³.

Realizou-se análise de regressão linear para estimar a associação entre a variável dependente (qualidade da saúde global) com a escala de sintomas, sendo incluídas nos modelos as 13 perguntas que compõem o escore da escala de sintomas e retidas no modelo final aquelas com p-valor $< 0,05$.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), atendendo as exigências do Conselho Nacional de Saúde sobre as diretrizes e normas para pesquisas com seres humanos segundo a resolução 466/2012, sob Número do Parecer: 2.821.570.

Resultado

Dos pacientes com câncer que participaram do estudo (n= 146), 140 (96%) forneceram dados completos de sintomas e qualidade da saúde global. A média final do escore da escala de sintomas foi igual a 34,7 (desvio-padrão (DP) = 26,2) e de 32,3 (DP = 25) para o escore da qualidade da saúde global.

A idade média dos pacientes foi de 60 anos ($\pm 16,65$), sendo 57,83% do sexo feminino, 35,29% eram brancos, 64,71% eram negros ou pardos (Tabela 1). Os pacientes recebem tratamento/acompanhamento pelo Sistema Único de Saúde.

Tabela 1 - Dados sociodemográficos dos pacientes e tipos de câncer. Macaé, RJ, Brasil, 2020.

SEXO	Feminino	57,83%
	Masculino	42,17%
IDADE	80 anos ou mais	10,74%
	70-79	18,91%
	60-69	32,37%
	50-59	13,46%
	40-49	10,74%
	30-39	8,16%
	20-29	5,44%

COR	Branco	35,29%
	Negros ou pardos	64,71%
TIPOS DE CÂNCER	Mama	35,86%
	Colorretal	20,51%
	Próstata	10,1%
	Estômago	7,74%
	Pulmão	7,74%
	Outros	17,93%

Dentre as 13 perguntas que compõem o escore de sintomas, destacou-se 4 sintomas mencionados como “não” por mais de 60% dos avaliados, sendo esses: diarreia (83,6%), vômito (73,6%), falta de ar (67,9%) e enjoos (60,7%). Já os sintomas citados com a frequência de “muito” referidos por mais de 20% dos avaliados foram: “precisou de descansar” (28,6), “dores perturbaram as suas atividades diárias” (25,7%), “dores” (26,4%), “sentiu-se fraco” (24,3%) e “sentiu-se cansado” (20%) (Tabela 2).

Para as duas perguntas que abarcam o escore da qualidade da saúde global e apresentam variação entre 1 (péssimo) a 7 (ótima) pontos, a média final foi de 3 (DP=1,6) para a pergunta “Como classificaria a sua saúde em geral durante a última semana” e de 2,87 (DP=1,6) para “Como classificaria a sua qualidade de vida global durante a última semana?”. Destacando-se que 84,3% dos avaliados relataram pontuação ≤ 4 para ambas as perguntas.

A correlação de *Spearman* mostrou que há uma correlação positiva e forte entre o escore final da escala de sintomas e o escore final da avaliação global da saúde ($\rho = 0,605$; $p < 0,001$).

Foi desenvolvido modelo de regressão linear múltipla para avaliar a associação entre os sintomas referidos pelos pacientes com câncer e a qualidade da saúde global. O modelo final para qualidade da saúde global incluiu três perguntas sobre o escore dos sintomas: "Precisou descansar?", "Sentiu-se cansado/a?" e "Teve falta de ar?". Observou-se que o incremento de 1 ponto na pergunta "Precisou descansar?" associou-se com aumento de 5,87 pontos no escore da qualidade da saúde global ($p < 0,01$), para a pergunta "Sentiu-se cansado/a?" o aumento foi de 6,14 pontos ($p < 0,01$) e "Teve falta de ar?" o aumento foi de 5,08 pontos ($p < 0,01$) (Tabela 3).

Tabela 2 - Perguntas que abrangem o escore de sintomas, N=140, Macaé 2020.

Perguntas	Média do escore (DP)	Escala de Sintomas			
		n(%)			
		Não (1 ponto)	Um pouco (2 pontos)	Bastante (3 pontos)	Muito (4 pontos)
Precisou de descansar?	2,33 (1,2)	44 (31,4)	46 (32,9)	10 (7,1)	40 (28,6)
Sentiu-se fraco/a?	2,17 (1,2)	58 (41,4)	34 (24,3)	14 (10)	34 (24,3)
Sentiu-se cansado/a?	2,12 (1,1)	58 (41,4)	35 (25)	19 (13,6)	28 (20)
Teve enjoos?	1,75 (1,0)	85 (60,7)	25 (17,9)	10 (7,1)	20 (14,3)
Vomitou?	1,51 (0,9)	103 (73,6)	19 (13,6)	2 (1,4)	16 (11,4)
Teve dores?	2,24 (1,2)	54 (38,6)	35 (25)	14 (10)	37 (26,4)
As dores perturbaram as suas atividades diárias?	1,14 (1,2)	67 (47,9)	23 (16,4)	14 (10)	36 (25,7)
Teve falta de ar?	1,64 (1,0)	95 (67,9)	19 (13,6)	8 (5,7)	18 (12,9)
Teve dificuldade em dormir?	1,93 (1,1)	72 (51,4)	28 (20)	18 (12,9)	22 (15,7)
Teve falta de apetite?	1,86 (1,1)	82 (58,6)	21 (15)	12 (8,6)	25 (17,9)
Teve prisão de ventre?	1,81 (1,1)	83 (59,3)	20 (14,3)	17 (12,1)	20 (14,3)
Teve diarreia?	1,29 (0,7)	117 (83,6)	12 (8,6)	4 (2,9)	7 (5)

O seu estado físico ou tratamento médico causaram-lhe problemas de ordem financeira?	1,83 (1,0)	75 (53,6)	31 (22,1)	17 (12,1)	17 (12,1)
--	------------	-----------	-----------	-----------	-----------

Tabela 3 - Associação entre os sintomas referidos e qualidade da saúde em pacientes com câncer (n=140), avaliada em modelos de regressão linear múltipla. Macaé, 2020.

	Qualidade da Saúde Global *	
	Coefficiente de regressão (IC 95%)	p-valor
Precisou descansar?	5,87 (2,07; 9,68)	<0,01
Sentiu-se cansado/a?	6,14 (2,09; 10,2)	<0,01
Teve falta de ar?	5,08 (1,32; 8,83)	<0,01

*Estimado pelo EORTC QLQ-C30¹⁴.

Discussão

A avaliação de *clusters* é uma ferramenta que ajuda a diminuir as imprecisões introduzidas pela avaliação não agrupada dos sintomas. Portanto, o reconhecimento da importância dos agrupamentos pode mudar a prática clínica e permitir o aprimoramento de intervenções, interferindo diretamente no cuidado ao paciente. O presente estudo apresentou evidências estatísticas de forte correlação positiva entre um *cluster* de sintomas e a saúde global de pacientes com câncer avançado.

O paciente com câncer avançado experimenta um conjunto de sintomas que agridem intensamente o seu bem-estar. O estágio é um algarismo romano de I (1) a IV (4) para a maioria dos cânceres. Os cânceres em estágio I são menos avançados e costumam ter um melhor prognóstico. Já os cânceres em estágios mais elevados geralmente têm mais características preocupantes, como metástases, então podem exigir um tratamento mais intenso. Alguns tipos de câncer também têm estágio 0, o qual

significa que o câncer ainda está apenas na camada de células onde começou, e não se espalhou mais.¹⁵

Como os estágios III e IV do câncer são os mais avançados, exigem complexibilidade na assistência, sendo os cuidados paliativos um grande aliado. Dessa maneira, os cuidados paliativos são de responsabilidade de uma equipe multidisciplinar, que deve ter preparo para lidar com os medos, sofrimentos e angústias do paciente e sua família, sabendo como agir frente à realidade da finitude humana e às necessidades do paciente.¹⁶

Nesse sentido, quanto maior o número de sintomas relatados por um paciente em cuidados paliativos, menor será sua QV, sendo que o *cluster* de sintomas mais recorrentes é: dor, fadiga, perda de apetite, vômitos, perda de peso, constipação, palidez, caquexia, dispneia, baixa qualidade de sono, disfagia, depressão, disgeusia, baixo estado nutricional, sensação de dependência e falta de apoio familiar e social.¹⁷

Dentre os sintomas supracitados, a dor do câncer é relatada em 70 a 90% dos casos avançados, caracterizada como um sintoma severo e um dos principais indicados pelos pacientes.¹⁸ O Brasil tem se apresentado como o país com o maior índice de queixas de dor oncológica da América Latina, afetando de 25 a 30% dos pacientes na fase inicial, 50% em estágios variados do câncer e de 70 a 90% daqueles no estágio avançado.¹⁹ Nesse sentido, o alívio da dor é um dos principais objetivos cuidados paliativos, visto que acarreta em sofrimento e até a incapacidade de realização de atividades diárias, assim, tem-se um desafio para os profissionais de saúde designados a tratá-la, uma vez que a dor é um sintoma subjetivo que ocorre quando o paciente diz ter e existe, quando ele diz existir. Assim, requer uma capacitação dos profissionais para que se tenha eficácia no tratamento.²⁰

Dentre o *cluster* formado na presente pesquisa, três sintomas se destacaram durante a coleta de dados: cansaço, fadiga e dispneia. Todos apresentaram um aumento de escore na qualidade de saúde global quando obtinham aumento de um ponto nas perguntas referentes aos mesmos, demonstrando a necessidade de atenção a esses três itens.

Sabendo-se que os *clusters* de sintomas são definidos como grupos de pelo menos dois ou três sintomas simultâneos que estão relacionados entre si²¹, enfermeiras

brasileiras realizaram uma revisão sistemática e destacaram que os sintomas agrupados mais encontrados são os neuropsicológicos e os gastrointestinais.²²

Um estudo norte-americano observou que a dor, dispneia, fadiga e o estresse emocional surgem em simultâneo e são interdependentes, logo, apresentam uma inter-relação entre si, tendo em conta que podem produzir efeito acumulativo.²³ Já em outro estudo brasileiro, foi utilizada a escala de sintomas do EORTC QLQ-C30, a qual dor, fadiga, insônia e perda do apetite tiveram destaque juntos.²⁴

O sono de má qualidade esteve presente em cerca de 75% dos participantes deste estudo, corroborando com a literatura internacional e nacional, em que autores alertam para os prejuízos do sono na pessoa com câncer.²⁵ Nos pacientes com sono de má qualidade, os problemas de sono constituíram *clusters* com os sintomas de preocupação e tristeza.

Um estudo sobre agrupamentos de pacientes com câncer de pulmão fez a análise de *clusters* e levou em conta a magnitude dos sintomas de maior prevalência de acordo com as escalas de sintomas do EORTC QLQ-30; esses sintomas foram fadiga, dor, dispneia e insônia. Dentre os resultados foram identificados três agrupamentos (subgrupos) de pacientes, baseados na magnitude dos quatro sintomas mais prevalentes. Os três subgrupos de pacientes foram os seguintes: pacientes com sintomas leves (n = 30; 60%); pacientes com sintomas moderados (n = 14; 28%) e pacientes com sintomas graves (n = 6; 12%). O subgrupo de pacientes com sintomas graves apresentou a pior qualidade de vida, conforme mensurada pelos escores totais e pelas dimensões integradas dos três instrumentos.²⁶

No cluster formado pela presente pesquisa, a fadiga e cansaço estavam presentes. A fadiga pode ser descrita como um sintoma de desequilíbrio entre o estado de descanso e de atividade, o que ocasiona uma falta de energia tanto física quanto mental, porém, o indivíduo que a relata se recupera ao cessar a causa do desgaste.²⁷ A fadiga relacionada ao câncer (FRC) é diferente desse quadro, em virtude de não haver alívio do sintoma com sono/repouso, por isso é considerada um fator de diminuição da QV e, conseqüentemente, da satisfação pessoal. Os pacientes em tratamento oncológico, principalmente os submetidos a quimioterapia (QT), demonstram a persistência do sintoma após o término do tratamento e até mesmo da recuperação da doença. Esse prolongamento da fadiga a faz ser caracterizada como crônica e implica na possibilidade de uma adaptação metabólica e fisiológica, como descondicionamento e caquexia, por exemplo.²⁸

Muitos pacientes com câncer desenvolvem anemia como consequência de sua doença maligna, tratamento ou até mesmo por comorbidades previamente apresentadas. A anemia é uma das maiores causas reversíveis de FRC²⁹, estando presente em mais de 40% dos casos, e em pacientes durante a QT, a incidência pode elevar-se a 90%.³⁰

Outro sintoma que demonstrou destaque nessa pesquisa foi a dispneia. Tal sintoma pode correlacionar-se com a diminuição dos níveis de hemoglobina, o que impacta negativamente a sobrevida e acentua a FRC.³¹ O termo dispneia é utilizado para definir uma sensação subjetiva de falta de ar ou dificuldade respiratória que o doente diz sentir, sendo um dos sintomas mais prevalentes em diversos estudos, ocorrendo entre 19% a 51% dos doentes oncológicos e rapidamente aumenta com a progressão da doença e no fim de vida, especialmente em doentes com câncer de pulmão.³²

Limitações do estudo

Este estudo apresenta limitações, tais como a amostra ser de conveniência e relativamente pequena, fato este que se atribui a realização em uma cidade do interior do Estado do Rio de Janeiro, o que impediu a análise do efeito do *cluster* de sintomas estudado sobre a qualidade de saúde global de pacientes com câncer considerando a influência de outras variáveis, como sexo, idade, escolaridade. Assim, sugere-se que novos estudos sejam realizados a fim de avaliar o impacto da saúde global de pacientes com câncer, bem como a possível modificação de efeitos ao considerar outros *clusters* de sintomas.

Contribuições para equipe multidisciplinar

Para cuidar do paciente com câncer avançado e, muitas vezes, fora da possibilidade de cura atual, é necessário pensar de forma multidisciplinar e até mesmo interdisciplinar. Uma equipe de cuidados paliativos tem, em sua essência, a multidisciplinaridade. Essa necessidade se deve à heterogeneidade das necessidades individuais dos pacientes e familiares. Nesse contexto, nenhuma formação profissional é suficientemente ampla para abordar todos os aspectos que precisam de atenção.³³ Sendo assim, para atingir a qualidade de saúde global é preciso refletir sobre o cuidado de forma integral para atender a todas as dimensões do cuidado, quais sejam, bio-psico-sócio-espirituais.

Conclusão

O presente estudo, realizado em uma cidade do interior do Estado do Rio de Janeiro, demonstrou que existe uma correlação positiva forte entre o *cluster* de sintomas composto por dor, fadiga, dispneia, náusea, vômito, insônia, inapetência, constipação, diarreia e a qualidade de saúde global de pacientes com câncer avançado. Logo sugere-se a possibilidade de sua aplicabilidade em outros cenários do país como por exemplo, em grandes centros urbanos.

Referência

1. Facina T. Estimativa 2014 – Incidência de Câncer no Brasil. Rev. Brasileira De.Cancerologia [Internet]. 31º de março de 2014 [citado 23º de julho de 2020];60(1):63. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/964>
2. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020 : incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro : INCA, 2019. Acessado em 15 de maio de 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>.
3. Lopes JLC, Bomfim EO, Nascimento LC, Pereira GS, Lima RAG. Teoria dos sintomas desagradáveis: subsídios para o manejo de sintomas em crianças e adolescentes oncológicos. Rev. Gaúcha Enferm. [Internet]. 2015 Sep [cited 2020 July 09] ; 36(3): 109-112. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000300109&lng=en. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.03.51465>.
4. Carrillo GGM. Os grupos de sintomas em pessoas com câncer: uma revisão integrativa. Aquichan [Internet]. 2017 julho [citado 2020 09 de julho]; 17 (3): 257-269. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972017000300257&lng=en. <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2017.17.3.3>.
5. Delalibera M, Presa J, Barbosa A, Leal I. Sobrecarga no cuidar e suas repercussões nos cuidadores de pacientes em fim de vida: revisão sistemática da literatura. Ciênc. saúde

coletiva [Internet]. 2015 Sep [cited 2020 July 09] ; 20(9): 2731-2747. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000902731&lng=en. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015209.09562014>.

6. Leite MAC, Nogueira DA, Terra FS. Social and clinical aspects of oncological patients of a chemotherapy service. Rev Rene [Internet]. 2015 Jan Feb [cited 2020 May 15]; 16(1):38-45. Available from: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/2679/2064>

7. Hermes HR, Lamarca ICA. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2013 Set [citado 2020 Jul 13] ; 18(9): 2577-2588. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900012&lng=pt. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900012>.

8. Mansano STC, Ceolim MF. Qualidade de vida de pacientes com câncer sem período de quimioterapia. Texto contexto - enferm. [Internet]. Setembro de 2012 [citado 2020 13 de julho]; 21 (3): 600-607. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000300015&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000300015> .

9. Cardoso DH, Muniz RM, Schwartz E, Arrieira ICO. Cuidados paliativos na assistência hospitalar: a vivência de uma equipe multiprofissional. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2013 Dec [cited 2020 Dec 09] ; 22(4): 1134-1141. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000400032&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000400032>.

10. Kovács MJ. Educação para a morte. Psicologia: Ciência e Profissão [Internet]. 2005 [cited 2020 Dec 5];25(3):484-97. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932005000300012

11. Meneguim S, Matos TDS, Ferreira MLSM. Percepção de pacientes oncológicos em cuidados paliativos sobre qualidade de vida. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2018 ago [citado 2020 13 de julho]; 71 (4): 1998-2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000401998&lng=en. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0360> .

12. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995 Nov;41(10):1403-9. doi: 10.1016/0277-9536(95)00112-k. PMID: 8560308.
13. Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady D, Hearst N, Newman TB. *Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica*. 2ª Ed. Porto Alegre: Editora Artmed; 2003.
14. EORTC QLQ-C30 Scoring Manual (3rd edition). Fayers PM, Aaronson NK, Bjordal K, Groenvold M, Curran D, Bottomley A, on behalf of the EORTC Quality of Life Group. Brussels: EORTC, 2001.
15. American Cancer Society [Internet]. Cancer.org. 2017 [cited 2020 Dec 6]. Available from: <https://www.cancer.org/treatment/understanding-your-diagnosis/staging.html>
16. Machado KDG, Pessini L, Hossne WS. A formação em cuidados paliativos da equipe que atua em unidade de terapia intensiva: um olhar da bioética. *Rev Bioethikos* [Internet] 2007[cited 2020 Dec 09];1(1):34-42. Available from: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/54/A_cuidados_paliativos.pdf
17. Matsumoto DY. Cuidados paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: *Manual de cuidados paliativos*. 2º ed, Academia Nacional de Cuidados Paliativos – ANCP. Rio de Janeiro: 2012.
18. Cunha FF, Rêgo LP. Enfermagem diante da dor oncológica. *Rev. dor* [Internet]. 2015 Jun [citado 2020 Jul 13] ; 16(2): 142-145. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132015000200142&lng=pt. <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20150027>.
19. Oliveira AL, Palma NS, Cunha BAS. Manuseio da dor crônica em pacientes oncológicos pela equipe de enfermagem. *Rev. dor* [Internet]. 2016 Sep [cited 2020 July 13] ; 17(3): 219-222. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132016000300219&lng=en. <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20160075>.

20. World Health Organization. Definição da OMS de cuidados paliativos [página da internet]. 2017 [acessado em 15 de março de 2020]. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>
21. Wittmann VR, Goldim JR. Bioética e cuidados paliativos: tomada de decisões e qualidade de vida. *Acta paul. enferm.* [Internet]. 2012 [citado 2020 Jul 13]; 25(3): 334-339. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000300003&lng=pt. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000300003>.
22. Fábregas BS, Mendonça GR, da Rocha AL, Andrade CSM. Cluster de Sintomas e Câncer na Pesquisa em Enfermagem: Revisão Sistemática. *Rev. Brasileira.De.Cancerologia* [Internet]. 31º de dezembro de 2014 [citado 13º de julho de 2020];60(4):351-6. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/462>
23. Cleeland CS, Sloan JA; ASCPRO Organizing Group. Assessing the Symptoms of Cancer Using Patient-Reported Outcomes (ASCPRO): searching for standards. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2010 [citado 2020 Jul 13]; 39(6):1077-85. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2009.05.025. PMID: 20538189.
24. Freire MEM, Costa SFG, Lima RAG, Sawada NO. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer em cuidados paliativos. *Texto contexto - enferm.* [Internet]. 2018 [cited 2020 Dec 05]; 27(2): e5420016. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000200318&lng=en. Epub May 28, 2018. <https://doi.org/10.1590/0104-070720180005420016>.
25. Nunes NAH, Ceolim MF. Qualidade do sono e cluster de sintomas em pacientes com câncer em tratamento quimioterápico. *Cogitare Enfermagem* [Internet]. 2019 Feb 7 [cited 2020 Dec 5];24. Available from: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/58046>
26. Franceschini J, JJR, Fernandes ALG, Jamnik S, Santoro IL. Relação entre a magnitude de sintomas e a qualidade de vida: análise de agrupamentos de pacientes com câncer de pulmão no Brasil. *J. bras. pneumol.* [Internet]. 2013 Fev [citado 2020 Jul 13]; 39(1

): 23-31. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132013000100004&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132013000100004>.

27. dos Anjos ACY, Campos CS, Cunha NF, Lopes CF, Alves LL, Porto JP. Fadiga secundária à quimioterapia em mulheres com câncer de mama: revisão integrativa de literatura. PP [Internet]. 30º de dezembro de 2017 [citado 13º de julho de 2020];21(2). Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/perspectivasepsicologia/article/view/40860>

28. Borges JA, Quintão MMP, Chermont SSMC, de Mendonça FHTF, Mesquita ET. Fadiga: um sintoma complexo e seu impacto no câncer e insuficiência cardíaca. Int. J. Cardiovasc. Sci. [Internet]. 2018 ago [citado 2020 13 de julho]; 31 (4): 433-442. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-56472018000400433&lng=en. <http://dx.doi.org/10.5935/2359-4802.20180027>.

29. Campos MPO, Hassan BJ, Riechelmann R, del Giglio A. Fadiga relacionada ao câncer: uma revisão. Rev. Assoc. Med. Bras. [Internet]. 2011 Apr [cited 2020 July 13]; 57(2): 211-219. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302011000200021&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302011000200021>.

30. Dicato M., Plawny L., & Diederich, M.. Anemia in cancer. Annals of oncology : official journal of the European Society for Medical Oncology. Published by Oxford University Press in 2010 Oct [cited 2020 July 09]; Available from: <https://doi.org/10.1093/annonc/mdq284>

31. Calabrich AFC, Katz A. Deficiência de ferro no paciente com câncer. Rev. Bras. Hematol. Hemoter. [Internet]. 2010 junho [citado 2020 13 de julho]; 32 (Supl 2): 84-88. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-84842010000800018&lng=en. Epub 14 de maio de 2010. <https://doi.org/10.1590/S1516-84842010005000049> .

32. Viola R, Kiteley C, Lloyd NS, Mackay JA, Wilson J, Wong RK, & Supportive Care Guidelines Group of the Cancer Care Ontario Program in Evidence-Based Care. The management of dyspnea in cancer patients: a systematic review. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*.

[Internet]. 2008 Apr [citado 2020 13 de julho]; 16(4), 329–337.
<https://doi.org/10.1007/s00520-007-0389-6>

33. Higginson IJ, Evans CJ. What Is the Evidence That Palliative Care Teams Improve Outcomes for Cancer Patients and Their Families? *The Cancer Journal* [Internet]. 2010 Sep [cited 2020 Dec 5];16(5):423–35. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20890138/>