

**FUNCIONALIDADE, SINTOMAS DIVERSOS E QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES
SUBMETIDOS À QUIMIOTERAPIA PALIATIVA***Rafaela de Moraes Cavalcanti Ralph^a*<https://orcid.org/0000-0003-2645-9840>*Nauã Rodrigues de Souza^b*<https://orcid.org/0000-0001-9076-0449>*Eudanusia Guilherme de Figueiredo^c*<https://orcid.org/0000-0001-8015-3469>*Daniela de Aquino Freire^d*<https://orcid.org/0000-0002-6708-5139>*Thaís da Silva Oliveira^e*<https://orcid.org/0000-0002-6461-201X>*Careli Pereira Brandão^f*<https://orcid.org/0000-0003-3736-8493>**Resumo**

Este artigo teve como objetivo analisar a funcionalidade, sintomas diversos e qualidade de vida de pacientes submetidos à quimioterapia paliativa. Foi realizado um estudo descritivo, transversal, com 105 pacientes atendidos em uma instituição referência em oncologia no estado de Pernambuco. Os dados foram obtidos entre outubro de 2015 e janeiro de 2016, por meio dos instrumentos: Edmonton Symptom Assessment System, escala de Eastern Cooperative Oncology Group/Karnofsky e questionário de qualidade de vida em cuidados paliativos. O software utilizado para análise dos dados foi o SPSS. Identificou-se predomínio de uma população com baixos níveis de escolaridade e renda familiar, com boa funcionalidade

^a Enfermeira. Residência pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE). Recife, Pernambuco, Brasil. E-mail: rafaelaralph@hotmail.com

^b Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Recife, Pernambuco, Brasil. E-mail: naua_1@hotmail.com

^c Enfermeira. Mestra em Enfermagem. Recife, Pernambuco, Brasil. E-mail: eudanusia9f@gmail.com

^d Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Recife, Pernambuco, Brasil. E-mail: daniela_3439@hotmail.com

^e Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Recife, Pernambuco, Brasil. E-mail: thaiss.oliveira90@gmail.com

^f Enfermeira. Especialista em Oncologia e Hematologia. Recife, Pernambuco, Brasil. E-mail: carelibrandao@hotmail.com

Endereço para correspondência: Universidade de Pernambuco. Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças (Fensg). Rua Dr. Otávio Coutinho, Santo Amaro. Recife, Pernambuco, Brasil. CEP: 52171-011. E-mail: thaiss.oliveira90@gmail.com

e condições de desenvolver as atividades de vida diária. Foi encontrada menor porcentagem de pessoas com capacidade funcional afetada. Entre os sintomas mais prevalentes destacaram-se: depressão, náusea e sonolência. Chegou-se à conclusão de que construir o perfil dos pacientes em quimioterapia paliativa é importante para o planejamento e construção de uma assistência capaz de promover melhorias na qualidade de vida, baseada na individualidade de cada paciente, favorecendo uma prática humanizada.

Palavras-chave: Enfermagem. Cuidados paliativos. Qualidade de vida.

FUNCTIONALITY, VARIOUS SYMPTOMS, AND QUALITY OF LIFE OF PATIENTS UNDERGOING PALLIATIVE CHEMOTHERAPY

Abstract

This article aimed to analyze the functionality, various symptoms, and quality of life of patients undergoing palliative chemotherapy. A descriptive, cross-sectional study with 105 patients treated at a reference institution in oncology in the state of Pernambuco was carried out. Data were obtained between October 2015 and January 2016, by using the following instruments: Edmonton Symptom Assessment System, Eastern Cooperative Oncology Group/Karnofsky scale and quality of life questionnaire in palliative care. The software used for data analysis was SPSS. A predominance of a population with low levels of schooling and family income was identified, with good functionality and conditions to carry out activities of daily living was identified. A smaller percentage of people showed affected functional capacity. Among the most prevalent symptoms, depression, nausea, and drowsiness stood out. In conclusion, constructing the profile of patients in palliative chemotherapy is important for the planning and construction of care capable of promoting improvements in the quality of life, based on the individuality of each patient, favoring a humanized practice.

Keywords: Nursing. Palliative care. Quality of life.

FUNCIONALIDAD, SÍNTOMAS DIVERSOS Y CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES SOMETIDOS A QUIMIOTERAPIA PALIATIVA

Resumen

Este artículo tuvo como objetivo analizar la funcionalidad, los diversos síntomas y la calidad de vida de los pacientes sometidos a quimioterapia paliativa. Se realizó un estudio

descriptivo, transversal, con 105 pacientes atendidos en una institución de referencia en oncología en Pernambuco (Brasil). Los datos se obtuvieron entre octubre de 2015 y enero de 2016, utilizando los siguientes instrumentos: Edmonton Symptom Assessment System, escala de Eastern Cooperative Oncology Group/ Karnofsky y cuestionario de calidad de vida en cuidados paliativos. El *software* que se utilizó en el análisis de datos fue el SPSS. Se identificó un predominio de una población con bajos niveles de educación y renta familiar, con buena funcionalidad y condiciones para realizar las actividades de la vida diaria. Hubo un menor porcentaje de personas que tuvieron la capacidad funcional afectada. Entre los síntomas más prevalentes se destacaron depresión, náuseas y somnolencia. La construcción del perfil de los pacientes en quimioterapia paliativa es importante para la planificación y construcción de una asistencia capaz de promover mejoras en la calidad de vida, a partir de la individualidad de cada paciente, favoreciendo una práctica humanizada.

Palabras clave: Enfermería. Cuidados paliativos. Calidad de vida.

INTRODUÇÃO

O câncer é um problema de saúde pública no Brasil: é a segunda maior causa de morte por agravos não transmissíveis, ficando atrás apenas das doenças cardiovasculares¹. Hoje se denomina câncer o conjunto de mais de cem doenças cuja característica fundamental é o crescimento celular desordenado, que adquire alta capacidade de invadir tecidos e órgãos².

A mais recente estimativa mundial publicada no ano de 2018 demonstra um aumento na incidência e mortalidade. Aponta que ocorreram no mundo 18 milhões de casos novos de câncer (17 milhões excluindo os casos de cânceres de pele não melanoma) e 9,6 milhões de óbitos (9,5 milhões excluindo os casos de cânceres de pele não melanoma)³. No Brasil, em 2020, o Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes Silva (Inca), órgão do Ministério Saúde, estimou 450 mil casos novos, excluindo-se os cânceres de pele não melanoma (tipo mais prevalente da doença)⁴.

Por se tratar de uma doença com múltiplas características clínicas e patológicas, e não possuir sinais e sintomas clássicos, o câncer pode ser diagnosticado em várias fases de evolução. Então, é fundamental identificar o estadiamento correto da doença para definir o tratamento e a avaliação do prognóstico. Entretanto, quando os pacientes se encontram em estágios avançados, a indicação do tratamento passa a ser paliativo, visando, sobretudo, ao controle de sintomas e ao aumento da sobrevida⁵.

O termo “paliativo” vem do latim “pallium”, nome dado a uma espécie de coberta/manto, que no passado protegia autoridades. Assim, entende-se que paliativo significa a capacidade de acalmar temporariamente um sintoma. Traz embutido no seu significado a filosofia de proteger, amparar, cobrir, ou seja, cuidar quando a possibilidade de cura não é possível⁶.

Pacientes em estágios avançados ou com doença metastática são, em sua maioria, classificados como fora de possibilidade terapêutica para cura. No entanto, muito tem se investido para garantir a melhoria nas condições de qualidade de vida e a redução dos sinais e sintomas decorrentes do tratamento ou da própria enfermidade⁷. Além das intervenções implantadas pela equipe multiprofissional, destacam-se como importantes aliados ao tratamento a cirurgia, a radioterapia, a hormonioterapia e a quimioterapia⁸.

A quimioterapia constitui a modalidade de maior escolha para alcançar a cura, controle ou palição. Essa terapia envolve o uso de substâncias citotóxicas que interferem no processo de crescimento e divisão celular, com a finalidade de eliminar as células tumorais. São distribuídas sistemicamente e classificadas conforme sua finalidade: em quimioterapia adjuvante, neoadjuvante, curativa, para controle temporário da doença ou paliativa⁸.

A proposta do tratamento com quimioterapia paliativa é recente e, na última década, seu âmbito expandiu⁷. Com o objetivo de reduzir as dimensões do tumor e principalmente controlar os sinais e sintomas da doença avançada que podem afetar diretamente a funcionalidade, qualidade e o tempo de sobrevida do paciente^{9,10}. A mensuração desses sintomas e da capacidade de desempenho de suas atividades são aspectos de grande importância na avaliação global do paciente¹¹.

A equipe de enfermagem dispõe de subsídios fundamentais para a conquista desses objetivos, visto que o cuidado também é a essência dessa profissão. Porém, faz-se importante ir além da relação de cuidados enfermeiro/paciente. O enfermeiro necessita atuar na educação em saúde, para possibilitar, por meio da adoção de métodos e estratégias adequados, reflexão sobre hábitos e possibilidade de modificá-los, buscando uma melhor qualidade de vida¹².

Estudos que revelem o papel dessas relações são escassos para quimioterapia paliativa. Essas informações são importantes no fortalecimento do atendimento, favorecendo a aproximação do cuidado à realidade, além de estimular uma assistência de qualidade, a fim de se incluir essas pessoas aos cuidados paliativos precocemente. O objetivo deste estudo foi analisar a funcionalidade, sintomas e qualidade de vida de pacientes submetidos à quimioterapia paliativa, atendidos em uma instituição referência em cuidados paliativos do estado de Pernambuco.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada no ambulatório de Oncologia Clínica Adulto do Instituto de Medicina Integrada Professor Fernandes Figueira (Imip), localizado na cidade do Recife, Pernambuco.

Os dados foram coletados entre outubro de 2016 e janeiro de 2017, alcançando uma amostra de 105 pacientes. Incluíram-se na pesquisa pacientes definidos em prontuário como quimioterapia paliativa, com idade entre 19 e 79 anos, lúcidos e em condições de se comunicar verbalmente.

Os pacientes foram selecionados aleatoriamente, por meio das autorizações para procedimentos de alto custo (Apac) descritas como quimioterapia paliativa. Conforme fossem comparecendo para realização do tratamento, eram abordados e informados sobre a proposta e o objetivo do estudo.

As entrevistas foram realizadas pelos pesquisadores de forma individual, e os instrumentos para coleta foram: formulário de informações sociodemográficas e clínicas do paciente (elaborado pelas pesquisadoras), instrumento de *Edmonton Symptom Assessment System* (ESAS), a escala de ECOG/Karnofsky e o questionário de qualidade de vida em cuidados paliativos (FACIT-PAL – Versão 4).

O questionário (FACIT-PAL – Versão 4), instrumento escolhido para coleta de dados da pesquisa, compõem-se de uma subescala de cuidados paliativos desenvolvida a partir da Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-G (FACT-G), instrumento desenvolvido para avaliação da qualidade de vida em saúde. Para verificação de suas propriedades psicométricas, por meio de estudo realizado com 256 pessoas nos Estados Unidos com diagnóstico avançado de câncer, utilizaram ambos os instrumentos e completaram 46 de seus itens, sendo 27 do FACT-G e 19 do FACIT-PAL. Diante disso, os pesquisadores do estudo concluíram que o questionário em uso, é um instrumento válido e confiável para avaliação da qualidade de vida de pacientes em cuidados paliativos.

O instrumento de *Edmonton*, ESAS, foi construído no Canadá para auxiliar na detecção e monitoramento dos sintomas em pacientes com câncer sob cuidados paliativos. Sua avaliação apresenta nove sintomas físicos e psicológicos: dor, náusea, depressão, ansiedade, sonolência, apetite, bem-estar e falta de ar. As respostas são graduadas em uma escala de 0 a 10, onde 0 corresponde a “sem” sintoma e 10 ao “pior” sintoma. Assim, registra-se sua frequência e intensidade, facilitando a tomada de decisões para um cuidado individualizado^{13,14}.

As escalas de *Karnofsky* (KPS) e *Eastern Cooperative Oncology Group* (ECOG) avaliam o comprometimento funcional. Seus resultados variam de 0% a 100% na KPS e zero a quatro na ECOG, e suas variações são inversamente proporcionais. Escores mais baixos em *Karnofsky* e altos em ECOG estão associados a menor tempo de sobrevida. São instrumentos validados e amplamente utilizados, pois aferem parâmetros importantes como atividade física, grau de assistência necessária e avaliação de tolerância ao tratamento^{14,15}.

O grupo Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT) é a instituição elaboradora de questionários sobre qualidade de vida relacionada à pacientes com doenças e agravos não transmissíveis. O FACIT-PAL é uma subescala específica para a avaliação de pacientes que requeiram cuidados paliativos, contemplando itens que buscam avaliar sintomas prevalentes, relação família e amigos, fechamento da vida, tomada de decisões, comunicação e habilidades. As respostas são graduadas em uma escala de 0 a 4, de 'nada' até 'demais'. Quanto maiores as pontuações nos escores, melhor a percepção da pessoa sobre sua qualidade de vida¹⁶.

Os dados foram analisados através dos softwares SPSS 13.0 para Windows e o Excel 2010. Os resultados estão apresentados em forma de tabelas com suas respectivas frequências absolutas e relativas. As variáveis numéricas estão representadas pelas medidas de tendência central e medidas de dispersão. Para verificar a existência de associação foi realizado Teste Exato de Fisher para as variáveis categóricas. Todos os testes foram aplicados com 95% de confiança.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos (CEP-IMIP) em setembro de 2015, sob o parecer nº 1.234.804. Foram cumpridos os princípios éticos registrados na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde para pesquisa com seres humanos.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 105 pacientes oncológicos em tratamento paliativo. Os dados sociodemográficos demonstraram uma população cuja idade média foi de 54,12 anos (DP = 22) com idade mínima de 22 e máxima de 79 anos. Houve maior concentração de pessoas do sexo feminino (55 pacientes, ou seja, 52,4%), pessoas pardas (61 pacientes, 58,1%), maior proporção com o ensino fundamental incompleto (quarenta pacientes, 38,1%), aposentados (43 pacientes, 41%) e renda de um salário mínimo (64 pacientes, 61%). As características sociodemográficas estão apresentadas na **Tabela 1**.

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos pacientes em quimioterapia paliativa (N=105). Recife, Pernambuco, Brasil – 2016

Variáveis	N	%
Idade (anos)		
Menos de 30	6	5,7
30-40	13	12,4
40-50	19	18,1
50-60	23	21,9
≥ 60	44	41,9
Sexo		
Masculino	50	47,6
Feminino	55	52,4
Raça		
Branco	27	25,7
Pardo	61	58,1
Negro	12	11,4
Amarelo	5	4,8
Município de residência		
Recife	25	23,8
Região metropolitana	34	32,4
Interior	46	43,8
Escolaridade		
Analfabeto	14	13,3
Ens. fund. completo	16	15,3
Ens. fund. incompleto	40	38,1
Ens. médio completo	14	13,3
Ens. médio incompleto	8	7,6
Ens. superior completo	7	6,7
Ens. superior incompleto	6	5,7
Renda familiar (SM)		
<1 SM	8	7,6
1 SM	64	61
2 SM	18	17,1
Mais de 2 SM	15	14,3
Situação de trabalho		
Desempregado	18	17,1
Aposentado	43	41
Licença médica	29	27,6
Trabalhando	8	7,6
Outros	7	6,7

Fonte: Elaboração própria.

Todos os entrevistados apresentavam câncer em estágio avançado (estádio III e IV) e 62 (59%) confirmaram histórico familiar positivo para doença neoplásica. Os sítios primários da doença foram predominantemente no trato gastrointestinal superior (27 casos, ou seja, 25,7%) e o órgão mais atingido por metástase foram os ossos (trinta casos, ou seja, 28,6%), conforme verificado na **Tabela 2**.

Tabela 2 – Dados clínicos dos pacientes em quimioterapia paliativa (N=105). Recife, Pernambuco, Brasil – 2016

Variáveis	N	%
Histórico familiar de câncer (+)		
Sim	62	59
Não	43	41
Sítio primário		
Trato gastrointestinal superior	27	25,7
Mama	17	16,2
Cólon e reto	15	14,3
Pulmão	14	13,3
Próstata	9	8,6
Útero	6	5,7
Outros	17	16,2
Metástase		
Ossos	30	28,6
Fígado	27	25,7
Pulmão	16	15,2
Outros	32	30,4
Modalidades tratamento		
Cirurgia	50	47,6
Radioterapia	44	41,9
Hormonioterapia	22	21,0

Fonte: Elaboração própria.

Como modalidade de escolha para tratamento, além da quimioterapia, a cirurgia foi a mais frequente (cinquenta casos, ou seja, 47,6%). Verificou-se que 35 (33,3%) pacientes apresentavam pelo menos uma comorbidade além do seu problema oncológico, 27 (25,7%) deles apresentavam hipertensão arterial e 13 (12,4%) eram diabéticos. Foi verificado também que 59 (56,2%) e 58 (55,2%) participantes, nessa ordem, asseguravam não fazer uso de tabaco e álcool durante o tratamento.

A capacidade funcional demonstrou que 89 pacientes (85,7%) se encaixavam na classificação ECOG 1, o que significa que apresentavam sinais e sintomas da doença, mas deambulavam e levavam seus dias normais. Entre eles, 37 (41,1%) estavam relacionados

à Karnofsky 70%, ou seja, praticavam autocuidado, mas eram incapazes de exercer suas atividades habituais ou trabalho ativo. Devido às limitações funcionais, sessenta pacientes (57,1%) afirmavam não ter atividades de lazer. A **Tabela 3** compara os dados e atesta que houve diferença estatística significativa entre as escalas ECOG e Karnofsky.

Tabela 3 – Cruzamento das escalas de ECOG X Karnofsky (N=105). Recife, Pernambuco, Brasil – 2016

Variáveis	ECOG			p-valor
	0	1	2	
Karnofsky				
50			4 (28,6)	<0,001 *
60			10 (71,4)	
70		37 (41,1)		
80		32 (35,6)		
90		20 (23,3)		
100	1 (100,0)			

Fonte: Elaboração própria.

(*) Teste Exato de Fisher

Sobre os sintomas durante o tratamento, houve relatos de leve intensidade de: dor, fadiga, náusea, depressão, mal-estar e falta de ar, de acordo com a escala ESAS. Quando questionados sobre sonolência e falta de apetite, a maioria referiu intensidade moderada. Parte significativa (37 pacientes, ou seja, 35,2%) expressou forte ansiedade no enfrentamento da doença e do tratamento. A experiência dos sintomas está apresentada na **Tabela 4**.

Tabela 4 – Experiência dos sintomas dos pacientes em quimioterapia paliativa (N=105). Recife, Pernambuco, Brasil – 2016

Edmonton	Leve 0-3	%	Moderada 4-7	%	Forte 8-10	%
Dor	53	50,5%	39	37,1%	13	12,4%
Fadiga	50	47,6%	39	37,1%	16	15,2%
Náusea	65	61,9%	28	26,7%	12	11,4%
Depressão	83	79,0%	12	11,4%	10	9,5%
Ansiedade	44	41,9%	24	22,9%	37	35,2%
Sonolência	34	32,4%	55	52,4%	16	15,2%
Falta de apetite	40	38,1%	52	49,5%	13	12,4%
Mal-estar	54	51,4%	47	44,8%	4	3,8%
Falta de ar	90	85,7%	13	12,4%	2	1,9%

Fonte: Elaboração própria.

Quanto à qualidade de vida, não foram reveladas grandes perdas, as médias e medianas totais revelaram a homogeneidade da amostra. O domínio “bem-estar físico” demonstrou ótimo escore nas condições físicas, confirmando a experiência dos sintomas. “Bem-estar funcional” manteve boa média, coerente com avaliação da funcionalidade, e prejuízo mínimo na realização das AVD e AVDI. “Bem-estar social” e “preocupações adicionais” alcançaram bons rendimentos na amostra. Porém, apesar do bom escore geral, alguns participantes indicaram total falta de suporte social e funcional. O item “bem-estar emocional” obteve o pior escore dentre os domínios. Os dados referentes à qualidade de vida estão apresentados na **Tabela 5** de acordo com os domínios do FACIT-PAL.

Tabela 5 – Qualidade de vida dos pacientes em quimioterapia paliativa (N=105).
Recife, Pernambuco, Brasil – 2016

FACIT-PAL	Média ± DP	Mediana (Q1; Q3)	Mínimo	Máximo
Bem-estar físico (0-28)	10,0 ± 5,6	9,0 (5,5; 14,0)	0,0	24,0
Bem-estar social/familiar (0-28)	19,3 ± 5,0	19,0 (17,0; 23,0)	0,0	28,0
Bem-estar emocional (0-28)	7,1 ± 3,9	6,0 (4,0; 10,0)	0,0	19,0
Bem-estar funcional (0-28)	16,0 ± 5,2	16,0 (12,5; 19,0)	3,0	26,0
Preocupações adicionais (0-76)	38,8 ± 7,2	39,0 (34,5; 43,0)	20,0	58,0

Fonte: Elaboração própria.

DISCUSSÃO

O perfil das necessidades de saúde da população sofre constantes mudanças devido ao aumento da longevidade e da sobrevida dos indivíduos com afecções clínicas, principalmente no que diz respeito ao avanço da saúde pública e da medicina clínica, que proporcionam uma vida mais produtiva. No entanto, essa evolução também transformou o processo de morrer, tornando-o mais prolongado, com maior sofrimento físico e psíquico, além de maior custo financeiro¹.

Em 1900 a expectativa de vida era concentrada entre 40 e 50 anos, hoje se aproxima dos 80 anos de idade. Por meio desse aumento, as doenças crônicas não transmissíveis se tornaram mais frequentes¹. Esse incremento na idade foi evidenciado por meio do estudo, uma vez que 41,9% dos entrevistados em quimioterapia paliativa tinham 60 anos ou mais. Na relação entre os sexos, o número de mulheres mais expressivo condiz com a justificativa literária de que, para os países em desenvolvimento, espera-se uma maior concentração de casos de câncer entre as mulheres^{4,17}.

Os dados relacionados ao sexo e à idade desses pacientes confirmam os índices apresentados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em pesquisa nacional de amostra por domicílios de 2011, cuja maioria da população idosa com 60 anos ou mais é composta por mulheres¹⁸. No tocante à raça, denotou-se predominância da cor parda, concordando com os dados também apresentados pelo IBGE, seguida da cor branca, também autodeclarada pelos idosos¹⁸.

O apoio do cônjuge e/ou familiares é fundamental para a pessoa com uma doença que ameaça a vida. O paciente em tratamento oncológico demonstra maior adesão, melhor adaptação psicossocial e enfrentamento quando tem elevados níveis de suporte social e emocional, uma vez que as demandas de cuidados são mais intensas nos casos de doenças avançadas. Em sua grande maioria, o cônjuge torna-se também o principal cuidador^{19,20,21}.

O nível de escolaridade foi baixo, apresentando variedade entre os que têm ensino fundamental incompleto e o analfabetismo. Dados semelhantes são apresentados em outro estudo²⁰, que verificou que a baixa escolaridade está relacionada a diagnósticos tardios e, conseqüentemente, maior mortalidade, considerando que nesse caso há piores padrões de cuidados à saúde em geral. São essenciais políticas públicas de qualidade para melhorar o acesso ao diagnóstico para os pacientes com suspeita de câncer que procuram o serviço de saúde (identificação precoce e vigilância em saúde), além da garantia de infraestrutura necessária (média e alta complexidade).

O câncer de mama é o mais incidente na população feminina, apresenta alta incidência entre mulheres jovens, com parcela significativa em idosas. Nos casos em que há menos oportunidades de diagnóstico precoce, existem as maiores taxas de doença oncológica mamária avançada ou metastática⁸. Além disso, os tumores gastrointestinais superiores são expressivos na literatura pela quantidade de órgãos que podem ser afetados, corroborando este estudo⁴.

O alto índice de acometimento metastático ósseo pode estar relacionado à prevalência dos cânceres de mama e pulmão, sendo esse tipo de metástase comumente associada a esses tipos de neoplasias²². Do mesmo modo, sugere-se que a alta prevalência de metástase hepática, observada neste estudo, seja pela característica própria do órgão, que é alvo frequente de células neoplásicas provenientes da circulação sistêmica. Sabe-se que a agressão hepática por metástases é muito mais comum do que por um tumor primário²³.

A doença neoplásica acarreta prejuízos na capacidade laboral do indivíduo, impactando sua saúde psicossocial e qualidade de vida. Inúmeras vezes, a renda da família é proveniente do membro que adoeceu, ocasionando grandes consequências financeiras.

O poder aquisitivo reduzido, somado com as licenças médicas e aposentadorias, quando os custos com medicamentos e transporte aumentam, pode produzir sentimentos negativos que influenciam diretamente a saúde e o bem-estar pessoal²⁴.

Quanto às percepções sobre a doença, o câncer é uma doença estigmatizada e temida pela sociedade como sinônimo de morte e sofrimento, não agregando momentos felizes. A literatura retrata o desejo em receber tratamentos que prolonguem a vida, mesmo que as chances desse prolongamento sejam curtas, associadas à perseverança ou, por outro lado, pelo pobre entendimento do prognóstico^{6,25}.

Junto ao diagnóstico de uma patologia crônica com consequências para o indivíduo, existe a avaliação da *Performance Status*. Esse instrumento é utilizado por profissionais da saúde para avaliar o paciente tanto em relação à progressão da doença e do impacto na capacidade de vida diária quanto para determinar o tratamento mais apropriado e o prognóstico¹³.

A avaliação da funcionalidade confronta a pessoa com sua fragilidade, mostrando os riscos físicos, relacionais e profissionais do ser humano, provocando, conseqüentemente, angústia e insegurança. Quando a doença produz impacto na capacidade funcional do indivíduo, seja relacionado a efeitos colaterais do tratamento quimioterápico ou ao avanço da própria patologia, o sentimento de impotência é inevitável^{7,9}.

A existência e o avanço da doença neoplásica induzem o paciente ao sofrimento por diversas alterações que afetam significativamente a qualidade de vida. A fadiga ocorre por vários mecanismos e varia conforme a localização do tumor, a extensão da lesão e as terapias utilizadas. Porém, tem melhor se explicado pelo hipermetabolismo que ocorre no organismo do indivíduo, seja em decorrência da ação tumoral, da necrose tecidual ou citotoxicidade da quimioterapia, afetando a capacidade de recuperação da energia corporal, com conseqüências na funcionalidade, bem-estar psicológico e social do paciente²⁵.

O Brasil é o segundo país da América Latina com maior índice de dor por doentes oncológicos. Esse sintoma atinge 25% a 40% dos pacientes em fase inicial da doença, 50% dos que estão em estágios variados e 70% a 90% dos que estão em estágio final. A Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1986 afirmou que a dor oncológica precisa ser reconhecida como uma emergência médica, porém ainda há registros aproximados de quatro milhões de óbitos sem controle adequado da dor²⁴.

O enfermeiro é o profissional indicado para fornecer orientações relativas à prevenção e ao diagnóstico precoce do câncer, identificar precocemente os efeitos colaterais do tratamento a fim de minimizá-los, orientar e acompanhar o binômio paciente/família, executando ações de enfermagem individualizadas, considerando suas características pessoais e sociais. Isso exige uma necessidade de conhecimentos atualizados e focados nos últimos avanços científicos⁸.

Nesse contexto, auxiliar o paciente a entender o processo em que está inserido é torná-lo capaz de enfrentar esse momento de sua vida, apoiando-o com clareza e identificando suas angústias. Uma comunicação mais efetiva entre a equipe e o paciente poderá favorecer a adesão ao tratamento e aos cuidados a serem implementados, bem como contribuir para minimizar os riscos da estratégia terapêutica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados revelaram o predomínio de uma população com baixos níveis de escolaridade e renda familiar, e que a maioria dos pacientes sem proposta terapêutica de cura não estava em fase terminal. O perfil predominante foi de pacientes com boa funcionalidade no desenvolvimento das atividades de vida diária, sintomas leves na sua grande variedade e bom desempenho físico e social. Uma menor porcentagem relatou capacidade funcional afetada, sintomas moderados a fortes e baixos índices relacionados à qualidade de vida. Esses pacientes são os mais beneficiados de um serviço de assistência paliativa introduzido mais precocemente.

Os cuidados paliativos requerem inclusão na assistência ao paciente oncológico durante todo o curso da doença, a partir do diagnóstico, visando o suporte para a família e o doente. No entanto, o número de profissionais capacitados para essa prática é reduzido, da mesma forma que essa modalidade terapêutica e seus benefícios ainda são pouco discutidos. A construção do perfil dos pacientes em quimioterapia paliativa e suas particularidades é de extrema importância para o planejamento e a construção de uma assistência capaz de promover melhorias na qualidade de vida, baseada na individualidade de cada paciente, favorecendo uma prática holística e humanizada.

Entre as limitações do estudo, indica-se o fato de ter sido conduzido em um único centro de referência em oncologia, além da utilização da escala FACIT-PAL-Versão 4, devido à escassez de pesquisas com esse instrumento. Elucida-se a importância de estudos futuros com enfoque na escala FACIT-PAL-Versão 4, com a finalidade de evidenciar as intervenções paliativas e a pluralidade das avaliações.

COLABORADORES

1. Concepção do projeto, análise e interpretação dos dados: Rafaela de Moraes Cavalcanti Ralph e Careli Pereira Brandão.

2. Redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Rafaela de Moraes Cavalcanti Ralph, Nauã Rodrigues de Souza, Eudanusia Guilherme de Figueiredo, Daniela de Aquino Freire, Thaís da Silva Oliveira e Careli Pereira Brandão

3. Revisão e/ou aprovação final da versão a ser publicada: Nauã Rodrigues de Souza, Eudanusia Guilherme de Figueiredo, Daniela de Aquino Freire, Thaís da Silva Oliveira e Careli Pereira Brandão

4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra: Careli Pereira Brandão.

REFERÊNCIAS

1. Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2012.
2. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Diretrizes para a vigilância do câncer relacionado ao trabalho. Rio de Janeiro (RJ): Inca; 2020.
3. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torres LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2018;68(6):394-424.
4. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro (RJ): Inca; 2015.
5. Silva IBS, Lima JRM Jr, Almeida JS, Cutrim DSP, Sardinha AHL. Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. *Rev Bras Cancerol.* 2020;66(3):e12112.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de atenção domiciliar. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
7. Chirico A, Serpentine S, Merluzzi T, Mallia L, Del Bianco P, Martino R, et al. Self-efficacy for Coping Moderates the Effects of Distress on Quality of Life in Palliative Cancer Care. *Anticancer Res.* 2017;37(4):1609-15.
8. Brito KCFV, Souza SR. Care needs of hospitalized cancer patients: application of NANDA taxonomy. *Rev Pesqui.* 2017;9(2):327-32.
9. Instituto Nacional do Câncer. Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. 3a ed. Rio de Janeiro (RJ): Inca; 2008.
10. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer. 6a ed. Rio de Janeiro (RJ): Inca; 2020.
11. Avelino CUR, Cardoso RM, Aguiar SS, Silva MJS. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com carcinoma pulmonar de células não pequenas em estágio avançado, tratados com carboplatina associada a paclitaxel. *J Bras Pneumol.* 2015;41(2):133-42.
12. Souza RS, Simão DAS, Lima EDRP. Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes atendidos em serviço ambulatorial de quimioterapia paliativa em Belo Horizonte. *REME Rev Min Enferm.* 2012;16(1):38-47.

13. Maja H, Ida G, Hanna S, Anette A. Leading an intervention for family caregivers-a part of nursing in palliative care. *Int J Palliat Nurs*. 2017;23(4):1357-64.
14. Monteiro DR, Almeida MA, Kruse MHL. Tradução e adaptação transcultural do instrumento Edmonton Symptom Assessment System para uso em cuidados paliativos. *Rev Gaúch Enferm*. 2013;34(2):163-71.
15. Polo LHV, Moraes MW. Performance de Zubrod e Índice de Karnofsky na avaliação da qualidade de vida de crianças oncológicas. *Einsten*. 2009;7(3):314-21.
16. Lyons KD, Bakitas M, Hegel MT, Hanscom B, Hull J, Ahles TA. Reliability and validity of the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Palliative Care (FACIT-Pal) scale. *J Pain Symptom Manage*. 2009;37(1):23-32.
17. Simão DAS, Lima EDRP, Souza RS, Faria TV, Azevedo GF. Síndrome mão-pé induzida por quimioterapia: relato de um caso. *Rev Bras Enferm*. 2012;65(2):374-78.
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade: Brasil 2010 [Internet]. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2010. [citado em 2022 set 29]. Disponível em: https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_piramide.php.
19. Zimmermann C, Swami N, Krzyzanowska M, Hannon B, Leighl N, Oza A, et al. Early palliative care for patients with advanced cancer: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet*. 2014;383(9930):1721-30.
20. Oliveira MBP, Souza NR, Bushatsky M, Dâmaso BFR, Bezerra DM, Brito JA. Atendimento domiciliar oncológico: percepção de familiares/cuidadores sobre cuidados paliativos. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2017;21(2):e20170030.
21. Andrade V, Sawada NO, Barichello E. Qualidade de vida de pacientes com câncer hematológico em tratamento quimioterápico. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(2):355-61.
22. Fukumothi DK, Pupo H, Reganin LA, Matte SRF, Lima BS, Mattos CA. Avaliação funcional das endopróteses no tratamento de tumores ósseos. *Revista Bras Ortop*. 2016;51(5):569-73.
23. Salik AG. O paciente oncológico e suas relações de encontro. *Rev SBPH*. 2013;16(2):89-102.
24. Van LA, Velghe A, Van HA, Verbrugghe M, Van DNN, Grypdonck M, et al. Prevalence of symptoms in older cancer patients receiving palliative care: A systematic review and meta-analysis. *J Pain Symptom Manage*. 2014;47(1):90-104.
25. Cunha FF, Rêgo LP. Nursing and cancer pain. *Rev Dor*. 2015;16(2):142-5.

Recebido: 11.3.2021. Aprovado: 5.9.2022.