



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**  
Centro Biomédico  
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro

Liziane Pereira Silva

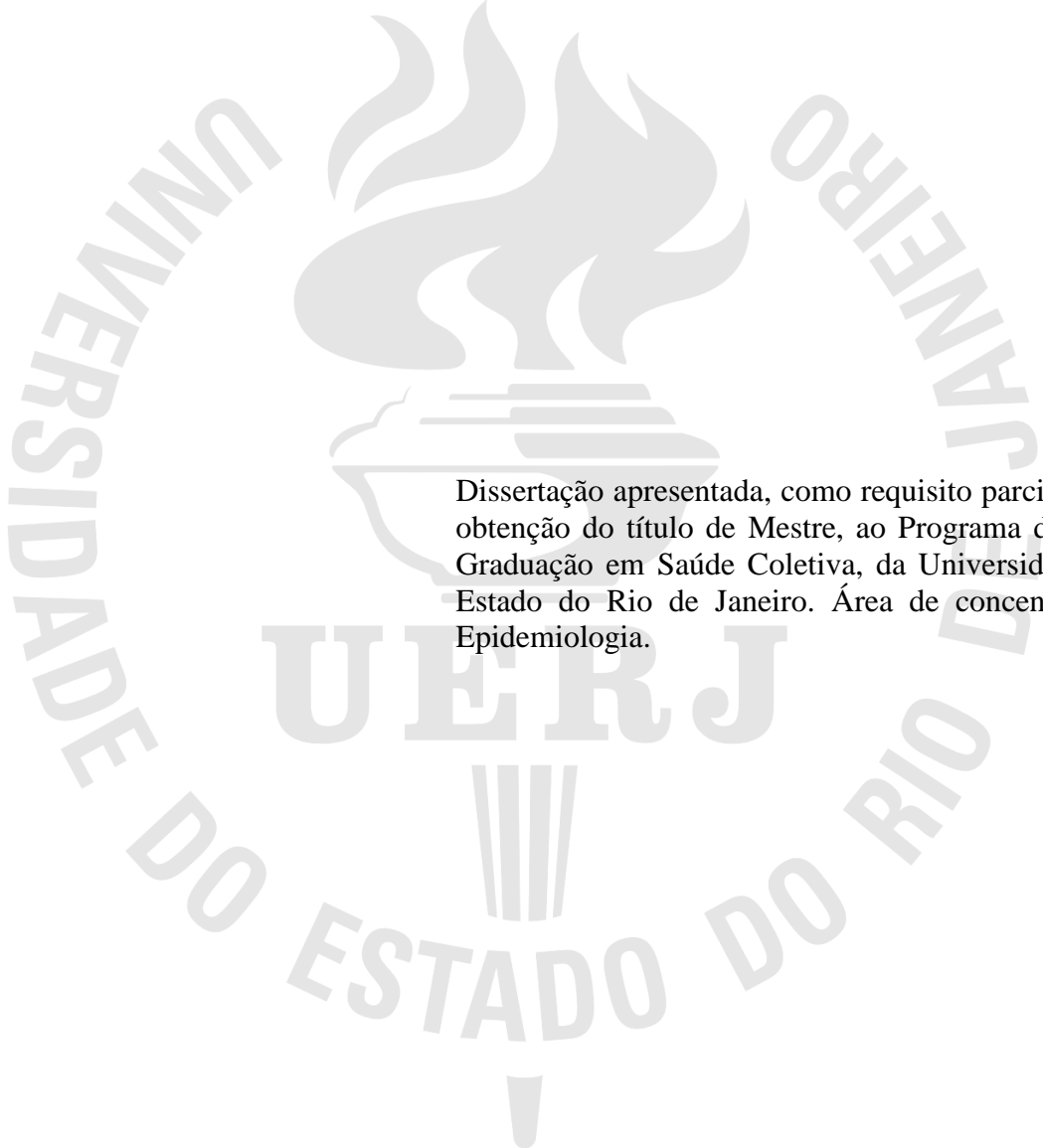
**Carga de sintomas e capacidade funcional como fatores prognósticos em  
pacientes em cuidados paliativos oncológicos**

Rio de Janeiro

2022

Liziane Pereira Silva

**Carga de sintomas e capacidade funcional como fatores prognósticos em pacientes em cuidados paliativos oncológicos**



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Epidemiologia.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Gulnar Azevedo e Silva

Rio de Janeiro

2022

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

S586

Silva, Liziane Pereira

Carga de sintomas e capacidade funcional como fatores prognósticos em pacientes em cuidados paliativos oncológicos / Liziane Pereira Silva. – 2022. 59 f.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Gulnar Azevedo e Silva

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro.

1. Cuidados paliativos – Teses. 2. Assistência terminal – Teses. 3. Neoplasias – Diagnóstico - Teses. 4. Neoplasias – Terapia -Teses. 5. Prognóstico – Teses. 6. Qualidade de vida – Teses. I. Silva, Gulnar Azevedo e. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro. IV. Título.

CDU 616-036.88

Bibliotecária: Marianna Lopes Bezerra – CRB 7 6386

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Liziane Pereira Silva

**Carga de sintomas e capacidade funcional como fatores prognósticos em pacientes em cuidados paliativos oncológicos**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Epidemiologia.

Aprovada em 19 de abril de 2022.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Gulnar Azevedo e Silva  
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro – UERJ

Banca Examinadora: \_\_\_\_\_

Prof.<sup>a</sup> Dra. Cláudia de Souza Lopes  
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro - UERJ

\_\_\_\_\_  
Prof.<sup>a</sup> Dra. Livia Costa Oliveira  
Instituto Nacional de Câncer - INCA

\_\_\_\_\_  
Prof.<sup>a</sup> Dr. Maximiliano Ribeiro Guerra  
Universidade Federal do Juiz de Fora - UFJF

Rio de Janeiro

2022

## AGRADECIMENTOS

Gratidão a Deus por todas as bençãos recebidas ao longo da minha vida, em especial, pela oportunidade de estudar e me aprimorar como indivíduo e profissional.

Agradecimento (*in memoriam*) à minha mãe Regina por todo amor e abdicção dedicados à minha formação, por ter sido minha maior referencia e porto seguro.

Ao meu pai Roque e á minha melhor irmã Yane, pelo amor e apoio mesmo á distância.

Ao amor da minha vida, Gael, que chegou junto com o mestrado, minha alegria nos momentos difíceis.

Ao meu esposo Mário, pelo amor, cumplicidade e imensa compreensão na longa jornada do mestrado, você e Gael são meu porto seguro.

À Iaraí, meu braço direito, seus cuidados comigo e com Gael foram fundamentais para o meu coração estar seguro que meu filho estava bem.

À minha Orientadora, Gulnar Azevedo e Silva, pela paciência, compreensão e sabedoria, foi uma honra ter aprendido um pouco do imenso mundo Epidemiologia com a senhora.

Aos meus amigos de turma, Bárbara, Gabrielle, Iaraliz, Juliany, Letícia e Manuel, pela parceria nos momentos difíceis ao longo do mestrado, dividi-los com vocês foi maravilhoso.

Á amiga Suzana por todos os conselhos e suporte

Agradeço e dedico esta dissertação a todos os pacientes em cuidados paliativos do Instituto Nacional de Cancer José Alencar Gomes da Silva.

Compositor de destinos, tambor de todos os ritmos...  
Tempo tempo tempo tempo, entro num acordo contigo...  
Tempo tempo tempo tempo...

*Caetano Veloso*

## RESUMO

SILVA, Liziane Pereira. *Carga de sintomas e capacidade funcional como fatores prognósticos em pacientes em cuidados paliativos oncológicos*. 2022. 59 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

Os pacientes em cuidados paliativos (CP) oncológicos têm uma carga de sintomas alta e a tendência a perder a capacidade funcional. Nesta dissertação buscou-se avaliar o papel da carga de sintomas e a capacidade funcional como fatores prognósticos em pacientes em CP oncológicos. Foi realizado um estudo de coorte retrospectivo observacional realizado em uma unidade de cuidados paliativos pública. Para o cálculo da sobrevida, foi utilizado o método Kaplan-Meier e o modelo hazards proporcionais de Cox estratificado por sexo para analisar o poder preditivo da capacidade funcional e da carga de sintomas na sobrevida, avaliados pelo *Karnofsky Performance Status* (KPS) e da *Edmonton Symptom Assessment System* (ESAS) respectivamente. Foram incluídos no estudo 404 pacientes, verificou-se que o KPS 30 - 50% apresentou maior associação com o risco de morrer tanto em mulheres (HR ajustada **1,84** IC 95% 1,33-2,54) quanto em homens (HR ajustada 3,07 IC 95% 2,14 -4,41). O e o escore total da ESAS moderada/intensa também mostrou relação com a sobrevida mais curta para ambos os sexos (mulheres: HR ajustada 1,56 IC 95% 1,15-2,11; homens: HR ajustada 2,27 IC 95% 1,60 – 3,20). A respeito dos sintomas individuais houve diferenças entre mulheres e homens em relação à associação com o pior prognóstico para mulheres e homens, respectivamente: dor moderada/intensa (HR ajustada 1.38 IC 95 % 1.02-1.87; HR ajustada 2.15 IC 95 % 1.53-3.02 ), fadiga moderada/intensa (HR ajustada 1.97 IC 1.43-2.72; HR ajustada 2.24 IC 95 % 1.74-3.86 ) e dispneia (HR ajustada 1.68 IC 95% 1.17- 2.43; HR ajustada 2.51 IC 95% 1.64 - 3.86 ) Neste estudo pode-se ratificar o papel do KPS e da carga de sintomas como fatores prognósticos independente. Com base nestas informações, foi possível instrumentalizar os profissionais de saúde indícios a respeito do quadro clínico e prognóstico do paciente, contribuindo para a elaboração das prioridades e objetivos no planejamento do plano de cuidados em uma consulta ambulatorial.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos. Funcionalidade. Sintomas. Fatores Prognósticos. Sobrevida.

## ABSTRACT

SILVA, Liziane Pereira. *Symptom burden and functional capacity as prognostic factors in palliative care oncology patients*. 2022. 59 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

Patients in palliative care (PC) oncology have a high burden of symptoms and a tendency to lose functional capacity. In this dissertation we sought to evaluate the role of symptom burden and functional capacity as prognostic factors in patients in PC oncology. A retrospective observational cohort study was conducted in a public palliative care unit. The Kaplan-Meier method and Cox proportional hazards model stratified by sex were used to calculate survival to analyze the predictive power of functional capacity and symptom burden on survival, as assessed by the Karnofsky Performance Status (KPS) and the Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) respectively. 404 patients were included in the study, KPS 30 - 50% was found to have a greater association with the risk of dying in both women (adjusted HR 1.84 95% CI 1.33-2.54) and men (adjusted HR 3.07 95% CI 2.14 -4.41). The moderate/intense ESAS total score also showed a relationship with shorter survival for both genders (women: adjusted HR 1.56 95% CI 1.15-2.11; men: adjusted HR 2.27 95% CI 1.60 - 3.20). Regarding individual symptoms there were differences between women and men regarding the association with the worst prognosis for women and men, respectively: moderate/intense pain (adjusted HR 1.38 95% CI 1.02-1.87; adjusted HR 2.15 95% CI 1.53-3.02), moderate/intense fatigue (adjusted HR 1.97 CI 1.43-2.72; adjusted HR 2.24 CI 95% 1.74-3.86) and dyspnea (adjusted HR 1.68 CI 95% 1.17- 2.43; adjusted HR 2.51 CI 95% 1.64 -3.86) In this study the role of KPS and symptom burden as independent prognostic factors can be ratified. Based on this information, it was possible to provide health professionals with indications regarding the clinical condition and prognosis of the patient, contributing to the elaboration of priorities and objectives in the planning of the care plan in an outpatient consultation.

Keywords: Palliative Care. Functionality. Symptoms. Prognostic Factors. Survival.



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Média dos escores de sintomas da ESAS em pacientes com câncer nos 6 últimos meses de vida (SEOW <sup>1</sup> , 2011).....	21
Figura 2 –	Distribuição das pontuações semanais do AKPS nos últimos 4 meses antes da morte em pacientes com câncer avançado (MORGAN <i>et al</i> , 2019).....	25

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Curva de sobrevida de pacientes em CP oncológicos (n= 404).....	41
Gráfico 2	Curva de sobrevida de pacientes em CP oncológicos por KPS (n= 404).....	43
Gráfico 3	Curva de sobrevida de pacientes em CP oncológicos por escore total de sintomas (ESAS) (n= 404).....	44

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Características sociodemográficas dos pacientes em cuidados paliativos oncológicos (n= 404).....	39
Tabela 2 –	Características clínicas dos pacientes em cuidados paliativos oncológicos (n= 404) .....	40
Tabela 3 –	Sobrevida de pacientes em cuidados paliativos oncológicos segundo variáveis sóciodemográficas e local do tumor primário (n= 404).....	42
Tabela 4 –	Sobrevida de pacientes em cuidados paliativos oncológicos segundo capacidade funcional (KPS) e escore total ESAS (n= 404).....	45
Tabela 5 -	Associação entre capacidade funcional (KPS) e sobrevida de pacientes em cuidados paliativos oncológicos ajustado por faixa etária, estado conjugal, renda familiar e segundo sexo (n= 404).....	46
Tabela 6 –	Associação entre a escore total de sintomas (ESAS) e a sobrevida de pacientes em cuidados paliativos oncológicos ajustada por faixa etária, estado conjugal, renda familiar segundo sexo (n= 404).....	47
Tabela 7 –	Associação entre os sintomas (ESAS) e a sobrevida de pacientes em cuidados paliativos oncológicos ajustada por faixa etária, estado conjugal, renda familiar segundo sexo (n= 404).....	48

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AKPS	<i>Karnofsky Performance Status modificada pela Austrália</i>
APAC	Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade
CP	Cuidados Paliativos
DM	Diabetes Mellitus
ECOG	Eastern Cooperative Oncology Group
ESAS	<i>Edmonton Symptom Assessment System</i>
GPS	<i>Glasgow Prognostic Score</i>
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HC	Hospital do Câncer
HR	<i>Hazard Ratio</i>
IAHPC	<i>International Association for Hospices &amp; Palliative Care</i>
IC	Intervalo de Confiança
INCA	Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva
KPS	<i>Karnofsky Performance Status</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
PaPScore	<i>Palliative Prognostic Score</i>
PCR	Proteína C Reativa
PPI	<i>Palliative Prognostic Index</i>
PPS	<i>Palliative Performance Scale</i>
SM	Salário Mínimo
SUS	Sistema Único de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União
UCP	Unidade de Cuidados Paliativos
WHO	<i>World Health Organization</i>
WPCA	<i>Worldwide Palliative Care Alliance</i>

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
1	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	14
1.1	<b>Câncer avançado</b> .....	14
1.2	<b>Cuidados Paliativos</b> .....	15
1.3	<b>Avaliação Prognóstica</b> .....	18
1.3.1	<b>Carga de Sintomas</b> .....	19
1.3.2	<b>Capacidade Funcional</b> .....	22
2	<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	25
3	<b>OBJETIVOS</b> .....	26
3.1	<b>Objetivo geral</b> .....	26
3.2	<b>Objetivos Específicos</b> .....	26
4	<b>HIPÓTESES</b> .....	27
5	<b>MÉTODOS</b> .....	28
5.1	<b>Cenário do estudo: Instituto Nacional do Cancer José Alencar Gomes da Silva</b> .....	28
5.2	<b>Delineamento do Estudo</b> .....	29
5.3	<b>Procedimentos de coleta dos dados</b> .....	29
5.4	<b>População do Estudo</b> .....	30
5.5	<b>Fonte de dados</b> .....	30
5.6	<b>Variáveis de estudo</b> .....	30
5.6.1	<u>Variáveis sociodemográficas e econômica</u> .....	31
5.6.2	<u>Variáveis relacionadas ao tumor primário</u> .....	32
5.6.3	<u>Variáveis relacionadas à condição clínica do paciente no momento da primeira consulta ambulatorial na UCP – HC IV</u> .....	32
6	<b>ASPECTOS ÉTICOS</b> .....	34
7	<b>ANÁLISE DE DADOS</b> .....	35
8	<b>RESULTADOS</b> .....	36
9	<b>DISCUSSÃO</b> .....	50
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	54
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	55

<b>ANEXO A – Instrumento de coleta.....</b>	<b>60</b>
---	-----------

## INTRODUÇÃO

O ônus gerado pelo câncer aumenta anualmente, sobrecarregando os sistemas de saúde devido ao seu tratamento complexo. O controle e tratamento integral da doença inicia-se desde a prevenção, que tenta impedir o seu surgimento; ocorrendo o desenvolvimento do câncer espera-se que haja o rastreamento e diagnóstico precoce para captar os casos iniciais e aumentar a probabilidade de sucesso dos tratamentos; para aqueles onde a terapêutica padrão (quimioterapia, radioterapia e cirurgia) resultou em um desfecho desagradável ou a demora em realizar o diagnóstico ocasionou a progressão da doença oncológica, o Cuidado Paliativo (CP) é uma opção adequada, pois oferece a oportunidade de conviver com o câncer, priorizando a qualidade de vida e o bem-estar do paciente (WHO<sup>2</sup>, 2017).

O avanço da doença oncológica impõe ao indivíduo uma vivência multifacetada, que envolve o gerenciamento de sintomas físicos e emocionais; preocupações financeiras; sobrecarga do cuidador; mudanças sociais e familiares; e preocupações existenciais (VIGNAROLI & BRUERA, 2006). Os pacientes em cuidados paliativos oncológicos têm uma carga de sintomas alta e a tendência a perder a capacidade funcional. Portanto, para que o paciente seja compreendido na sua integralidade, é necessário o monitoramento dos sintomas e atenção ao declínio da funcionalidade (SEOW *et al*, 2011).

Saber quanto tempo de vida se tem, faz parte das angústias que cercam o paciente com câncer avançado. Ter consciência do prognóstico ajuda não apenas os pacientes na organização da vida que ainda resta, mas também aos profissionais de saúde a conduzir as decisões acerca das opções de tratamentos a serem oferecidos (HUI *et al*, 2019). A carga de sintomas e a funcionalidade são dois elementos que primeiro despertam uma ideia a respeito do quadro clínico do paciente. A gravidade dos sintomas e como estão suas habilidades para realizar as atividades cotidianas são informações que logo são relatadas pelo paciente em uma consulta inicial, portanto, é importante compreender o quanto esses fatores podem predizer a sobrevida do paciente.

## 1 REVISÃO DA LITERATURA

### 1.1 Câncer Avançado

No mundo, a incidência de câncer no ano de 2020 foi de 19,3 milhões de novos casos e ocorreram cerca de 10 milhões de mortes pela doença (SUNG et al., 2020). A maior ocorrência de neoplasias malignas se dá nos países desenvolvidos, porém cerca de dois terços dos óbitos pela doença na população mundial acontecem em países em desenvolvimento, pois o diagnóstico acaba acontecendo tardiamente e existe dificuldade de acesso aos tratamentos oncológicos. Tais situações corroboram com o avanço do câncer, conseqüentemente, a taxa de morbi-mortalidade nestes países acaba sendo mais expressiva (WHO<sup>2</sup>, 2017).

No Brasil, para os anos 2020-2022 estima-se que surgirão 625 mil novos casos de câncer por ano, sendo os tipos mais incidentes: próstata, mama, cólon-reto, pulmão e estômago (BRASIL, 2019). A incidência de câncer no país mostra o impacto do adoecimento, porém, não revela a dimensão real do estadiamento quando os diagnósticos são realizados. Um relatório de auditoria realizado em 2010 pelo Tribunal de Contas da União (TCU), avaliando as Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC) para quimioterapia e radioterapia, constatou que cerca de 60,5% dos diagnósticos realizados no Sistema Único de Saúde (SUS), já se encontravam em estadiamento clínico avançado (III e IV) (BRASIL, 2010).

O desafio no tratamento abrangente do câncer avançado ultrapassa o alcance da cura e o prolongamento de uma vida, pois se deve direcionar o olhar para o paciente e seus familiares, ponderando a relação custo-benefício e a interrupção de determinados tratamentos. A medicina atual ainda é basicamente voltada para busca pela cura, o que pode privar o indivíduo de viver plenamente a sua vida (MATSUMOTO, 2012). O câncer avançado é uma doença ameaçadora da vida, que repercute um alto risco de mortalidade, comprometimento das atividades de vida diária e da qualidade de vida. Conseqüentemente, pacientes nessas condições vão necessitar de auxílio para os cuidados e acarretar um ônus maior para o sistema de saúde, devido à carga de sintomas, declínio funcional e tratamentos realizados (KELLEY, 2014).



Infelizmente, o Brasil é um país onde a finitude é um tema delicado, não somente pela dificuldade em compreender a morte como processo natural da vida, mas também por ser um país que não tem a devida atenção com esta fase da vida. Isso pode ser verificado através de um estudo inglês realizado pelo *Economist Intelligence Unit*, publicado em 2010 pelo *The Economist*. Eles desenvolveram um Índice de Qualidade de Morte, que avaliou 40 países em relação as 4 categorias: ambiente para cuidados básicos de fim de vida, disponibilidade de serviços, custo, investimento e qualidade dos cuidados de fim de vida. Neste ano, o Brasil foi colocado na 38ª posição. Em 2015, a pesquisa foi realizada novamente, sendo mais abrangente, acrescentando-se mais categorias ao índice e avaliados 80 países, o Brasil foi colocado na 42ª posição. Enquanto, em ambos os anos, o Reino Unido foi classificado em primeiro lugar. A grande diferença no *ranking* entre países desenvolvidos e em desenvolvimento apontam para importantes desigualdades culturais e em investimentos nos serviços de saúde, além de incentivo a produção de conhecimento na área dos CP (VICTOR, 2016; OLIVEIRA, 2019).

## 1.2 Cuidados Paliativos

Os CP envolvem principalmente o foco no bem-estar do indivíduo e da família, abordagem interdisciplinar, integração dos aspectos psicológicos e espirituais e respeito à morte como processo previsível, sem adiá-la ou adaptá-la. Apesar da ênfase na qualidade de vida e não necessariamente o quanto de vida ainda se tem, a pergunta “quanto tempo ainda me resta?”, não é incomum. Tal questionamento surge porque pacientes e familiares sentem a necessidade de saber mais informações a respeito da doença (Hui *et al.*, 2019; Hui *et al.*, 2015).

Nesta direção e na contramão do pensamento médico voltado para cura, em 2002, a Organização Mundial da Saúde (OMS), definiu o CP como:

*“uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameaçam a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, impecável avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual”.*

A *International Association for Hospices & Palliative Care* (IAHPC Global Project - Consensus Based Palliative Care Definition) em 2018 apresentou um conceito mais amplo de CP:

*“cuidados holísticos ativos, ofertados a pessoas de todas as idades que encontram-se em intenso sofrimento relacionados à sua saúde, proveniente de doença grave, especialmente aquelas que estão no final da vida. O objetivo dos Cuidados Paliativos é, portanto, melhorar a qualidade de vida dos pacientes, de suas famílias e de seus cuidadores.”*

Compreende-se que a essência do CP é proporcionar uma adequada qualidade de vida para pacientes e seus familiares. Em consonância com este objetivo é necessário integrar os seguintes princípios: promover o alívio da dor e outros sintomas desagradáveis; afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida; integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente; oferecer um sistema de suporte que possibilite o 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; abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto; melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença e, por fim, deve ser iniciado o mais precocemente possível (WHO, 2002).

De acordo com o WORLDWIDE PALLIATIVE CARE ALLIANCE (WPCA, 2020), estima-se que, no mundo, 56,8 milhões de pessoas necessitem de CP todos os anos, sendo 25,7 milhões no último ano de vida. Mesmo a oferta de CP tendo aumentado nos últimos 6 anos para 25.000 serviços que cuidam de cerca de 7 milhões de pacientes, isto representa 12% da real necessidade. Sabe-se também que a maior proporção e demanda de cuidados por conta de uma doença ameaçadora da vida está em países com baixa renda, cerca de 76% dos adultos.

Diante da carência de cuidados essenciais para o fim da vida, principalmente nos países em desenvolvimento, onde o acesso à saúde para realização de rastreamentos e diagnósticos precoces, é complexo (WHO<sup>2</sup>, 2017), é essencial reafirmar o argumento de que CP é um “direito humano”, subsidiado pelos pilares do direito à saúde, direito a ser livre de tratamentos cruéis, desumanos e degradantes, independente do prognóstico, preservando a dignidade do paciente (WPCA, 2020).

No Brasil até 2018, não havia nenhuma política de saúde pública direcionada para estruturação dos CP no SUS, apenas existiam portarias que mencionavam a organização

da linha de cuidados em oncologia, sem direcionar especificamente para o CP (MENDES, 2015; ANCP, 2018). Com a resolução nº 41 de 31 de outubro de 2018, que dispõe sobre as diretrizes para a organização dos CP, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito do SUS, definida entre os membros da Comissão Intergestores Tripartite, pactuou-se a necessidade de formulação de meta para a oferta dos CP de qualidade em toda a Rede de Atenção a Saúde - atenção básica, atenção domiciliar, atenção ambulatorial, urgência e emergência e atenção hospitalar (BRASIL<sup>3</sup>, 2018).

O apelo do conceito e princípios dos CP reforçam a preocupação com o gerenciamento do sofrimento e dos sintomas ligados a doenças incuráveis que ameaçam a vida. Por isso, sempre que possível, os cuidados paliativos devem ser oferecidos ao paciente com câncer o mais breve, a partir do diagnóstico ou quando o tratamento cirúrgico não é mais indicado e/ou já existe metástase (ARANTES, 2012; SMITH *et al*, 2012), ou seja, “a necessidade de CP começa no início de uma doença com risco de vida”, segundo WHO, 2020.

A indicação de CP, de acordo com o modelo de transição proposto pela WHO, é a partir do diagnóstico de uma doença ameaçadora da vida, ou seja, os CP são fundamentais não apenas para pacientes com doenças oncológicas, mas também renais, cardíacas, neurológicas, dentre outras. Deve ser iniciado o mais brevemente possível, juntamente com o tratamento modificador de doença oncológica, de forma adjuvante, e à proporção que as opções terapêuticas controladoras vão perdendo seu benefício, o papel dos CP aumenta.

O fato de em algum momento o paciente com um câncer avançado necessitar de CP exclusivos, não significa que ele esteja necessariamente tão próximo da sua terminalidade, mas demonstra que existe um paciente que precisa de cuidados adequados para viver, o quanto seja possível, com qualidade de vida, até o período onde os cuidados serão voltados para a boa morte. O CP exclusivo, isto é, quando não existe uma integração entre o tratamento modificador de doença oncológica, contrasta com as recomendações da OMS, pode corroborar para o início tardio do CP (FREITAS *et al*, 2022).

Bakitas *et al* (2015) realizaram um ensaio clínico randomizado investigando o efeito dos cuidados paliativos precoce *versus* tardio na qualidade de vida, impacto dos sintomas, humor e tempo de sobrevivência em 1 ano. Eles acompanharam 207 pacientes com câncer avançado entre outubro de 2010 e março de 2013. A mediana global de

sobrevida foi de 18,3 meses no grupo que foi encaminhado precocemente e 11,8 meses no grupo que recebeu CP tardio. O início precoce desse tipo de cuidado foi ainda relacionado à melhora da qualidade de vida e humor. Estes resultados destacam a importância de iniciar os CP o mais cedo possível para aqueles pacientes com câncer avançado, mesmo em curso de tratamento controlador da doença.

### 1.3 Avaliação Prognóstica

A avaliação prognóstica pode auxiliar os profissionais de saúde, pacientes e familiares a tomarem decisões esclarecidas a respeito de cuidados de saúde, baseando-se na utilização de informações disponíveis no presente para previsão de desfechos (Hui *et al.*, 2019; Hui *et al.*, 2015).

A prognosticação na doença oncológica avançada pode ser realizada de forma subjetiva ou atuarial. A primeira, a predição clínica de sobrevivência, relaciona-se com a experiência clínica do médico, possui grandes chances de ser imprecisa, pois existe uma predisposição a superestimar a sobrevida (HUI, 2019).

Em contraste, a forma atuarial tem relação com os dados estatísticos, a análise de sobrevivência e cálculos de risco (DAWES, 1989; GLARE, 2015). Para guiar o caminho atuarial, existem alguns fatores preditivos ou prognósticos ou indicadores prognósticos de sobrevivência que instrumentalizam os profissionais a avaliar o tempo de sobrevida de forma mais objetiva (GLARE, 2015).

Quando se discute sobre o início do tratamento do câncer e a probabilidade de sucesso, atenta-se geralmente para os fatores relacionados ao câncer em si, como tamanho, grau e extensão (TRAJKOVIC *et al.*, 2012; SIMMONS *et al.*, 2017). Todavia, quando mudamos o foco para o câncer avançado, os indicadores prognósticos estão diretamente vinculados à condição do paciente, tais como: capacidade funcional, delírio, sintomas, estado nutricional, qualidade de vida, comorbidades e biomarcadores (GLARE, 2015; HUI, 2019). Neste estudo serão destacados dois fatores preditivos de sobrevida: a carga de sintomas e a capacidade funcional no paciente em CP oncológico.

É importante comentar o papel dos modelos prognósticos. Eles são frutos de vários modelos de regressão, contruídos com o objetivo de alcançar uma combinação ideal de

fatores prognósticos clínicos e laboratoriais (GLARE, 2015). O *Glasgow Prognostic Score* (GPS), *Palliative Prognostic Index* (PPI), e *Palliative Prognostic Score* (PaPScore) são alguns exemplos de modelos prognósticos mais usadas nesta população. Entretanto, ainda são necessários mais estudos para refinar estes modelos e melhorar sua aplicabilidade na prática clínica (HUI *et al.*, 2019).

A utilidade do PaPScore na rotina de um serviço de referência em cuidados paliativos oncológicos no Rio de Janeiro foi mostrado em um estudo com o objetivo de estimar a sobrevida em mulheres portadoras de câncer avançado em cuidados paliativos. O PaPScore é um instrumento utilizado por médicos, baseado em seis variáveis: dispneia, anorexia, capacidade funcional (avaliado pela Karnofsky Performance Status - KPS), contagem total de linfócitos e a predição clínica de sobrevida; divide a população em três grupos em relação à probabilidade de estar vivo em 30 dias (grupo A > 70%, grupo B 30-70%, e grupo C < 30%) (GLARE, 2015). O resultado encontrado foi um tempo mediano de sobrevida global estimado para os três grupos foram: 142 dias para o grupo A, 39 dias para o grupo B, e 9 dias (1-24) para o grupo C (NAYLOR *et al.*, 2010).

### 1.3.1 Carga de Sintomas

A prevalência e a carga de sintomas costumam ser exacerbadas em pacientes com câncer avançado, tais como: dor, fadiga, náuseas, vômitos, tristeza, ansiedade, falta de apetite, xerostomia, confusão mental, disfagia e dispneia. Tais sintomas são multidimensionais e impactam negativamente a qualidade de vida e a funcionalidade dos pacientes, quando não controlados adequadamente, acarretando em perda da autonomia e aumento da sobrecarga do cuidador. (HUI *et al.*, 2017; BATRA *et al.*, 2021)

Uma coorte canadense avaliou a prevalência dos sintomas em 45.118 pacientes com câncer na primeira consulta ambulatorial através da *Edmonton Symptom Assessment System* (ESAS), este estudo verificou a presença de sintomas leves a graves, sendo que 75% dos pacientes apresentavam fadiga, 53% dor, 50% sonolência e 44% sentiam-se tristes (BARBERA *et al.*, 2010). Ademais, um estudo brasileiro observou a presença de sintomas e a eficácia dos CP em 232 paciente com câncer avançado tratados no ambulatório; destes 37,5% relataram dor moderada e 19,8% dor forte; 34,9% fadiga

moderada, 40% sensação de bem-estar moderada; 21,1% ansiedade intensa ( PAIVA<sup>1</sup> et al, 2012).

Batra<sup>2</sup> et al, 2021 avaliou a carga de sintomas de uma coorte retrospectiva de pacientes oncológicos nos seus últimos 6 meses de vida e constatou o predomínio dos seguintes sintomas: fadiga (73,3%), sonolência (56,0%), falta de apetite (53,0%), dor (49,1%), falta de ar (45,8%) com intensidade moderada a grave; a náusea foi o sintoma menos clinicamente preocupante, pois a maioria dos paciente (78,9%) relatou ausência ou intensidade leve do sintoma.

Os sintomas físicos e a sobrevida têm sido estudados nos pacientes com câncer avançado. Presume-se que quanto mais próximo do óbito, mais os sintomas tendem a aumentar a intensidade. Porém de acordo com SEOW<sup>1</sup> et al (2011) a trajetória média de sintomas pode se manter estável no decorrer do tempo ou piorar nas últimas semanas de vida.

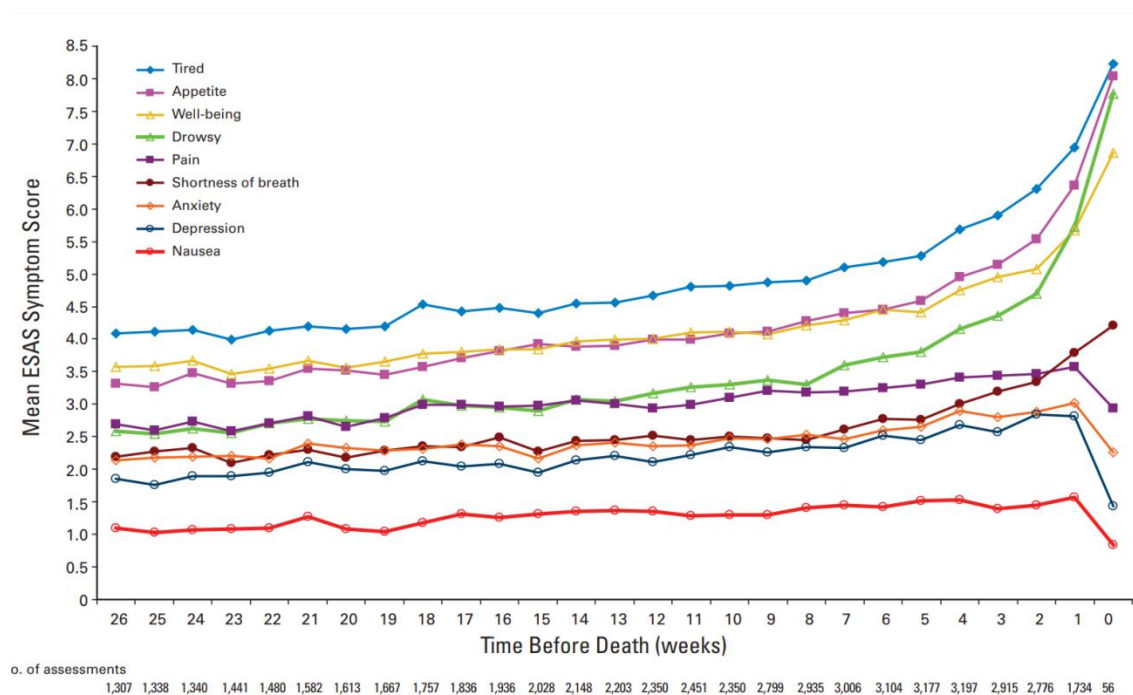


Figura 1: Média dos escores de sintomas da ESAS em pacientes com câncer nos 6 últimos meses de vida (SEOW<sup>1</sup>, 2011).

A natureza dos sintomas é dinâmica, ou seja, ao longo do acompanhamento, eles podem aumentar ou diminuir em constância e gravidade. Em particular, a proximidade do óbito, a progressão da doença e os tratamentos podem interferir na intensidade dos sintomas, por isso é essencial o rastreamento para perceber essas mudanças o mais

breve possível. KANG *et al* (2013) verificaram que a alteração de intensidade dos sintomas modificou de acordo com a intensidade inicial dos sintomas, ou seja, pacientes que chegavam na primeira consulta ambulatorial com sintomas moderados/graves geralmente melhoravam após o controle inicial de sintomas, enquanto que os pacientes cujos sintomas eram ausente/leve tendiam a piorar após a consulta de primeira vez.

A *Edmonton Symptom Assessment System* (ESAS) foi desenvolvida por Eduardo Bruera (BRUERA *et al*, 1991); no Brasil ela foi traduzida para o português - Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton - adaptada e validada em 2015 (Anexo A) (PAIVA, *et al*, 2015). É largamente utilizada em CP, trata-se de um instrumento simples e útil na prática clínica, mas pode ser usado para além da oncologia, tanto para ambientes ambulatoriais ou hospitalares (HUI *et al*, 2017). Seu propósito é o gerenciamento dos sintomas mais comuns em pacientes com doença oncológica avançada (BRUERA *et al*, 1991), pois com ela é possível que eles sejam identificados, tratados e reavaliados regularmente. O instrumento avalia 9 principais sintomas: dor, fadiga, sonolência, náusea, falta de apetite, dispneia, tristeza, ansiedade e ausência de bem-estar. O relato do paciente a respeito dos sintomas é fundamental para expressar a realidade, porém, a equipe de saúde e/ou cuidadores podem auxiliá-lo a respondê-la, classificando cada sintoma em uma escala de 11 pontos, sendo de 0 (nenhum sintoma) a 10 (pior sintoma possível) (HUI *et al*, 2017). Dada a necessidade de tornar o ESAS mais claro, WATANABE *et al* (2012) propuseram o ESAS-Revised (ESAS-r), que é uma versão otimizada, que acrescentou 1 sintoma (constipação), breves explicações sobre fadiga, sonolência, tristeza, ansiedade e ausência de bem estar, e alterou a ordem dos sintomas.

Viganò *et al* (2000) realizaram uma revisão sistemática com o objetivo de identificar fatores prognósticos potenciais relacionados com a sobrevida. Foi verificado que os indicativos clínicos: funcionalidade, déficit cognitivo, perda de peso corporal, disfagia, anorexia e a dispneia estavam relacionados com a sobrevida em doentes com câncer avançado; entretanto, a predição clínica pelo médico também foi associada à sobrevida, porém, foi pouco expressiva. TRAJKOVIC *et al* (2012) reconheceram em 50% dos estudos examinados que os seguintes sintomas em pacientes com câncer avançado podem funcionar como potenciais fatores prognósticos: confusão, falta de peso, fadiga, caquexia, perda de peso, comprometimento cognitivo, dispneia e sonolência.

Uma revisão retrospectiva de prontuário foi realizada por MCGEE *et al* (2018), com o objetivo de determinar se a gravidade dos sintomas na primeira consulta ambulatorial,

definida pelo escore total de carga de sintomas da ESAS e seus escores individuais de sintomas, estavam relacionados às decisões de tratamento e sobrevida em pacientes com câncer de pulmão avançado. Eles encontraram que pacientes com maior carga de sintomas eram menos propensos a receber quimioterapia do que aqueles com menos sintomas; e entre os pacientes que receberam quimioterapia paliativa, uma maior carga de sintomas foi associada à redução da sobrevida.

### 1.3.2 Capacidade Funcional

A capacidade funcional é a condição do “indivíduo manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma”, segundo Jorge & Othero, 2012. Com o avanço da doença oncológica a capacidade funcional tende a piorar e conseqüentemente comprometer a qualidade de vida do paciente. A funcionalidade vem sendo investigada como um importante fator prognóstico independente de sobrevida (VIGANÓ *et al*, 2010; MALTONI, CARACENI & MODONESI, 2006; BOLAND *et al*, 2019).

Em cuidados paliativos existem algumas escalas que podem ser utilizadas para mensurar a capacidade funcional do paciente. O KPS é uma delas (Anexo A). Foi desenvolvida em 1949, originalmente criada para ser utilizada na avaliação da tolerância dos pacientes oncológicos que estão em tratamento quimioterápico, porém foi adaptada para o contexto dos cuidados paliativos e leva em consideração se há evidência de doença, atividades de vida diária, autocuidado e a habilidade de trabalhar. (SCHAG, HEINRICH & GANZ, 1984). No Brasil não foram encontrados estudos que apresentassem a tradução transcultural e validação, porém sua aplicabilidade clínica é reconhecida em contexto nacional (ROSA *et al*, 2020; SILVA *et al*, 2020).

O KPS representa uma avaliação global acerca da funcionalidade do paciente (JANG *et al*, 2014), sua mensuração é feita pelos profissionais de saúde, classificando o paciente em um espectro de 0 a 100%, sendo 0 - óbito, e 100% - sem evidência de doença, capaz de trabalhar e cuidar de si; à proporção que as pontuações vão aumentando, o nível de dependência diminui. Os valores menores tendem a relacionar-se com uma sobrevida curta, no entanto, os valores mais altos não necessariamente podem se relacionar com



sobrevida mais longa, pois o quadro clínico do paciente pode alterar-se repentinamente (MALTONI, CARACENI & MODONESI, 2006).

Outra escala que avalia a capacidade funcional, criada no contexto dos CP é o *Palliative Performance Scale* (PPS) (Anexo 2), trata-se de uma derivação do KPS, é mais ampla, pois contempla a habilidade do paciente em realizar o autocuidado, a ingestão oral e nível de consciência<sup>30</sup> e pode ser usada em qualquer doença ameaçadora da vida. Uma coorte populacional, retrospectiva, incluiu pacientes ambulatoriais com câncer que tinham pelo menos uma avaliação de PPS concluída entre 2007 e 2009. Entre 11.342 pacientes identificados, ocorreram 54.207 avaliações de PPS, sendo 23% dos pacientes apresentavam uma pontuação 100%; os outros 56% PPS 90-70%; 20% PPS 60-40%; 1% PPS 30%. O risco de morrer aumenta em 1,69 (intervalo de confiança (IC) 95% 1,72-1,67) para cada redução de 10 pontos na pontuação do PPS; comparando-se um paciente com PPS 30% com outro de 70%, o risco de morrer aumenta em 8,2 vezes (SEOW<sup>2</sup> *et al*, 2013).

Apesar da diferença entre o KPS e o PPS, existe uma relação entre elas, ou seja, podem ser permutáveis e utilizadas como ferramentas prognósticas sem prejuízos (KOCK *et al*, 2013). No artigo de JANG *et al*, 2014, o apenas status de desempenho estimados pelo *Eastern Cooperative Oncology Group* (ECOG), KPS, ou PPS foram capazes de prever a sobrevida de pacientes ambulatoriais com câncer avançado, ou seja, essas 3 ferramentas funcionais têm o poder de prognosticar semelhante.

Um estudo prospectivo e multicêntrico realizado em 530 pacientes elegíveis com tumores avançados sem realizar tratamento controlador de doença, teve como objetivo verificar os fatores clínicos preditivos de sobrevida. Foi encontrado que uma sobrevida mediana de 32 dias e foram considerados 15 fatores prognósticos estatisticamente significativos, dentre eles um maior KPS ( $p < 0,001$ ) se correlacionou com uma melhor taxa de sobrevivência (MALTONI *et al*, 1995).

SEOW<sup>1</sup> *et al* (2011) investigaram a trajetória funcional e de sintomas de pacientes oncológicos em CP atendidos em ambulatório durante os 6 últimos meses de vida, utilizando a ESAS e o PPS. Os resultados mostraram que a pontuação média da PPS declinou lentamente nos 6 meses antes da morte, começando em aproximadamente 70 e terminando em 40, diminuindo mais rapidamente no último mês. Analogamente, MORGAN *et al* (2019) investigaram o caminho do declínio funcional em pacientes com câncer e outras patologias através da ferramenta *Karnofsky Performance Status*

*modificada pela Austrália (AKPS)*. Eles encontraram que o declínio funcional do paciente oncológico foi gradativo, começando com um AKPS mais alto, decrescendo aceleradamente com a proximidade da morte.

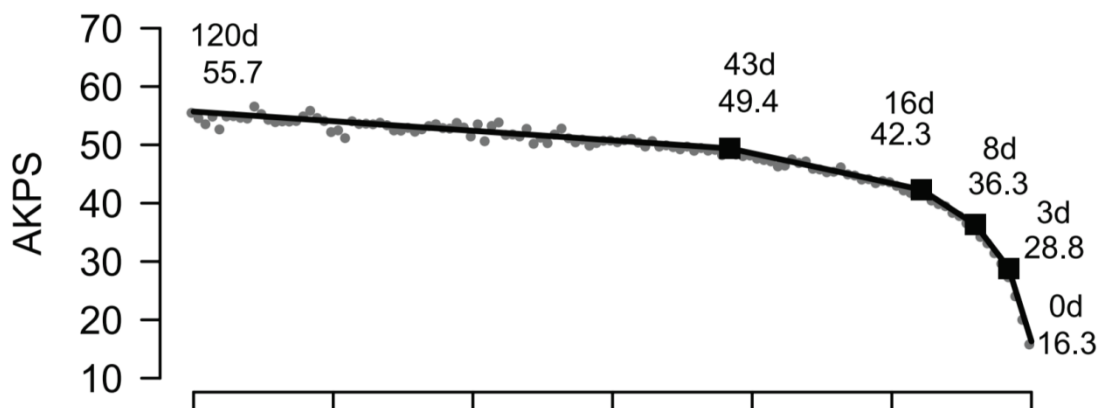


Figura 2: Distribuição das pontuações semanais do AKPS nos últimos 4 meses antes da morte em pacientes com câncer avançado (MORGAN *et al*, 2019)

A condição inflamatória do indivíduo e um mau controle de sintomas impactam sobre a capacidade funcional. Boland *et al* (2019) pesquisaram os fatores preditivos que poderiam estar envolvidos na trajetória do KPS em pacientes com câncer avançado, e os achados mostraram associações da proteína C reativa (PCR) e caquexia com pior funcionalidade, e, conseqüentemente, com a diminuição na capacidade de realizar tarefas cotidianas. A caquexia é também um relevante fator prognóstico, de acordo com SILVA *et al* (2020) é “uma síndrome multifatorial movida por um complexo combinação que inclui diminuição da ingestão de alimentos e metabolismo prejudicado com catabolismo modificado e inflamação”, que resulta em comprometimento da função. Além disso, se relaciona com os sintomas de repercussão nutricional: falta de apetite, perda de peso, náuseas e fadiga.

## 2 JUSTIFICATIVA

Os CP salientam a necessidade de focar no bem-estar do indivíduo e da família, abordagem interdisciplinar, integração dos aspectos psicológicos e espirituais, respeito à morte como processo natural, sem adia-lá ou adianta-lá. Sabe-se que o cenário dos CP é marcado pela proximidade da morte, além disso os pacientes apresentam uma alta carga de sintomas e declínio da funcionalidade devido à progressão do câncer.

A prognosticação dos pacientes em CP oncológicos pode colaborar com o esclarecimento de informações aos pacientes e familiares, estabelecimento de metas, prioridades e expectativas possíveis relacionadas ao curso da doença oncológica, além de fortalecimento técnico para as decisões clínicas das práticas em saúde. A realização do prognóstico é desafiador, visto que o momento da morte é quase impossível de ser estimado com exatidão. Ademais, o prognóstico pode ser alterado, caso se modifique um tratamento ou surja uma nova complicação da doença oncológica, portanto é necessário reavaliações constantes para ajustar-se à dinâmica da patologia. (HUI *et al*, 2019, HUI *et al* 2015).

Apesar de destacar primordialmente a qualidade de vida, muitas vezes é necessário compreender a sobrevida dos pacientes em CP oncológicos, sendo necessário utilizar fatores prognósticos de sobrevida que instrumentalizam os profissionais a avaliar o tempo de vida de forma mais objetiva. Na prática clínica, a capacidade funcional e a carga dos sintomas são os primeiros indicativos a respeito da situação da doença do paciente. Portanto, é importante conhecer o quanto essas ferramentas conseguem prever o risco de morrer. Elas são acessíveis e práticas, pois não necessitam de resultados de exames, dependendo apenas do relato do paciente sobre a intensidade dos seus sintomas, como está a realização de suas atividades de vida diária, e da avaliação criteriosa do profissional de saúde durante a consulta. Desta forma, podem contribuir para o planejamento do plano de cuidados para o doente.

Na literatura nacional, as informações sobre o poder prognóstico da carga de sintomas e a capacidade funcional na sobrevida de pacientes em CP oncológicos são escassas. Com este estudo, pretende-se aumentar o conhecimento quanto ao uso de ferramentas simples de capacidade funcional e carga de sintomas para avaliação prognóstica, além de contribuir para desenvolvimentos dos CP oncológicos.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Avaliar a carga de sintomas e a capacidade funcional como fatores prognósticos de sobrevida em pacientes em cuidados paliativos oncológicos assistidos em um hospital especializado do SUS no Rio de Janeiro.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- Estimar o tempo de sobrevida por grupos de pacientes segundo a capacidade funcional (KPS) e a carga dos sintomas (ESAS).
- Analisar a capacidade funcional como fator prognóstico de sobrevida.
- Analisar a carga de sintomas como fator prognóstico de sobrevida.

#### 4 HIPÓTESE

A capacidade funcional reduzida é um fator preditivo de pior prognóstico em pacientes em CP oncológicos.

A carga de sintomas elevada é um fator preditivo de pior prognóstico em pacientes em CP oncológicos.

## 5 MÉTODOS

### 5.1 Cenário do estudo: Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva

O Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) é um órgão ligado diretamente ao Ministério da Saúde e é a maior instituição pública de referência para o desenvolvimento e coordenação das ações integradas de prevenção e controle do câncer no Brasil. É composto por 4 unidades assistenciais: Hospital do Câncer (HC) concentra o tratamento para a maioria das clínicas oncológicas: neuro-tórax, cabeça e pescoço, hematologia, urologia, abdômen e pediatria. O HC II cuida dos tumores ginecológicos e do tecido ósseo conectivo; e o HC III trata unicamente pacientes com câncer de mama. Estas unidades são responsáveis pelo tratamento específico para o controle do câncer, tais como: quimioterapia, radioterapia e cirurgia.

O HC IV é a unidade de cuidados paliativos exclusivos (UCP) do INCA, que atende pacientes de todas as clínicas descritas acima, exceto pediatria. A partir do momento em que a equipe médica define a suspensão do tratamento oncológico controlador da doença, quer seja por progressão de doença ou por finalizar as linhas de tratamento, o paciente é encaminhado ao HC IV com o objetivo de controlar os sintomas físicos, psicossociais e espirituais, promovendo qualidade de vida e de morte, com foco no paciente, bem como seus familiares (INCA, 2021).

O primeiro contato do paciente com o HC IV é com o posto avançado, os pacientes e familiares são acolhidos e orientados a respeito do que são os CP, da proposta e estrutura do HC IV, além de esclarecimentos de dúvidas. Se a família e paciente estão de acordo com as diretrizes do hospital, os familiares (caso o paciente não esteja presente) ou o próprio paciente assinam um termo concordando com o encaminhamento para a UCP. Neste atendimento também é definido a modalidade terapêutica a qual o paciente será assistido, considerando condições clínicas, capacidade funcional, rede de apoio e onde reside (INCA, 2021). Existem 3 tipos de processos assistenciais para o paciente que é encaminhado ao HC IV são:

1. Internação hospitalar: para pacientes que estão com sintomas agudizados, que necessitam de hospitalização para o controle de sintomas. Assim, que o paciente apresenta melhora do quadro clínico é encaminhado para o ambulatório ou visita

domiciliar (INCA, 2021).

2. Atendimento domiciliar: para pacientes que apresentam uma capacidade funcional que dificulta a chegada ao hospital, residam até 60 km do hospital e não seja considerada área de conflito urbano. As visitas de enfermagem são realizadas semanalmente, enquanto as consultas médicas acontecem uma vez ao mês e o atendimento dos outros membros da equipe ocorre sob demanda (INCA, 2021).

3. Atendimento ambulatorial: para pacientes que apresentam uma boa capacidade funcional ou residem em área de conflito urbano ou além de 60 km do hospital. As consultas são realizadas de 15 em 15 dias, com equipe interdisciplinar, composta por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas e psicólogos. Em todas as consultas são colhidas rotineiramente informações a respeito dos sintomas (ESAS) pelos médicos e/ou enfermeiros e da capacidade funcional (KPS) por toda equipe interdisciplinar (INCA, 2021).

Local de estudo: ambulatório da UCP INCA-HC IV

## **5.2 Delineamento do Estudo**

Coorte retrospectiva de pacientes assistidos no ambulatório da UCP INCA-HC IV de 2 de janeiro de 2018 a 30 de junho de 2018.

## **5.3 Procedimentos de coleta dos dados**

Para compilação das informações retiradas dos prontuários físico e eletrônico, foi elaborada uma ficha de extração de dados (Anexo A). Os dados foram coletados pela autora e por mais uma pessoa treinada adequadamente. Para a digitação, foi construído um banco de dados no software Microsoft Office Excel® 2010. Periodicamente, foi realizada verificação da consistência das informações digitadas, a partir da geração de relatórios.

## 5.4 População do Estudo

Foi formada por 421 pacientes com câncer avançado encaminhados para o ambulatório da UCP - HC IV admitidos entre 2 de janeiro a 30 de junho de 2018.

Critérios de inclusão: todos os pacientes que foram encaminhados e compareceram à consulta de primeira vez no ambulatório da UCP – HC IV com o diagnóstico de câncer confirmado por laudo histopatológico e com definição médica da clínica de origem de suspensão do tratamento controlador do câncer relatada no prontuário e/ou na ficha de encaminhamento para o HC IV, com idade superior a 18 anos.

Critérios de exclusão: inicialmente elegeram-se como critérios de exclusão: 1- pacientes que compareceram na primeira consulta ambulatorial, mas não puderam responder as perguntas relacionadas a carga de sintomas por conta de alguma comorbidade com prejuízo da capacidade cognitiva; 2- pacientes que compareceram na primeira consulta ambulatorial com o KPS  $\leq$  20%; 3- pacientes que por conta do comprometimento clínico não vieram à primeira consulta, comparecendo apenas o familiar/cuidador, pois a ausência do paciente dificulta a aferição real da capacidade funcional. Durante a coleta de dados, foi identificado um critério de exclusão adicional, a dizer, pacientes reestadiados, pois eles retornam para clínica de origem para reavaliação de tratamento controlador do câncer, circunstância que poderia impactar na sobrevida, por vezes retirando-os do atendimento pela unidade de cuidados paliativos.

## 5.5 Fonte de dados

Foram utilizados dados secundários dos prontuários físicos e eletrônicos (Intranet) referente à primeira consulta ambulatorial na UCP INCA-HC IV.

## 5.6 Variáveis de estudo

Com base nas informações lançadas nos prontuários dos pacientes, foram coletados os seguintes dados dos prontuários físico e eletrônico (Intranet):



### 5.6.1 Variáveis sociodemográficas e econômicas:

As variáveis sociodemográficas e econômicas foram colhidas a partir de instrumentos padronizados para uso na instituição. Em virtude disso, as categorias apresentadas limitam-se às informações fornecidas por estes instrumentos anexados aos prontuários dos pacientes.

Sexo: foi considerado o sexo do paciente categorizado em masculino ou feminino.

Idade: foi considerada a idade do paciente no momento da primeira consulta ambulatorial no INCA-HC IV.

Cor da pele: foi considerada a cor da pele categorizada em: negra, branca, parda e sem informação.

Estado civil: foram consideradas as informações colhidas da avaliação de primeira vez do serviço social no INCA-HC IV. Foi considerada a situação jurídica do indivíduo, categorizado em: solteiro, casado, divorciado, viúvo e sem informação.

Estado Conjugal: foi considerada a situação conjugal, se realmente o indivíduo vive com um parceiro ou não, independente do estado civil, relatada na avaliação de primeira vez do serviço social no INCA-HC IV. Categorizado em: união estável, união consensual, não vive em união com o esposo (a), sem informação.

Religião: foram consideradas as informações colhidas da avaliação de primeira vez do serviço social no INCA-HC IV. A religião foi categorizada em: católica, evangélica, espírita, umbanda, candomblé, testemunha de Jeová, e sem religião.

Anos de estudo: foram consideradas as informações colhidas da avaliação de primeira vez do serviço social no INCA-HC IV. Os anos de estudo foram categorizados em: sem estudos, 1 a 4 anos, 5 a 9 anos, 10 a 14 anos, 15 anos ou mais.

Renda familiar: foram consideradas as informações colhidas da avaliação de primeira vez do serviço social no INCA-HC IV. Considerou-se a soma da renda individual dos moradores de uma mesma residência. O valor do salário mínimo (SM) foi de R\$ 954,00, equivalente ao ano de 2018. Categorizada em: sem renda, até 1 SM, 1 a 3 SM, 3 a 5 SM, maior que 10 SM.

### 5.6.2 Variáveis relacionadas ao tumor primário:

Localização do tumor primário: foi considerado o local conforme descrito no laudo histopatológico/imunohistoquímica.

Tipo histológico do tumor primário: foi considerado o tipo celular (morfologia do tumor) conforme laudo histopatológico.

Estadiamento clínico (TNM): refere-se à avaliação da extensão da neoplasia maligna antes do tratamento (classificação clínica pré-tratamento), para planejamento da terapêutica e elaboração de prognóstico de evolução de doença, baseado nas informações constantes no prontuário da clínica de origem, no início do tratamento no INCA.

Metástase à distância / localmente avançada: de acordo com a descrição apresentada no prontuário físico e confirmada nos laudos de exames de imagens e/ou laudo histopatológico.

Tratamentos oncológicos já realizados: foram considerados os tratamentos realizados dentro e fora do INCA (quimioterapia, radioterapia, cirurgia, hormonioterapia), levando-se em consideração também a intenção do tratamento, se citorrredutor, paliativo ou virgem (sem nenhum tratamento oncológico).

### 5.6.3 Variáveis relacionadas à condição clínica do paciente no momento da primeira consulta ambulatorial na UCP:

Data da primeira consulta ambulatorial na UCP: foi considerada a data do primeiro atendimento no INCA - HC IV.

Carga de sintomas: foi considerado o relato do paciente e/ou cuidador auxiliado pelo profissional de saúde no momento da primeira consulta descrito rotineiramente no prontuário físico e/ou eletrônico pelos profissionais, através da pontuação individual de cada sintoma. A ESAS (Anexo A) avalia 9 sintomas mais comuns em cuidados paliativos: dor, fadiga, sonolência, náusea, falta de apetite, dispneia, tristeza, ansiedade e ausência de bem-estar. A carga de sintomas pode ser avaliada de 2 formas:

- Pontuação individual: a intensidade de cada sintoma relatado colhido de rotina na

consulta ambulatorial, podendo ser classificada: 0 (nenhum) a 10 (pior possível). Neste estudo a intensidade foi categorizada: ausente (0), leve (1-3), moderada/intensa (4-10) (MCGEE, 2018);

- Escore total: soma das pontuações individuais de cada sintoma relatado, sendo graduado de 0 a 90. Neste estudo a o escore total foi categorizado como: ausente (0), leve (1-30), moderado/intenso (31-90) (MCGEE, 2018).

Capacidade funcional: foi considerada a pontuação atribuída ao KPS pelos médicos e/ou enfermeiros no momento da primeira consulta ambulatorial. O KPS é utilizado pelos profissionais de saúde para quantificar a capacidade funcional dos pacientes através do questionamento das atividades diárias que realizam no dia e seu grau de dependência. É graduada de 0 a 100%, sendo as pontuações mais baixas associadas com uma condição física limitada, dependência, com o aumento da pontuação, mais independência (SCHANG, 1984). (Anexo A)

Comorbidades: foram consideradas como comorbidades: hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), cardiopatias, pneumopatias e outras.

Data do óbito: foi considerado o registro no prontuário físico ou eletrônico.

## 6 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto foi submetido ao comitê de ética e pesquisa (CEP) do INCA conforme a resolução CNS nº466/12 que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, com aprovação sob o CAAE nº 34888620.0.0000.5274.

A coleta dos dados foi feita retrospectivamente com base nas informações disponíveis em prontuário clínico que foram armazenados em instrumento próprio (Anexo 01). A extração de dados foi realizada de forma anonimizada guardando todos os cuidados para a não identificação dos indivíduos. Por esse motivo, foi solicitada dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ao CEP. Os dados foram armazenados em instrumentos próprios (impressos) e mídia eletrônica (Excel) por pelo menos 5 anos.

## 7 ANÁLISE DE DADOS

Inicialmente foi realizada uma análise descritiva das características sociodemográficas, econômica e clínicas da população do estudo, com a distribuição das frequências absolutas e relativas.

O tempo de sobrevida na UCP foi definido como o intervalo de tempo entre a data do primeiro atendimento ambulatorial após a suspensão do tratamento oncológico controlador da doença até a data do óbito. Buscou-se um seguimento de 3 anos para os pacientes. Aqueles que estavam vivos no momento do fechamento da análise estatística, foram censurados no dia 30 de junho de 2021. Foram também censurados pacientes cuja causa da morte na declaração de óbito estivesse não relacionada ao câncer, considerando-se como censura a data do óbito.

Para o cálculo da sobrevida, foi utilizado o método Kaplan-Meier e a comparação dos extratos da mesma variável foi realizada pelo teste de *log-rank*, considerando-se estatisticamente significativo valor de  $p < 0,05$ . (CARVALHO *et al*, 2005)

O modelo hazards proporcionais de Cox estratificado por sexo foi utilizado para analisar a influência do KPS e da ESAS na sobrevida (CARVALHO *et al*, 2005). Primeiro, realizou-se uma análise bruta, as variáveis sociodemográficas. Em seguida, foram realizados 3 modelos teóricos: um para KPS, outro para o escore total da ESAS e o último para os sintomas individualmente ajustadas pelas variáveis sociodemográficas.

Para todas as análises utilizou-se o software R versão 3.5.3 2019.

## 8 RESULTADOS

No período de estudo 421 pacientes foram elegíveis para a pesquisa. Após a aplicação dos critérios de exclusão foram dispensados 17 deles, por conta de não terem condições para responder ao ESAS,  $KPS \leq 20\%$ , ou reestadiados. A amostra total foi de 404 pacientes. Eles foram seguidos por cerca de 3 anos, ao encerrar o estudo 6 estavam vivos e foram censurados, considerando a data final, o último atendimento ambulatorial antes do dia 30 de junho de 2021. Também foi censurado um paciente, cuja a causa do óbito foi Covid-19.

A maioria apresentou idade entre 50-69 anos (53,47%), era do sexo feminino (55,94%), tinha cor da pele branca (44,50%), declarou ter religião católica (45,50%), estudou cerca de 5 a 9 anos (33,20%), vivia com companheiro (53,70%), apresentava renda familiar entre 1 a 3 SM (45,80%). (Tabela 1)

As características clínicas mais comuns foram: tumor primário no trato gastro-intestinal (25,74%), progressão local do câncer (84,41%) e para linfonodos (50,50%). O tipo histopatológico mais prevalente foi o carcinoma (52,50%); o estadiamento clínico ao chegar ao INCA entre III-IV (72,30%). A cirurgia (37,13%) e quimioterapia paliativa (48,02%) foram os tratamentos controladores de doença oncológica mais realizados. A maior parte apresentou algum tipo de comorbidade (53,22%). (Tabela 2)

A mediana de sobrevida geral dos pacientes em CP oncológicos foi de 59 dias (IC 95% 51 - 70) e a sobrevida em 90 dias foi de 37,38-(IC 95% 32,67-42,08) (Gráfico 1).

As variáveis sociodemográficas e econômicas estudadas não diferiram em relação ao tempo de sobrevida (Tabela 3). Observou-se, contudo que o tempo de sobrevida dos pacientes variou em relação à localização do tumor primário ( $p$ -valor = 0,006). A menor sobrevida foi vista para os pacientes com tumores do trato gastro-intestinal (mediana = 43 dias, IC 95% 36-63), já os com tumores ginecológicos, de mama e do tecido ósseo-conectivo e outros tipos apresentaram maior sobrevida (Tabela 3).

Com relação à capacidade funcional e a carga de sintomas, a maior parte dos pacientes que chegaram à UCP apresentavam  $KPS$  entre 30 - 50% (57,67%), a mediana de sobrevida para estes foi de 43 dias (IC 95% 36 - 49) (Gráfico 2 e Tabela 4), enquanto o escore total da ESAS ausente/leve foi mais presente entre os pacientes (53,96%), e a

mediana de sobrevida destes foi de 82,5 dias (IC 95% 62 - 107) (Gráfico 3 e Tabela 4).

A capacidade funcional foi associada ao risco de morrer mais cedo para aqueles que apresentavam KPS 30 - 50% nas mulheres e nos homens (HR bruta = 1,79, IC 1,33-2,54; HR ajustada por faixa etária, estado conjugal e renda familiar = 1,84, IC 1,33-2,54) e (HR bruta = 2,99, IC 2,16 – 4,13; HR ajustada = 3,07, IC 2,14 -4,41) respectivamente (Tabela 5).

O escore total da ESAS moderada/intensa também mostrou associação com a sobrevida mais curta tanto para as mulheres quanto para os homens (HR bruta = 1,56 IC 1,19-2,05; HR ajustada por faixa etária, estado conjugal e renda familiar = 1,56 IC 1,15-2,1) e (HR bruta = 2,26 IC 1,60 – 3,12.; HR ajustada por faixa etária, estado conjugal e renda familiar = 2,27 IC 1,60 – 3,20) respectivamente (Tabela 6).

A respeito dos sintomas individuais houve diferenças entre mulheres e homens em relação à associação com o pior prognóstico sendo para as mulheres os seguintes sintomas com intensidade moderada/intensa: dor (HR = bruta 1,50 IC 1,14-1,96; HR ajustada = 1,38 IC 1,02-1,87), fadiga (HR bruta = 1,73 IC 1,31-2,28; HR ajustada = 1,97 IC 1,43-2,72), náuseas (HR bruta = 1,56 IC 1,16-2,09; HR ajustada = 1,79 IC 1,29-2,50), ausência de bem-estar (HR bruta = 1,45 IC 1,09-1,92; HR ajustada = 1,41 IC 1,03-1,95), e dispneia (HR bruta = 1,52 IC 1,11-2,09; HR ajustada = 1,68 IC 1,17-2,43); já para os homens: dor (HR bruta = 2,00 IC 1,46 -2,73; HR ajustada = 2,15 IC 1,53- 3,02), fadiga (HR bruta = 2,18 IC 1,59- 2,98; HR ajustada = 2,24 IC 1,74-3,86), falta de apetite (HR bruta = 1,94 IC 1,40-2,69; HR ajustada = 1,86 IC 1,27 -2,54), ausência de bem-estar (HR bruta = 1,70 IC 1,19 -2,41; HR ajustada = 1,60 IC 1,11 -2,30), sonolência (HR bruta = 1,76 IC 1,22- 2,54; HR ajustada = 1,70 IC 1,14 -2,54) e dispneia (HR bruta = 2,75 IC 1,84 -4,11; HR ajustada = 2,51 IC 1,64 -3,86) (Tabela 6).

**Tabela 1:** Características sociodemográficas dos pacientes oncológicos em cuidados paliativos (n= 404).

<b>Variáveis</b>		
<b>Sociodemográficas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Faixa etária (anos)</b>		
20-49	74	18,32
50 -69	216	53,47
≥ 70	114	28,22
<b>Sexo</b>		
Feminino	226	55,94
Masculino	178	44,06
<b>Cor da pele</b>		
Branca	180	44,50
Parda	162	40,00
Negra	58	14,30
Sem informação	4	1,20
<b>Religião</b>		
Católica	184	45,50
Evangélica	164	40,60
Espírita	24	13,90
Sem religião	27	6,80
Sem informação	5	1,10
<b>Anos de estudos</b>		
Sem Estudos (anos)	32	7,90
1 a 4	131	32,40
5 a 9	134	33,20
+ 10	100	24,70
Sem informação	7	1,80
<b>Estado Conjugal</b>		
Com companheiro	217	53,70
<i>Estado civil casado</i>	144	66,30
<i>União Estável</i>	19	8,70
<i>União Consensual</i>	54	25,00
Sem companheiro	180	44,50
<i>Solteiros</i>	66	36,70
<i>Viúvos</i>	60	33,30
<i>Divorciados</i>	30	16,70
<i>Estado civil casado, mas vivendo só</i>	24	13,30
Sem informação	7	1,80
<b>Renda Familiar</b>		
≤ 1 SM	110	27,20
1 a 3 SM	185	45,00
3 a 5 SM	40	9,90
≥ 5 SM	23	5,70
Sem informação	46	11,40

**Legenda:** N= número de observações; SM = salário mínimo



**Tabela 2:** Características clínicas dos pacientes oncológicos em cuidados paliativos ambulatorial (n= 404).

<b>Variáveis</b>		
<b>Clínicas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Local do Tumor</b>		
Trato Gastro-Intestinal	104	25,74
Cabeça e pescoço	80	19,80
Ginecologia	67	16,58
Mastologia	45	11,14
Tecido ósseo-conectivo	30	7,43
Tórax	36	8,91
Outros <sup>a</sup>	42	10,40
<b>Metástases<sup>b</sup></b>		
Localmente avançada	341	84,41
Linfonodo	204	50,50
Pulmão	112	27,72
Ossos	87	21,53
Fígado	85	21,04
Peritônio	61	15,10
Outros sítios	47	11,63
Pleura	36	8,91
SNC	30	7,43
<b>Tipo Histológico</b>		
Adenocarcinoma	137	33,90
Carcinoma	212	52,50
Outros	46	11,40
Sem informação	9	2,20
<b>Estadiamento clínico</b>		
I- II	60	14,80
III- IV	292	72,30
Sem informação	52	12,90
<b>Tratamentos prévios<sup>c</sup></b>		
Virgem	77	19,06
Quimioterapia	134	33,17
Radioterapia	127	31,44
Cirurgia	150	37,13
Quimioterapia paliativa	194	48,02
Radioterapia paliativa	72	17,82
Outros tratamentos	59	14,60
<b>Comorbidade<sup>d</sup></b>		
Não	189	46,78
Sim	215	53,22
<i>Hipertensão Arterial</i>	170	42,08
<i>Diabetes Mellitus</i>	52	12,87
<i>Cardiopatia</i>	37	9,16
<i>Pneumopatia</i>	13	3,22
<i>Outras</i>	33	8,17

**Legenda:** N= número de observações; SNC: sistema nervoso central

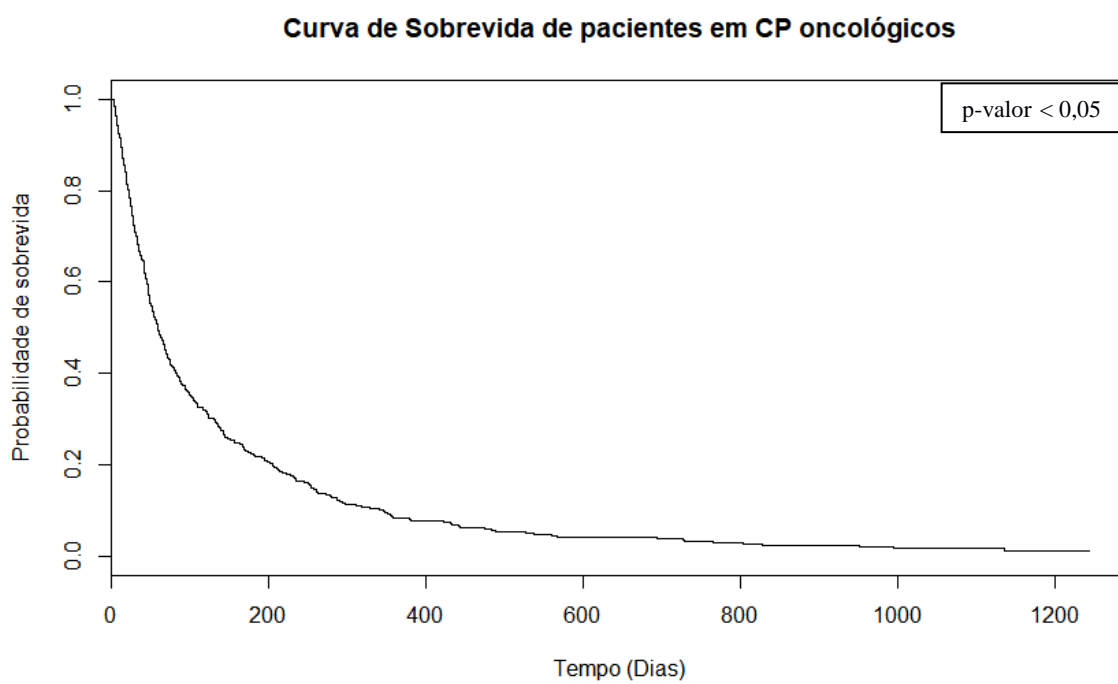
**Nota:** <sup>a</sup> Outros: SNC, testículo, próstata, rim, bexiga, tireoide, hematológicos e sem localização definida.

<sup>b</sup> O paciente pode apresentar mais de um local de metástase.

<sup>c</sup> O paciente pode ter realizado mais um tipo de tratamento.

<sup>d</sup> O paciente pode apresentar mais de um tipo de comorbidade.

Gráfico 1



**Tabela 3:** Sobrevida de pacientes oncológicos em cuidados paliativos segundo variáveis sócio-demográficas e local do tumor primário (n= 404).

Variáveis Sociodemográficas e local do tumor primário	N	Eventos (n)	Mediana (dias)	Sobrevida	
				IC 95%	p-valor*
<b>Faixa etária (anos)</b>					
20-49	74	71	63,50	49 - 98	0.5
50-69	216	215	53,50	46 - 71	
≥ 80	114	111	63,00	51 - 84	
<b>Sexo</b>					
Feminino	226	223	55,50	48 - 66	0.3
Masculino	178	174	67,50	49 - 87	
<b>Cor da pele</b>					
Branca	180	176	59,50	47 - 79	0.8
Parda	162	160	59,50	50 - 76	
Negra	58	58	51,00	42 - 94	
<b>Religião</b>					
Católica	184	180	60,00	47 - 81	0.5
Evangélica	164	161	67,50	53 - 86	
Espírita	24	24	30,50	21 - 110	
Sem religião	27	27	42,00	33 - 136	
<b>Anos de estudos (anos)</b>					
Sem Estudos	32	32	62,00	47-131	0.9
1 a 4	131	129	63,00	50 - 81	
5 a 9	134	132	55,50	43 - 80	
≥ 10	100	97	62,00	48 - 88	
<b>Estado Conjugal</b>					
Com companheiro	217	214	56,00	48 - 71	0.1
Sem companheiro	180	176	63,00	52 - 84	
<b>Renda Familiar</b>					
≤ 1 SM	110	107	76,50	57 - 118	0.3
1 a 3 SM	185	184	64,00	50 - 81	
3 a 5 SM	40	40	49,50	38 - 97	
≥ 5 SM	23	22	54,00	26 - 110	
<b>Local do Tumor</b>					
Trato Gastro-Intestinal	104	103	43,00	36 - 63	<b>0.006</b>
Cabeça e pescoço	80	77	69,00	47 - 95	
Ginecologia	67	67	57,00	47 - 86	
Mastologia	45	44	59,00	42 - 138	
Tecido ósseo-conectivo	30	30	75,00	57 - 205	
Tórax	36	36	48,00	32 - 86	
Outros	42	40	118,00	100 - 212	

**Legenda:** N= número de observações; IC= intervalo de confiança (95%)

**Nota:** \*p-valor refere-se ao teste de log-rank para diferenças de medianas de sobrevida entre os grupos, em negrito indica significância estatística (<0,05).

Gráfico 2

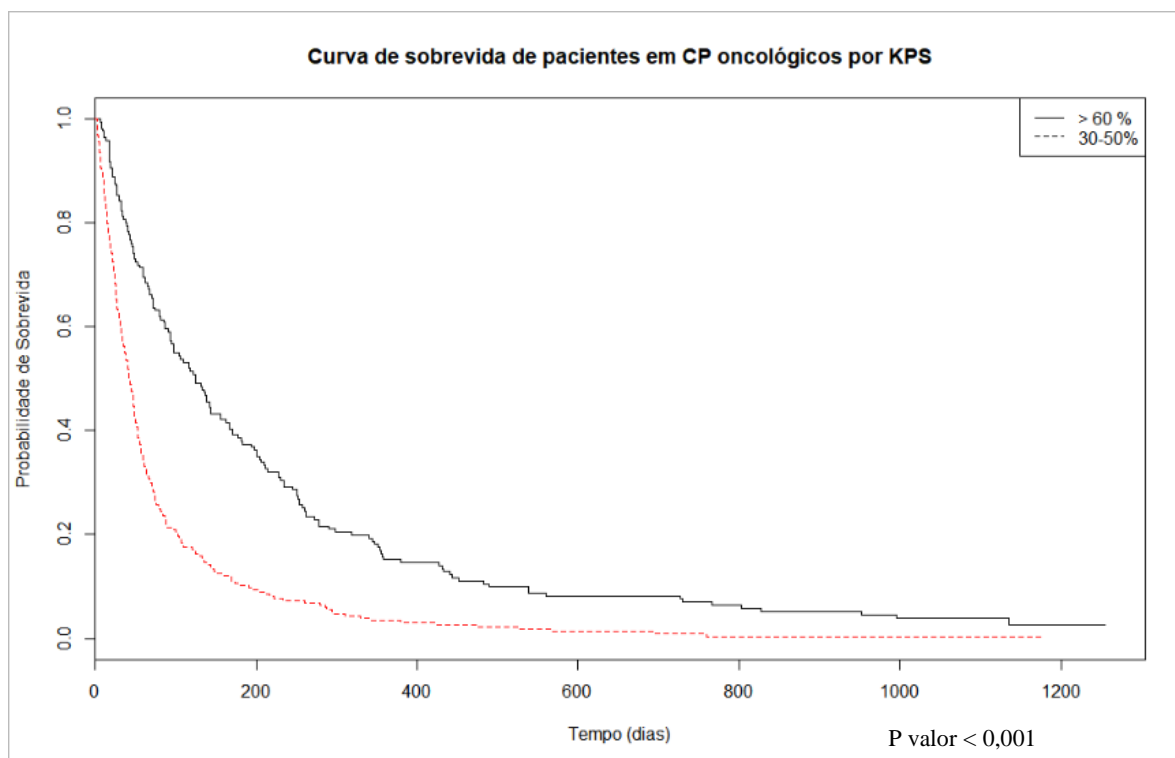
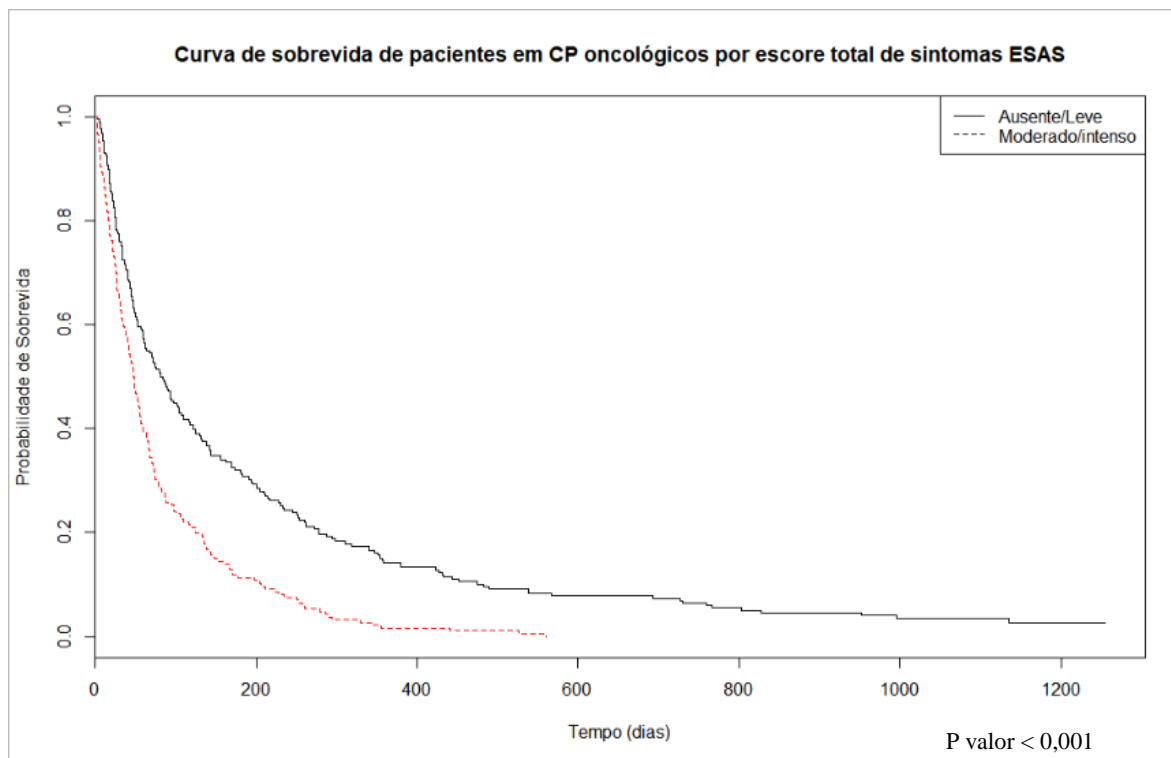


Gráfico 3



**Tabela 4:** Sobrevida de pacientes oncológicos em cuidados paliativos segundo capacidade funcional (KPS) e escore total ESAS (n= 404).

Variáveis Preditoras	Sobrevida				
	N (%)	Eventos (n)	Mediana (dias)	IC 95%	p-valor <sup>a</sup>
<b>Escala KPS</b>					
≥ 60	171 (42,33)	165	124,00	95 - 163	<b>&lt; 0.001</b>
30 – 50	233 (57,67)	232	43,00	36 - 49	
<b>Carga de Sintomas<sup>b</sup></b>					
<b>Escore total</b>					
Ausente /Leve	218 (53,96)	211	82,50	62 - 107	<b>&lt; 0.001</b>
Moderada /Intensa	186 (46,04)	186	47,50	41 - 57	

**Legenda:** N= número de observações; KPS = Karnofsky performance scale; IC= intervalo de confiança (95%)

**Nota:** <sup>a</sup> p-valor refere-se ao teste de log-rank para diferenças de medianas de sobrevida entre os grupos, em negrito indica significância estatística (<0,2). <sup>b</sup> Pontuação de acordo com o score total da escala de avaliação de sintomas de Edmonton (ESAS): Ausente/Leve (0 – 30); Moderado/Intenso (31 – 90).

**Tabela 5:** Associação entre capacidade funcional (KPS) e sobrevida de pacientes oncológicos em cuidados paliativos (n= 404).

	MULHERES					HOMENS				
	N (%)	HR bruta	IC 95%	HR ajustada*	IC 95%	N (%)	HR bruta	IC 95%	HR ajustada*	IC 95%
<b>KPS</b>										
≥ 60	85 (37.61)	1	-	1	-	86 (48.31)	1	-	1	-
30 – 50	141 (62.39)	<b>1.79</b>	<b>1.36-2.36</b>	<b>1.84</b>	<b>1.33-2.54</b>	92 (51.69)	<b>2.99</b>	<b>2.16 - 4.13</b>	<b>3.07</b>	<b>2.14 -4.41</b>
<b>Faixa Etária</b>										
20-49 anos	54 (23.89)	1	-	1	-	20 (11.24)	1	-	1	-
50-69 anos	112 (49.56)	1.13	0.81-1.58	1.05	0.73-1.53	104 (58.43)	1.19	0.72 - 1.94	1.09	0.64 -1.88
≥ 70 anos	60 (26.55)	1.10	0.76-1.60	0.95	0.62-1.47	54 (30.34)	0.97	0.57 - 1.65	0.73	0.41- 1.30
<b>Estado Conjugal</b>										
Com união	100 (45.45)	1	-	1	-	117 (66.10)	1	-	1	-
Sem união	120 (54.55)	0.81	0.62-1.07	0.83	0.60-1.14	60 (33.90)	0.84	0.61-1.16	0.89	0.62 -1.28
<b>Renda Familiar</b>										
≤ 1 SM	69 (35.03)	1	-	1	-	41 (25.47)	1	-	1	-
1 a 3 SM	99 (50.25)	1.24	0.91-1.69	1.06	0.76-1.47	86 (53.42)	1.19	0.81-1.74	1.24	0.84 -1.85
3 a 5 SM	21 (10.66)	0.99	0.61-1.63	0.82	0.49-1.37	19 (11.80)	<b>2.16</b>	<b>1.24-3.79</b>	<b>1.91</b>	<b>1.07 -3.38</b>
≥ 5 SM	8 (4.06)	<b>2.30</b>	<b>1.09-4.84</b>	1.87	0.87-3.99	15 (9.32)	1.05	0.56-1.93	1.22	0.64- 2.33

**Legenda:** N= número de observações; KPS = Karnofsky Performance Status; HR= hazard ratio; IC= intervalo de confiança; SM= salário mínimo

\*Ajustado por faixa etária, estado conjugal e renda familiar.

**Tabela 6:** Associação entre a escore total de sintomas (ESAS) e a sobrevida de pacientes oncológicos em cuidados paliativos (n= 404).

	N (%)	HR bruta	MULHERES			N (%)	HR bruta	HOMENS		
			IC 95%	HR ajustada*	IC 95%			IC 95%	HR ajustada*	IC 95%
<b>ESAS</b>										
<b>Score total*</b>										
Ausente/ Leve	114 (50.44)	1	-	1	-	104 (58.43)	1	-	1	-
Moderada/ Intensa	112 (49.56)	<b>1.56</b>	<b>1.19-2.05</b>	<b>1.56</b>	<b>1.15-2.11</b>	74 (41.57)	<b>2.26</b>	<b>1.60 - 3.12</b>	<b>2.27</b>	<b>1.60 - 3.20</b>
<b>Faixa Etária</b>										
20-49 anos	54 (23.89)	1	-	1	-	20 (11.24)	1	-	1	-
50-69 anos	112 (49.56)	1.13	0.81-1.58	1.08	0.74-1.56	104 (58.43)	1.19	0.72 - 1.94	1.19	0.70 - 2.00
≥ 70 anos	60 (26.55)	1.10	0.76-1.60	1.10	0.71-1.70	54 (30.34)	0.97	0.57 - 1.65	0.99	0.57 - 1.74
<b>Estado Conjugal</b>										
Com união	100 (45.45)	1	-	1	-	117 (66.10)	1	-	1	-
Sem união	120 (54.55)	0.81	0.62-1.07	0.81	0.59-1.11	60 (33.9)	0.84	0.61-1.16	0.78	0.54-1.12
<b>Renda Familiar</b>										
≤ 1 SM	69 (35.03)	1	-	1	-	41 (25.47)	1	-	1	-
1 a 3 SM	99 (50.25)	1.24	0.91-1.69	1.10	0.79-1.53	86 (53.42)	1.19	0.81-1.74	1.15	0.77 - 1.70
3 a 5 SM	21 (10.66)	0.99	0.61-1.63	1.07	0.64-1.77	19 (11.80)	<b>2.16</b>	<b>1.24-3.79</b>	<b>2.06</b>	<b>1.16 - 3.64</b>
≥ 5 SM	8 (4.06)	<b>2.30</b>	<b>1.09-4.84</b>	<b>2.14</b>	<b>1.00-4.57</b>	15 (9.32)	1.05	0.56-1.93	0.91	0.48 - 1.71

**Legenda:** N= número de observações; ESAS= Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton; HR= hazard ratio; IC= intervalo de confiança; SM= salário mínimo.

**Nota:** Pontuação de acordo com o score total da escala de avaliação de sintomas de Edmonton (ESAS): Ausente/Leve (0 – 30); Moderado/Intenso (31 – 90).

\*Ajustado por faixa etária, estado conjugal, renda familiar.



**Tabela 7:** Associação entre os sintomas (ESAS) e a sobrevida de pacientes oncológicos em cuidados paliativos (n= 404).

	N (%)	MULHERES				HOMENS				
		HR bruta	IC 95%	HR ajustada*	IC 95%	N (%)	HR bruta	IC 95%	HR ajustada*	IC 95%
<b>Dor</b>										
Ausente/ Leve	93(41.15)	1	-	1	-	82 (46.07)	1	-	1	-
Moderada/ Intensa	133(58.80)	<b>1.50</b>	<b>1.14-1.96</b>	<b>1.38</b>	<b>1.02-1.87</b>	96 (53.93)	<b>2.00</b>	<b>1.46 -2.73</b>	<b>2.15</b>	<b>1.53- 3.02</b>
<b>Fadiga</b>										
Ausente/ Leve	87 (38.84)	1	-	1	-	75 (42.61)	1	-	1	-
Moderada/ Intensa	137(61.16)	<b>1.73</b>	<b>1.31-2.28</b>	<b>1.97</b>	<b>1.43-2.72</b>	101 (57.39)	<b>2.18</b>	<b>1.59- 2.98</b>	<b>2.24</b>	<b>1.74-3.86</b>
<b>Náuseas</b>										
Ausente/ Leve	161(71.24)	1	-	1	-	142 (79.78)	1	-	1	-
Moderada/ Intensa	65 (28.76)	<b>1.56</b>	<b>1.16-2.09</b>	<b>1.79</b>	<b>1.29- 2.50</b>	36 (20.22)	1.42	0.98- 2.07	1.31	0.87 -1.98
<b>Tristeza</b>										
Ausente/ Leve	92 (42.79)	1	-	1	-	77 (47.24)	1	-	1	-
Moderada/ Intensa	123(57.21)	0.95	0.72-1.25	0.78	0.57-1.07	86 (52.76)	1.37	0.98 -1.92	1.36	0.97 -1.91
<b>Ansiedade</b>										
Ausente/ Leve	91 (42.33)	1	-	1	-	73 (44.51)	1	-	1	-
Moderada/ Intensa	124(57.67)	0.88	0.67-1.16	0.87	0.64-1.18	91 (55.49)	1.07	0.76- 1.49	1.20	0.85 -1.69
<b>Falta de apetite</b>										
Ausente/ Leve	107 (47.56)	1	-	1	-	107 (61.49)	1	-	1	-
Moderada/ Intensa	118 (52.44)	1.27	0.97-1.66	1.27	0.94-1.71	67 (38.51)	<b>1.94</b>	<b>1.40- 2.69</b>	<b>1.80</b>	<b>1.27 -2.54</b>
<b>Ausência de bem-estar</b>										
Ausente/ Leve	108 (52.94)	1	-	1	-	85 (55.19)	1	-	1	-
Moderada/ Intensa	96 (47.06)	<b>1.45</b>	<b>1.09-1.92</b>	<b>1.41</b>	<b>1.03-1.95</b>	69(44.81)	<b>1.70</b>	<b>1.19 -2.41</b>	<b>1.60</b>	<b>1.11 -2.30</b>
<b>Sonolência</b>										
Ausente/ Leve	167(74.55)	1	-	1	-	138 (77.97)	1	-	1	-
Moderada/ Intensa	57 (25.45)	1.27	0.93-1.72	1.17	0.82-1.66	39 (22.03)	<b>1.76</b>	<b>1.22- 2.54</b>	<b>1.70</b>	<b>1.14 -2.54</b>
<b>Dispneia</b>										
Ausente/ Leve	171(77.03)	1	-	1	-	143 (80.79)	1	-	1	-
Moderada/ Intensa	51 (22.97)	<b>1.52</b>	<b>1.11-2.09</b>	<b>1.68</b>	<b>1.17- 2.43</b>	34 (19.21)	<b>2.75</b>	<b>1.84 -4.11</b>	<b>2.51</b>	<b>1.64 -3.86</b>

**Legenda:** N= número de observações; ESAS= Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton; HR= hazard ratio; IC= intervalo de confiança; SM= salário mínimo.

\*Cada sintoma foi ajustado por faixa etária, estado conjugal, renda familiar.

**Nota:** Pontuação de acordo com escala de avaliação de sintomas de Edmonton (ESAS): ausente/ leve (0-3), moderada/intensa (4-10).

## 9 DISCUSSÃO

Neste estudo avaliou-se o poder de previsibilidade da capacidade funcional e da carga de sintomas na sobrevida dos pacientes em CP oncológicos atendidos em ambulatório da UCP INCA-HC IV. Os resultados encontrados sugerem que a capacidade funcional avaliada pelo KPS, é um importante fator prognóstico independente, assim como a carga dos sintomas. Nas mulheres, os sintomas relacionados com a sobrevida curta foram: dor, fadiga, náuseas, ausência de bem estar e dispneia, todos com intensidade moderada/intensa. Já nos homens, os sintomas com intensidade moderada/intensa: dor, fadiga, falta de apetite, ausência de bem-estar, sonolência, dispnéia tiveram associação com o risco de morrer precocemente.

A mediana de sobrevida foi de 59 dias, diferente dos resultados de um estudo realizado na mesma instituição, que foi de 39 dias (SILVA *et al*, 2019), porém, essa diferença existiu, provavelmente, devido à população do estudo, que incluiu pacientes tanto ambulatoriais quanto internados. Os pacientes internados na UCP INCA-HC IV, geralmente, apresentam agudização dos sintomas ou queda abrupta de KPS, e portanto necessitam de controle de sintomas que vai além do cuidado ambulatorial ou domiciliar. Além disso, cerca de 67,3 % destes encontram-se em cuidados ao fim de vida, evoluindo brevemente para o óbito (INCA, 2021).

Nossos achados mostraram que, conforme o KPS decresceu, a tendência do tempo de sobrevida foi reduzir. O risco de morrer foi de 1,84 entre as mulheres e de 3,07 nos homens, à medida que diminui o KPS. Similarmente, no artigo de Rosa *et al* (2020), realizado na mesma instituição deste estudo, o KPS 30- 40% foi um forte fator prognóstico para sobrevida reduzida em pacientes internados. Já, no estudo de Just *et al* (2021), a população envolveu pacientes com doenças crônicas oncológicas e outras, o KPS 10-30% também apresentou forte associação com a sobrevida ruim, independente do diagnóstico. A capacidade funcional avaliada a partir do KPS tem importante papel como fator preditivo independente (HWANG *et al*, 2004; LIU *et al*, 2013; JANG, 2014; Just *et al*, 2021; Rosa *et al*, 2020 ), como foi possível mostrar com os resultados deste estudo.

Em relação ao escore total dos sintomas do ESAS, houve significância estatística para as mulheres e homens, pode-se perceber que, à medida que aumentou a intensidade do somatório de sintomas, o risco de morrer também elevou-se. Logo, recomenda-se que o escore total seja

um instrumento para atuar como fator prognóstico de sobrevida para pacientes em CP oncológicos. MCGEE *et al* (2018) encontraram no seu estudo que o escore total pode ser utilizado para prognosticar, mas ele sozinho não deve funcionar como elemento decisivo para tomada de decisões clínicas. Entretanto, reforça que a sua atribuição de gerenciamento de sintomas da ESAS é relevante e deve ser levado em consideração na prática clínica. Além disso, todos os sintomas da ESAS, exceto ansiedade e tristeza, estavam associados à redução da sobrevida no câncer de pulmão avançado. GRAHAM *et al* (2018) investigaram a carga de sintomas através do escore total da ESAS em pacientes com câncer renal metastático, e seus achados mostraram que o escore provê informações modestas a respeito da sobrevida de pacientes que receberam tratamento paliativo para carcinoma de células renais metastático. Também salienta o potencial das ferramentas que levam em consideração o relato do paciente, pois de forma fácil é possível captar a magnitude dos sintomas, favorecendo o monitoramento dos sintomas.

Zeng *et al* (2011) pesquisaram se a gravidade dos sintomas referidos pelos pacientes através do ESAS evidenciaria poder prognóstico para predição de sobrevida em pacientes com câncer avançado. Eles perceberam que a gravidade e o comportamento dos sintomas da ESAS descritos pelos pacientes têm valor prognóstico, além disso, os sintomas agravaram-se nas últimas 4 semanas antes da morte, em comparação com os meses anteriores. Adicionalmente, todos os sintomas avaliados pelo ESAS tiveram relação com sobrevida pior, com exceção da ausência de bem-estar. Esse estudo mostra algumas divergências com esta análise, pois tristeza e ansiedade não tiveram associação com risco de morrer mais cedo, entretanto a ausência de bem-estar moderada/intensa apresentou relação com o pior prognóstico em homens e mulheres. O sintoma ausência de bem estar está relacionado com uma avaliação geral bem estar físico e psicológico do paciente, muitas vezes, é deixado de ser avaliado e também tem sido pouco estudado (Zeng *et al*, 2011). No artigo de Batra<sup>2</sup> *et al* (2021), este sintoma apenas participou do escore total de sintomas, seu poder preditivo não foi avaliado individualmente.

Batra<sup>2</sup> *et al* (2021), constataram que uma única medida dos sintomas usando o questionário ESASr teve valor prognóstico na previsão da sobrevida de pacientes com câncer metastático de mama, pulmão, colón-retos e próstata. Eles encontraram que as mulheres estão mais predispostas a relatar escores de sintomas físicos (somatório da dor, fadiga, dispnéia, sonolência, náusea e falta de apetite) e totais (somatório dos sintomas físicos, ausência de bem-estar e psicológicos - ansiedade e tristeza) mais intensos, enquanto os homens tinham

uma tendência a relatar menos sintomas psicológicos. Os escores de sintomas físicos tiveram relação com uma sobrevida ruim, enquanto os sintomas psicológicos não tiveram associação, sendo condizente com este estudo. Corroborando também com os nossos resultados, o escore de sintomas totais teve associação com o risco de morrer mais cedo.

A maior parte dos sintomas que se relacionaram com o risco de morrer mais cedo, apresentaram intensidade moderada/intensa, assim como no estudo de Just *et al* (2021). A fadiga, náuseas e falta de apetite são sintomas que se relacionam com a síndrome anorexia-caquexia (TRAJKOVIC *et al*, 2012). Silva *et al* (2020) verificaram que os pacientes com o estágio mais grave demonstraram maior carga de sintomas de impacto nutricional, ademais todos os estágios de caquexia se associaram com a sobrevida em 90 dias. Portanto, esses achados oferecem subsídios aos nossos resultados, consolidando o papel prognóstico da fadiga, náuseas e falta de apetite.

KOYAMA *et al* (2021) investigaram a presença de sintomas clusters (apresentação de dois ou mais sintomas interdependentes) usando o instrumento que avalia qualidade de vida EORTC QLQ-C15-PAL. Foi verificado que o conjunto de sintomas: fadiga, náusea, falta de apetite e dispneia associaram-se a uma sobrevida menor que 3 semanas em pacientes com câncer avançado internados. Este estudo apesar de utilizar uma ferramenta de avaliação diferente, o EORTC QLQ-C15-PAL, também leva em consideração o relato do paciente a respeito dos seus sintomas, assim como o ESAS. Ressalta-se também, que a população estudada por eles apresenta um perfil clínico distinto e específico, devido à proximidade da morte, nesta fase os sintomas tendem a se agravar. Pacientes oncológicos em CP ambulatoriais apresentam escores estáveis de dor, náusea, ansiedade e tristeza ao longo dos 6 meses antes do óbito, enquanto falta de ar, sonolência, bem-estar, falta de apetite e fadiga aumentam em severidade ao longo do tempo, principalmente no mês anterior à morte (SEOW *et al*, 2011).

Este estudo tem limitações. A primeira delas está ligada ao fato de tratar-se de estudo longitudinal, mas com dados coletados retrospectivamente dos prontuários médicos que nem sempre apresentam a completude e qualidade exigidas para um estudo epidemiológico. Outra limitação se deve às informações das medidas da capacidade funcional e da carga de sintomas que foram coletadas apenas na primeira consulta ambulatorial. Apenas um momento na trajetória do paciente, pode não ter permitido avaliar a variação da funcionalidade e dos sintomas ao longo do seguimento. É possível que, após o controle de sintomas e outras abordagens multidisciplinares dos CP, o comportamento dos sintomas e capacidade funcional

possam ter sofrido alguma alteração. E por fim, nossos achados podem dificultar a generalização dos resultados, visto que foi realizado em uma única instituição, contudo pode possibilitar um paralelo com outras populações em estudos futuros.

A UCP INCA-HC IV onde foi realizada esta pesquisa é de referência no país no que se refere aos CP, isto confere solidez dos resultados. Além disso, as informações a respeito dos sintomas (ESAS) e da capacidade funcional (KPS) são coletados por toda equipe interdisciplinar como rotina institucional, favorecendo a inserção de atividade de ensino e pesquisa na instituição. Também, esta temática ainda é pouco explorada na literatura nacional, portanto as pesquisas nesta área fomentam o conhecimento, e contribuem para a estruturação dos CP no país e aplicação na prática dos serviços, particularmente na rede pública.

Apesar das limitações apontadas, os resultados mostraram a importância da utilização da capacidade funcional e da carga de sintomas como fatores preditivos de sobrevida em CP oncológicos avaliadas pelo KPS e ESAS, respectivamente. Com base nestas informações, é possível fornecer aos profissionais de saúde indícios a respeito do quadro clínico do paciente, contribuindo para a elaboração das prioridades e objetivos no planejamento do plano de cuidados em uma consulta ambulatorial. Consequentemente, favorecer o aprimoramento da assistência e melhorar a qualidade de vida destes pacientes.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A carga de sintomas e o declínio funcional impactam negativamente a qualidade de vida do paciente oncológico em CP. A utilização da ESAS favorece o monitoramento da intensidade dos principais sintomas e o KPS classifica os pacientes de acordo com o seu grau de funcionalidade. Ambos devem ser colhidos de rotina, pois são simples, úteis, e podem colaborar com os profissionais de saúde na compreensão do comprometimento da doença oncológica avançada em consultas ambulatoriais.

Nesse estudo, foi possível reafirmar a associação do declínio funcional, avaliado pelo KPS, com prognóstico ruim; além disso, sugere-se que podem funcionar como fatores prognósticos independentes de sobrevida o escore total da ESAS e também os sintomas individuais com intensidade moderada/intensa: dor, fadiga, ausência de bem estar e dispneia para ambos os sexos; náuseas apenas para as mulheres e falta de apetite e sonolência particularmente nos homens. Com base nessas informações é possível fornecer um pouco mais de confiança aos profissionais de saúde no momento da formulação do prognóstico, guiando a tomada de decisão clínicas, tal como a oferta de uma nova terapêutica para controle do câncer, além de favorecer a comunicação assertiva a respeito do plano de cuidados para o paciente.

Diante da dificuldade de precisar o momento da morte, é imperativo a necessidade de aprimorar os conhecimentos no campo da prognosticação, para que a previsão seja feita de forma mais realística possível. Assim, novas pesquisas devem ser realizadas buscando aprofundar a relação e o refinamento das informações oferecidas entre o KPS e o ESAS para a melhor compreensão do prognóstico.

A formulação de um prognóstico adequado torna a morte como algo palpável, pois fica claro o processo de finitude da vida. A partir desse momento, existe um tempo calculado, urgindo a necessidade de planejar as questões que envolvem o bem estar do paciente de maneira objetiva, visando não apenas a vida, mas principalmente o conforto no momento da morte.

## REFERÊNCIAS

- ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). **Panorama dos Cuidados Paliativos no Brasil**. Brasil, 2018. Disponível em: < <https://paliativo.org.br/wp-content/uploads/2018/10/Panorama-dos-Cuidados-Paliativos-no-Brasil-2018.pdf>>. Acesso em: 26 jul. 2022.
- ARANTES, A.C.deL.Q. **Indicações de Cuidados Paliativos..** In: CARVALHO, R. T. D. e PARSONS, H. A. (Ed.). **Manual de Cuidados Paliativos - ANCP**. 2ª edição. São Paulo, 2012. cap. 1.4, p.56-71.
- BAKITAS, M.A., et al. Early Versus Delayed Initiation of Concurrent Palliative Oncology Care: Patient Outcomes in the ENABLE III Randomized Controlled Trial. **J Clin Oncol**, v. 33, n. 13, p. 1438-45, 1 de mar de 2015.
- BARBERA, L., et al. Symptom burden and performance status in a population-based cohort of ambulatory cancer patients. **Cancer**, v. 116, n. 24, p. 5767-76, dec. 2010.
- BRASIL<sup>1</sup>. MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Estimativas 2020: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2019.
- BRASIL<sup>2</sup>. Relatório de Auditoria Operacional na Política. **Tribunal de Contas da União (TCU)**. (TC 031.944/2010-8). Ministro Relator: José Jorge. Brasília/DF, 115 pg. 2010.
- BRASIL<sup>3</sup>. **Resolução no. 41 de 31 de outubro de 2018**. Disponível em [http://www.in.gov.br/web/guest/materia/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746/do-1-2018-11-23-resolucao-n-41-de-31-de-outubro-de-2018-51520710](http://www.in.gov.br/web/guest/materia/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746/do-1-2018-11-23-resolucao-n-41-de-31-de-outubro-de-2018-51520710). Acesso em: 26 jul 2022.
- BATRA<sup>1</sup>, A. et al. Associations between baseline symptom burden as assessed by patient-reported outcomes and overall survival of patients with metastatic cancer. **Supportive Care in Cancer**, v. 29, n.3 p. 1423-1431, mar. 2021.
- BATRA<sup>2</sup>, A. et al. Symptom burden in patients with common cancers near end-of-life and its associations with clinical characteristics: a real-world study. **Supportive Care in Cancer**, v. 29, n. 6, p.3299–3309, jun. 2021.
- BOLAND, J.W., et al. Predictors and trajectory of performance status in patients with advanced cancer: A secondary data analysis of the international European Palliative Care Cancer Symptom study. **Palliat Med**, v. 33, n. 2, p. 206-212, fev. 2019.
- BRUERA, E., et al. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. **J Palliat Care**, v. 7, n. 2, p. 6-9, 1991.
- CARVALHO, M. S. *et al.* **Análise de sobrevivência: teoria e aplicações em saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005)
- DAWES, R.M., Faust, D., Meehl, P.E. Clinical versus actuarial judgment. **Science**, v.31, n. 243, p.1668-74, mar. 1989.

FREITAS, R.; OLIVEIRA, L.C.; MENDES, G.L.Q. et al. Barreiras para o encaminhamento para o cuidado paliativo exclusivo: a percepção do oncologista. *Saúde debate*, v.46, n. 133, abr-jun 2022.

GLARE, P. E. A. Predicting survival in patients with advanced disease. In: Nathan I. Cherny, Marie T. Fallon, Stein Kaasa, Russell K. Portenoy, David C. Currow (Ed.). **Oxford of textbook of palliative medicine**. 5<sup>a</sup> edição. New York: Oxford University Press, 2015. Capítulo 2.3, p.65 - 76.

GRAHAM, J. et al. Baseline Edmonton Symptom Assessment System and survival in metastatic renal cell carcinoma. **Current Oncology**, v. 25, n. 4, aug. 2018.

HUI, D. Prognostication of Survival in Patients with Advanced Cancer: Predicting the Unpredictable? **Cancer Control**, v. 22, n. 4, p. 489–497, out. 2015.

HUI, D; BRUERA, E. The Edmonton Symptom Assessment System: 25 Years Later Past Present and Future Developments. **J Pain Symptom Manage**, v. 53, n.3, p. 630–643, mar. 2017.

HUI, D. et al. Prognostication in advanced cancer: update and directions for future research. **Supportive Care in Cancer**, v. 27, n. 6, p. 1973–1984, jun. 2019.

HWANG, S.S. et al. Prediction of survival for advanced cancer patients by recursive partitioning analysis role of Karnofsky performance status quality of life and symptom distress. **Cancer Investigation**, v. 22, n. 5, p. 678-687, 2004.

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

INCA - INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Cuidados paliativos: Vivências e aplicações práticas do Hospital do Câncer IV / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro: 2021.

JANG, R. W. *et al.* Simple Prognostic Model for Patients With Advanced Cancer Based on Performance Status. **J Oncol Pract**, v. 10, n. 5, p. 335-341, sep. 2014.

JORGE, L. L.; OTHERO, M. B. Reabilitação em Cuidados Paliativos: atuação do profissional e particularidades. In: CARVALHO, R. T. D. e PARSONS, H. A. (Ed.). **Manual de Cuidados Paliativos - ANCP**. 2<sup>a</sup> edição. São Paulo, 2012. Páginas 500-516.

JUST, J. et al. Factors influencing length of survival in ambulatory palliative care - a cross sectional study based on secondary data: **BMC Palliative Care**, v. 20, n. 69, 2021.

KANG, J.H. et al. Changes in Symptom Intensity Among Cancer Patients Receiving Outpatient Palliative Care. **Journal of Pain and Symptom Management**, V. 46, n.. 5, nov. 2013.



KELLEY, A.S. Defining "serious illness": **J Palliat Med**, v. 17, n. 9, p. 985, doi: 10.1089/jpm.2014.0164. Epub 2014 Aug 12. PMID: 25115302.

KOCK, I., et al. Conversion of Karnofsky Performance Status (KPS) and Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status (ECOG) to Palliative Performance Scale (PPS), and the interchangeability of PPS and KPS in prognostic tools. **J Palliat Care**. 2013 Autumn;29(3):163-9. PMID: 24380215.

KOYAMA, N. et al. Symptom clusters and their influence on prognosis using EORTC QLQ-C15-PAL scores in terminally ill patients with câncer. **Support Care Cancer**, v. 30, n.1, p. 135-143, jan 2022.

LIU, Y. et al. Prevalence, Intensity, and Prognostic Significance of Common Symptoms in Terminally Ill Cancer Patients. **Journal of Palliative Medicine**, v.16, n. 7, 2013.

MALTONI<sup>1</sup>, M., et al. Prediction of survival of patients terminally ill with cancer. Results of an Italian prospective multicentric study. **Cancer**, v. 75, n. 10, p. 2613-22, mai. 1995.

MALTONI, M.; CARACENI, A. T.; MODONESI, C. Prognostic indicators of survival. In: BRUERA, E.; HIGGINSON, I. J., *et al* (Ed.). **Textbook of Palliative Medicine**. Londres: Hodder Education, 2006. p.965 - 975.

MATSUMOTO, D.Y. Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: CARVALHO, R. T. D. e PARSONS, H. A. (Ed.). **Manual de Cuidados Paliativos - ANCP**. 2ª edição. São Paulo, 2012. cap. 1.1, p.23-41.

MCGEE, S.F., et al. The Impact of Baseline Edmonton Symptom Assessment Scale Scores on Treatment and Survival in Patients With Advanced Non-small-cell Lung Cancer. **Clin Lung Cancer** v. 19, n. 1, jan 2018.

MENDES, E.C.; VASCONCELLOS, L.C.F. Cuidados paliativos no câncer e os princípios doutrinários do SUS. **Saúde debate**. 2015; 39(106):881-892.

MORGAN D. D. et al. The trajectory of functional decline over the last 4 months of life in a palliative care population: A prospective, consecutive cohort study. **Palliative Medicine**, v. 33, n. 6, p. 693-703, jun. 2019.

NAYLOR, C.L. et al. Survival of women with cancer in palliative care: use of the palliative prognostic score in a population of Brazilian women. **J Pain Symptom Manage**, v. 39, n 1, p. 69-75, jan 2010.

OLIVEIRA, L. C. DE. Cuidados Paliativos: Por que Precisamos Falar sobre isso? **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 65, n. 4, p. e-04558, 16 dez. 2019.

PAIVA<sup>1</sup>, C.E., et al. Effectiveness of a palliative care outpatient programme in improving cancer-related symptoms among ambulatory Brazilian patients. **Eur J Cancer Care (Engl)**, v. 21, n. 1, p. 124-30, 2012.

PAIVA<sup>2</sup>, C. E., et al. “The Brazilian Version of the Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) Is a Feasible, Valid and Reliable Instrument for the Measurement of Symptoms in Advanced Cancer Patients.” *PloS one*, v. 10, n.7, jul. 2015.

ROSA, K.S.C., et al. Predictive Factors of Death on Hospitalization in Patients With Advanced Cancer in Palliative Care. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, v. 38, n. 10, p. 1189-1194, 2020.

SCHAG, C. C., HEINRICH, R. L., & GANZ, P. A. Karnofsky performance status revisited: reliability, validity, and guidelines. *Journal of Clinical Oncology*, v. 2, n.3, p. 187–193, 1984.

SEOW<sup>1</sup>, H., et al. Trajectory of performance status and symptom scores for patients with cancer during the last six months of life. *J Clin Oncol*, v. 29, n. 9, p. 1151-8, mar. 2011.

SEOW<sup>2</sup>, H., et al. The association of the palliative performance scale and hazard of death in an ambulatory cancer population. *J Palliat Med*. v.16, n. 2, p. 156-62, fev. 2013.

SILVA, G.A. et al. Clinical utility of the modified Glasgow Prognostic Score to classify cachexia in patients with advanced cancer in palliative care. *Clinical Nutrition*, v 39, n. 5, p. 1587-1592, mai. 2020.

SIMMONS, C.P.L. et al. Prognostic Tools in Patients With Advanced Cancer: A Systematic Review. *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 53, n. 5, p. 962-970, mai. 2017.

SMITH, T.J., et al. American Society of Clinical Oncology provisional clinical opinion: the integration of palliative care into standard oncology care. *J Clin Oncol*, v. 30, n. 8, p. 880-7, 10 de mar de 2012.

SUNG, H. et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, p. caac.21660, 4 fev. 2021.

THE ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT. **The quality of death. Ranking end-of-lifecare across the world.** London, 2010. 38p. Disponível em: <[http://www.lienfoundation.org/sites/default/files/qod\\_index\\_2.pdf](http://www.lienfoundation.org/sites/default/files/qod_index_2.pdf)>.

THE ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT. **The 2015 quality of death index. Ranking palliative care around the world.** London, 2015. 68p. Disponível em: <<https://www.eiuperspectives.economist.com/sites/default/files/2015%20EIU%20Quality%20of%20Death%20Index%20Oct%2029%20FINAL.pdf>>.

TRAJKOVIC, M.-V., et al. Symptoms tell it all: a systematic review of the value of symptom assessment to predict survival in advanced cancer patients. *Crit Rev Oncol Hematol*, v. 84, n.1, p. 130-48, out. 2012.

VICTOR, Germana Hunes Grassi Gomes. Cuidados Paliativos no Mundo. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2016; 62(3): 267-270.

VIGANÓ, A., et al. Survival prediction in terminal cancer patients: a systematic review of the medical literature. *Palliat Med*, v. 14, n. 5, p. 363-74, set. 2000.

VIGNAROLI, E.; BRUERA, E. Multidimensional assessment in palliative care. In: Eduardo Bruera, Irene J Higginson, Carla Ripamonti, Charles F. von Gunten (Ed.). **Textbook of Palliative Medicine**. Londres: Edward Arnold, cap. 102. p. 319-332, 2006.

ZENG, L. et al. Edmonton Symptom Assessment Scale as a Prognosticative Indicator in Patients with Advanced Cancer. **Journal Of Palliative Medicine**, v. 14, n. 3, 2011.

WATANABE, S.M., Nikolaichuk C.L., Beaumont, C. Palliative care providers' opinions of the edmonton symptom assessment system revised (ESAS-r) in clinical practice. **J Pain Symptom Manage**, v. 44, n. 5, nov. 2012.

WHO<sup>1</sup> - WORLD HEALTH ORGANISATION (WHO). National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2. ed. Geneva, 2002. Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/media/en/408.pdf>>.

WHO<sup>2</sup> - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guide to early cancer diagnosis**. Geneva: World Health Organization, 2017. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254500/1/9789241511940-eng.pdf>. Acesso em: 13 de janeiro de 2022

WPCA - WORLDWIDE PALLIATIVE CARE ALLIANCE. **Global Atlas of Palliative Care at the end of life**. 2ª edição. Londres: Worldwide Palliative Care Alliance, 2020. Disponível em : <http://www.thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>. Acesso em 18 de janeiro de 2022.

## ANEXO A

**Carga de sintomas e capacidade funcional como fatores prognósticos de sobrevida em pacientes oncológicos em cuidados paliativos**

Nº

## INFORMAÇÕES DO PRONTUÁRIO

## 1. INFORMAÇÕES GERAIS

MATRICULA: \_\_\_\_\_

Sexo: (1) feminino (2) masculino IDADE: \_\_\_\_\_

Estado Civil: (1) Solteiro (2) Casado (3) Divorciado/Desquite/separado jud (4) Viúvo (99) sem informação

Estado conjugal: (1) União estável (2) União consensual (3) Não vive em união (99) sem informação (88) Vive com esposo(a)

Anos de estudos: (1) sem estudos (2) 1 a 4 anos (primário) (3) 5 a 9 anos (1º grau) (4) 10 a 14 anos (2º grau) (5) 15 anos ou mais (as) (99) sem informação

Cor da pele: (1) Negra (2) Branca (3) Parda (99) sem informação

Religião: (1) Católica (2) Evangélico/Testemunha de Jeová (3) Espírita/Umbanda/Candomblé (7) Sem religião (99) sem informação

Rede de cuidado familiar: (1) Presente (2) Restrita ou ausente (99) sem informação

Renda familiar mensal: (2) até 1 SM (3) 1 a 3 SM (4) 3 a 5 SM (5) maior 5 SM (99) sem informação

## 2. CARACTERÍSTICAS DA DOENÇA

## LOCAL DO TUMOR PRIMÁRIO (LOCAL TUMOR):

(1) Pulmão (2) Estômago (3) Cólon (4) Reto (5) Fígado (6) Próstata (7) Rim (8) Bexiga  
 (9) Colo de útero (10) Endométrio (11) Ovário (12) Cabeça e pescoço (13) Tireoide (14) SNC  
 (15) TOC (16) Hematológico (17) Sem localização definida (18) Mama (19) Esôfago  
 (20) Fígado (21) Vulva (23) Pâncreas (24) Intestino Delgado  
 (25) Testículo, penis

## LOCAL DE PROGRESSÃO DE DOENÇA (LOCAL PROGRE):

Localmente avançado/recidiva (1) sim (2) não Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Metástase pulmão (1) sim (2) não Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Metástase fígado (1) sim (2) não Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Metástase linfonodos (1) sim (2) não Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Metástase ossos (1) sim (2) não Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Metástase SNC (1) sim (2) não Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Metástase peritônio (1) sim (2) não Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Metástase pleural (1) sim (2) não Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Metástase outros sítios (1) sim (2) não Local: \_\_\_\_\_

HISTOPATOLÓGICO: \_\_\_\_\_ ( ) Sem Lâmina

DATA DO DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (99) sem informação DATA REV LAMINA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ESTADIAMENTO INCA: \_\_\_\_\_ (99) sem informação

DATA DO PRIMEIRO TRATAMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ( ) início do tratamento fora do inca

## TRATAMENTO ONCOLÓGICOS PREVIOS:

Quimioterapia (1) sim (2) não Radioterapia (1) sim (2) não  
 Cirurgia (1) sim (2) não Virgem de tratamento (1) sim (2) não  
 Radioterapia Paliativa (1) sim \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (2) não Quimioterapia Paliativa (1) sim \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (2) não

Outros (1) sim (2) não Quais: \_\_\_\_\_

Comorbidades: (1) sim (2) não  
 (1) HAS (2) DM (3) Cardiopatia (4) Pneumopatia (5) Outros \_\_\_\_\_

Data de cadastro no inca: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data do encaminhamento para o HC4: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data do óbito: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**1ª AVALIAÇÃO AMBULATORIAL** Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_**KARNOFSKY PERFORMANCE STATUS (KPS)**

(1) 10% (moribundo; processos letais progredindo rapidamente)	(2) 20% (muito debilitado; hospitalização necessária; necessitando de tratamento de apoio ativo)
(3) 30% (muito incapaz; indicada hospitalização apesar de morte não se iminentes)	(4) 40% (incapaz; requer cuidados especiais e assistência)
(5) 50% (requer assistência considerável e cuidados médicos frequentes)	(6) 60% (necessita de assistência ocasional, capaz de prover maior parte de suas atividades)
(7) 70% (capaz de cuidar de si mesmo; incapaz de levar suas atividades normais ou exercer trabalho ativo)	(8) 80% (alguns sinais ou sintomas da doença com esforço)
(9) 90% (capaz de levar vida normal; sinais menores ou sintomas da doença)	(10) 100% (nenhuma queixa; ausência de evidência de doença)

**ESCALA DE AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DE EDMONTON (ESAS)**

<b>DOR</b>	(1) sim	(2) não									
<b>Intensidade</b>	(0) sem	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10) pior possível (99) sem inf
<b>FADIGA</b>	(1) sim	(2) não									
<b>Intensidade</b>	(0) sem	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10) pior possível (99) sem inf
<b>NAUSEAS</b>	(1) sim	(2) não									
<b>Intensidade</b>	(0) sem	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10) pior possível (99) sem inf
<b>TRISTEZA</b>	(1) sim	(2) não									
<b>Intensidade</b>	(0) sem	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10) pior possível (99) sem inf
<b>ANSIEDADE</b>	(1) sim	(2) não									
<b>Intensidade</b>	(0) sem	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10) pior possível (99) sem inf
<b>SONOLENCIA</b>	(1) sim	(2) não									
<b>Intensidade</b>	(0) sem	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10) pior possível (99) sem inf
<b>FALTA DE APETITE</b>	(1) sim	(2) não									
<b>Intensidade</b>	(0) sem	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10) pior possível (99) sem inf
<b>AUS. DE BEM ESTAR</b>	(1) sim	(2) não									
<b>Intensidade</b>	(0) sem	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10) pior possível (99) sem inf
<b>DISPNEIA</b>	(1) sim	(2) não									
<b>Intensidade</b>	(0) sem	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10) pior possível (99) sem inf