

**Universidade Federal do Rio de Janeiro
Centro de Ciências da Saúde
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-graduação em Clínica Médica
Setor de Pneumologia**



UFRJ

**AVALIAÇÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS SOBRE SINTOMAS
ANGUSTIANTES, CAPACIDADE FUNCIONAL E QUALIDADE DE
VIDA NOS PACIENTES COM CÂNCER PRIMÁRIO DE PULMÃO**

Vera Lucia Mannarino

**Rio de Janeiro
2009**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.



UFRJ

AVALIAÇÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS SOBRE SINTOMAS ANGUSTIANTES, CAPACIDADE FUNCIONAL E QUALIDADE DE VIDA NOS PACIENTES COM CÂNCER PRIMÁRIO DE PULMÃO

Vera Lucia Mannarino

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica, área de concentração em Pneumologia, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Clínica Médica.

ORIENTADORES: Prof. Dr. Marcos Eduardo Machado Paschoal

Prof. Dr. Basílio de Bragança Pereira

Prof. Dra Fernanda Carvalho de Queiroz Mello

Rio de Janeiro
Fevereiro de 2009

Mannarino, Vera Lucia

Avaliação dos cuidados paliativos sobre sintomas angustiantes, capacidade funcional e qualidade de vida nos pacientes com câncer primário de pulmão / Vera Lucia Mannarino. Rio de Janeiro: UFRJ / FM, 2009.

xiv, 103, f. : il. ; 31 cm.

Orientadores: Marcos Eduardo Machado Paschoal, Basílio de Bragança Pereira e Fernanda Carvalho de Queros Mello.

Dissertação (mestrado) – UFRJ/FM, Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica, 2009.

Referências bibliográficas: f. 72-82

1. Neoplasias pulmonares. 2. Cuidados paliativos. 3. Qualidade de vida . 4. Doente terminal. 5. Sintomas. 6. Avaliação de estado de Karnofsky. 7. Humanos. 8. Pneumologia – Tese. i. Paschoal, Marcos Eduardo Machado. ii. Pereira, Basílio de Bragança. iii. Mello, Fernanda Carvalho de Queros. iv. Universidade Federal do Rio de Janeiro, FM, Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica. v. Título.

**AVALIAÇÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS SOBRE SINTOMAS
ANGUSTIANTES, CAPACIDADE FUNCIONAL E QUALIDADE DE
VIDA NOS PACIENTES COM CÂNCER DE PULMÃO**

Vera Lucia Mannarino

ORIENTADORES: Prof. Dr. Marcos Eduardo Machado Paschoal
Prof. Dr. Basílio de Bragança Pereira
Prof. Dra Fernanda Carvalho de Queiroz Mello

Dissertação submetida ao Programa de Pós-graduação em Clínica Médica-
Setor de Pneumologia- da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, como
parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Clínica
Médica.

Rio de Janeiro, 12 de fevereiro de 2009

Aprovada por:

Presidente, Professor Doutor Marcus Barreto Conde- Prof Adjunto UFRJ

Professora. Doutora Nubia Verçosa Figueiredo- Profª Associado UFRJ

Profª Doutora Marisa Palacios da Cunha e Melo de Almeida Rego- Professora
Adjunto UFRJ

AGRADECIMENTOS

À memória de meus pais, Santo e Ermelinda, pelo exemplo de coragem e dignidade.

À minha família, pelo apoio e carinho.

À Regina, Elpídio e Railda, pais e tia por afinidade, pelo amor a mim reservado.

Aos meus orientadores Marcos Paschoal, Basílio de Bragança Pereira e Fernanda de Queiroz Mello, pelo conhecimento, dedicação, segurança e a possibilidade oferecida para que este trabalho fosse realizado.

Aos colegas da Clínica da Dor e Cuidados Paliativos, que sempre me ajudaram.

A todos os pacientes que participaram deste trabalho.

Ao Rui Teixeira Basto, pelo apoio e incentivo, sempre.

À amiga Gisele Cazale, por esta e por todas as caminhadas.

À doutoranda Emília do Nascimento e à estudante Marcella Almeida pela ajuda fundamental na estatística deste trabalho.

Ao Nilton Cardoso e ao Remo Mannarino pela ajuda valiosa na apresentação deste trabalho, à Heliete Gadret, pelas aulas de estatística e à Rosa Marsico, grande amiga e incentivadora.

Muito obrigada.

LISTA DE ABREVIATURAS

AJCC- *American Joint Committee on cancer*

ASCO- *American Society of Clinical Oncology*

CACON- Centro de Alta Complexidade em Oncologia

CCS - Centro de Ciências da Saúde

CDCP- Clínica da Dor e Cuidados paliativos

CNPC- Carcinoma não pequenas células

CP- Cuidados Paliativos

C Realizar- Capacidade para realizar tarefas

D0- dia zero

D30- dia 30

D60- dia sessenta

D90- dia noventa

ECOGPS-*Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status Scale*

EORTC- *European Organization for Research and Treatment of Cancer*

FACT-L- *Functional Assessment of Cancer Therapy*

G sintomas- Gravidade dos sintomas

HUCFF- Hospital Universitário Clementino Fraga Filho

IASP- *International Association for Study of Pain*

IDT- Instituto de Doenças do Tórax

INCa- Instituto Nacional do Câncer

ISOQOL- *International Society for Quality of Life Research*

KPSS- *Karnofsky Performance Status Scale*

LCSS- *Lung Cancer Symptom Scale*

Med- mediana

NT-não teve

OMS- Organização Mundial de Saúde

QOL- qualidade de vida

QT- quimioterapia

RXT- radioterapia

SAC- Síndrome anorexia-caquexia

SUGI- *SAS Users Group International*

SNC- Sistema nervoso central

SUS- Sistema Único de Saúde

TNM- *Tumor-Node-Metastasis*

UFRJ- Universidade Federal do Rio de Janeiro

WHO- *World Health Organization*

LISTA DE TABELAS:

Tabela 1: Características dos Pacientes no 1º Dia de Avaliação	41
Tabela 2: Descrição da Ocorrência de Sintomas Angustiantes	42
Tabela 3: Avaliação da Análise de Concordância dos Sintomas entre a Visão do Observador e Pacientes: Método Luiz e Método Llorca	54

LISTA DE FIGURAS

- FIGURA 1A:** Representação gráfica, em diagrama de caixas, 43
mostrando a diferença das avaliações entre D30-D0,
de todos os pacientes (n=30), pela visão do observador.
- FIGURA 1B:** Representação gráfica, em diagrama de caixas, 43
mostrando a diferença das avaliações entre D30-D0,
dos pacientes que viveram entre 30 e 59 dias (n=10),
pela visão do observador.
- FIGURA 2A:** Representação gráfica, em diagrama de caixas, 44
mostrando a diferença das avaliações entre D60-D0,
de todos os pacientes que viveram 60 dias ou mais (n=20),
pela visão do observador.
- FIGURA 2B:** Representação gráfica, em diagrama de caixas, 44
mostrando a diferença das avaliações entre D60-D0,
de todos os pacientes que viveram entre 60 e 89 dias (n=10),
pela visão do observador.
- FIGURA 3:** Representação gráfica, em diagrama de caixas, 45
mostrando a diferença das avaliações entre D30-D0,
dos pacientes que viveram entre 30 e 59 dias (n=10),
pela visão do observador.

- FIGURA 4A:** Representação gráfica, em diagrama de caixas, 46
mostrando a diferença das avaliações entre D30-D0,
de todos os pacientes (n=30), pela visão dos pacientes.
- FIGURA 4B:** Representação gráfica, em diagrama de caixas, 46
mostrando a diferença das avaliações entre D30-D0,
dos pacientes que viveram entre 30 e 59 dias (n=10),
pela visão dos pacientes.
- FIGURA 5A:** Representação gráfica, em diagrama de caixas, 47
mostrando a diferença das avaliações entre D60-D0,
de todos os pacientes que viveram 60 dias ou mais (n=20),
pela visão dos pacientes.
- FIGURA 5B:** Representação gráfica, em diagrama de caixas, 47
mostrando a diferença das avaliações entre D60-D0,
de todos os pacientes que viveram entre 60 e 89 dias (n=10),
pela visão dos pacientes.
- FIGURA 6:** Representação gráfica em diagrama de caixas, 48
mostrando a diferença das avaliações entre D30-D0,
dos pacientes que viveram entre 30 e 59 dias (n=10),
pela visão dos pacientes.
- FIGURA 7:** Representação gráfica, pelas técnicas analíticas 49

de sobrevida, pelos métodos de Luiz e de Llorca avaliando a concordância entre observador e paciente, da variável “apetite”.

FIGURA 8: Representação gráfica pelas técnicas analíticas 50

de sobrevida, pelos métodos de Luiz e de Llorca avaliando a concordância entre observador e paciente, da variável “dispnéia”.

FIGURA 9: Representação gráfica pelas técnicas 51

analíticas de sobrevida, pelos métodos de Luiz e de Llorca avaliando a concordância entre observador e paciente, da variável “dor”.

FIGURA 10: Representação gráfica pelas técnicas 52

analíticas de sobrevida, pelos métodos de Luiz e de Llorca avaliando a concordância entre observador e paciente, da variável “fadiga”.

FIGURA 11: Representação gráfica pelas técnicas 53

analíticas de sobrevida, pelos métodos de Luiz e de Llorca avaliando a concordância entre observador e paciente, da variável “tosse”.

FIGURA 12: Representação gráfica, em Star plot, 55

do seguimento quinzenal de quatro pacientes em tratamento pelos cuidados paliativos, pela visão dos pacientes.

RESUMO

Mannarino, Vera Lucia. Avaliação dos cuidados paliativos sobre sintomas angustiantes e capacidade funcional nos pacientes com câncer de pulmão. Orientadores: Marcos Eduardo Machado Paschoal, Basílio de Bragança Pereira e Fernanda Carvalho de Queiroz Mello. Rio de Janeiro: UFRJ/CCS; 2009. Dissertação (Mestrado em Clínica Médica).

O câncer de pulmão lidera as causas de morte por câncer no mundo. A maioria dos pacientes, no momento do diagnóstico, já se encontra em fase avançada da doença, necessitando desde então de cuidados paliativos. Este trabalho tem como objetivo avaliar o efeito dos cuidados paliativos sobre a qualidade de vida, os sintomas angustiantes e a capacidade funcional dos pacientes com câncer primário de pulmão em fase avançada (estágios III-B e IV). Constatou-se basicamente de um estudo observacional de uma coorte, pela técnica de análise de dados longitudinais, em 30 pacientes portadores de câncer primário de pulmão, no período de dezembro de 2006 a agosto de 2008, atendidos em um hospital universitário. Constatou-se de três grupos, sendo que o 1º foi composto por 10 pacientes que viveram entre 30 e 59 dias, o 2º, composto de 10 pacientes que viveram entre 60 a 89 dias e o 3º, de 10 pacientes que viveram mais de 90 dias. A coleta de dados foi feita utilizando-se o questionário *LCSS (Lung Cancer Symptom Scale)*, desenvolvido, originalmente, para avaliar diferentes esquemas quimioterápicos em pacientes com câncer de pulmão. Neste trabalho, porém, foi utilizado para avaliar o tratamento pelos cuidados paliativos e utilizou-se a escala *Karnofsky Performance Status Scale* para análise da capacidade funcional. Para a análise estatística utilizaram-se o teste de médias, o diagrama de concordância de sobrevivida pelos métodos Luiz e Llorca, o diagrama de caixas e o *Star Plot*. Pela visão do observador encontramos significância estatística, nas medidas da avaliação da diferença D30-D0 (n=10), para a variável "apetite", com melhora desta variável (p=0,06) e da variável "Karnofsky", com melhora desta variável (p=0,003). Nas demais variáveis não encontramos significância estatística. Pela visão do paciente, encontramos significância estatística na medida da diferença D30-D0 (n=30), para a variável "dor" com piora desta variável (p=0,02); na medida da diferença D30-D0 (n=10), para a variável "dor", com piora desta variável (p =0,04); na medida da diferença D30-D0 (n=10), para a variável "qualidade de vida", com melhora desta variável (p=0,04) e na medida da diferença D60-D0 (n=10) para a variável "gravidade dos sintomas", a mediana assumiu um valor positivo (p=0,06). Ao compararmos as avaliações do observador e dos pacientes, para os sintomas angustiantes, observou-se concordância somente nas variáveis "apetite" e "fadiga". Os sintomas que mais ocorreram foram fadiga e dor (100%), seguidos de anorexia e tosse (96%), dispneia (80%) e o de menor ocorrência foi hemoptise (10%). Apesar de tratar-se de uma doença progressiva cujo desfecho final é o óbito, não se constatou no estudo uma evolução uniforme, nem controle constante de determinados sintomas. Concluímos que na maior parte do tempo esta modalidade de tratamento proporcionou maior conforto para o paciente.

Palavras-chave: NEOPLASIAS PULMONARES; CUIDADOS PALIATIVOS; QUALIDADE DE VIDA; DOENTE TERMINAL; SINTOMAS; AVALIAÇÃO DE ESTADO DE KARNOFSKY.

ABSTRACT

Mannarino, Vera Lucia. Evaluation of the influence of palliative care on the distressing symptoms and functional capacity of patients with primary lung cancer. Orientadores: Marcos Eduardo Machado Paschoal, Basílio de Bragança Pereira e Fernanda Carvalho de Queiroz Mello. Rio de Janeiro: UFRJ/CCS; 2009. Dissertação (Mestrado em Clínica Médica).

Lung cancer is the more important responsible for death by cancer in the world. Large part of patients is already in advanced disease at diagnosis moment, requiring as from this point extensive palliative care. This study aims at evaluating the effects of palliative care on quality of life, distressing symptoms and functional capacity of patients with primary lung cancer in advanced stage of disease (III-B and IV). It has been developed a cohort observational study, by using the technique of longitudinal data analysis, in thirty primary lung cancer patients, as from December of 2006 up to August of 2008, in an university hospital. It consists of 3 groups. The first had 10 patients, that lived between 30 to 59 days, the second, 10 patients that lived between 60 to 89 days and the third, 10 patient, that lived 90 days or more. Collecting data has been made by using the LCSS (Lung Cancer Symptom Scale), originally developed to evaluate chemotherapeutic schemes in lung cancer patients; however, in the present study the scale served instead for palliative care; and the Karnofsky Performance Status Scale for functional capacity. Statistical treatment of the results has been made by using mean test, survival agreement plot by Luiz and Llorca methods, box plot and star plot. By observational inspection, statistical significance was obtained from the measures of the difference between 30th day and 1st day (n=10), for "appetite" with improvement (p=0,06) and "Karnofsky" (p=0,003), with improvement; Through patient vision, statistical significance was obtained from the measures of the difference between 30th day and 1st day (n=30) for "pain" with worsening (p=0,02); in the measures of the difference between 30th day and 1st day (n=10) for "pain" with worsening (p=0,04); in the measures of the difference between 30th day and 1st day (n=10) for "quality of life" with improvement (p =0,04), and in the measures of the difference between 60th day and 1st day (n=10), for "severity of symptoms" (p=0,06), the median has a positive value. In the comparison of the appraisals by the operator and by patients for the distressing symptoms, the concurrence only occurred for "appetite" and "fatigue" variables. Symptoms that occurred more were fatigue and pain (100%), followed by anorexia and cough (96%), dyspnea (80%) and the one of lower incidence was hemoptysis (10%). Notwithstanding the fact that the progress of disease is always towards the death of the patients, it doesn't exist an evolution pattern, neither has been reached yet a permanent control of determined symptoms. In conclusion: this modality of treatment provides much more comfort for the patient.

Key-words: LUNG NEOPLASMS; PALLIATIVE CARE; QUALITY OF LIFE; TERMINALLY ILL; SYMPTOMS; KARNOFSKY PERFORMANCE STATUS.

Sumário	
1 Introdução	1
2 Objetivo do Estudo	5
3 Revisão da Literatura	6
3.1 Cuidados Paliativos	6
3.2 Qualidade de vida e morte com dignidade	9
3.3 Sintomas Angustiantes	11
3.3.1 Apetite/Anorexia	13
3.3.2 Dispneia	16
3.3.3 Dor	18
3.3.4 Fadiga	22
3.3.5 Hemoptise	24
3.3.6 Tosse	25
3.3.7 Outros	27
3.4 Capacidade Funcional	27
3.5 Escala de Sintomas	29
4 Justificativa	32
5 Métodos	33
5.1 Aspectos éticos do estudo	33
5.2 Desenho de Estudo	33
5.3 População do Estudo	33
5.4 Período do Estudo	34
5.5 Local do Estudo	34
5.6 Critérios de Inclusão	36
5.7 Critérios de Exclusão	36
5.8 Critérios de Perda	36
5.9 Coleta de Dados	36
5.10 Análise Estatística	38
6 Custos	39
7 Participantes do Estudo	39
8 Resultados	40
8.1 Características gerais dos pacientes no 1º dia de avaliação	41
8.2 Descrição da Ocorrência de Sintomas Angustiantes	42

8.3 Análise Gráficas dos Dados	42
8.4 Análise de concordância dos resultados entre observador e pacientes	49
9 Discussão	57
9.1 Appetite	57
9.2 Dispneia	58
9.3 Dor	59
9.4 Fadiga	61
9.5 Hemoptise	61
9.6 Tosse	62
9.7 Gravidade dos sintomas	63
9.8 Capacidade para realizar tarefas	63
9.9 Qualidade de vida geral	64
9.10 Escala Karnofsky	64
9.11 Limitações do estudo	65
10 Conclusão	65
11 Considerações finais	66
12 Referências bibliográficas	67
13 Apêndices	78
Apêndice 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	78
Apêndice 2: Ficha de Coleta de Dados	80
Apêndice 3 Star plot	81
14 Anexos	88
Anexo 1: Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa-HUCFF	
Anexo 2: Definições do Sistema TMN	88
Anexo 3: Estágio TNM	90
Anexo 4: Karnofsky Performance Status Scale	91
Anexo 5: Escala do Paciente:	
<i>Lung Cancer Symptom Scale Patient Scale</i>	92
Anexo 6: Escala do Observador:	
<i>Lung Cancer Symptom scale:</i>	94
Anexo 7: <i>ATS Program Notification</i>	96

1 INTRODUÇÃO

O câncer de pulmão lidera as causas de morte por câncer no mundo, com cerca de 1,4 milhão de mortes por ano (WHO, 2008), existindo uma projeção de que as mortes por câncer continuarão aumentando, com a estimativa de atingir 12 milhões por ano, em 2030 (WHO, 2008).

Mais de 70% de todas as mortes por câncer ocorrem em países de baixa e média renda, onde os recursos disponíveis para prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer são limitados ou inexistentes. Pouco se sabe sobre os cuidados no final da vida desses pacientes. Com poucas exceções, os cuidados de saúde para as pessoas que estão morrendo têm baixa prioridade quando comparados com serviços preventivos e curativos (Murray, 2003).

A mortalidade “epidêmica” do câncer de pulmão tem sido identificada como um dos maiores problemas de saúde. Em 2000, cerca de um milhão de pessoas morreram de câncer em todo o mundo. Cinquenta e três por cento dessas mortes ocorreram nos países mais desenvolvidos (GLOBOCAN, 2000).

As estimativas sugerem que, em 2030, todas as doenças relacionadas ao tabagismo, incluindo o câncer de pulmão, deverão responder por cerca de 10 milhões de mortes por ano, sendo a maior parte em países menos desenvolvidos (Jha, 2002).

Nos Estados Unidos, estimou-se, para 2008, um montante de 114.690 novos casos de câncer de pulmão, em homens, e de 100.330 novos casos, em mulheres. Nesse período, 90.810 homens e 71.030 mulheres com câncer de pulmão deverão evoluir para o óbito (Jemal et al., 2008).

O número de casos novos de câncer de pulmão estimados para o Brasil, no ano de 2008, foi de 17.810, entre homens, e de 9.460, entre mulheres. Estes

valores correspondem a um risco de 19 casos novos, a cada 100 mil homens, e 10, a cada 100 mil mulheres. Sem considerar os tumores de pele dos tipos basocelular e espinocelular, o câncer de pulmão em homens é o segundo mais frequente nas Regiões Sul (36/ 100.000), Sudeste (22/ 100.000) e Centro-Oeste (16/ 100.000). Para as mulheres, é o quarto mais frequente, nas Regiões Sul (16/100.000), Sudeste (11/100.000), Centro-Oeste (9/100.000) e Norte (5/100.000) (INCa, 2008).

Do ponto de vista anátomo-patológico, o câncer de pulmão é dividido em dois grupos: carcinoma de pulmão, do tipo “pequenas células”, respondendo por 15% dos casos, e carcinoma de pulmão do tipo “não pequenas células”, responsável pelos 85% restantes (ASCO, 1997). A ressecção tumoral é considerada o tratamento de eleição na doença localizada no câncer de pulmão do tipo não pequenas células. Entretanto, na maioria dos casos, o diagnóstico é realizado na doença metastática ou localmente avançada, quando os pacientes apresentam sintomas relacionados ao próprio tumor, ou secundários, relacionados a metástases ou síndromes paraneoplásicas (Knorst, 2003).

Considera-se estágio III-B, no câncer de pulmão: qualquer T com N3 ou T4 com qualquer N, M0, significa que o tumor pode ter qualquer tamanho (T), com presença de linfonodo em algum dos seguintes sítios: mediastinal contralateral; hilar contralateral; escalênicos ou supraclaviculares (ipsi ou contralaterais) (N3), ou que o tumor, de qualquer tamanho, envolve alguma destas localizações: mediastino; coração; grandes vasos; traqueia; esôfago; corpo vertebral; carina ou dois nódulos separados no mesmo lobo, ou tumor com derrame pleural neoplásico (T4), com qualquer linfonodo (N). Não há presença de metástase à distância neste estágio (AJCC, 2002).

Estágio IV no câncer de pulmão: M1, ou seja, o tumor pode ter qualquer tamanho (T), qualquer linfonodo (N), porém com presença de metástase à distância (M1) (AJCC, 2002) (Anexo 2).

Apesar de todo o avanço verificado no tratamento das neoplasias, a sobrevida de cinco anos, no mundo, em pacientes com câncer de pulmão do tipo não pequenas células não ultrapassa 14% (INCa, 2002).

No Instituto de Doenças do Tórax, do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IDT/HUCFF-UFRJ), estudos de sobrevida mostram que a maioria dos pacientes já se encontra com doença localmente avançada ou metastática no momento do diagnóstico e a sobrevida de cinco anos é de, aproximadamente, 5,4% (Mora, 2004).

Quando a terapêutica com proposta curativa deixa de ter o seu papel, o paciente passa a ter um tratamento clínico paliativo, podendo receber também quimioterapia ou radioterapia paliativa.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define os Cuidados Paliativos (CP) como uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e de suas famílias, mediante prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação cuidadosa e tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais (WHO, 2008). Embora seja uma prática corrente em vários países, no Brasil ainda é recente o conhecimento e a prática dos CP, cuja difusão vem ocorrendo de forma lenta.

Pacientes gravemente enfermos que frequentam programas de CP apresentam grande possibilidade de ter aliviados seus sintomas incapacitantes e sua dor (Kovask, 2003).

Objetivamos neste trabalho avaliar a influência dos cuidados paliativos sobre os sintomas angustiantes, a capacidade funcional e a qualidade de vida dos pacientes com câncer primário de pulmão, visto que pacientes com câncer em fase avançada desenvolvem um grande número de sintomas físicos e psicológicos devastadores e carecem de CP e cuidados de atenção para sua família.

2 OBJETIVO DO ESTUDO

O objetivo deste estudo é avaliar a influência dos CP sobre a qualidade de vida, os sintomas angustiantes e a capacidade funcional dos pacientes com câncer primário de pulmão em fase avançada (estágios III-B e IV), acompanhados no Programa de Oncopneumologia e na CDCP/HUCFF/UFRJ.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Não se deve pensar em tratar o paciente no final da vida sem a abordagem dos CP, visto que o tratamento dos sintomas angustiantes melhora a qualidade de vida destes pacientes. Melhorar a qualidade do tratamento ambulatorial para os pacientes com câncer de pulmão permanece sendo um desafio

Somente 25% a 30% de todos os casos de câncer inicial de pulmão são curáveis pelo tratamento cirúrgico (INCa, 2002). A estratégia terapêutica para o câncer de pulmão do tipo não-pequenas-células é fortemente dependente do estágio da doença, sendo a cirurgia a primeira escolha para os estágios iniciais, a combinação de quimioterapia e radioterapia, para a doença localmente avançada, e a quimioterapia, a melhor opção para a doença metastática (Gridelli, 2001).

3.1 Cuidados Paliativos

O movimento dos CP trouxe de volta, no século XX, a possibilidade de humanização do ato de morrer, opondo-se à idéia da morte como o inimigo a ser combatido a todo custo. Ou seja, a morte é vista como parte do processo da vida e, no adoecimento, os tratamentos devem visar à qualidade dessa vida e ao bem-estar da pessoa, mesmo quando a cura não é possível (Kovask, 2003).

A medicina, desde as últimas décadas do século XX, vem passando por profundas modificações no modo de cuidar dos pacientes. Há, de fato, dois modelos de tratamento: o modelo curativo, cujo foco é o diagnóstico, a cura e o aumento da sobrevida do paciente, e o modelo paliativo, que é centrado no

paciente em si, tendo como essência não apenas a atenção às necessidades físicas, mas também às necessidades psicológicas e espirituais dos pacientes. Daí a importância dos CP, para além dos cuidados técnicos e invasivos que, na maior parte das vezes, podem trazer maior sofrimento para a pessoa e para a sua família.

Geralmente os pacientes em tratamento paliativo vivem poucos dias ou meses e o objetivo maior desse tratamento é proporcionar uma boa qualidade de vida.

O CP é uma importante questão de saúde pública. Está relacionado ao sofrimento, à dignidade, ao cuidado das necessidades e da qualidade de vida das pessoas, no final de suas vidas. Esse tipo de cuidado começa a partir do entendimento de que cada paciente tem sua própria história, relacionamentos, cultura e é merecedor de respeito como uma pessoa única (WHO, 2004).

A medicina paliativa teve sua origem no moderno movimento *hospice*. É baseada no conceito de cuidado integral aos pacientes gravemente doentes e que estão morrendo. A primeira consideração dessa forma particular de tratamento é não prolongar a vida, mas oferecer a melhor qualidade possível aos pacientes, enquanto estiverem vivos. Deve haver sempre comunicação e ética no tratamento desses pacientes e a aceitação da morte como um processo natural (Klaschik e Husebo, 1997). As opções de tratamento devem ser oferecidas, preservando-se, sempre que possível, a autonomia dos pacientes (Tulsky, 2005).

O CP é uma necessidade humanitária urgente em todo o mundo para pessoas com câncer e outras doenças crônicas fatais. É particularmente necessária nos lugares onde a proporção de pacientes se apresenta em estágios avançados e existe pouca chance de cura (WHO, 2007).

O consumo global de opióide usado no tratamento da dor em CP é uma medida do sucesso do alívio da dor no câncer. Pouca morfina está disponibilizada para os países pobres (Murray, 2003).

A OMS considera os CP como uma abordagem holística nos cuidados aos pacientes com doença avançada e progressiva (Hopkins, 2004).

Os pacientes que estão em fase final de vida possuem uma ampla variedade de doenças concomitantes, frequentemente com múltiplos sintomas que necessitam ser aliviados e requerem regimes terapêuticos, geralmente não invasivos.

É fundamental assegurar a qualidade do CP, que se baseia em quatro pontos: 1) sintomas físicos; 2) sintomas mentais ou psicológicos; 3) necessidades sociais que incluem relacionamentos interpessoais, cuidadores e disponibilidade econômica; e 4) necessidade espiritual ou existencial.

As áreas de trabalho que cobrem os objetivos de um CP são: cuidado total, controle da dor e dos outros sintomas, boa comunicação, apoio psicossocial ao paciente e à família, trabalho em equipe (Levin, 2004).

O CP promove o alívio da dor e de outros sintomas angustiantes; afirma a vida e considera a morte como um processo natural; não acelera nem adia a morte; integra os aspectos psicológicos e espirituais do cuidado; oferece um sistema de suporte que auxilia o paciente a viver tão ativamente quanto possível até a morte; oferece um sistema de suporte que ajuda a família a enfrentar a doença do paciente e de sua própria perda; usa uma abordagem de equipe visando às necessidades do paciente e de sua família, incluindo conselhos sobre as perdas, se indicado; melhora a qualidade de vida e pode influenciar positivamente no curso da doença; é aplicado precocemente no curso da doença,

em conjunto com outras terapias que pretendem prolongar a vida, como quimioterapia ou radioterapia, e inclui as investigações necessárias para o melhor entendimento e manejo das complicações clínicas angustiantes (WHO, 2002).

Idealmente, o CP deveria ser proporcionado no momento do diagnóstico de uma doença ameaçadora de vida, avaliando as necessidades dos pacientes com câncer e suas famílias, durante a progressão da doença até a fase terminal. O CP deveria também proporcionar suporte para a família durante o luto (WHO, 2007).

3.2 Qualidade de vida e morte com dignidade

A expressão “qualidade de vida” tem sido muito utilizada nas áreas social, política e econômica nas últimas décadas, de forma abrangente, mas sem assumir um conceito claramente definido. .

Incluem-se nessa abrangência a capacidade funcional (habilidade para realização de atividades de vida diária, como o próprio cuidado, caminhar por perto), condição psicológica (bem-estar mental e emocional), funcionamento social (relacionamento com outras pessoas e participação em atividades sociais), a percepção de seu estado de saúde e satisfação geral com a vida (Sanders et al., 1998).

No contexto estrito da saúde, a expressão deve ser entendida na sua conotação mais humanitária, com ênfase na obtenção do bem-estar dos pacientes que necessitam de CP. Em 1993 foi criada uma sociedade internacional chamada “*International Society for Quality of Life Research*” (ISOQOL), com o objetivo de fazer uma rigorosa investigação da medida da

qualidade de vida relacionada à saúde, desde a conceituação até sua aplicação na prática (ISOQOL, 2007).

A OMS define qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Esta definição reflete a visão de que a qualidade de vida se refere a uma avaliação subjetiva, que está inserida em um contexto cultural, social e ambiental (WHO, 1996).

Os especialistas definem qualidade de vida como o conjunto dos fatores que afetam o bem-estar e o sentido que damos para nossas vidas. Isto envolve o funcionamento e a busca pelo aprimoramento físico, psicológico e espiritual de cada ser humano, levando em conta as características do meio ambiente em que vive.

Saúde e qualidade de vida são dois temas estreitamente relacionados, fato que podemos reconhecer no nosso cotidiano e com o qual pesquisadores e cientistas concordam inteiramente. Isto é, a saúde contribui para melhorar a qualidade de vida, e esta é fundamental para que um indivíduo ou comunidade tenham saúde.

O significado de qualidade de vida pode diferir entre línguas e grupos culturais diferentes e os conceitos a serem utilizados devem ser apropriados para a população estudada (Bentur e Resnizky, 2005).

Qualidade de vida é um conceito central em CP e nos cuidados de saúde em geral. Apesar do termo “qualidade de vida” ser muito difundido, não há uma definição comum (Kaasa e Loge, 2003). Duas abordagens gerais são usadas para o seu entendimento: qualidade de vida como um amplo conceito englobando a

vida como um todo e, aí, vários aspectos são levados em consideração; e qualidade de vida como um conceito englobando aspectos da saúde e dos seus cuidados, como, por exemplo, os sintomas relacionados com as doenças (Kaasa e Loge, 2003).

A avaliação da qualidade de vida no paciente com câncer de pulmão é afetada por alguns fatores. Primeiramente, o câncer de pulmão é frequentemente diagnosticado em pacientes idosos, muitas vezes analfabetos e portadores de doenças associadas, criando com isto vieses na avaliação da qualidade de vida. Segundo, a sobrevida muito curta do paciente com câncer de pulmão em fase avançada e a rápida deterioração da *performance status* (PS), produzem problemas na coleta dos dados dos questionários de qualidade de vida (Gridelli et al., 2001).

Em um trabalho realizado por um grupo de enfermeiras em pacientes com câncer em fase terminal, a qualidade de vida foi fortemente influenciada pela presença de sintomas angustiantes (McMillan e Small, 2002).

3.3 Sintomas Angustiantes

Sintoma é a manifestação subjetiva de doença, e angustiante, aquilo que causa grande ansiedade, aflição, agonia, sofrimento (Ferreira, 2001). Desse modo, entende-se por sintomas angustiantes aqueles que causam sofrimento em pessoas com condições físicas comprometidas (Wehmeier, 2005). Deve-se ter como meta tratar os sintomas angustiantes, mas também avaliar as fontes de sofrimento e o quanto isto interfere na vida do paciente.

Mesmo com os maiores avanços na terapêutica do câncer, a doença e o tratamento continuam a causar grande sofrimento. O sofrimento provém do tumor, de outros sintomas relacionados à doença, do desgaste com o tratamento e da carga emocional que envolve o diagnóstico. Os pacientes com câncer em fase avançada experimentam frequentemente múltiplos sintomas físicos e psicológicos (Von Roenn e Paice, 2005).

Os profissionais têm a responsabilidade de aliviar o sofrimento, particularmente quando o paciente está no final de vida, com a opção terapêutica, e ter em mente que o tempo para aliviar o sofrimento está literalmente correndo. Muitos sintomas contribuem para o sofrimento individual do paciente, com preponderância da dor, que é o sintoma experimentado quase universalmente no final da vida.

Esta associação de dor e final de vida demanda que os médicos desenvolvam um conhecimento dos fatores que contribuem para a dor, com o objetivo de desenvolver uma efetiva estratégia de tratamento (Sutton et al., 2002).

No câncer de pulmão, os principais sintomas angustiantes são: dor, fadiga, hemoptise, dispneia, tosse e falta de apetite (Hollen et al., 1993).

Estimou-se que em 2008 seriam diagnosticados cerca de 12 milhões de casos de câncer. A incidência de câncer, no mundo, dobrou nos últimos 30 anos do século XX e estima-se que dobrará, novamente, até 2020 (WHO, 2008).

Os pacientes portadores de neoplasias, frequentemente, apresentam outras comorbidades. Em pacientes com mais de 65 anos, faixa etária em que há maior incidência de doenças neoplásicas, também há prevalência aumentada de outros problemas médicos, como a doença pulmonar obstrutiva crônica, doenças cardíacas, diabetes e hipertensão (Yancik et al., 2001).

Em um trabalho realizado na Clínica da Dor e Cuidados Paliativos do HUCFF/UFRJ, sobre pacientes atendidos em CP durante o ano de 2003, observou-se que a maior parte dos pacientes eram portadores de câncer de pulmão. De todos os pacientes estudados, a dispneia foi o sintoma respiratório predominante, presente em 47% dos pacientes, a dor esteve presente em 82% dos pacientes e a anorexia em 27% (Salamonde et al., 2003).

3.3.1- Appetite/Anorexia

Os sintomas gastrintestinais são muito prevalentes nos pacientes com câncer avançado e prejudicam de maneira importante a qualidade de vida (Pascual, 2006).

A perda do apetite é o segundo sintoma mais comum em pacientes com câncer avançado, presente em 65% - 85% dos casos (INCa, 2001) e a “síndrome anorexia-caquexia” (SAC) está presente em 89-90% dos pacientes com câncer (Nervi,2004). Apetite e ingestão alimentar são fatores importantes na qualidade de vida do paciente (INCa, 2001).

A anorexia pode ser definida como a redução da ingestão de alimentos causada primariamente pela diminuição do apetite. Esta definição enfatiza a importância do papel dos mecanismos neurais centrais da fisiopatologia da anorexia em doenças como o câncer, onde outros problemas comuns, como dor e náusea, podem também levar a pessoa a ingerir menos alimento (Guyton e Hall, 2006).

A maioria dos pacientes vistos em serviços de CP experimenta uma perda de peso e diminuição do apetite. Sintomas associados podem ocorrer, como

náusea crônica, saciedade precoce, mudança na imagem corporal, alterações psicológicas dos pacientes e de seus familiares (Strasser, 2004).

O termo SAC é muito usado para pacientes com câncer (Strasser, 2004). A SAC é uma complicação frequente no paciente portador de uma neoplasia maligna em estado avançado.

A síndrome anorexia-caquexia-astenia, aparece entre 80 e 90 % dos pacientes com câncer em fase avançada (Nervi, 2004). Caracteriza-se por um intenso consumo de tecido muscular e adiposo, com conseqüente perda involuntária de peso, além de anemia, astenia, balanço nitrogenado negativo, devido a alterações fisiológicas, metabólicas e imunológicas.

A SAC é intensificada pelas alterações no metabolismo dos nutrientes (carboidratos, proteínas e lipídios), alterações hormonais (leptina, NPY, MC, grelina), além do aumento das citocinas circulantes (TNF α , IL-1, IL-6, IFN). Ocorrem, também, mudanças na percepção de paladar e olfato com a progressão tumoral (Silva, 2006).

As citocinas ativam diretamente o cérebro a produzir anorexia. (Tisdale, 2001)

O processo principal na patogênese da anorexia/caquexia primária nos pacientes com câncer se faz da seguinte maneira: o tumor libera citocinas inflamatórias que interferem no controle neuro-hormonal de ingestão de alimentos; este por sua vez causa anorexia e diminuí a ingestão alimentar (Strasser, 2004). A etiologia da anorexia é usualmente multifatorial (Pascual, 2006).

Os sintomas relacionados à nutrição, como anorexia e perda de peso, refletem um prejuízo do estado nutricional, o qual está frequentemente

relacionado com reduzida qualidade de vida. A avaliação do estado nutricional deve estar incluída na avaliação da qualidade de vida dos pacientes com câncer (Marin Caro et al., 2007).

O impacto dos efeitos físicos e psicológicos é significativo. A anorexia, que pode estar associada ou resultar em caquexia ou má-nutrição, contribui para a fadiga e causa sintomas psicológicos. (Fainsinger e Pereira, 2005). A família pode relacionar o fato de dar o alimento como um ato de amor, e a rejeição ao alimento pode ser interpretada como uma rejeição pessoal. Muitas vezes a família e o paciente se afligem pela preocupação de que a falta de alimentos agravará a doença e apressará a morte.

A preocupação com a anorexia como sintoma é, pois, muito importante, pois o seu alívio melhora a qualidade de vida do paciente, retarda o aparecimento de caquexia e diminui a ansiedade da família.

Medidas simples, como a seleção dos alimentos preferidos, a apresentação de pequena quantidade, três a quatro vezes ao dia, podem melhorar consideravelmente a ingestão alimentar. O aspecto clínico mais relevante é ter-se um objetivo terapêutico razoável em médio prazo relacionado às intervenções nutricionais e farmacológicas destinadas a um paciente específico (Nervi, 2004).

Em relação à farmacologia, os estimulantes de apetite mais comumente estudados foram o acetato de megestrol e os corticosteroides e, menos frequentemente, o dronabinol e a melatonina. A metoclopramida é recomendada para pacientes com câncer avançado que apresentam sintomas de retardo no esvaziamento gástrico e gastroparesia, com aumento da saciedade precoce (Nelson, 1994; Davis, 2004; Billings, 2001; INCa, 2001).

3.3.2 Dispneia

A dispneia se apresenta em cerca de 50% dos pacientes com câncer em geral e em 90% dos pacientes com câncer de pulmão em fase avançada (Fornells, 2004). Trabalho realizado em 247 pacientes com câncer de pulmão, avaliando sintomas angustiantes, nas últimas oito semanas de vida, mostrou que a dispneia esteve presente em 54% destes (Skaug et al., 2007).

Embora a dor seja o sintoma mais prevalente nesse contexto, é a insuficiência respiratória que causa maior desconforto e maior nível de estresse para pacientes, familiares e equipe de saúde (Reuben e Mor, 1986).

A *American Thoracic Society* define dispneia como uma "experiência subjetiva de desconforto respiratório que consiste de sensações qualitativamente distintas, variáveis em sua intensidade. A experiência deriva de interações entre múltiplos fatores fisiológicos, psicológicos, sociais e ambientais, podendo induzir respostas comportamentais e fisiológicas secundárias" (American Thoracic Society, 1999).

A dispneia pode, também, ser definida como a sensação subjetiva, desagradável, de falta de ar e percepção de um maior trabalho respiratório (Fornells, 2004). Pode cursar com ou sem taquipneia, polipneia ou insuficiência respiratória. No caso do câncer de pulmão, pode ser produzido pelo efeito direto do tumor primário, derrame pleural, síndrome de veia cava superior, linfangite carcinomatosa, atelectasia, obstrução traqueal, fístula traqueoesofágica (Fornells, 2004). Pode ser secundária ao tratamento: fibrose actínica, quimiotoxicidade e

pela ressecção pulmonar. Pode também ser devida a causas não diretamente relacionadas ao tumor sobre o aparelho respiratório ou relacionadas ao coração: anemia, caquexia, ascite, acidose metabólica, febre e tromboembolismo pulmonar (Fornells, 2004).

Assim como outros sintomas, a dispneia é uma experiência subjetiva e em pacientes com câncer tem sido associada à ansiedade. A severidade da dispneia é agravada pela fadiga e pela dor, outros sintomas comuns no câncer de pulmão (Papiris, 2006).

Muitos outros sintomas físicos ocorrem juntamente com a dispneia. Quase todos os pacientes que apresentam falta de ar, apresentam também fadiga. Baixa concentração, perda de apetite, dor e perda de memória estão presentes na maioria (Chan et al., 2004).

O manejo da dispneia permanece como um dos grandes desafios na doença maligna avançada. Sempre que possível, a causa da dispneia deve ser identificada e tratada. As duas maiores causas da dispneia na doença maligna avançada são a obstrução tumoral das vias aéreas por compressão extrínseca ou endobronquial e o derrame pleural (LeGrand, 2002).

Maneiras possíveis de se corrigir a causa incluem drenar o líquido pleural, tratar a infecção com antibióticos, fazer o tratamento do tumor com quimioterapia e/ou radioterapia e dar corticosteroides para diminuir a inflamação ou edema. Quando há anemia, devemos fazer hemotransfusão (Farncombe, 1997). Na síndrome de veia cava superior, altas doses de corticoides e radioterapia podem produzir grande alívio dos sintomas. Deve-se tratar a insuficiência cardíaca, se presente, com medicamentos que diminuem a pré-carga e diuréticos, o tromboembolismo pulmonar com anticoagulação. A doença pulmonar obstrutiva

crônica deve ser tratada com corticosteroides e broncodilatadores (Fornells, 2004). A oxigenioterapia tem sido usada amplamente em condições de hipoxemia. A meta da oxigenioterapia em CP é, principalmente, o alívio da dispneia. Os outros benefícios fisiológicos do oxigênio são incertos nos pacientes com câncer avançado (Chan et al., 2004).

Estudos têm demonstrado o benefício dos opiodes no controle da dispneia (Fornells, 2004). Os benzodiazepínicos podem ser utilizados em alguns pacientes, quando se considera que a dispneia está relacionada a uma crise de pânico, ou quando coexiste ansiedade (Fornells, 2004).

Os corticosteroides são utilizados quando existe linfangite carcinomatosa ou broncoespasmo associado (Fornells, 2004).

Um ambiente tranquilo ajuda o paciente a prevenir ou reduzir a ansiedade que se associa à dispneia. Um vento fresco diretamente na região lateral da face do paciente pode diminuir a sensação de dispneia. Intervenções como relaxamento e técnicas respiratórias podem frear o ciclo vicioso da dispneia e a ansiedade (Farncombe, 1997).

3.3.3 Dor

A dor aparece em $\frac{3}{4}$ dos pacientes com câncer avançado e esta pode ser ocasionada pelo próprio câncer (78%), pelos tratamentos do câncer (19%) e por causas alheias ao câncer e ao tratamento (3%). 81% dos pacientes têm duas ou mais dores distintas (Márquez, 2004). Trabalho realizado em 247 pacientes com câncer de pulmão, avaliando sintomas angustiantes, nas últimas oito semanas de vida, mostrou que a dor esteve presente em 81% deles (Skaug et al., 2007).

O manejo efetivo da dor é um dos maiores desafios em medicina, principalmente quando se lida com pacientes em final de vida. Para os especialistas em CP, este é um desafio diário (Welshman, 2005). Os estudos têm demonstrado que a prevalência da dor aumenta com a progressão da doença e que sua intensidade, tipo e localização variam de acordo com o sítio primário do câncer, extensão da doença, progressão e tratamentos empregados (Foley, 2005).

A *International Association for Study of Pain* (IASP), com sede permanente em Seattle, no estado de Washington, conceitua dor como “uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada com dano tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão” (Bonica, 1999).

O conceito de dor como fenômeno diretamente relacionado à extensão da lesão tecidual foi preponderante até a década de 60. Esta é a razão por que os primeiros trabalhos sobre avaliação da dor mediam, exclusivamente, sua intensidade. Em 1971 houve a publicação do trabalho de Melzack e Torgerson, que enfatizou a importância das três dimensões da dor: a sensorial-discriminativa, a motivacional-afetiva e a cognitiva-avaliativa, sustentadas por sistemas fisiologicamente especializados no sistema nervoso central (SNC) (Melzack e Torgerson, 1971). A avaliação dessas dimensões deve abarcar três questões fundamentais: a) Qual a extensão e magnitude da doença ou sintoma? b) Como a dor interfere na vida do paciente e quais as limitações impostas por ela? c) quando e como os sintomas podem estar sendo alterados por aspectos sociais, emocionais ou comportamentais (Angelotti e Sardá, 2005). Da interação destes aspectos resulta a informação localizada temporal e espacialmente, quantificada e qualificada. Resultam, ainda, a tendência motivacional direcionada à fuga, defesa,

retirada ou ataque e a modificação do afeto. A interpretação da informação processada por unidades cognitivas é condicionada pelas experiências prévias e pode gerar respostas diferentes à experiência dolorosa, em diferentes indivíduos e em diferentes momentos do mesmo indivíduo (Melzack, 1975). Fica claro que medir a intensidade da dor é apenas um aspecto de sua avaliação. Devem-se aferir as qualidades do sintoma álgico, duração e impacto na esfera psico-afetiva e na funcionalidade, além de determinar sua intensidade. Tem a finalidade de auxiliar no diagnóstico, ajudar na escolha da terapia e quantificar a efetividade da terapêutica implementada (Melzack, 1975).

Muitos fatores de risco para o desenvolvimento da dor crônica e persistente não são influenciados pelas intervenções médicas. Estes incluem: sexo (Berkley, 1997; Elliot et al. 1999), idade (Elliot et al. 1999), situação cultural (Lasch, 2002), classe social, estilo de vida, emprego e fatores ocupacionais (Elliot et al. 1999; Bergman et al., 2001), presença de doenças associadas e fatores étnicos (Campbell et al., 2008). Existe também uma relação positiva entre dor crônica e sintomas depressivos e psicológicos (McBeth et al., 2001; Verhaak et al., 1998).

Fatores que podem interferir negativamente no tratamento da dor no câncer, relacionados aos próprios pacientes são: sexo, idade e estágio da doença. A dor é mais comum em pacientes portadores de câncer com metástases (Larue et al., 1995).

A terapêutica preferencial para o alívio da dor deve ser o tratamento do câncer em si, sempre que possível. Porém, o controle da dor pode exigir medidas, como cirurgias, radioterapia e quimioterapia. O uso de medicamentos analgésicos, medidas de apoio psicoterápicas e fisioterápicas, bloqueios nervosos, secção de vias sensitivas e estimulação das vias supressoras da

nocicepção são complementares à terapêutica anticancerosa. O sofrimento dos doentes é produto da interação da percepção aversiva (dor) com a incapacidade física, isolamento social e familiar, preocupações financeiras e medo da mutilação e da morte. Como um fenômeno individual e subjetivo, envolvendo aspectos diversos e complexos, a dor no câncer deve ser avaliada e tratada em seus vários componentes.

O tratamento medicamentoso padronizado para a dor é o da Escada Analgésica da OMS, que possui três degraus, para o alívio da dor no câncer: no primeiro degrau encontram-se os analgésicos não-opioides, como a aspirina e o paracetamol; no segundo degrau, os opioides fracos, como a codeína e o tramadol e no terceiro degrau, os opioides fortes, como a morfina, metadona e a oxicodona. Estas medicações devem ser tomadas em horários fixos (WHO, 2008).

Existem também os medicamentos adjuvantes, como os ansiolíticos, os antidepressivos e anticonvulsivantes.

As drogas usadas para o alívio da dor são convencionalmente classificadas com base na sua atividade como analgésicos opioides, com atividade nos receptores opioides, e analgésicos não-opioides (Hanks et al., 2004).

O grupo mais usado no manejo da dor no câncer é o dos analgésicos opioides (Hanks et al., 2004).

3.3.4-Fadiga

A fadiga ocorre como consequência do câncer ou de seu tratamento. Pode preceder o diagnóstico do câncer ou ocorrer em qualquer estágio do curso da doença. Pode ocorrer, ou ser exacerbado, pela quimioterapia, radioterapia ou cirurgia, ou estar presente por períodos prolongados após os tratamentos. (Sweeney et al, 2004).

A fadiga é um dos sintomas mais frequentes em CP, sendo quase universal nos pacientes com câncer em fase avançada (Wagner e Cella, 2004; Sweeney et al., 2004), chegando a 99% naqueles submetidos à quimioterapia ou radioterapia (Radbruch, 2008). É debilitante, por comprometer as atividades da vida diária e ocasionar prejuízos à qualidade de vida (Mota e Pimenta, 2002), limitando de forma significativa a capacidade de trabalho. Apesar do exposto, é o sintoma para o qual menos se conhecem intervenções efetivas, especialmente quando comparadas às indicadas para o controle de outros sintomas (INCa, 2001, Editoriais BMJ, 2001).

Por uma questão prática, a fadiga foi definida como uma sensação subjetiva de cansaço, fraqueza ou falta de energia. A fisiopatologia da fadiga em pacientes em tratamento paliativo não é totalmente compreendida. Para uma aproximação sistemática, a fadiga está provavelmente relacionada a uma grande rede de citocinas pro-inflamatórias. É geralmente reconhecida como multidimensional, com dimensões físicas e cognitivas (Radbruch et al., 2008).

No contexto de outros sintomas que assoberbam o paciente com câncer avançado, o impacto da fadiga resulta em perda de energia, sensação de mal-estar, letargia e diminuição da função mental. Estes prejudicam profundamente a QOL do paciente. A presença da fadiga pode também aumentar outros sintomas que o paciente possa apresentar (Bruera e Driver, 2004).

A fadiga inclui três diferentes sintomas:

- 1) Cansaço fácil e reduzida capacidade para manter a *performance*;
- 2) Fraqueza generalizada, definida como uma sensação antecipatória de dificuldade em iniciar certa atividade; e.
- 3) Fadiga mental, definida como a presença de uma concentração mental prejudicada, perda de memória e labilidade emocional (Sweeney et al., 2004).

Na maior parte dos pacientes com câncer em fase avançada, a etiologia da fadiga não é clara. Os mecanismos básicos, dos quais a fadiga é proveniente, não são bem compreendidos e, além disto, várias possíveis causas subjacentes de fadiga coexistem na maioria dos pacientes. Ocasionalmente, uma anormalidade predominante está presente e parece o que mais contribui para o sintoma; todavia na maioria dos casos estão presentes várias anormalidades e outros sintomas, que podem contribuir para a gênese da fadiga. Nos pacientes com câncer existe uma complexa interação entre o tumor e o hospedeiro. Esta interação, que não está muito bem compreendida, pode resultar na fadiga de várias maneiras (Sweeney et al., 2004).

A fadiga pode ter uma etiologia multifatorial: anemia, disfunção autonômica, distúrbios metabólicos e endócrinos, síndromes neurológicas paraneoplásicas, imobilidade, anorexia, caquexia, citocinas inflamatórias, problemas metabólicos, desidratação, dor, alterações do sono, medicamentos, estresse, depressão,

ansiedade, diferenças entre a oferta e a demanda de energia (tumor, infecção), tratamento oncológico (radioterapia, quimioterapia, cirurgia), falha orgânica (coração, fígado, pulmões e rins) (Bruera e Driver, 2004; Sweeney et al., 2004).

Os mecanismos que podem causar fadiga, diretamente relacionados ao tumor são: fatores lipolíticos, fatores proteolíticos, produtos de degradação do tumor, invasão do cérebro ou glândula pituitária pelo tumor ou metástases. Os fatores induzidos pelo hospedeiro são: fator de necrose tumoral, interleucina-1 e interleucina-6 (Sweeney et al., 2004).

Assim como com outros sintomas encontrados em pacientes com câncer avançado, o manejo da fadiga deve, na medida do possível, visar ao manejo da etiologia de base.

Alguns agentes farmacológicos usados no tratamento da fadiga são: acetato de megestrol, corticosteroides, metilfenidato e antidepressivos (Bruera e Driver, 2004).

3.3.5-Hemoptise

Hemoptise é a expectoração de sangue do parênquima pulmonar ou das vias aéreas. A hemoptise maciça, que pode ser definida como uma expectoração de mais de 600 ml de sangue em 24 a 48 horas, pode ocorrer em 3 a 10% dos pacientes com hemoptise (Goldman e Ausiello, 2007).

Trabalho acompanhando 247 pacientes com câncer de pulmão, nas oito últimas semanas de vida, mostrou que a hemoptise apareceu em 9% dos casos (Skaug et al., 2007).

As causas de hemoptise nos pacientes com câncer são múltiplas e são categorizadas em causas neoplásicas, paraneoplásicas e não-neoplásicas. As causas malignas incluem câncer de pulmão, tumor envolvendo vias aéreas maiores, como tumor de traqueia, metástases endobronquiais, fístulas formadas entre o tumor e os vasos. Causas para-neoplásicas incluem coagulopatia relacionada ao câncer, trombocitopenia, coagulação intravascular disseminada e embolismo pulmonar. As causas não malignas incluem infecção, por exemplo, tuberculose, bronquiectasia e causas relacionadas às drogas. Entre todos os cânceres, o carcinoma broncogênico é a causa mais comum de hemoptise, ocorrendo em 20% dos casos (Chan et al., 2004).

O tratamento se dá pelo manejo geral e pela terapia farmacológica, tratamento oncológico específico (por exemplo, a radioterapia), intervenções invasivas, como por exemplo, procedimentos broncoscópicos, terapias endobronquiais, embolização de artéria brônquica em caso de sangramento maciço e tratamento paliativo de hemoptise fatal (Chan et al., 2004).

Quando há secreção purulenta o tratamento antibiótico é apropriado. A supressão da tosse pode diminuir a angústia e melhorar a hemoptise. Pode-se usar codeína para o manejo da tosse (INCa, 2001). Em caso de uma hemoptise de maior monta, o manejo geral inclui o posicionamento dos pacientes com o sítio do sangramento em posição reclinada, para prevenir o afogamento nos segmentos do pulmão, correção da hipoxemia, coagulopatia e da hipovolemia (Chan et al., 2004). A hemoptise pode ser uma indicação para radioterapia.

3.3.6-Tosse

A tosse é definida como uma expiração explosiva que fornece um mecanismo normal de proteção para a limpeza da árvore traqueobrônquica de secreções e corpos estranhos. Quando excessiva ou incômoda, faz o paciente procurar atendimento médico, pelo desconforto e interferência nas atividades diárias (Weinberger e Lipson, 2008).

A tosse está presente em 23-37% dos pacientes com câncer em geral e em 47-86% dos pacientes com câncer de pulmão. A tosse mais vigorosa, de intensidade moderada a severa ocorre em 13% dos pacientes com câncer em geral e em 17 a 48% dos pacientes com câncer de pulmão. No câncer de pulmão, a tosse é um dos sintomas mais comuns (Chan et al., 2004).

Trabalho realizado, acompanhando 247 pacientes com câncer de pulmão, nas oito últimas semanas de vida, mostrou que a tosse apareceu em 24% dos casos (Skaug et al., 2007).

O transporte mucociliar é responsável pela maior parte da desobstrução das vias aéreas, mas fica prejudicado nas doenças pulmonares.

Nos estágios finais das doenças respiratórias, existem poucos dados relatando a frequência, a severidade e o manejo da tosse. Todavia, em um dos estudos avaliando a tosse na fase final da vida, 59% dos pacientes se queixavam de tosse e isto foi angustiante em 46% dos casos (Edmonds et al., 2001).

São várias as causas de tosse no paciente com câncer de pulmão: lesões endobronquiais, fístula traqueoesofágica, linfangite carcinomatosa, fibrose induzida pela radioterapia e pela quimioterapia, linfangite carcinomatosa, derrame

pleural e pericárdico, pneumonia, asma, infiltração pulmonar parenquimatosa, entre outras (Chan et al., 2004).

O manejo da tosse consiste em tratamento da causa subjacente, para sua supressão. Quando o objetivo é melhorar os mecanismos da tosse, por exemplo, no caso de secreção com características infecciosas, a fisioterapia respiratória, a hidratação, por exemplo, podem ser úteis. Quando a causa subjacente não é reversível ou tratável, a tosse pode ser suprimida usando-se agentes como a morfina (Chan et al., 2004).

3.3.7 Outros

Além dos principais sintomas, no paciente com câncer de pulmão existem outros também muito importantes a serem avaliados na fase terminal de todo paciente portador de câncer: náusea, vômito, constipação, confusão mental, ansiedade e depressão, dentre outros (Lagman et. Al., 2005).

A confusão mental é muito frequente; até 80% dos pacientes terminais com câncer desenvolvem confusão mental nas últimas semanas de vida (Montejo, 2004).

A náusea e o vômito atingem cerca de 70% desses pacientes. Muitas vezes são relacionados ao uso de opioides, à quimioterapia e à radioterapia (Rodriguez, 2004).

A constipação é muito frequente, atingindo até 95% dos casos; é, porém, um sintoma subestimado, apesar de causar grande morbidade. Muitas vezes está relacionada ao uso de opioides sem uso de laxativos (Bertolino, 2004).

Os problemas emocionais podem ser respostas normais frente a situações difíceis, como no caso do diagnóstico e evolução do câncer. Ainda que muitos pacientes e suas famílias se adaptem a essa situação, existe um grupo que apresenta sintomas depressivos e/ou ansiosos.

3.4 Capacidade Funcional

Com o avançar da doença, as perdas funcionais tornam-se evidentes, e a pessoa deixa de realizar atividades básicas corriqueiras, diminuindo assim sua capacidade funcional. Esta capacidade é dimensionada em termos de independência e habilidade para realizar determinadas atividades.

Existem duas escalas amplamente utilizadas com o objetivo de avaliar a capacidade funcional nos pacientes com câncer: a escala *Karnofsky Performance Status Scale (KPS)* e a *Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status Scale (ECOG)*.

Em 1949, Karnofsky e Burchenal propuseram a KPS, que ficaria consagrada como “escala de *Karnofsky*” e vem sendo amplamente utilizada em diversos estudos na área de oncologia (Karnofsky e Burchenal, 1949) (Anexo 4).

A *KPS* mede a *performance* física baseada no nível de atividade, os sintomas da doença e o nível de assistência necessária. O nível de atividade do paciente é avaliado usando uma escala de 11 pontos, com medidas variando de 100 (nenhuma queixa) até 10 (paciente moribundo, com processos letais

progredindo). Trata-se de um instrumento de grande aceitação, amplamente usado para avaliar o estado funcional e de desempenho em estudos de pacientes com câncer (Karnofski e Burchenal, 1949).

O *ECOG* ou “PS”, como rotineiramente chamado, é uma escala que mostra o impacto com que a doença afeta as atividades diárias e a capacidade funcional do paciente. O PS é um método amplamente empregado por médicos e pesquisadores para avaliar como a doença está progredindo, como a doença afeta as atividades diárias do paciente, o tratamento mais adequado e o prognóstico. Um *PS* ruim tem forte relação com baixa sobrevida e pior prognóstico (Sorensen et al., 1993).

3.5 Escala de Sintomas

Os três instrumentos mais frequentemente utilizados em ensaios clínicos envolvendo pacientes com câncer de pulmão são: *FACT-L (Functional Assessment of Cancer Therapy- Lung)* (Cella, 1995), o *QLQ-LC13 (Quality of Life Questionnaire-Lung Cancer)* (Bergman, 1994) e o *LCSS (Lung Cancer Symptom Scale)* (Hollen et al., 1993).

O *FACT* possui sub-escalas para doenças específicas, sendo o *FACT-L* direcionado para o câncer de pulmão. Avalia perda de peso, perda de apetite, dispneia, tosse, dor torácica, lucidez do pensamento, queda de cabelo e hábito de fumar.

O *QLQ-LC13* possui itens que avaliam sintomas da doença, como dispneia, dor, tosse, disfagia, hemoptise, estomatite, neuropatia e alopecia e avalia, também, os efeitos colaterais do tratamento.

O *LCSS* é um instrumento específico para avaliação de qualidade de vida, particularmente para uso em ensaios clínicos. Avaliam-se os seis principais sintomas associados com câncer de pulmão e seus efeitos no estado sintomático geral, na capacidade funcional e na qualidade de vida global. Extrai em detalhes essas dimensões, avaliando-se a influência das intervenções terapêuticas e dá uma dimensão global do paciente. Consiste de duas escalas: uma feita pelo paciente e outra, opcional, para os profissionais da área de saúde, como observadores (Hollen et al., 1995) (Apêndice 2; Anexos 4 e 5).

A escala de avaliação do paciente é subjetiva e focaliza primariamente as dimensões físicas e funcionais da qualidade de vida. Esta escala foi desenvolvida em 1985 por Patrícia Hollen e colaboradores, no Memorial Sloan-Kettering Cancer Center (Hollen et al., 1993).

Este instrumento possui confiabilidade, viabilidade e validade para avaliar o impacto que a doença causa nos seguintes sintomas: dor, dispneia, tosse, hemoptise, fadiga e falta de apetite (Hollen et al., 1999). Específico para avaliação de qualidade de vida em pacientes com câncer de pulmão, foi desenvolvido para comparar esquemas quimioterápicos nos pacientes portadores de câncer de pulmão, podendo ser empregado para avaliação da qualidade de vida em pacientes em tratamento pelos CP (Hollen et al., 1999).

A escala do paciente consiste de nove itens, seis medindo os maiores sintomas do câncer de pulmão (apetite, fadiga, tosse, dispneia, hemoptise e dor) e três, para os sintomas angustiantes (“Que gravidade tem os seus sintomas de

câncer no pulmão?”), o estado de atividade física (“Quanto a sua doença afetou sua capacidade para efetuar as atividades normais?”) e qualidade de vida em geral (“Como classificaria a qualidade da sua vida hoje?”) (Hollen, 1995) (anexos 4 e 5).

O período avaliado nos questionários (paciente e observador) é o das últimas 24 horas, baseado na premissa de que os sintomas e o *status* dos pacientes flutuam rapidamente. Uma escala análogo-visual com uma linha de 100 mm é usada para medir a intensidade das respostas do paciente (Anexo V). Para cada item, é dado um ponto individual, de acordo com a marcação do paciente no comprimento da linha, com zero correspondendo ao melhor ponto (sem sintoma) e 100, ao pior ponto (maior grau de severidade dos sintomas). A média do tempo administrado (incluindo instruções com o item do exemplo) para a escala do paciente é de oito minutos, inicialmente, e de três a cinco minutos, quando o indivíduo está familiarizado com o instrumento. Um exemplo simples, relacionado com o tempo, acompanha a escala e é usado para certificar que o paciente compreendeu como se marca a escala análogo-visual, antes de se aplicar o teste propriamente dito. As propriedades psicométricas do LCSS demonstram que o uso deste instrumento é possível, confiável e validado como instrumento de medida de QOL relacionado à saúde dos pacientes com câncer de pulmão em todos os níveis da doença (Hollen et al., 1995).

Na maioria dos trabalhos clínicos, a frequência das medidas de qualidade de vida é ditada por fatores diversos, sem nenhuma sistematização. Assim sendo, a repetição da medida é feita em intervalos escolhidos arbitrariamente, encontrados em trabalhos antigos, ou no momento em que o paciente retorna à consulta (Hollen et al., 2004).

Essa escala é validada para utilização em português do Brasil e foi utilizada no Brasil em alguns trabalhos científicos (Pereira, 2004; Martins et al., 2005).

4 JUSTIFICATIVA

O IDT/ HUCFF possui o Programa de Oncopneumologia, voltado para o atendimento de pacientes portadores de neoplasia maligna de pulmão e o Serviço de Clínica Médica/HUCFF possui a Clínica da Dor e Cuidados Paliativos (CDCP), onde são tratados os pacientes que se encontram em fases avançadas de doenças neoplásicas e que são referenciados para tratamento paliativo.

A maior parte dos pacientes com câncer de pulmão, atendidos no IDT/HUCFF/UFRJ, representando 70% em 1808 registros, já se encontra com doença avançada no momento do diagnóstico e recebe cuidados paliativos como parte do seu tratamento. Considerando os 30% passíveis de tratamento com intenção curativa, 60% destes poderão apresentar recidiva de doença e passar a receber CP. Poucas pesquisas têm sido feitas para avaliar o impacto desses cuidados na qualidade de vida dos pacientes. A avaliação da qualidade de vida é particularmente relevante para o paciente com doença progressiva, principalmente nas fases finais da doença.

Diversos estudos e escalas foram desenvolvidos para estabelecer benefícios de tratamentos agressivos ou conservadores e definir questões de relevância clínica, como sobrevida e qualidade de vida.

O *Lung Cancer Symptom Scale (LCSS)* foi escolhido para este trabalho por ser um instrumento específico para pacientes com câncer de pulmão, permitindo avaliar os seis principais sintomas associados com câncer de pulmão, o estado sintomático geral, a capacidade funcional e a qualidade de vida, o que permite uma avaliação global do paciente.

Para avaliar a capacidade funcional dos pacientes, este trabalho também utilizou a escala "*Karnofsky Performance Status Scale*" (KPS), por ser consagrada

para o estudo do câncer em geral, amplamente empregada em cuidados paliativos, e normalmente utilizada na CDCP/HUCFF/UFRJ.

5 MÉTODOS

5.1 Aspectos éticos do estudo

O presente estudo foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa do HUCFF/UFRJ, recebendo parecer favorável número 110/06, em 22/06/2006 (Anexo 1).

Todas as informações e materiais do estudo permanecerão devidamente arquivados sob a responsabilidade do investigador, para eventuais consultas legais que venham a ser necessárias, pelo período de cinco anos.

5.2 Desenho de Estudo

Foi realizado um estudo de uma coorte, prospectivo, pela técnica de análise de dados longitudinais, para avaliar o efeito dos CP sobre os sintomas angustiantes, a qualidade de vida e a capacidade funcional em pacientes portadores de câncer primário de pulmão. Devido a considerações éticas, não houve grupo-controle.

5.3 População do Estudo

A população de referência foi de pacientes com câncer primário de pulmão, provenientes de todo o estado do Rio de Janeiro, que procuraram atendimento no Programa de Oncopneumologia do IDT/HUCFF-UFRJ. A amostra foi de conveniência, constituída de 30 pacientes no total, que foram divididos em três grupos. O primeiro grupo foi formado por 10 pacientes que viveram entre 30 e 59

dias, o segundo por 10 pacientes que viveram entre 60 e 89 dias e o terceiro por 10 pacientes que viveram mais do que 90 dias. Dividimos em grupos porque o tempo de sobrevivência dos pacientes foi diferente e não houve comparação entre os grupos.

Todos os pacientes deste estudo apresentavam carcinoma primário de pulmão do tipo não pequenas células, em fase avançada (estágios III-B e IV), considerados fora de possibilidade terapêutica com intenção de cura e foram encaminhados ao Programa de Oncopneumologia do IDT/HUCFF, para acompanhamento conjunto com a CDCP do HUCFF da UFRJ.

O Programa de Oncopneumologia seguiu o seu protocolo, independentemente do nosso tratamento, tendo alguns pacientes recebido quimioterapia (QT) e/ou radioterapia (RXT) previamente.

Estes pacientes concordaram em participar do trabalho e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1)

5.4 Período do Estudo

Os dados foram coletados entre dezembro de 2006 e agosto de 2008.

5.5 Local do Estudo

O local do estudo foi o IDT e a CDCP/HUCFF/UFRJ, unidade que presta atendimento médico de alta complexidade, além de atuar em pesquisa e ensino. O HUCFF está situado na cidade do Rio de Janeiro e recebe pacientes de todo o estado, pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A Clínica da Dor do HUCFF/UFRJ foi iniciada em 1983 pelo Serviço de Anestesiologia e pertenceu a este serviço até 1999 e depois foi vinculada à Divisão de Saúde Comunitária. Em 2008 ligou-se ao Serviço de Clínica Médica. A partir de 2001 passou a atender os pacientes oncológicos em fase final de vida, denominando-se, então, Clínica da Dor e Cuidados Paliativos (CDCP). É composta por uma equipe multiprofissional, com: médicos anestesiológicos, clínicos, psiquiatras, além de psicólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais e enfermeiras.

Esta clínica integra o Centro de Alta Complexidade e Oncologia-CACON, uma creditação do Governo Federal. A filosofia dos CACONs é formar unidades hospitalares que possuam condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade, para o diagnóstico definitivo e tratamento de todos os tipos de câncer.

Atende pacientes com dor crônica não-oncológica e pacientes com câncer em fase avançada, para tratamento paliativo, através de encaminhamentos dos diversos serviços desse hospital. O atendimento se faz às segundas, quartas e sextas-feiras, mediante consultas ambulatoriais e pareceres, nos diversos serviços do hospital. A CDCP atua fornecendo medicamentos para o tratamento da dor.

Quando há piora do quadro clínico, os pacientes são encaminhados ao Serviço de Emergência do HUCFF/UFRJ, onde são atendidos pela equipe clínica do hospital e pela equipe da CDCP.

O Programa de Oncopneumologia faz parte do IDT/HUCFF/UFRJ e trata dos pacientes com câncer de pulmão. Funciona, em regime ambulatorial, às

segundas-feiras. Quando o paciente se encontra com a doença em estágio III-B ou IV, é encaminhado para a CDCP. Esse tipo de rotina foi estabelecido quando a CDCP disponibilizou o atendimento para o Serviço de Oncopneumologia, em 2002, e os pacientes com câncer de pulmão em fase avançada passaram a contar com este tipo de atendimento.

No período deste estudo, os pacientes com câncer de pulmão eram atendidos às segundas-feiras em ambos os serviços (Programa de Oncopneumologia e CDCP).

5.6 Critérios de Inclusão

Foram incluídos:

-Os pacientes que procuraram a CDCP, oriundos do Programa de Oncopneumologia do HUCFF-UFRJ, com diagnóstico histológico de carcinoma de pulmão não-pequenas-células em fase avançada, estágio III-B e IV, estagiados pelo TNM.

5.7 Critérios de Exclusão

Foram excluídos:

-Os pacientes, detectados pela avaliação clínica, sem condição física e/ou cognitiva, para o preenchimento e compreensão do LCSS.

5.8 Critérios de Perda

Foram consideradas perdas:

-Os pacientes que ficaram afastados da CDCCP por período superior a 30 dias.

5.9 Coleta de Dados

Foram usadas duas escalas: KPS LCSS e (Anexos 4 e 5) e uma ficha protocolar para coleta dos dados dos pacientes (Apêndice 2).

Foram usados os procedimentos padronizados no manual do LCSS (Hollen, 1995) (Anexos 4 e 5). Primeiramente, o paciente foi treinado usando-se um item de exemplo. Em seguida, o questionário referente ao paciente foi aplicado em cada consulta ambulatorial.

Consideramos as avaliações mensais para a análise do LCSS, (D0, D30, D60 e D90). O intervalo de coleta de dados foi por nós arbitrado, na tentativa de coletar o máximo possível de amostras.

Foi feita análise dos dados no dia zero (antes do tratamento paliativo) e no 30º dia para os pacientes dos três grupos (total de 30 pacientes), no 60º dia para os pacientes que viveram 60 dias ou mais (20 pacientes) e no 90º dia para os pacientes que viveram 90 dias ou mais (10 pacientes). A coleta de dados foi obtida em regime de consultas ambulatoriais.

Uma parte do questionário do LCSS foi coletada pelo observador, avaliando os principais sintomas angustiantes encontrados no câncer de pulmão,

em fase avançada, a saber, anorexia, dispneia, dor, fadiga, hemoptise e tosse, considerando as 24 horas anteriores à consulta (Anexos 4 e 5)

A outra parte do questionário foi respondida pelos próprios pacientes, que, além de avaliarem os mesmos sintomas angustiantes vistos pelo observador, responderam a perguntas sobre gravidade dos sintomas, capacidade para realizar tarefas e qualidade de vida, utilizando-se a escala do paciente, que é composta de uma linha de zero a 100 mm, onde o paciente marca o local que achar adequado, sempre enfatizando que deve sempre referir-se às últimas 24 horas (Anexo 5).

A KPS é realizada sempre pelo observador e mede a capacidade física baseada no nível de habilidade e independência para realizar determinadas atividades, sintomas da doença e o nível de assistência necessária (Anexo 3).

Estas escalas foram aplicadas em duplicata, por dois médicos distintos e treinados, cada paciente passando por duas avaliações, no mesmo dia, em salas diferentes. Garantiu-se, assim, a confiabilidade da coleta pela contraprova entre observadores, para validação da ficha.

Vale salientar que os pacientes foram atendidos com a frequência necessária, conforme a sua demanda pessoal. A maioria foi atendida semanalmente e, eventualmente, até duas vezes na semana, mas, para este trabalho, somente foram consideradas as avaliações mensais (D0, D30, D60 e D90).

Durante o acompanhamento, houve perda por morte de paciente, mas nenhum dos pacientes abandonou o tratamento ou foi transferido de unidade.

5.10 Análise Estatística

Uma planilha de dados em Excel serviu para o armazenamento das informações. Foram utilizados os seguintes métodos estatísticos: Teste de médias, Survival agreement plot (métodos de Luiz e Llorca), Teste de Tarone-Ware, Box plot e Star plot. A análise de concordância, foi feita pelo método *Survival-agreement plot*, que avalia a medida da concordância de variáveis quantitativas entre observadores ou entre métodos (Llorca e Delgado-Rodríguez, 2004; Luiz et al., 2003). Avaliou-se a diferença, de cada uma das seis variáveis comuns, entre observador e paciente, pelo método Luiz e pelo método Llorca.

Estes métodos se utilizam do método de Kaplan-Meier para construir um gráfico de diferenças absolutas no eixo de X e de proporção de casos com diferenças no eixo de Y. O método de Luiz avalia a diferença entre observador e paciente com uma só curva e o método de Llorca, mediante duas curvas, uma (superior), em que a avaliação do observador é maior do que a do paciente, e uma (inferior), em que a avaliação do paciente é maior do que a do observador:

Para todas as análises, o nível de significância considerado foi igual ou menor do que 8%.

No star plot, que permite apresentar graficamente observações multivariadas, cada observação é representada por uma figura em forma de estrela, com um raio para cada variável. O comprimento de cada raio é proporcional à magnitude da variável (R Development Core Team, 2008).

No caso deste estudo, um longo raio significa que houve aumento da variável, ou seja, uma melhora do paciente e, da mesma forma, um pequeno raio significa que houve diminuição da variável ou piora do paciente.

Com o star plot obtém-se, com efeito, uma visão do conjunto de variáveis.

6 CUSTOS

O presente trabalho foi financiado pelo investigador principal.

7 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Vera Lucia Mannarino

Prof. Dr. Marcos Eduardo Machado Paschoal

Prof. Dr. Basílio de Bragança Pereira

Prof Dra Fernanda Carvalho de Queiroz Mello

Rosa Maria dos Santos Marsico

Gisele Cazale Bonioli

8- RESULTADOS

8.1 Características gerais dos pacientes no 1º dia de avaliação

O 1º grupo, com sobrevida entre 30 e 59 dias (Tabela 1), é composto por 50% de mulheres e 50% de homens. No 1º dia de avaliação, o KPS variou entre 40 e 60, com média de 50. Cinquenta por cento dos pacientes estavam no estágio III-B e 50%, no estágio IV. Quatro pacientes apresentavam metástases ósseas, um paciente, metástase pulmonar e um paciente, derrame pleural. A idade variou de 52 a 85 anos, com uma média de 65 anos, e o tipo histológico foi adenocarcinoma (40%), não-pequenas-células (30%) e epidermoide (30%). Oito pacientes apresentavam história de tabagismo.

No 2º grupo, com sobrevida entre 60 e 89 dias (Tabela1), a maioria foi de mulheres (60%). No 1º dia de avaliação, o KPS variou entre 30 e 70, com média de 50. Setenta por cento dos pacientes estavam no estágio IV e 30%, no estágio III-B. Quatro pacientes apresentaram metástases pulmonares, dois pacientes apresentaram metástases cerebrais, um paciente apresentou metástases ósseas, um paciente apresentou metástases hepáticas e um paciente apresentou metástase suprarrenal. A idade variou entre 58 e 79 anos, com média de 71 anos, e o tipo histológico foi epidermoide (40%), não-pequenas-células (30%) e adenocarcinoma (30%). Oito pacientes apresentavam história de tabagismo.

O 3º grupo, com sobrevida de 90 dias ou mais (Tabela 1), foi composto de 60% de mulheres. No primeiro dia de avaliação, o KPS variou entre 40 e 90, com média de 70. Oitenta por cento dos pacientes estavam no estágio IV e 20%, no estágio III-B. Quatro pacientes apresentavam metástases ósseas, três pacientes,

metástases pulmonares, um paciente, metástase cerebral e um paciente, metástase ganglionar. A idade variou entre 33 e 85 anos, com média de 58 anos, e o tipo histológico adenocarcinoma (70%), não-pequenas-células (20%) e epidermoide (10%). Oito pacientes apresentavam história de tabagismo.

Tabela1: Características dos Pacientes no 1º Dia de Avaliação

Variáveis	Grupo 1 n=10	Grupo 2 n=10	Grupo 3 n=10
Sexo			
Feminino	5	6	6
Masculino	5	4	4
Estágio			
III-B	5	3	2
IV	5	7	8
Média de idade	65	71	58
KPS (média)	50	50	70
Tabagismo	8	8	8
Tipo histológico			
Adenocarcinoma	4	3	7
CNPC	3	3	2
Epidermoide	3	3	1
Locais de metástases			
Pulmão	1	4	3
Cérebro		2	1
Ossos	4	1	4
Fígado		1	
Supra-renal		1	

Linfonodo paraesofageano	1
Linfonodo axilar	1
Derrame pleural	1

8.2 Descrição da Ocorrência de Sintomas Angustiantes

Os sintomas que mais ocorreram na nossa amostra foram fadiga e dor (100%), seguidos de anorexia e tosse (96%), dispneia (80%) e o de menor ocorrência foi hemoptise (10%).

Tabela 2: Descrição da Ocorrência de Sintomas Angustiantes

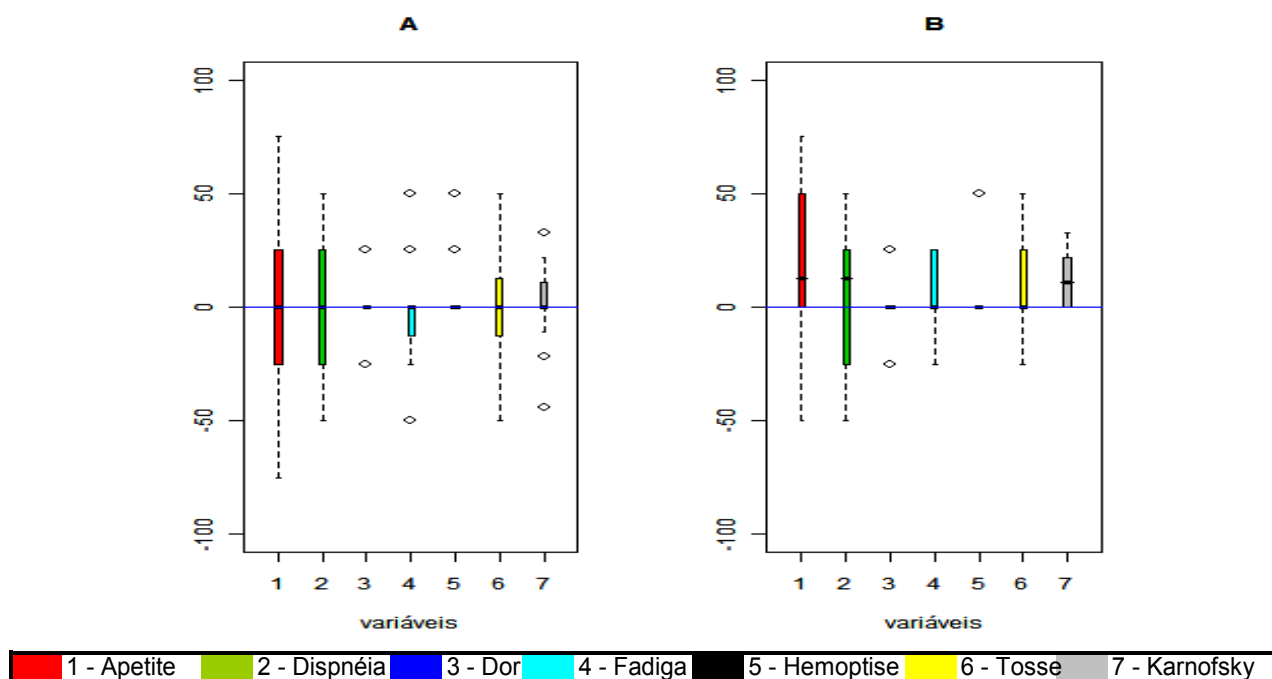
Anorexia	Dispneia	Dor	Fadiga	Hemoptise	Tosse
n=29	n=24	n=30	n=30	n=3	n=29
96%	80%	100%	100%	10%	96%

8.3 Análise Gráficas dos Dados

Para cada variável foi feita a comparação e obtida a diferença entre a medida pela visão do observador e a medida pela visão do paciente.

FIGURA 1A: Representação gráfica, em diagrama de caixas, mostrando a diferença das avaliações entre D30-D0, de todos os pacientes (n=30), pela visão do observador.

FIGURA 1B: Representação gráfica, em diagrama de caixas, mostrando a diferença das avaliações entre D30-D0, dos pacientes que viveram entre 30 e 59 dias (n=10), pela visão do observador.

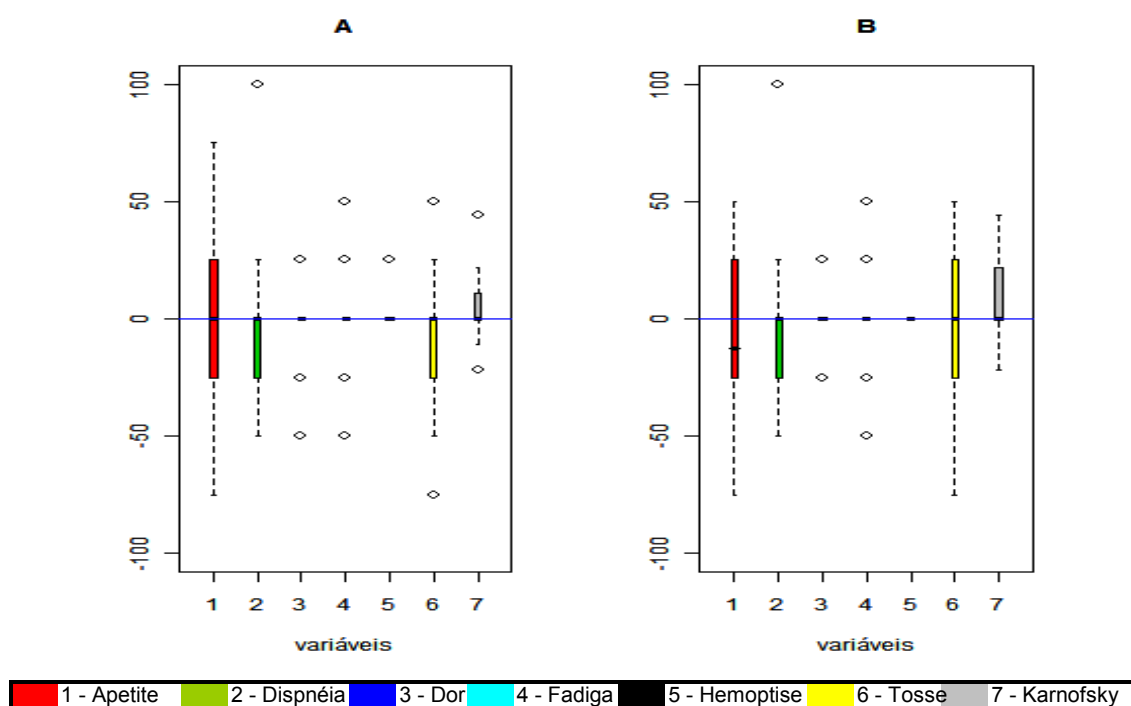


Na figura 1A, foi encontrada significância para a variável “hemoptise” ($p = 0,05$), com melhora do sintoma, tendo, porém, somente, dois valores atípicos. Vale observar que o número de pacientes com este sintoma foi muito reduzido (10% do total de pacientes).

Na figura 1B, encontramos significância para as variáveis “apetite” ($p = 0,06$), com melhora do sintoma e da variável “Karnofsky” ($p = 0,003$), com melhora desta última.

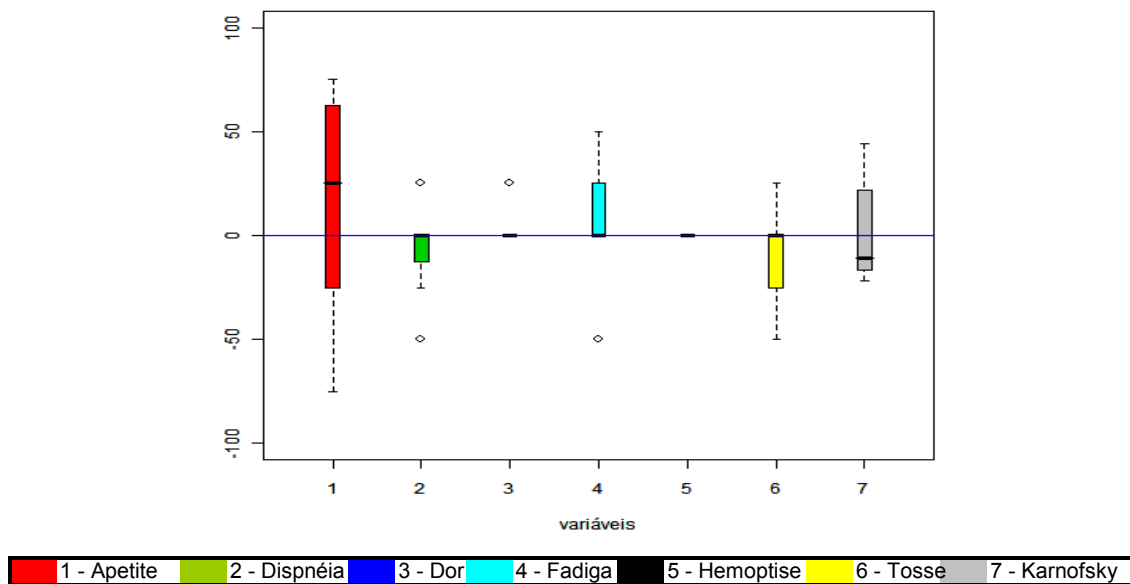
FIGURA 2A: Representação gráfica, em diagrama de caixas, mostrando a diferença das avaliações entre D60-D0, de todos os pacientes que viveram 60 dias ou mais (n=20), pela visão do observador.

FIGURA 2B: Representação gráfica, em diagrama de caixas, mostrando a diferença das avaliações entre D60-D0, de todos os pacientes que viveram entre 60 e 89 dias (n=10), pela visão do observador.



Na figura 2A observa-se significância na variável “hemoptise” ($p=0,08$), com, somente, uma observação atípica.

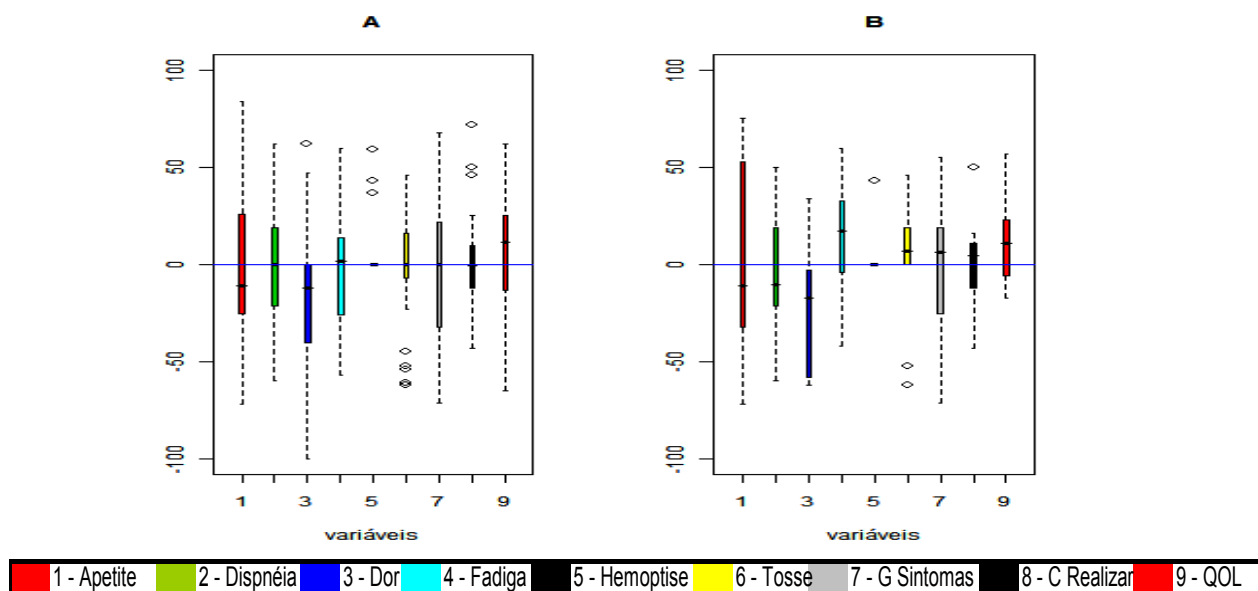
FIGURA 3: Representação gráfica em diagrama de caixas, mostrando a diferença das avaliações entre D90-D0, dos pacientes que viveram 90 dias ou mais (N=10), pela visão do observador.



Os valores encontrados na figura 3 não apresentaram significância estatística.

FIGURA 4A: Representação gráfica, em diagrama de caixas, mostrando a diferença das avaliações entre D30-D0, de todos os pacientes (n=30), pela visão dos pacientes.

FIGURA 4B: Representação gráfica, em diagrama de caixas, mostrando a diferença das avaliações entre D30-D0, dos pacientes que viveram entre 30 e 59 dias (n=10), pela visão dos pacientes.



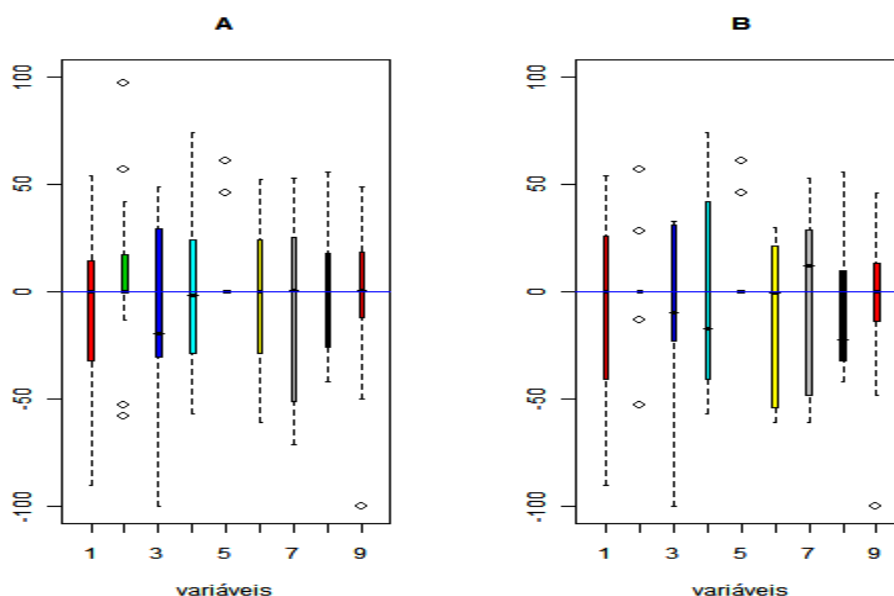
G sintomas=Gravidade dos sintomas
 C Realizar=Capacidade para realizar tarefas
 QOL=Qualidade de vida

Na figura 4A, foi encontrada significância para a variável “dor” ($p=0,02$), com piora do sintoma, e da variável “hemoptise” ($p = 0,04$), com melhora do sintoma, porém com, somente, três valores atípicos.

Na figura 4B, foi encontrada significância para a variável “dor” ($p=0,04$), com piora do sintoma, e da variável “QOL” ($p \text{ valor}=0,04$), com melhora desta última.

FIGURA 5A: Representação gráfica, em diagrama de caixas, mostrando a diferença das avaliações entre D60-D0, de todos os pacientes que viveram 60 dias ou mais (n=20), pela visão dos pacientes.

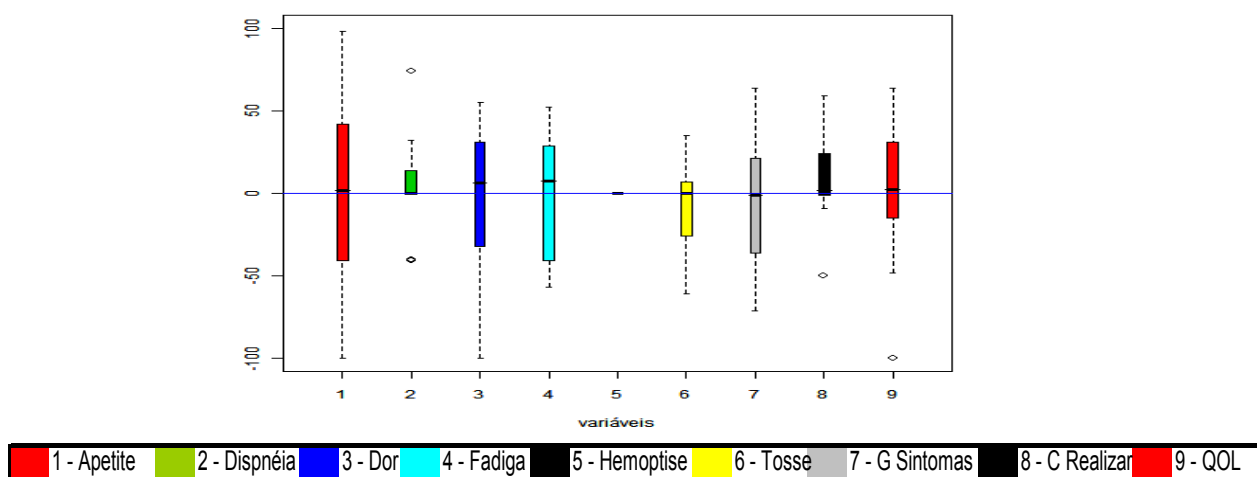
FIGURA 5B: Representação gráfica, em diagrama de caixas, mostrando a diferença das avaliações entre D60-D0, de todos os pacientes que viveram entre 60 e 89 dias (n=10), pela visão dos pacientes.



Na figura 5A, foi encontrada significância para a variável “hemoptise” ($p = 0,08$), com melhora do sintoma, porém com, somente, dois valores atípicos.

Na figura 5B, foi encontrada significância para a variável G “sintomas” ($p=0,06$), a mediana assumindo um valor positivo.

FIGURA 6: Representação gráfica em diagrama de caixas, mostrando a diferença das avaliações entre D90-D0, dos pacientes que viveram mais de 90 dias (n=10), pela visão dos pacientes.



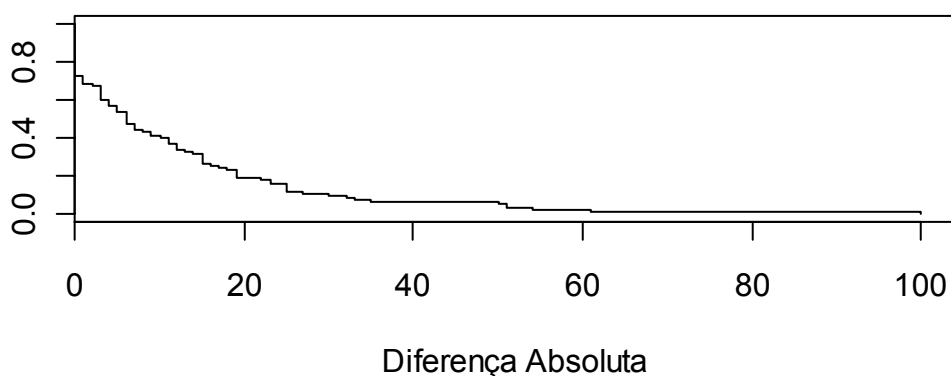
Os valores encontrados na figura 6 não apresentaram significância estatística.

8.4 Análise de concordância dos resultados entre observador e pacientes

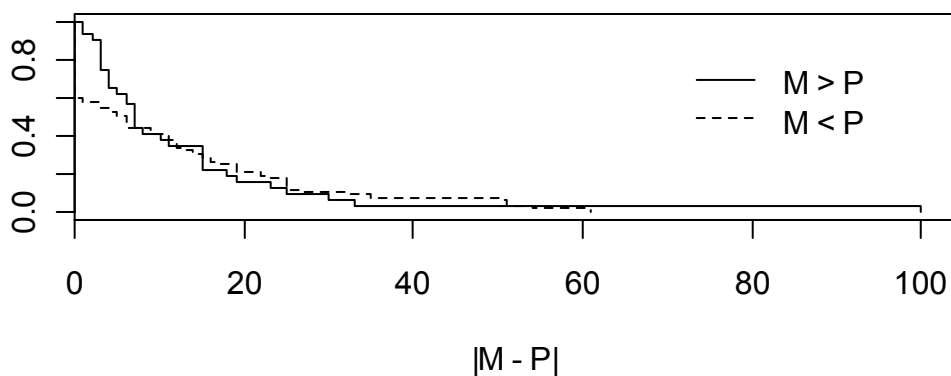
FIGURA 7: Representação gráfica, pelas técnicas analíticas de sobrevivência, através dos métodos de Luiz e de Llorca, avaliando a concordância da variável “apetite” entre observador e paciente.

Apetite

Método Luiz



Método Llorca



M = Médico

P = Paciente

Tarone-Ware test

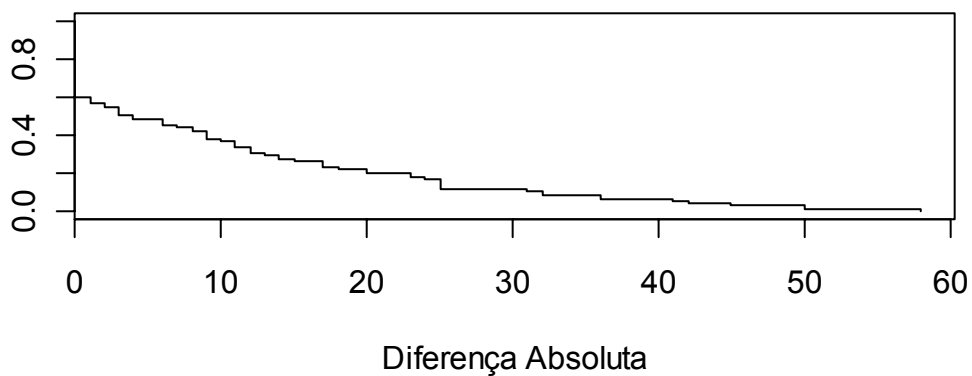
$P = 0.355$ (não houve diferença entre as avaliações de observador e paciente).

Houve concordância entre observador e paciente na avaliação da variável “apetite”, pelos métodos de Luiz e Llorca.

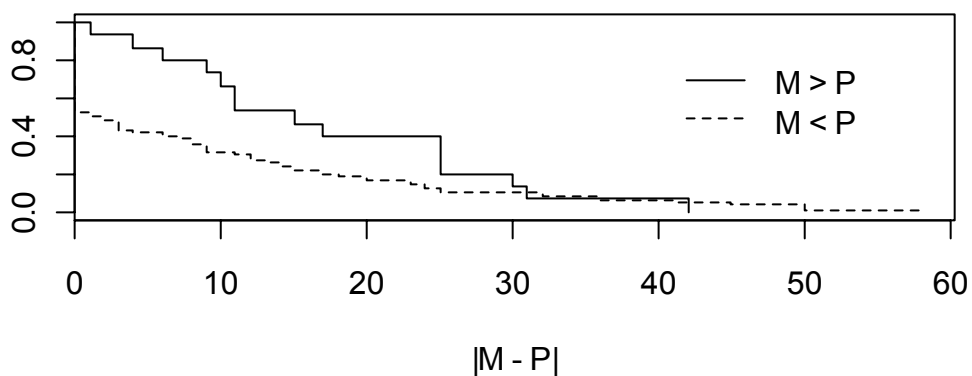
FIGURA 8: Representação gráfica, pelas técnicas analíticas de sobrevivência, através dos métodos de Luiz e de Llorca, avaliando a concordância da variável “dispnéia” de observador e paciente.

Dispneia

Método Luiz



Método Llorca



M = Médico
P = Paciente

Tarone-Ware test

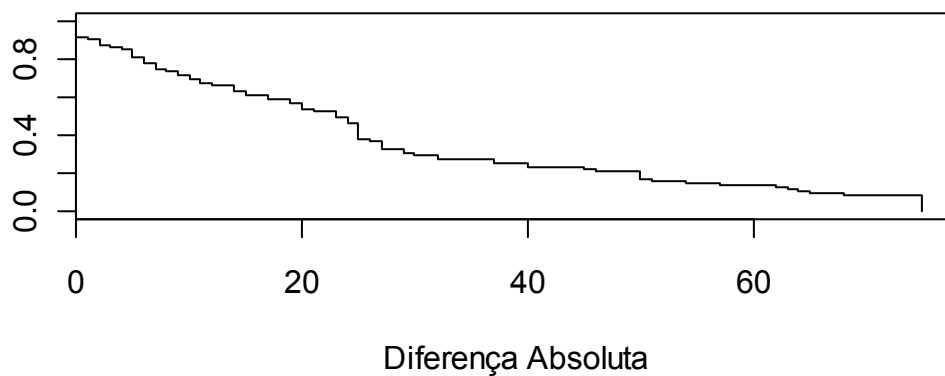
$P = 0.0124$ (houve diferença entre as avaliações de observador e paciente).

Não houve concordância entre observador e paciente na avaliação da variável “dispneia”, pelos métodos de Luiz e Llorca.

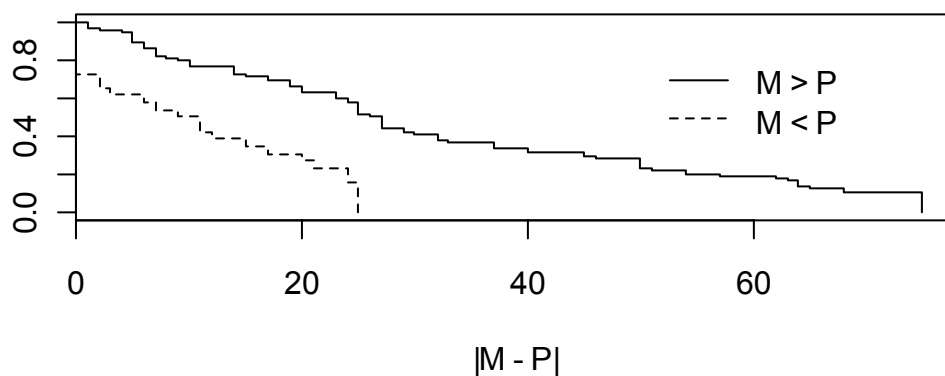
FIGURA 9: Representação gráfica, pelas técnicas analíticas de sobrevivência, através dos métodos de Luiz e de Llorca, avaliando a concordância da variável “dor” entre observador e paciente.

Dor

Método Luiz



Método Llorca



Tarone-Ware test

$P = 6.46$ (houve diferença entre as avaliações de observador e paciente).

M = Médico

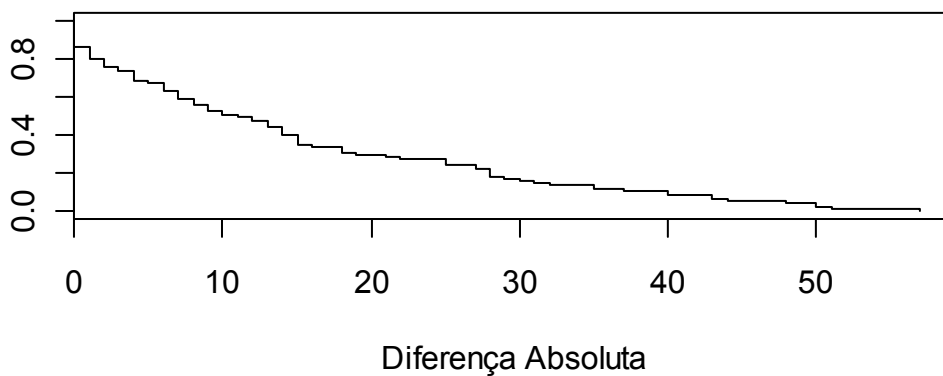
P = Paciente

Não houve concordância entre observador e paciente na avaliação da variável “dor”, pelos métodos de Luiz e Llorca.

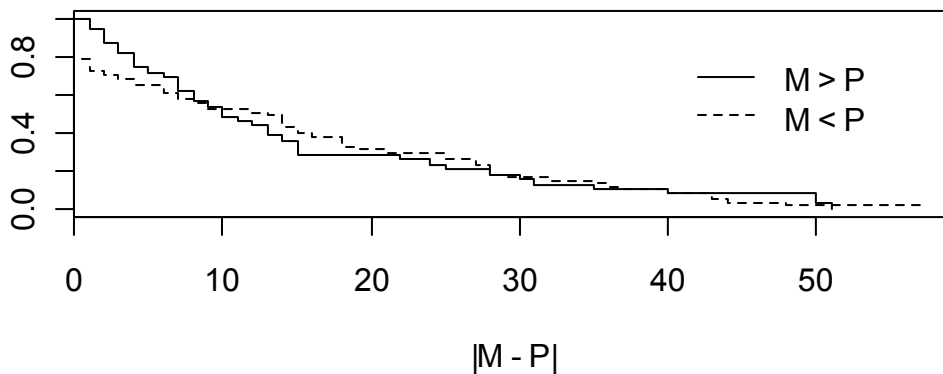
FIGURA 10: Representação gráfica, pelas técnicas analíticas de sobrevivência, através dos métodos de Luiz e de Llorca, avaliando a concordância da variável “fadiga” entre observador e paciente.

Fadiga

Método Luiz



Método Llorca



M = Médico
P = Paciente

Tarone-Ware test

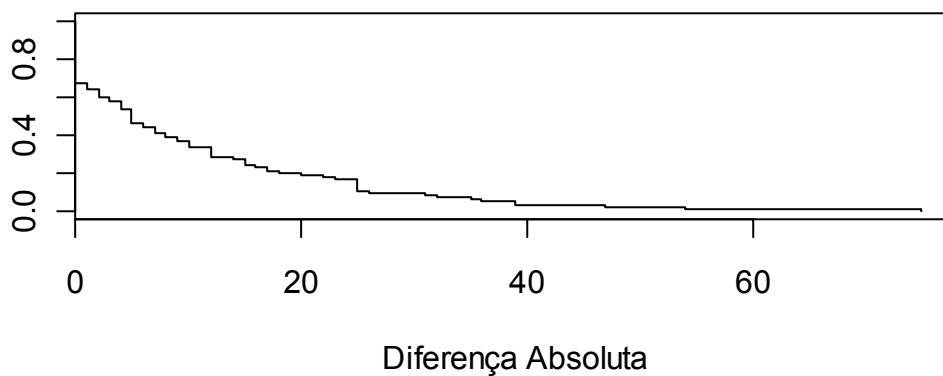
$P = 0.796$ (não houve diferença entre as avaliações de observador e paciente).

Houve concordância entre observador e paciente na avaliação da variável “fadiga”, pelos métodos de Luiz e Llorca.

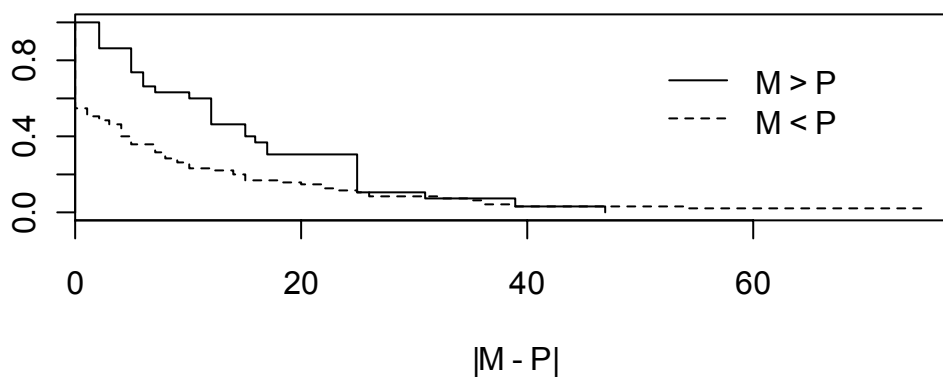
FIGURA 11: Representação gráfica, pelas técnicas analíticas de sobrevivência, através dos métodos de Luiz e de Llorca, avaliando a concordância da variável “tosse” entre observador e paciente.

Tosse

Método Luiz



Método Llorca



M = Médico
P = Paciente

Tarone-Ware test

$P = 0.000723$ (houve diferença entre as avaliações de observador e paciente).

Não houve concordância entre observador e paciente na avaliação da variável “tosse”, pelos métodos de Luiz e Llorca.

Tabela 3 : Avaliação da Análise de Concordância dos Sintomas entre a Visão do Observador e Pacientes: Método Luiz e Método Llorca

Variáveis	Concordância	Discordância
Apetite	+	
Dispneia		+
Dor		+
Fadiga	+	
Tosse		+

Após avaliação de análise de concordância pelo método Luiz e pelo método Lorca, observamos que “apetite e fadiga” foram as variáveis que obtiveram concordância entre observador (médico) e paciente. Nas demais variáveis, não houve concordância, do ponto de vista estatístico. A variável “hemoptise” foi excluída desta análise, por causa do pequeno número de pacientes que apresentaram esta manifestação.

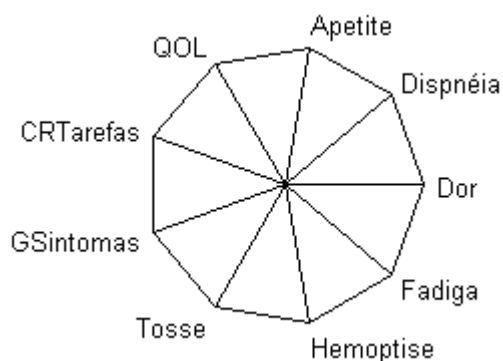
FIGURA 12: Representação gráfica em *star plot*, do seguimento quinzenal de pacientes em tratamento pelos cuidados paliativos, na visão dos pacientes.

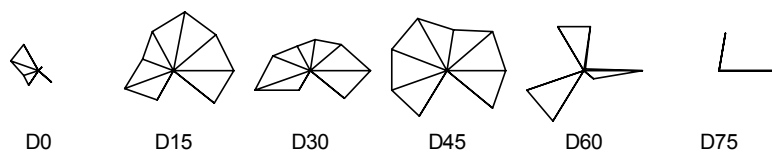
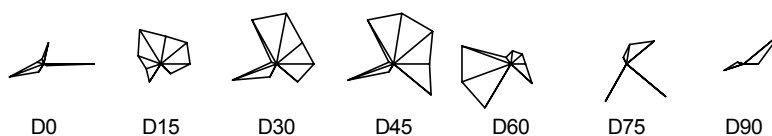
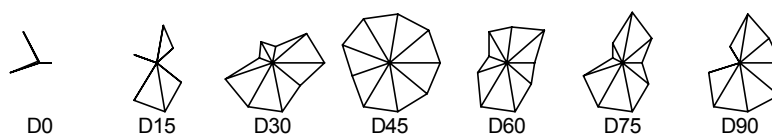
A apresentação gráfica da avaliação da intensidade e variação dos sintomas, coletados por escalas, é uma dificuldade para todo pesquisador. Representar as mudanças nestas características é sempre um desafio, que se procura enfrentar com o recurso do *star plot*.

Usualmente utilizamos sinais, como cruzes, para representar a intensidade e variação dos sintomas. Entendemos que, com este diagrama, podemos ter uma visão global da variação de todos os sintomas, com melhor representatividade.

Os pacientes foram numerados conforme a sua ordem de apresentação no trabalho, de 1 a 30 (Apêndice 3). A escolha destes pacientes obedeceu ao critério da melhor representatividade na evolução dos sintomas, pelo diagrama.

Os sintomas analisados neste diagrama foram aqueles coletados pela visão dos pacientes.



Paciente 10**Paciente 13****Paciente 22****Paciente 24**

Verificamos que o “paciente 10” apresentou-se no primeiro atendimento (D0) em uma situação de perda clínica importante, melhorando nas avaliações de 15, 30 e 45 dias, piorando do dia 60 em diante.

Em relação ao “paciente 13”, chegou ao primeiro atendimento (D0), também em situação de perda clínica importante, com melhora em algumas variáveis até o 60º dia, quando voltou a piorar.

O “paciente 22” apresentou-se no D0 clinicamente muito comprometido, apresentando melhora nas demais visitas ao ambulatório, atingindo melhora máxima no 45º dia de avaliação.

O “paciente 24” evoluiu com muitas perdas até o 45º dia e daí passou a melhorar, apresentando-se bem em todas as variáveis. Nota-se que a variável “hemoptise” nunca aparece porque ela não se modifica, pois o paciente em nenhum momento apresentou este sintoma.

9 DISCUSSÃO

Após a revisão da literatura, optamos pela escala LCSS, por ser dirigida especificamente para pacientes com câncer de pulmão (Hollen et al., 1993) e pela *KPS*, por ser amplamente utilizada para avaliação funcional em oncologia (Karnofsky e Burchenal, 1949).

Optamos por coletar os dados mensalmente, embora os pacientes tivessem sido atendidos conforme a necessidade individual, variando, assim, o intervalo das consultas. A maioria dos pacientes foi atendida semanalmente e, eventualmente, até duas vezes na semana; consideramos para este trabalho somente as avaliações com intervalos mensais.

Por coincidência, os 30 pacientes distribuíram-se igualmente pelos três grupos, pois dez viveram entre 30 e 59 dias, dez, entre 60 e 89 dias e dez viveram 90 dias ou mais.

Tivemos em nossa amostra uma relação mulher:homem de 1.7:1.3.

9.1 *Apetite/anorexia*

A ocorrência de anorexia na nossa amostra foi de 96% (n=29). Os dados da literatura mostram sua presença em 65-85% (INCa, 2001) e a SAC em 89-90% (Nervi,2004) dos pacientes com câncer em fase avançada.

Houve melhora estatisticamente significativa, pela visão do observador, da variável “apetite” (p valor=0,06) na avaliação da diferença D30-D0 (n=10). Muitos dos nossos pacientes apresentaram candidíase oral, náuseas e constipação

intestinal, sendo esta geralmente secundária ao uso de opioides, fatores que contribuem para a anorexia. Pudemos intervir nestes fatores, geralmente de maneira satisfatória, contribuindo para a melhora deste sintoma.

Houve concordância, pela técnica analítica da comparação entre observador e paciente, na variável “apetite”.

9.2 Dispneia

A dispneia é um sintoma subjetivo, que sofre interferências de diversos fatores físicos e psicológicos. Além disso, o observador poderia estar avaliando a dispneia apenas pelos sinais objetivos, como: batimentos de asa do nariz, tiragem intercostal, cianose, ausculta de murmúrio vesicular diminuído e/ou de ruídos adventícios, entre outros. Os pacientes, por outro lado, poderiam estar avaliando tanto pelos sinais objetivos como pelos sintomas subjetivos. Vale salientar que muitas vezes, pela nossa observação, os pacientes confundiam, mesmo após explicação, o sintoma “dispneia” com o sintoma “fadiga”, o que pode ter gerado, em alguns momentos, dificuldade.

Oitenta por cento dos nossos (n=24) pacientes eram tabagistas e, muitos destes, eram portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica. Alguns apresentavam doença cardiovascular e outros apresentaram derrame pleural, linfangite carcinomatosa, anemia, febre devida à infecção respiratória ou ao próprio tumor, síndrome de veia cava superior, e com raras exceções, tiveram caquexia no final da vida. Todos estes fatores podem determinar dispneia e podem ter contribuído para o fato, de que, na nossa amostra, a dispneia esteve presente em 80% dos pacientes, de acordo com o encontrado na literatura (Skaug et al., 2007; Fornells, 2004).

Não houve mudança estatisticamente significativa da variável “dispnéia”, nas várias medidas comparativas, feitas pelo diagrama de caixas.

Não houve concordância, pela técnica analítica da comparação entre observador e paciente, na variável “dispnéia”. Observamos que na curva de sobrevida pelo método, muitas vezes, o sintoma foi mais considerado por nós do que pelo paciente e vice-versa.

9.3 Dor

Cem por cento (n=30) dos nossos pacientes apresentaram dor em algum momento do nosso seguimento em CP. A literatura mostra que 75% dos pacientes com câncer, em geral, apresentam dor em algum momento de sua evolução (Márquez, 2004) e em 81% dos pacientes com câncer de pulmão em fase avançada (Skaug et al., 2007).

Dois terços (n=20) dos nossos pacientes se encontravam no estágio IV, no momento do diagnóstico. Sabemos que os pacientes com câncer metastático têm maior probabilidade de sentir dor (Larue et al., 1995). A idade média dos pacientes foi de 64 anos, o que pode ter contribuído negativamente no tratamento da dor, conforme mostra trabalho na literatura (Larue et al., 1995). Outros fatores que podem ter interferido negativamente na dor foram problemas econômicos e sociais, conforme citado anteriormente (Elliot et al. 1999; Bergman et al., 2001; Lasch, 2002).

Seguimos os degraus da escada analgésica da OMS. Muitos dos nossos pacientes fizeram uso de analgésicos opióides fortes, com boa resposta. Fizemos atendimento clínico acompanhado de apoio emocional, com enfoque para as principais angústias destes pacientes.

Houve piora estatisticamente significativa, pela visão do paciente, da variável “dor” ($p=0,02$) na avaliação da diferença D30-D0 ($n=30$), e na avaliação da diferença D30-D0 ($n=10$) ($p=0,04$). A literatura mostra que a avaliação da dor é um processo complexo e atualmente valorizam-se três dimensões na dor: a sensorial-discriminativa, a motivacional-afetiva e a cognitiva-avaliativa (Melzack e Torgerson, 1971). Na variável “dor”, devemos levar em consideração a extensão da doença, a interferência desta na vida do paciente, os aspectos sociais e emocionais (Angelotti e Sarda, 2005). Trata-se, nesta amostra, de pacientes em fase final de vida, com limitações inerentes a esta fase, devendo-se considerar, além dos aspectos relacionados à própria lesão, a perspectiva da morte que se aproxima, com todos os questionamentos, insegurança, incerteza, separação, dentre outros fatores que podem influir negativamente nesta variável.

Não houve modificação na variável “dor” em todos os grupos pela escala do observador. Isto se justifica porque o *LCSS*, pela escala do observador, só considera que há mudança na pontuação quando há troca do esquema analgésico. Pontua-se de acordo com o analgésico que o paciente usou nas últimas 24h, independentemente da melhora ou piora da dor.

Originalmente, o *LCSS* foi usado para comparar esquemas quimioterápicos no câncer de pulmão, sendo estendido posteriormente para o mesotelioma pleural. Se há mudança no tipo de analgésico, pode-se inferir que há melhora ou piora na dor, assim como na resposta à terapêutica.

Sob o nosso ponto de vista, no caso do paciente em CP, a escala do observador do *LCSS* apresenta algumas limitações. Nessa fase da vida, os pacientes em geral fazem uso de opioide forte até o óbito, em doses que podem variar conforme as indicações e as necessidades individuais.

Não houve concordância, pela técnica analítica da comparação entre observador e paciente, na variável “dor”, o que pode ser explicada pelas diferentes maneiras, entre ambas as medidas, de se avaliar esta variável pelo LCSS, conforme mencionado anteriormente.

9.4 Fadiga

De acordo com a literatura, a fadiga é um sintoma quase universal no paciente com câncer em fase avançada (Wagner e Cella, 2004). Observamos evolução semelhante em nosso trabalho. Sabemos que, conforme o tempo vai passando, há uma piora progressiva do estado geral, muitas vezes com anemia e outros sintomas debilitantes, agravamento dos níveis de anorexia, com episódios de dispnéia e dor. Tudo isto, associado a grande tristeza, ansiedade ou depressão, relacionada à percepção de uma mudança radical, que é a morte que se aproxima, contribui negativamente para a fadiga.

Não houve mudança estatisticamente significativa da variável “fadiga”, nas várias medidas comparativas, feitas pelo diagrama de caixas. Isto está de acordo com a literatura que descreve este sintoma como aquele para o qual menos se conhecem intervenções efetivas (INCa, 2001, Editoriais BMJ, 2001).

Houve concordância, pela técnica analítica entre observador e paciente, na variável “fadiga”.

9.5 Hemoptise

Este sintoma foi o de menor ocorrência na nossa amostra, apresentando-se em 10% (n=3) dos pacientes.

Em todas as avaliações gráficas, com exceção de poucos pontos atípicos, tanto na escala do observador, como na escala do paciente, a hemoptise não teve representação, porque, dos 30 pacientes estudados, teve presença esporádica na nossa amostra de pacientes, conforme já mencionado, com sua rápida resolução. Estes dados estão de acordo com outro trabalho, onde se encontrou presença de hemoptise em 9% dos pacientes com câncer de pulmão em fase avançada (Skaug et al., 2007).

Os episódios de hemoptise foram de curta duração e em pequena quantidade (menor do que 100ml), relacionados com quadro infeccioso respiratório. Foram tratados com antibioticoterapia e sedativos da tosse, com reversão rápida do sangramento, conforme recomendação da literatura (INCa, 2001).

9.6 Tosse

Na nossa amostra, a tosse esteve presente em 96% (n=29) dos pacientes, em algum momento da sua evolução.

Não houve mudança estatisticamente significativa da variável “tosse”, nas várias medidas comparativas, feitas pelo diagrama de caixas.

De acordo com a literatura, a tosse tem uma prevalência de 47%-86% dos pacientes com câncer de pulmão (Chan et al., 2004). Em um dos estudos avaliando a tosse na fase final da vida, 59% dos pacientes se queixavam de tosse e isto foi angustiante em 46% dos casos (Edmond set al., 2001). Outro trabalho que incluiu pacientes com câncer de pulmão, nas últimas semanas de vida, mostrou que a tosse apareceu em 24% dos casos (Skaug et al., 2007).

Não houve concordância, pela técnica analítica da comparação entre observador e paciente, na variável “tosse”. Isto pode ser explicado porque o observador poderia estar avaliando esta variável sob o ponto de vista da “quantidade de tosse” que o paciente apresenta durante a consulta. O paciente, por sua vez, poderia estar avaliando a tosse, principalmente, sob o ponto de vista do quanto isto o incomoda.

9.7 Gravidade dos sintomas

Seguindo o protocolo do *LCSS*, essa variável foi medida apenas na escala do paciente.

Houve significância estatística ($p=0,06$) na diferença das avaliações entre D60-D0 ($n=10$), pela visão dos pacientes, onde a mediana se encontra em um valor positivo no diagrama de caixas, portanto, conseguimos, muitas vezes, interferir nos sintomas angustiantes, com melhora de sua gravidade.

Contudo, a variável foi de difícil compreensão para os pacientes da nossa amostra, mesmo seguindo uma rotina de esclarecimentos. Na nossa observação, o paciente considerava que a progressão da doença estava diretamente relacionada à piora dos sintomas, mesmo quando isto não ocorria.

9.8 Capacidade para realizar tarefas

Também, seguindo o protocolo do *LCSS*, esta avaliação foi feita utilizando-se apenas a escala do paciente.

Não houve mudança estatisticamente significativa da variável “capacidade para realizar tarefas”, nas várias medidas comparativas feitas pelo diagrama de caixas.

Nesta variável, pela nossa observação, o paciente fazia, de forma geral, comparação com as atividades que realizava antes de adoecer, dificultando, muitas vezes a interpretação. Muitos pacientes recuperaram temporariamente sua capacidade para o autocuidado e para algumas outras atividades de vida diária. Apenas uma das nossas pacientes conseguiu retornar a um nível anterior de capacidade.

9.9 Qualidade de vida geral

Seguindo o mesmo protocolo do LCSS, esta avaliação foi feita somente na escala do paciente.

Pelo diagrama de caixas, mostrando a diferença das avaliações entre D30-D0 (n=10), houve melhora na variável “qualidade de vida” ($p=0,04$), pela visão dos pacientes.

Trabalho realizado em pacientes com câncer em fase avançada mostra que a qualidade de vida é fortemente influenciada pela presença de sintomas angustiantes (McMillan e Small, 2002), portanto, no nosso trabalho, melhorando o apetite e a ingestão alimentar, mesmo que de maneira temporária, interferiu-se positivamente na qualidade de vida dos pacientes.

9.10 Escala Karnofsky

Observamos melhora estatisticamente significativa da variável “Karnofsky” ($p= 0,003$) na comparação D30-D0, com dez observações.

Conseguimos melhorar a avaliação nesta escala, através da interferência nos sintomas angustiantes e na QOL geral. Com isto, os pacientes conseguiam

realizar tarefas e adquirir um nível de capacidade melhor que o anterior, o que foi detectado em algumas avaliações.

10. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Viés de seleção: os pacientes estudados foram aqueles que procuraram atendimento no IDT/HUCFF-UFRJ e foram encaminhados para a CDCP.

Viés de aferição: os pacientes estudados possuíam, em geral, baixa escolaridade, com alguma limitação para o entendimento do questionário.

11 CONCLUSÃO

1- A qualidade de vida dos pacientes melhorou significativamente no âmbito dos CP, nos pacientes oncológicos.

2- Alguns pacientes se beneficiaram quanto ao apetite.

3- Houve piora na variável dor, a despeito do tratamento realizado.

12 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A área de cuidados paliativos é pouco conhecida e pouco valorizada, de modo geral, inclusive pelos profissionais da área de saúde. Existem poucos serviços voltados para esse tipo de atendimento no Brasil.

Trabalhos futuros são necessários para proporcionar maior conhecimento e melhor atendimento para os pacientes em fase final da vida.

12 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

-American Joint Committee on Cancer. AJCC Cancer Staging Manual 1997. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Raven Publishers;2002. p 13-5.

-American Society of Clinical Oncology (ASCO). Clinical Practice Guidelines for the Treatment of Unresectable Non-Small-Cell Lung Cancer. J Clin Oncol 1997;15:2996-3018.

-American Thoracic Society. Dyspnea: mechanisms, assessment and management: A consensus statement. Am J Respir Crit Care Med 1999;159(1):321-40.

-Angelotti G, Sardá JJ. Avaliação Psicológica da Dor. In: Figueiró JA, Angelotti G, Pimenta CA M, editores. Dor e Saúde Mental. 1ª ed. São Paulo: Atheneu; 2005. p.43-8

-American Society of Clinical Oncology (ASCO). Clinical Practice Guidelines for the Treatment of Unresectable Non-Small-Cell Lung Cancer. J Clin Oncol 1997;15: 2996-3018.

-Bentur N, Resnizky S. Validation of the McGill Quality of Life Questionnaire in home hospice settings in Israel. Palliat Med 2005;19(7):538-44.

-Bergman S, Herrstrom K, Petersson IF, Svensson B, Jacobsson L. Chronic musculoskeletal pain, prevalence rates, and sociodemographic associations in a swedish population study. J Rheumatol, 2001;28 (6):1369–77.

-Berkley KJ. Sex differences on pain. Behav Brain Sci 1997; 20(5): 371-80.

- Bertolino M. Estrenimiento/Constipacion. In: Bruera E, De Lima, editores. Cuidados Paliativos: Guias para el manejo clinico. 2ª ed. Washington DC: OPAS; 2004. p. 55-9.
- Billings JA. Recents advances: Palliative care. BMJ 2001; 321(5): 555-8.
- Bonica JJ. Definitions and taxonomy of pain. In Bonica JJ editor. The Management of Pain. 2th ed. Philadelphia: Lea & Febiger;1990. p. 18-27.
- Bruera E, Driver L. Astenia/Fatiga. In: Bruera E, De Lima, editores. Cuidados Paliativos: Guias para el manejo clinico. 2ª ed. Washington DC: OPAS; 2004. p. 75-7.
- Cella DF et al. Reability and validity of the Functional Assessment of Cancer Therapy-Lung (FACT-L) quality of life instrument. Lung Cancer 1995;12:199-220.
- Chan K, Sham MMK, Tse DMW, Thorsen AB. Palliative medicine in malignant respiratory diseases. In: Doyle D,Hanks G, Cherny N, Calman K, editors. Oxford Textbook of Palliative Medicine. 3ª ed. New York. Oxford University Press; 2004.p.587-618.
- Davis MP, Dreicer R, Walsh D, Lagman R, LeGrand SB. Appetite and cancer-associated anorexia: a review. J Clin Oncol 2004;22(8):1510-7.
- Editorials. Fatigue in cancer. BMJ 2001; 322(3):1560-4.
- Edmonds P, Karlsen, Khan S, Addington-Hall J. A comparison of the palliative care needs of patients dying from chronic respiratory disease and lung cancer. Palliat Med 2001;15 (4):287-95.
- Elliott AM, Smith BH, Penny KI, Smith WC, Chambers WA. The epidemiology of chronic pain in the community. Lancet 1999;354 (9186):1248- 52.

- Fainsinger R L, Pereira J. Clinical assessment and decision-making in cachexia and anorexia. In: Doyle D, Hanks G, Cherny N, Calman K, editors. Oxford Textbook of Palliative Medicine. 3th ed. New York. Oxford University Press; 2004. p.533-45.
- Farncombe M. Dyspnea: assessment and treatment. Support Care Cancer 1997;5(2):94-9.
- Ferreira ABH. Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa. 4ª ed. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira; 2001.
- Foley KM. Acute and chronic cancer pain syndromes. In: Doyle D, Hanks G, Cherny N, Calman K, editors. Oxford Textbook of Palliative Medicine. 3th ed. New York. Oxford University Press; 2004. p.298-315.
- Fornells H. Disnea. In: Bruera E, De Lima, editores. Cuidados Paliativos: Guias para el manejo clinico. 2ª ed. Washington DC: OPAS; 2004. p.79-84.
- GLOBOCAN 2000. Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. IARC Cancer Base. Lyon, International Agency for Research on Cancer 2001; 5 (1). p.42-5.
- Goldman L, Ausiello D. Approach to the patient with Hemoptysis. In: Arend WP, Armitage JO, editores. Cecil Medicine. 23ª Ed. 2007. p.342-5.
- Gridelli C, Perrone F, Nelli F, Ramponi S, De Marinis F. Quality of life in lung cancer patients. Ann Oncol 2001;12(3):21-5.
- Guyton A C, Hall J E. Dietary Balances; Regulation of Feeding; Obesity and Starvation; Vitamins and Minerals. In: Schmitt W, Gruliow R, editors. Textbook of Medical Physiology. 11th ed. Philadelphia, Pennsylvania: Elsevier ; 2006. p.865-8.

-Hanks G, Cherny NI, Marie F. In: Doyle D, Hanks G, Cherny N, Calman K, editors. Oxford Textbook of Palliative Medicine. 3^a ed. New York. Oxford University Press; 2004 p.316-41.

-Hollen PJ, Gralla RJ, Kris MG, Potanovich LM. Quality of Life assessment in individuals with lung cancer: testing the Lung cancer symptom Scale. Eur J Cancer 1993;29(1):51-8.

-Hollen, PJ., Gralla, RJ, Kris MG. Lung Cancer Symptom Scale (LCSS): Administration, scoring, and procedures manual. Boston: Northeastern University;1995.p.74-2.

-Hollen PJ, Gralla RJ, Kris MG, Eberly SW, Cox C. Normative data and trends in quality of life from the Lung Cancer Symptom Scale (LCSS). Support Care Cancer 1999;7(3):140-8.

-Hollen PJ, Gralla, RJ, Rittenberg CN. Quality of life as a clinical trial endpoint: determining the appropriate interval for repeated assessments in patients with advanced lung cancer. Support Care Cancer 2004;12(11):767-73.

-Hopkins K. Food for life, love and hope: an exemplar of the philosophy of palliative care in action. Proc Nutr Soc 2004;63(3):427-9.

-Instituto Nacional do Câncer (INCa). Cuidados paliativos oncológicos: controle de sintomas. INCA; 2001. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Cuidados paliativos oncológicos: controle de sintomas. Disponível em: < http://www.inca.gov.br/publicacoes/manual_cuidados.pdf>. Acesso em 9 Mai. 2008.

-Instituto Nacional do Câncer (INCa). Carcinoma de pulmão de células não pequenas. Rev Bras Cancerol 2002;48(4):485-492.

-Instituto Nacional do Câncer (INCa). Estimativa 2008. Incidência de câncer no Brasil. Disponível em

<http://www.inca.gov.br/estimativa/2008/index.asp?link=conteudo_view.asp&ID=5

>. Acesso em:30 Set. 2008.

-International Society for Quality of Life Research (ISOQOL). Disponível em: <www.isoqol.org>. Acesso em: 20 Jun. 2008.

- Jemal A, Siegel R, Ward E, Hao Y, Xu J, Murray T, et al.. Cancer Statistics 2008. Cancer J Clin 2008;58:71-96.

-Jha P, Ranson MK, Nguyen SN, Yach D. Estimates of global and regional smoking prevalence in 1995 by age and sex. Am J Public Health 2002;92:1002-6.

-Kaasa S, Loge JH. Quality of life in palliative care: principles and practice. Palliat Med 2003;17(1):11-20.

-Karnofsky DA, Burchenal JH. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. In: McLeod CM ed. Evaluation of chemotherapeutic agents. New York: Columbia University Press; 1949.p.191-205.

-Klaschik E, Husebo S. Palliative medicine. Anaesthetist 1997;46(3):177-85.

-Knorst MM, Dienstmann R, Fagundes LP. Retardo no diagnóstico e no tratamento cirúrgico do câncer de pulmão. J pneumol 2003;29(6):358-64.

-Kovács MJ. Bioética nas questões da vida e da morte. Psicol USP 2003;14(2):25-42.

-Lagman RL, Davis MP, LeGrand SB, Walsh D. Common Symptoms in advanced cancer. Surg Clin North Am 2005;85(2):237-55.

- Larue F, Colleau SM, Brasseur L, Cleeland CS. Multicentre study of cancer pain and its treatment in France, BMJ 1995;310:1034-7.
- Lasch KE. Culture and pain. Clin Updates 2002;10(2):1-4.
- LeGrand SB. Dyspnea: the continuing challenge of palliative management. Curr Opin Oncol 2002;14(4):394-8.
- Levin R. Cuidados Paliativos: Principios Generales. In: Bruera E, De Lima, editores. Cuidados Paliativos: Guías para el manejo clínico. 2ª ed. Washington DC: OPAS; 2004.p.3-8.
- Llorca J, Delgado-Rodriguez M. Survival analytical techniques were used to assess agreement of a quantitative variable. J Clin Epidemiol 2004;58:314-5.
- Luiz RR, Costa AJL, Kale PL, Werneck GL. Assessment of agreement of a quantitative variable: a new graphical approach. J Clin Epidemiol 2003;56:963-7.
- McBeth GJM, IM Hunt, Silman AJ. Risk factors for persistent chronic widespread pain a community-based study. Rheumatology 2001;40:95–101.
- McMillan SC, Small BJ. Symptom distress and quality of life in patients with cancer newly admitted in hospice home care. Oncol Nurs Forum 2002;29(10):1421-8.
- Marin Caro MM, Laviano A, Pichard C. Impact of nutrition on quality of life during cancer. Curr Opin Clin Nutr Metab Care 2007; 10(4):480-7.
- Márquez BC. Valoración del dolor por cáncer. In: Bruera E, De Lima, editores. Cuidados Paliativos: Guías para el manejo clínico. 2ª ed. Washington DC: OPAS; 2004. p. 27-30.

- Martins S, Ho N, Cavamura SO, Harada CM, Yamamoto CA, Takagaki TY. Lung cancer symptoms and pulse oximetry in the prognostic assessment of patients with lung cancer. *BMC Cancer* 2005;5(1):72-8.
- Melzack R. The McGill pain questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain* 1975;1(3):277-99.
- Melzack, R. Torgerson, W.S. On the language of pain. *Anesthesiology* 1971;34(1):50-9.
- Montejo G. Delirio. In: Bruera E, De Lima, editores. *Cuidados Paliativos: Guías para el manejo clínico*. 2ª ed. Washington DC:OPAS; 2004. p. 91-5.
- Mora ARM. Análise de sobrevivência de pacientes com câncer de pulmão [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2004. 102 p.
- Mota DDCF, P CAM. Fadiga em pacientes com câncer avançado: conceito, avaliação e intervenção. *Rev Bras Cancerol* 2002;48(4): 577-83.
- Mountain CF. Revisions in the International System for Staging Lung Cancer. *Chest* 1997;111(6):1710-17.
- Murray S A, Grant E, Grant A, Kendall M. Dying from cancer in developed and developing countries: lessons from two qualitative interview studies of patients and their carers. *BMJ* 2003;326(7385):368.
- Nervi F. Anorexia y caquexia. In: Bruera E, De Lima, editores. *Cuidados Paliativos: Guías para el manejo clínico*. 2ª ed. Washington DC: OPAS; 2004. p. 49-53.
- Nelson K A, Walsh D, Sheehan F A. The Cancer Anorexia-Cachexia Syndrome. *J Clin Oncol* 1994;12(1):213-25.

- Papiris S, Manali E, Roussos C. Palliation of dyspnea in terminal ill patient with lung cancer. *Tumors of the Chest* 2006; 50;575-579.
- Pascual L L. Treatment of gastrointestinal symptoms. *Aten Primaria* 2006;38(2):47-56.
- Pereira JR. Randomized Phase III Trial of Pemetrexed Versus Docetaxel in Patients With Non–Small-Cell Lung Cancer Previously Treated With chemotherapy. *J Clin Oncol* 2004;22(9):1589-97.
- R Development Core Team. R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. ISBN 3-900051-07-0, URL < <http://www.R-project.org>>. Acesso em: 20 Set. 2008.
- Radbruch L, Strasser F, Elsner F, Gonçalves JF, Loge K, Nauck F et al. Fatigue in palliative care patients - an EAPC approach. *Palliat Med* 2008;22(1):13-32.
- Reuben DB, Mor V. Dyspnea in terminally ill cancer patients. *Chest* 1986;89:234-236.
- Rodriguez R. Náusea Crónica y vomito em el paciente com cancer. In: Bruera E, De Lima, editores. *Cuidados Paliativos: Guias para el manejo clinico*. 2ª ed. Washington DC: OPAS; 2004. p. 41-7.
- Salamonde GLF, Verçosa N, Barrucand L, Costa AFC. Análise clínica e terapêutica dos pacientes oncológicos atendidos no Programa de Dor e Cuidados Paliativos do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho no ano de 2003. *Rev Bras Anesthesiol* 2006;56(6):602-18.
- Sanders C, Egger M, Donovan J, Tallon D, Frankel S. Reporting on quality of life in randomised controlled trials: bibliographic study. *BMJ* 1998;318(7191):1142.

- Silva MPN. Síndrome da anorexia-caquexia em portadores de câncer. *Rev Bras Cancerol* 2006;52(1):59-77.
- Skaug K, Eide GE, Gulsvik A. Prevalence and predictors of symptoms in the terminal stage of lung cancer. *Chest* 2007;131(2):389-94.
- Sorensen JB, Klee M, Palshof T, Hansen HH. Performance status assessment in cancer patients. An inter-observer variability study. *Br J Cancer* 1993;67(4):773-5.
- Strasser F. Pathophysiology of the anorexia/cachexia syndrome. In: Doyle D, Hanks G, Cherny N, Calman K, editors. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 3th ed. New York. Oxford University Press; 2004. p.520-32.
- Sutton LM, Porter LS, Keefe FJ. Cancer pain at the end of life a biopsychosocial perspective. *Pain* 2002;99(1):5-10.
- Sweeney S, Neuenschwander H, Bruera E. Fatigue and asthenia. In: Doyle D, Hanks G, Cherny N, Calman K, editors. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 3th ed. New York. Oxford University Press; 2004. p.560-7.
- Tisdale M J. Cancer Anorexia and Cachexia. *Nutrition* 2001;17(5):438-42.
- Tulsky JA. Beyond advance directives: importance of communication skills at the end of life. *JAMA* 2005;293(3):359-65.
- Verhaak JJ, Kerssens JJ, Dekker J, Sorbi MJ, Bensing JM. Prevalence of chronic benign pain disorder among adults: a review of the literature, *Pain* 1998;77(3):231-239.
- Von Roenn H, Paice A. Control of common, non-pain cancer symptoms. *Semin Oncol* 2005;32(2):200-10.

-Wagner LI, Cella D. Fatigue and cancer: causes, prevalence, and treatment approaches. BJC 2004;91:822-8.

- Wehmeier Sally. McIntosh C. Turnbull J. Oxford Advanced Learner's dictionary 7th ed., New York: Oxford University Press; 2005.

-Weinberger SE. Lipson D A. Cough and Hemoptysis. In: Fauci AS, Kasper, Longo DL, Braunwald E, Hauser S, Jameson J, editors, Harrison's Principles of Internal Medicine. 17th Ed. EUA: The McGraw-Hill Companies; 2008.

-Welshman A. Palliative care. Some organisational considerations. Minerva Anestesiol 2005;71(7):439-43.

- World Health Organisation. Whoqol-brief introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. 1996. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf>. Acesso em: 21 Set. 2008.

-World Health Organization. Key definitions: What is palliative care? 2002. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/media/FINAL-Palliative%20Care%20Module.pdf>. Acesso em: 17 Jan. 2009.

-World Health Organization. The world health report 2004 http://www.who.int/mental_health/evidence/whoqol_srbp_users_manual_rev_2005.pdf.

-World Health Organization. Knowledge into Action. Cancer Control WHO Guide for Effective Programmes 2007. Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/media/FINAL-palliative%20Care%20Module.pdf>>. Acesso em: 27 Set. 2008.

-World Health Organization. WHO's pain ladder. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/>>. Acesso em: 27 Dez. 2008.

-World Health Organization. Cancer. Key Facts 2008. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/> Acesso em 17 Jan. 2009.

-World Health Organization. World Cancer Report 2008. Disponível em: <<http://www.who.int/bookorders/anglais/detart1.jsp?sesslan=1&codlan=1&codcol=76&codcch=26>.> Acesso em: 20 Jan.2009.

-Yancik R, Ganz PA, Varricchio CG, Conley B. Perspectives on comorbidity and cancer in older patients: approaches to expand the knowledgebase. J cli Oncol 2001;19(4):1147-51.

13. APÊNDICE 1: TCLE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
Nome _____ **Prontuario (HUCFF)** _____

Estamos realizando um estudo sobre os sintomas angustiantes (desagradáveis) em pacientes com doenças como a sua e gostaríamos de convidá-lo a participar. O nome do estudo é: “Avaliação da influência dos cuidados paliativos sobre sintomas angustiantes e capacidade funcional nos pacientes com câncer de pulmão”. Este é um estudo sobre o tratamento dos seus sintomas e avaliação de como isto influencia seu conforto e suas atividades diárias de vida.

Este estudo será realizado através da aplicação de questionários com perguntas sobre como você se sente, o que lhe incomoda e se o tratamento que você recebe modifica a sua dor e qualquer outro sintoma desagradável que você venha a apresentar no curso de sua doença e se este tratamento muda a sua capacidade de realizar as suas atividades diárias e a necessidade de receber cuidados de outra pessoa.

Se você concordar em participar, realizaremos os questionários em suas consultas regulares durante o seu tratamento. Caso você não consiga responder ou tenha dificuldades com qualquer pergunta, a pessoa responsável por você poderá lhe ajudar.

Todas as dúvidas sobre sua doença e o seu tratamento, você poderá entrar em contato com a Dra Vera Lucia Mannarino, responsável por este estudo, no ambulatório de Cuidados Paliativos e Tratamento da Dor, no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, sala 211, às segundas-feiras, de 8 às 13 horas ou pelo telefone (21) 91596512.

Todas as informações fornecidas permanecerão sob sigilo, preservando sua privacidade e sua identidade. Os dados deste

estudo serão utilizados para fins científicos e o resultado poderá ser publicado em revistas científicas e/ou apresentado em congresso.

A sua participação é voluntária e consciente e você poderá desistir de participar a qualquer momento sem que isto afete a sua relação com o seu médico, sem que haja qualquer prejuízo no seu atendimento e no seu tratamento.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Declaro que concordo em participar do estudo, que não recebo nenhuma remuneração ou vantagem ao aceitar participar deste estudo. Declaro, ainda, estar recebendo uma cópia deste documento.

Assinatura do (a) paciente _____

Assinatura da pesquisadora _____

Rio de Janeiro, _____, de _____, de _____

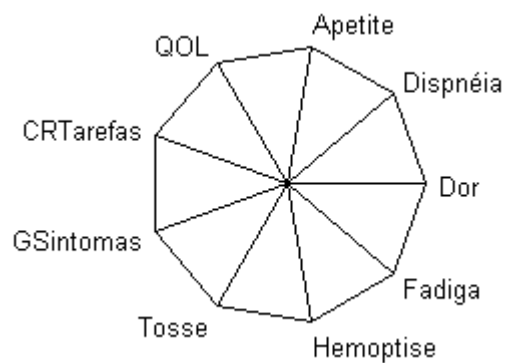
13. APÊNDICE 2- Ficha de Coleta de Dados

Nome.....Prontuário.....
Endereço.....Sexo.....Idade.....
Data diag.....Tipo histológico.....Estagio.....
Tratamento oncológico(QT) (RXT) (QT+RXT) (Não realizou)
Doenças associadas.....

Avaliação do observador

	1º dia	30º dia	60º dia	90º dia
Anorexia				
Dispneia				
Dor				
Fadiga				
Hemoptise				
Tosse				
EstágioIIIB/IV				
KPS				

13. APÊNDICE 3- Star plot



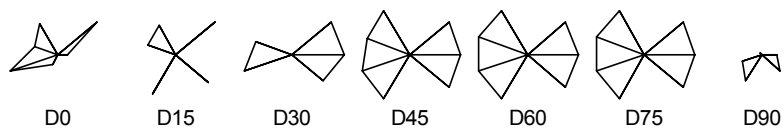
Paciente 1

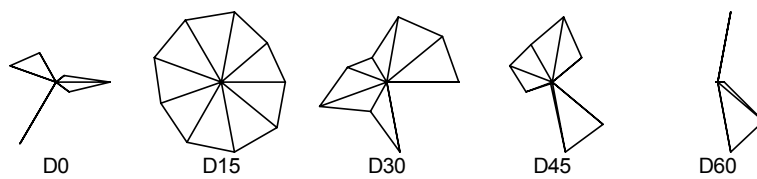
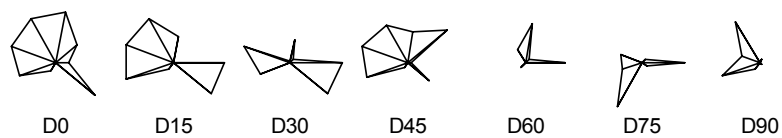
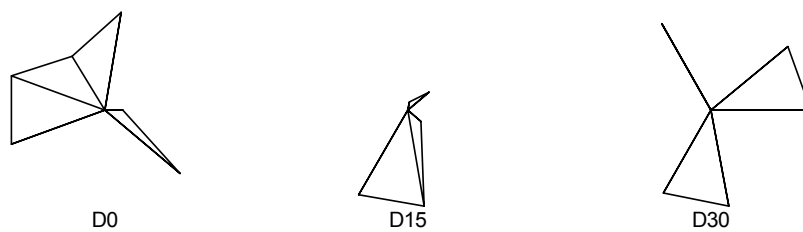
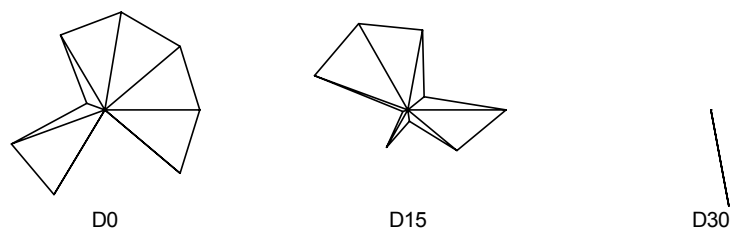


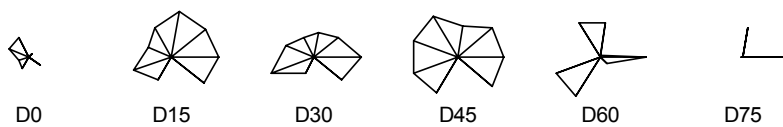
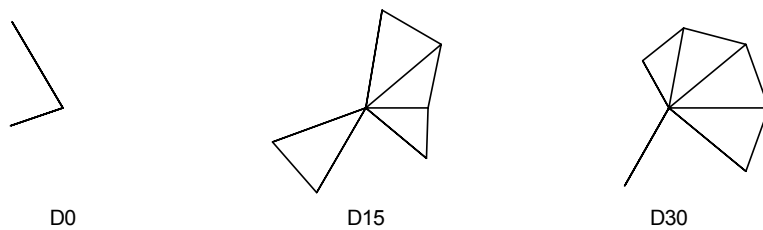
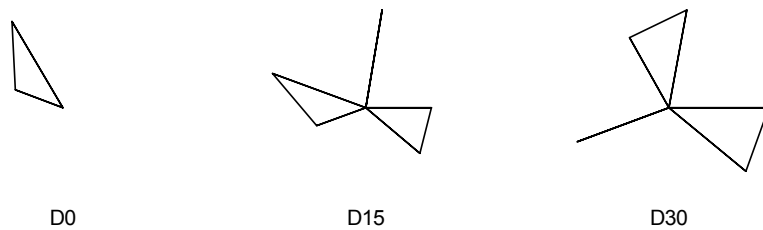
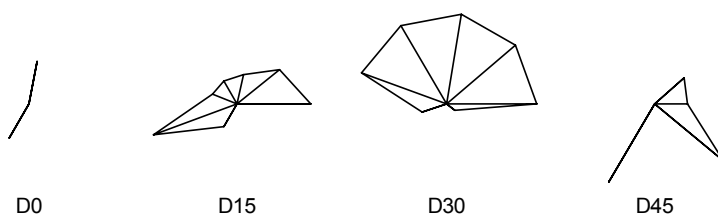
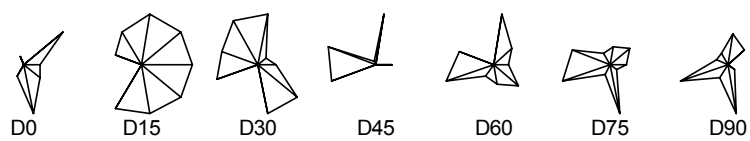
Paciente 2

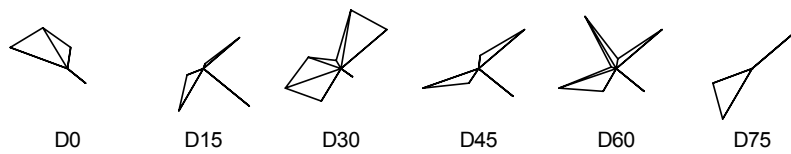
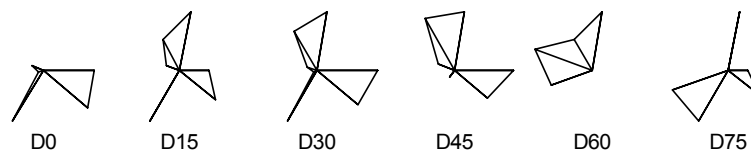
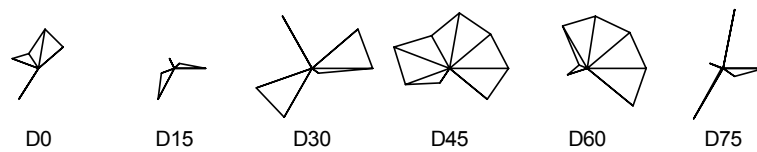


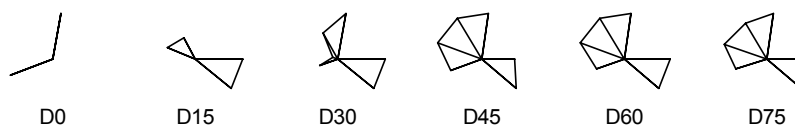
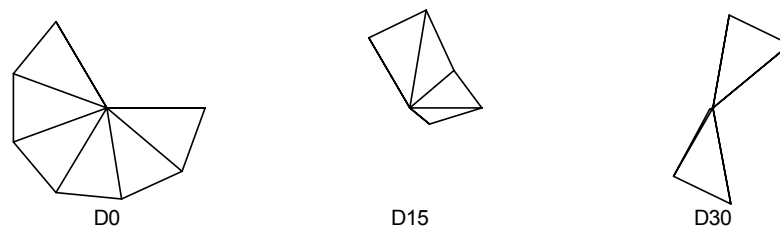
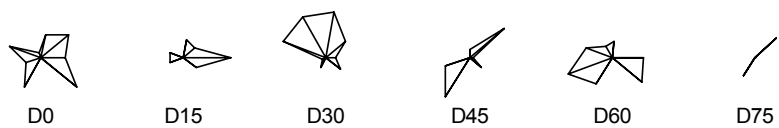
Paciente 3



Paciente 4**Paciente 5****Paciente 6****Paciente 7****Paciente 8****Paciente 9**

Paciente 10**Paciente 11****Paciente 12****Paciente 13****Paciente 14****Paciente 15**

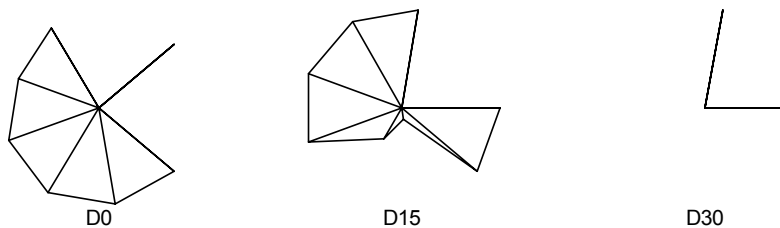
Paciente 16**Paciente 17****Paciente 18**

Paciente 19**Paciente 20****Paciente 21**

Paciente 22



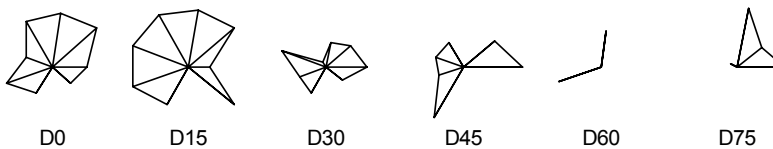
Paciente 23



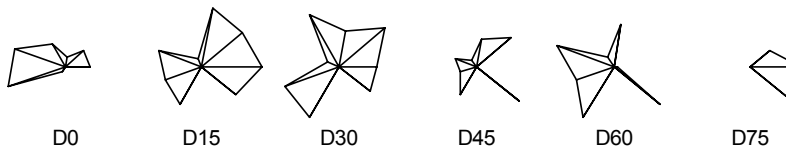
Paciente 24



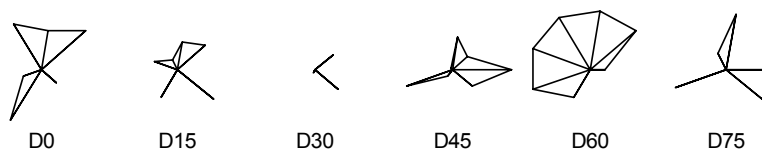
Paciente 25

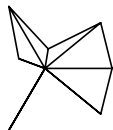


Paciente 26

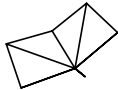


Paciente 27



Paciente 28

D0



D15



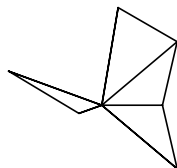
D30



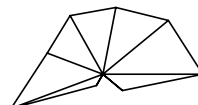
D45

Paciente 29

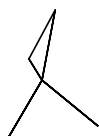
D0



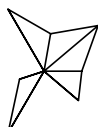
D15



D30

Paciente 30

D0



D15



D30



D45

14 ANEXO 1- PARECER DO CEP

ANEXO 2- DEFINIÇÕES DO SISTEMA TNM (Mountain 1997)

	Definições
T	Tumor primário
TX	Tumor primário inacessível ou tumor provado pela presença de células malignas em secreções broncopulmonares, mas não visível por imagem ou broncoscopia
T0	Sem evidência de tumor primário
Tis	Carcinoma in situ
T1	Tumor \leq 3cm em seu maior diâmetro, circundado por pulmão ou pleura visceral, sem evidência broncoscópica de invasão mais proximal que o brônquio lobar (brônquio fonte livre)
T2	Tumor $>$ 3cm em seu maior diâmetro ou que invada pleura visceral ou associado à atelectasia ou pneumonite obstrutiva estendendo-se até o hilo, mas sem acometer todo o pulmão; ou tumor em brônquio fonte a uma distância \geq 2cm da carina
T3	Tumor de qualquer tamanho que invada parede torácica (incluindo tumor do sulco superior), diafragma, pleura mediastinal, pericárdio parietal; ou tumor em brônquio fonte a $<$ 2cm da carina sem envolvê-la; ou associado à atelectasia ou pneumonite obstrutiva de todo o pulmão
T4	Tumor de qualquer tamanho que invada mediastino, coração, grandes vasos, traquéia, esôfago, corpo vertebral ou carina; ou nódulo(s) separado(s) num mesmo lobo; ou tumor com derrame pleural maligno
N	Linfonodo regional
NX	Linfonodo regional inacessível
N0	Sem metástase para linfonodos regionais
N1	Metástase ipsilateral para os linfonodos peribrônquicos e/ou hilares e intrapulmonares
N2	Metástase ipsilateral para os linfonodos mediastinais e/ou subcarinais
N3	Metástase contralateral para os linfonodos mediastinais e/ou hilares; ipsilateral ou contralateral para os linfonodos supraclaviculares ou escalenos
M	Metástase

MX	Metástase inacessível
M0	Sem metástase conhecida
M1	Metástase presente (inclui nódulo(s) separado(s) síncrono(s) em lobo diferente)

ANEXO 3: ESTÁGIO TNM -*American Joint Committee on Cancer Staging*

(Hurria e Kris, 2003)

Estágio	Tumor (T)	Linfonodo (N)	Metástase (M)
IA	T1	N0	M0
IB	T2	N0	M0
IIA	T1	N1	M0
IIB	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
IIIA	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1	M0
	T3	N2	M0
IIIB	Qualquer T	N3	M0
	T4	Qualquer N	M0
IV	Qualquer T	Qualquer N	M1

ANEXO 4- KARNOFSKY PERFORMANCE STATUS SCALE

Nenhuma queixa; ausência de evidências de doença	100
Capaz de levar vida normal:sinais ou sintomas menores	90
Alguns sinais e sintomas de doença com o esforço	80
Capaz de cuidar de si mesmo, mas incapaz de levar suas atividades normais ou de exercer um trabalho ativo	70
Necessita de assistência ocasional, mas ainda é capaz de prover a maioria de suas atividades	60
Requer assistência e cuidados médicos freqüentes	50
Incapaz: requer cuidados especiais e assistência	40
Muito incapaz:indicada hospitalização, morte não é iminente	30
Muito debilitado:hospitalização para cuidados ativos	20
Moribundo:processos letais progredindo rapidamente	10

Karnofsky DA, Burchenal, 1949.

ANEXO 5- LUNG CANCER SYMPTOM SCALE ESCALA DO PACIENTE

Versão para o português do Brasil

Instruções: Por favor coloque uma marca em cada linha, no local que melhor descreve os sintomas do seu câncer no pulmão DURANTE O DIA QUE PASSOU (nas últimas 24 horas).

Exemplo de Pergunta

COMO ESTÁ O TEMPO HOJE?

TÃO BOM
QUANTO
SERIA
POSSÍVEL

|_____|

TÃO MAU
QUANTO
SERIA
POSSÍVEL

1 COMO ESTÁ O SEU APETITE?

TÃO BOM
QUANTO
SERIA
POSSÍVEL

|_____|

TÃO MAU
QUANTO
SERIA
POSSÍVEL

2 QUE GRAU DE FADIGA SENTE?

NENHUMA

|_____|

A MÁXIMA
POSSÍVEL

3 QUANTA TOSSE TEM?

NENHUMA

|_____|

A MÁXIMA
POSSÍVEL

4 QUANTA FALTA DE AR TEM?

NENHUMA

|_____|

A MÁXIMA
POSSÍVEL

5 QUANTO SANGUE VÊ NO SEU ESCARRO?

NENHUM | _____ | O MÁXIMO POSSÍVEL

6 QUANTA DOR SENTE?

NENHUMA | _____ | A MÁXIMA POSSÍVEL

7 QUE GRAVIDADE TÊM OS SEUS SINTOMAS DE CÂNCER NO PULMÃO?

NENHUMA | _____ | A MÁXIMA POSSÍVEL

8 QUANTO É QUE A SUA DOENÇA AFETOU A SUA CAPACIDADE PARA EFETUAR AS ATIVIDADES NORMAIS?

NADA | _____ | TANTO QUE NÃO POSSO FAZER NADA SÓZINHO/A

9 COMO CLASSIFICARIA A QUALIDADE DA SUA VIDA HOJE?

MUITO ELEVADA | _____ | MUITO BAIXA

**ANEXO 6- LUNG CANCER SYMPTOM SCALE
PONTUAÇÃO DA ESCALA DO OBSERVADOR**

Perda de apetite

100-Nenhuma

75-Pequena: perda ocasional do apetite, que não interfere com ingestão de alimento.

50-Moderada: perda ocasional do apetite, que ocasionalmente interfere com ingestão de alimento.

25-Marcada: perda freqüente do apetite, que geralmente interfere com ingestão de alimento.

0-Severa: apetite muito prejudicado, que necessita de intervenção médica para alimentação.

Fadiga

100- Nenhuma

75-Pequena: ocasionalmente prejudicado por modesta fadiga.

50- Moderada: frequentemente prejudicado por modesta fadiga.

25-Marcada: ocasionalmente prejudicado por maior fadiga.

0-Severa: frequentemente prejudicado por maior fadiga.

Tosse

100-Nenhuma.

75- Pequena: presente e aumentou durante o último ano, mas não preocupante e nenhum medicamento foi necessário.

50-Moderada: preocupante, acarreta respiração curta ocasionalmente.

25- Marcada: preocupante, prejudica o sono e outras funções.

0-Severa: quase constante, interrompe algumas atividades normais.

Dispneia

100-Nenhuma.

75-Pequena: notada somente com atividade maior, não limita atividades habituais.

50-Moderada: presente quando caminha com passo normal.

25-Marcada: presente com atividade mínima; ocasionalmente uso de oxigênio suplementar.

0- Severa: necessita suplementação de oxigênio na maior parte do tempo.

Hemoptise

100-nenhuma.

75- Pequena: sangue no escarro, menos freqüente do que diariamente.

50-Moderada: Sangue no escarro, no mínimo diariamente, mas geralmente como “manchas”.

25-Marcada: escarro é frequentemente de sangue puro, diariamente.

0-Severa: como na marcada, mas a perda pela hemoptise diminui a hemoglobina dosada.

Dor

100- Nenhuma.

75: Pequena: presente, mas não necessita de medicamento e quando necessita, somente usa medicação oral para o controle da dor.

50-Moderada: necessita medicação oral contendo codeína; dor razoavelmente controlada.

25- Marcada: necessita agentes narcóticos orais; dor controlada razoavelmente.

0-Severa- O controle da dor não é satisfatório com agentes orais narcóticos; necessita narcóticos parenterais.

(Hollen e Gralla, 1995; Hollen, 1999)

Anexo 7- ATS 2009 Program Notification

Data:	21/01/2009 18:13:27
De:	http://webmail.oi.com.br/mail/compose.php?to=ATS+Project+Coordinator+%3Csupport%40marathonmultimedia.com%3E&thismailbox=INBOX
Para:	http://webmail.oi.com.br/mail/compose.php?to=veramannarino%40oi.com.br&thismailbox=INBOX
Cc:	http://webmail.oi.com.br/mail/compose.php?to=campaign%40marathonmultimedia.com&thismailbox=INBOX
Endereço para Resposta (Reply-To):	http://webmail.oi.com.br/mail/compose.php?to=support%40marathonmultimedia.com&thismailbox=INBOX
Assunto:	ATS 2009 Program Notification (File # 954853)

TO: Dr. Vera Mannarino

ABSTRACT NUMBER: 2141

ABSTRACT TITLE: Evaluation of Palliative Care Influence on Distressing Symptoms and Quality of Life in Lung Cancer Patients

The ATS International Conference Committee would like to inform you that your abstract listed above has been accepted for presentation at the 2009 ATS International Conference in San Diego, California.

Your abstract was accepted and has been programmed as a(n) Poster presentation at a Thematic Poster session, C42 - LUNG CANCER CLINICAL TREATMENT, scheduled for Tuesday, 5/19/2009 from 8:15 AM to 4:00 PM.

Additional information about your presentation will follow shortly.

You must register for the conference and we recommend you do this soon to ensure your first choice of sessions and hotels. The Advance Program, which contains the registration form, will be mailed to you under separate cover or you may access the program and register online through the ATS website:

<http://www.thoracic.org/go/international-conference>. You may also register by mail, facsimile and phone. Take note of the reduced registration fee for those who register by the March 24 deadline. You are also responsible for making your own travel and hotel accommodations.

TRAVEL REQUIREMENTS

PASSPORT: By Air: ALL persons traveling by air outside of the United States (U.S.) are required to present a passport or other valid travel document to enter or re-enter the U.S. By land or by sea: The Western Hemisphere Travel Initiative requires all travelers to and from the Americas, the Caribbean, and Bermuda to have a passport or other accepted document that establishes the bearer's identity and nationality to enter or re-enter the U.S.

VISA: Most Canadian citizens and many citizens from Visa Waiver Program (VWP) countries can come to the U.S. without a visa if they meet certain requirements. Travelers from all 34 VWP countries must have a machine-readable passport and an approved authorization through the Electronic System for Travel Authorization at the U.S. port of entry to enter the U.S. without a visa; otherwise a U.S. visa is required.

IMPORTANT: Effective January 12, 2009, all VWP travelers will be required to obtain an authorization via the Electronic System for Travel Authorization (ESTA) before traveling to the United States. Learn more about ESTA at www.cbp.gov.

For more information on passports, visa requirements, and Letter of Invitation, please visit

<http://www.thoracic.org/go/international-conference>.

After January 21, you may log back into the ATS Call4Abstracts(tm) website, www.call4abstracts.com/ats/, to download your acceptance letter on ATS letterhead. You will need to log into the website using the same username and password you used to submit your abstract(s). Please contact Technical Support if you need assistance by emailing <http://webmail.oi.com.br/mail/compose.php?to=support%40marathonmultimedia.com&thismailbox=INBOX> or calling 507-333-1000.

Thank you for your participation. We look forward to an exciting program. Monica Kraft, M.D.

Chair

International Conference Committee

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)