



## Controle dos sintomas com idosos hospitalizados em cuidados paliativos: estratégia centrada na pessoa idosa

Symptom control with elderly people hospitalized in palliative care: strategy centered on the elderly

Control de síntomas na ancianos hospitalizados em cuidados paliativos: estratégia centrada en los ancianos

Ana Karina de Andrade Araújo Galvão<sup>1</sup>, Amanda de Oliveira Freire Barros<sup>2</sup>, Hugo Moura de Albuquerque Melo<sup>1</sup>, Nadja Maria Jorge Asano<sup>2</sup>.

### RESUMO

**Objetivo:** Analisar o controle dos sintomas dos idosos hospitalizados em Cuidados Paliativos como estratégia para plano de cuidado multidisciplinar centrado na pessoa. **Métodos:** Estudo quantitativo, com 53 indivíduos, de ambos os sexos, idade igual ou superior a 60 anos admitidos na enfermaria de onco-hematologia. A coleta de dados foi dividida em três momentos para acompanhamento dos sintomas pela Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS) com idosos internados até 96h na enfermaria e registros de evoluções em prontuários pelos profissionais para adequar as condutas de acordo com a sintomatologia. Foram utilizadas escalas de verificação em Cuidados Paliativos, *Palliative Care Screening Tool* (PCST) e *Palliative Performance Scale* (PPS). **Resultados:** Destacam-se três sintomas com maior frequência de relatos: dor (94%), mal-estar (92%) e fadiga (83%). Houve redução significativa nas médias dos escores da ESAS após aplicação de medidas de controle de sintomas pela equipe. **Conclusão:** Conclui-se que o gerenciamento dos sintomas de forma seriada temporalmente aliado ao plano de cuidados multiprofissional direcionou para uma avaliação fidedigna do idoso pela abordagem paliativa à medida em que a associação de um sintoma ao outro, permitiu a formulação de estratégias para manejo e controle dos sintomas de forma eficaz.

**Palavras-chave:** Idoso, Sintomas, Cuidados Paliativos.

### ABSTRACT

**Objective:** Analyze Symptom control in elderly people hospitalized in Palliative Care as a strategy for a person-centered multidisciplinary care plan. **Methods:** Quantitative study, with 53 individuals, of both sexes, aged 60 years or over admitted to the onco-hematology ward. Data collection was divided into three moments to monitor symptoms using the Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS) with elderly people hospitalized for up to 96 hours in the ward and records of evolution in medical records by professionals to adapt behaviors according to the symptoms. Palliative Care verification scales, Palliative Care Screening Tool (PCST) and Palliative Performance Scale (PPS) were used. **Results:** Three symptoms most frequently reported stand out: pain (94%), malaise (92%) and fatigue (83%). There was a significant reduction in the mean ESAS scores after the team applied Symptom control measures. **Conclusion:** It is concluded that the management of symptoms in a serial manner over time combined with the multidisciplinary care plan led to a reliable assessment of the elderly through the palliative approach as the association of one Symptom with another allowed the formulation of strategies for management and control symptoms effectively.

**Keywords:** Aged, Symptom, Palliative Care.

### RESUMEN

**Objetivo:** Analizar el control de síntomas em ancianos hospitalizados en Cuidados Paliativos como estrategia para un plan de cuidados multidisciplinario centrado em la persona. **Métodos:** Estudio cuantitativo, con 53 individuos, de ambos sexos, de 60 años o más, ingresados en la sala de oncohematología. Recolección de datos se dividió em três momentos para monitorear los síntomas mediante la Escala de Evaluación de

<sup>1</sup> Hospital das Clínicas/Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)/Ebserh, Recife – PE.

<sup>2</sup> Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife – PE.

Síntomas de Edmonton (ESAS) con ancianos hospitalizados por 96 horas en sala y evolución en prontuários médicos por profesionales para adaptar conductas según los síntomas. Se utilizaron escalas de verificación de Cuidados Paliativos, Palliative Care Screening Tool (PCST) y Palliative Performance Scale (PPS). **Resultados:** Destacan três síntomas reportados con mayor frecuencia: dolor (94%), malestar (92%) y fatiga (83%). Hubo reducción significativa em las puntuaciones medias de ESAS después de que el equipo aplico medidas de control de síntomas. **Conclusión:** Se concluye que el manejo de los síntomas de manera seriada en el tempo combinado con el plan de cuidados multidisciplinario permitió una evaluación confiable del anciano a través del abordaje paliativo ya que la asociación de un síntoma con outro permitió formular estrategias de manejo y controlar los síntomas de manera efectiva.

**Palabras clave:** Anciano, Síntomas, Cuidados Paliativos.

## INTRODUÇÃO

A demanda em Cuidados Paliativos é crescente em todo o mundo devido ao envelhecimento populacional (ANCP, 2020). Cerca de 40 milhões de pessoas em todo o mundo necessitam de Cuidados Paliativos todos os anos, mas apenas 14% destes clientes recebem intervenção deste tipo. Globalmente, as doenças não transmissíveis causam 70% das mortes e geram 93% das necessidades de Cuidados Paliativos. Aproximadamente, 37,4% de todas as mortes requerem Cuidados Paliativos e 80% das necessidades globais de Cuidados Paliativos são pertinentes aos países de renda média (SOUSA ADRS, et al., 2019).

A tendência crescente do aumento populacional configura um cenário de necessidade iminente na formação profissional no que diz respeito a abordagem paliativa, visto que as estratégias nesse cuidado predispõe o desenvolvimento de habilidades específicas (CALDAS GHO, et al., 2018). Tais habilidades perpassam pela tríade da atenção centrada na pessoa, assistência à família e respeito à autonomia. Nesse contexto, a valorização das queixas da pessoa associado à biografia de cada ser, atrelado ainda às questões culturais e éticas configuram um novo panorama de saúde baseado mais em recursos para melhoria da qualidade de vida, em contraponto a assistência médica invasiva (BLASCO PG, 2018).

Os Cuidados Paliativos podem melhorar o controle de sintomas, a resposta às doenças e a qualidade de vida do indivíduo e familiar, visto que o aparecimento de sintomas desagradáveis no percurso do processo de adoecimento precisa ser conduzido de forma a otimizar a condição de conforto ao idoso nessa dinâmica de vida (DONKOR A, et al., 2018; VANBUTSELE G, et al., 2018; BALDUCCI L, 2019). Do contrário, o manejo não adequado de sintomas leva o idoso a progressiva dependência funcional e outras complicações (ALEXANDER GK, et al., 2016; AMADOR S, et al., 2019). A compreensão multidimensional do adoecimento proporciona à equipe uma atuação ampla e diversificada que se dá através da observação, análise, orientação, visando identificar os aspectos relevantes para a evolução de cada caso. Cada profissão tem uma função importante nesse processo (PACHECO CL e GOLDIM JR, 2019).

Tal perspectiva nos direciona para a articulação com os Cuidados Paliativos geriátricos e a dimensão do Plano Terapêutico Singular (PTS), definido como um conjunto de propostas terapêuticas articuladas que resultam da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, considerando as percepções de cada profissional da equipe a fim de atender as necessidades de saúde de cada pessoa e definir propostas de cuidados (SUELEN J, et al., 2007). O PTS apresenta-se como uma estratégia para resolução de queixas relatadas pelo paciente no decorrer do seu internamento e consequentemente controle de sua sintomatologia, bem como o fortalecimento do cuidado integralizado (BAPTISTA JA, et al., 2020).

Neste contexto, o objetivo do presente estudo foi analisar o controle dos sintomas dos idosos hospitalizados em Cuidados Paliativos como estratégia para plano de cuidado multidisciplinar centrado na pessoa.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo com delineamento quase experimental, realizado na enfermaria de oncohematologia de um hospital universitário federal brasileiro, entre março a dezembro de 2022. A amostra foi composta por pessoas idosas admitidas na enfermaria de oncohematologia e que estavam em Cuidados

Paliativos. Para definir o tamanho da amostra, foi realizado o cálculo da média de uma população finita e conhecida de 444 idosos, valor obtido através do Sistema de Regulação em Assistência à Saúde hospitalar pela frequência de internamentos do setor de oncohematologia no ano de 2019, visto no ano seguinte a ocorrência da pandemia da Covid, com nível de confiança de 95%, erro máximo desejado de quatro, desvio padrão da população de 16. Dessa forma, a amostra arredondada foi de 54 idosos.

Os critérios de inclusão foram: pessoas de ambos os sexos com idade igual ou superior a 60 anos, com capacidade para comunicar-se de forma verbal ou escrita e que permanecessem internadas por no mínimo 96h na enfermaria de Oncohematologia. Os critérios de exclusão adotados foram: pessoas idosas em sedação paliativa ou com cognição comprometida, que tivesse pontuação menor que três no teste Mini Avaliação Cognitiva (Mini-cog). O presente estudo foi dividido em três momentos (D0, D1 e D2). No chamado momento zero D0 (coleta na admissão) os participantes da pesquisa realizaram um teste de rastreio cognitivo, responderam um questionário semiestruturado desenvolvido para esse fim, onde constaram dados referentes a idade, sexo, escolaridade, ocupação, estado civil, renda, tipo de câncer, tempo de doença e tratamento atual.

Para a classificação da ocupação (atividade laboral) foram utilizadas três categorias G1, G2 e G3, sendo o grupo G1 composto por profissões com maior demanda cognitiva e G3 com menor demanda. Profissões do G1 incluíam: profissionais das ciências e das artes, dirigentes, técnicos de nível médio; do G2: trabalhadores de serviços administrativos, vendedores e prestadores de serviços, artesãos e trabalhadores da produção, operadores e montadores de máquinas, membros das forças armadas; do G3: trabalhadores agrícolas, donas de casa e trabalhadores braçais (MARTINS NIM, et al., 2019). No momento D0 também foram aplicadas as escalas de verificação em Cuidados Paliativos (PCST e PPS) e a aplicação da Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS). A Escala *Palliative Care Screening Tool* (PCST) avalia os adultos idosos elegíveis para Cuidados Paliativos por meio da identificação dos critérios como doença de base, doenças associadas, condição funcional do paciente e condições pessoais do paciente. De acordo com os critérios, essa escala permite classificar a pessoa idosa da seguinte forma: sem indicação de cuidados paliativos (até 2 pontos), observação clínica (3 pontos), considerar Cuidados Paliativos (maior ou igual a 4 pontos) (LUCCHETTI BRFA, et al., 2018).

A *Palliative Performance Scale* (PPS) orienta o estabelecimento do prognóstico e funcionalidade do paciente através da análise de cinco parâmetros: mobilidade, atividade e evidências de doenças, autocuidado, ingestão e estado de consciência. Atribui-se 100% ao desempenho e autonomia completos dessas funções e abaixo de 40% com perfil para Cuidados Paliativos (MACIEL MGS e CARVALHO RT, 2009). Foi aplicada a ESAS que engloba nove sintomas frequentemente encontrados em pacientes em Cuidados Paliativos, sendo eles: dor, fadiga, náusea, depressão, ansiedade, sonolência, apetite, bem-estar e dispnéia. É graduada de 0 a 10, onde zero representa a ausência de sintoma e dez representa o sintoma em sua pior intensidade (MANFREDI PL, et al., 2000).

Posteriormente, foi realizado agrupamento dos sintomas em 5 categorias (Grupo de Sintomas) GS1: sintomas urológicos e gastrintestinais; GS2: sintomas psicológicos; GS3: dor física, insônia e problemas nas vias aéreas; GS4: problemas no autocuidado e por último GS5: fadiga, falta de apetite e energia e boca seca (CAMILLERI MDBWL, et al., 2014). Em seguida, foi realizada apenas a reaplicação do instrumento de avaliação de sintomas (ESAS) com 72h (D1) e com 96h de internamento (D2) para comparação temporal dos escores dos sintomas autorrelatados pela pessoa idosa e a adequação da sintomatologia com as condutas da equipe de saúde. Também foi consultado em prontuário eletrônico para observação das condutas da equipe em relação a sintomatologia descrita pelo paciente. Os dados foram expressos por meio de análise univariada: média com desvio padrão, variação mínimo-máximo, contagem e frequência, permitindo caracterização do perfil sociodemográfico e clínico dos idosos, a identificação dos sintomas relatados por eles e as medidas de controle dos sintomas coletadas do prontuário, descritas pela equipe multidisciplinar no plano terapêutico. Para comparação dos sintomas relatados pelos próprios idosos em Cuidados Paliativos nos três momentos foi realizada Prova de Friedman. O programa de análise foi o

Statistica Stat Soft 12.0, considerando  $p < 0.05$ . A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco e aprovado sob o CAAE 54990122.5.0000.8807 nº do parecer 6.043.359 de acordo com a Resolução nº 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

## RESULTADOS

Das 53 pessoas idosas avaliadas no momento D0 ocorreram quatro perdas de seguimento, sendo duas perdas por óbito, um devido alta hospitalar por controle de sintomas com 48h do internamento e outra por transferência de setor por suspeita da Covid. As características da amostra são apresentadas na **Tabela 1**.

**Tabela 1** - Perfil sociodemográfico da amostra.

N=53	
Perfil sociodemográfico	
Sexo, n (%)	
Feminino	30 (57)
Masculino	23 (43)
Idade (anos), média ( $\pm$ )	69 ( $\pm$ 6)
Idade (anos), variação mínimo-máximo	60-87
Escolaridade, n (%)	
Analfabeto	01 (02)
Ensino fundamental	35 (66)
Ensino médio	13 (25)
Ensino superior	04 (08)
Situação laboral, n (%)	
Aposentado	
Sim	38 (72)
Não	15 (28)
Pensionista	
Sim	06 (11)
Não	47 (89)
Recebendo auxílio	
Sim	08 (15)
Não	45 (85)
Trabalhando	
Sim	01 (02)
Não	52 (98)
Demanda cognitiva da profissão antes da aposentadoria, n (%)	
G1	05 (09)
G2	19 (36)
G3	29 (55)
Naturalidade, n (%)	
Recife, capital	16 (30)
Recife, região metropolitana	08 (15)
Interior do estado de Pernambuco	26 (49)
Outros estados	03 (06)
Residência, n (%)	
Própria	43 (81)
Alugada	06 (11)
Estado civil, n (%)	
Solteiro	07 (13)
Casado	25 (47)
Viúvo	11 (21)
Divorciado	06 (11)
União estável	
Renda, n (%)	
0-1,5 SM	31 (58)
>1,5-3,5 SM	16 (30)

**Legenda:** G1, G2, G3: Grupos de maior a menor demanda cognitiva respectivamente; SM: Salário-mínimo. **Fonte:** Galvão AKAA, et al., 2024.

Em relação à caracterização clínica (**Tabela 2**), observou-se maior incidência de câncer do sistema digestório com 19 casos (38%), cujos tipos mais prevalentes são câncer gástrico e colorretal. O tempo de doença predominante foi de 3 anos, sendo o principal tratamento a quimioterapia (70%). De acordo com a PPS e a PCST, todas as pessoas idosas do presente estudo, tinham indicação para Cuidados Paliativos.

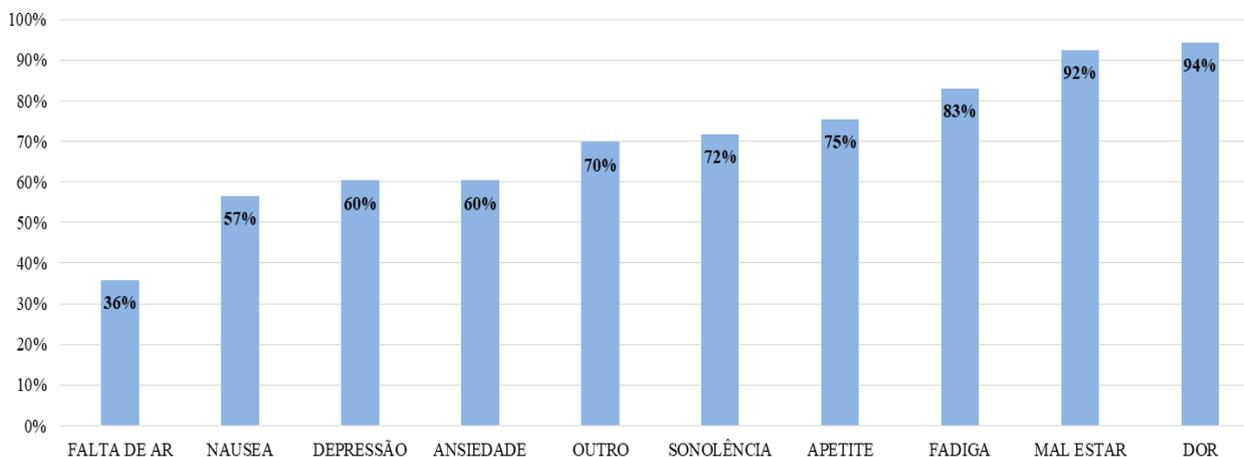
**Tabela 2** - Perfil clínico da amostra.

Perfil clínico	
N=53	
Tipo de câncer, n (%)	
Mama	10 (19)
Sistema digestório (ex. fígado, pâncreas, reto, cólon, estômago)	19 (38)
Sistema respiratório (ex. pulmão e laringe)	06 (09)
Sistema urogenital (ex. próstata, ovário, colo do útero, rim)	12 (23)
Sistema imunológico (ex. timo e linfoma)	07 (13)
Tempo de doença (anos), média (±)	03 (±3)
Tempo de doença (anos), variação mínimo-máximo	1-13
Tratamento, n (%)	
Quimioterapia	37 (70)
Radioterapia	04 (08)
Controle dos sintomas	12 (23)
Escala de performance paliativa, n (%)	
Cuidados Paliativos	24 (45)
Vigilância para Cuidados Paliativos	29 (55)
Escala palliative care screening tool, n (%)	
Cuidados paliativos	53 (100)

Fonte: Galvão AKA, et al., 2024.

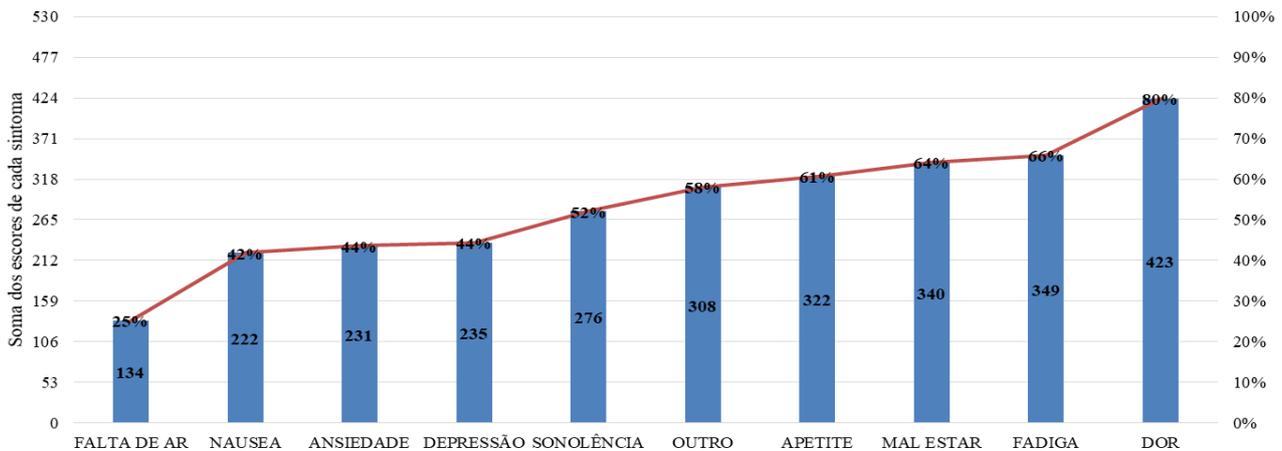
Dentre os sintomas relatados pelas pessoas idosas com base na ESAS, a dor (94%), o mal-estar (92%) e a fadiga (83%) foram os sintomas mais frequentes, conforme pode ser observado na **Figura 1**. De acordo com a **Figura 2**, a dor foi o sintoma que alcançou a maior soma das pontuações da ESAS e atingiu 80% de intensidade em relação ao máximo possível, enquanto a falta de ar e as náuseas foram os sintomas que apresentaram as menores intensidades referidas pelos adultos idosos. Em relação a comparação dos sintomas nos três momentos de aplicação da ESAS, foram observadas reduções na intensidade dos sintomas, exceto falta de ar que não foi estatisticamente significativo (p 0.021).

**Figura 1** - Identificação dos sintomas relatados pelos idosos com base na ESAS no momento D0. N=53



Legenda: ESAS – Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton. Fonte: Galvão AKA, et al., 2024.

**Figura 2 - Intensidade dos sintomas relatados pelos idosos com base na ESAS no momento D0 N=53**



**Legenda:** ESAS – Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton.

**Fonte:** Galvão AKAA, et al., 2024.

**Tabela 3 - Comparação dos sintomas nos três momentos de aplicação da ESAS. N=49.**

ESAS	D0		D1		D2		p-valor
	X(±)	range	X(±)	range	X(±)	range	
Dor	8 (3)	0-10	4 (3) <sup>a</sup>	0-8	2 (2) <sup>bc</sup>	0-7	<0.0001
Fadiga	7 (3)	0-10	4 (3) <sup>a</sup>	0-9	2 (3) <sup>bc</sup>	0-8	<0.0001
Sonolência	5 (4)	0-10	4 (3) <sup>a</sup>	0-8	3 (2) <sup>bc</sup>	0-8	<0.0001
Náuseas	5 (4)	0-10	3 (3)	0-10	2 (2) <sup>b</sup>	0-7	<0.0001
Apetite	6 (4)	0-10	5 (3)	0-10	4 (3) <sup>b</sup>	0-10	<0.0001
Falta de ar	2 (3)	0-10	1 (2)	0-8	1 (2) <sup>b</sup>	0-8	0.021
Depressão	4 (4)	0-10	3 (3) <sup>a</sup>	0-9	2 (3) <sup>b</sup>	0-17	<0.0001
Ansiedade	4 (4)	0-10	3 (3) <sup>a</sup>	0-9	2 (3) <sup>b</sup>	0-8	<0.0001
Mal estar	7 (3)	0-10	4 (3) <sup>a</sup>	0-9	3 (2) <sup>bc</sup>	0-9	<0.0001
Outro	6 (4)	0-10	3 (3) <sup>a</sup>	0-10	2 (3) <sup>bc</sup>	0-10	<0.0001
Total	55 (19)	16-91	34 (18) <sup>a</sup>	3-67	23 (17) <sup>bc</sup>	0-68	<0.0001

**Legenda:** X(±)= média (desvio padrão); range ou amplitude total; p-valor: prova de Friedman (D0 versus D1=a; D0 versus D2=b; D1 versus D2=c; a, b, c = p<0.05). ESAS – Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton. **Fonte:** Galvão AKAA, et al., 2024.

Em relação ao agrupamento de sintomas das pessoas idosas, foram mais frequentes o GS3 (51 pacientes, 96%), e o GS5 (50 pacientes, 94%), seguido pelo GS2 (35 pacientes, 66%), GS1 (31 pacientes, 58%) e GS4 (07 pacientes, 13%). Na **Tabela 4** é observado as medidas adotadas pela equipe multidisciplinar para controle de sintomas no setor ao longo do período da coleta da pesquisa.

**Tabela 4 - Medidas de controle de sintomas utilizadas. N=53.**

Medidas de controle de sintomas		n	%
01	Hemotransfusão	01	02%
02	Vigilância dieta VO	01	02%
03	Estímulo AVD	01	02%
04	Conciliação medicamentosa	02	04%
05	Mobilização	02	04%
06	Oxigenioterapia	05	09%
07	Hidratação	08	15%
08	Ansiolítico	09	17%
09	Medidas laxativas	19	36%
10	Adaptação cardápio	32	60%
11	Anti emética	33	62%
12	Escuta clínica	33	62%
13	Analgesia	46	87%
14	Orientações	49	92%

**Fonte:** Galvão AKAA, et al., 2024.

## DISCUSSÃO

Os dados obtidos nesta pesquisa revelaram que a maioria das pessoas idosas com câncer foram do sexo feminino com média de idade de 69 anos, baixo grau de escolaridade e renda salarial. Em relação ao perfil clínico, destacaram-se três tipos de neoplasias, sendo a mais recorrente relacionada ao sistema digestório (38%), seguida do sistema urogenital (23%) e o câncer de mama (19%). A dor foi o sintoma mais relatado tanto em frequência quanto em intensidade. A prevalência no sexo feminino é o perfil esperado para países em desenvolvimento, onde o número de câncer em mulheres é maior em relação aos homens (CASTÔR KS, et al., 2019). Vale ressaltar que a população feminina é a que busca mais, e de maneira mais precoce, o serviço de saúde, podendo ser um dos motivos da sua maior prevalência (SADOVSKY PWRB, et al., 2015).

Uma revisão sistemática estadunidense evidenciou o perfil epidemiológico dos pacientes com câncer com média de idade em torno de 64,3 anos (FULTON LCSK, et al., 2019). Esse estudo evidencia semelhante média de idade ao encontrado na literatura com valor de 69 anos. Quanto a ocupação prevalente nesse estudo foi evidenciada o G3 (agricultores). Esse fato é condizente com o aumento da exposição a agentes cancerígenos devido ao estilo de vida em relação ao trabalho, à alimentação e ao processo de industrialização, que pode levar aumento do número de casos de câncer nesse grupo (DALMAU N, et al., 2018).

Em relação ao perfil clínico, o câncer do sistema digestório (38%) foi o mais prevalente entre as pessoas idosas avaliadas, sendo o câncer gástrico e colorretal os mais prevalentes. Esses resultados corroboram com o estudo de Farias MV e Bezerra AM (2021), realizado com Pacientes Oncológicos em Cuidados Paliativos de um Hospital Público do Ceará, em que as neoplasias mais frequentes foram às neurológicas e gastrintestinais (ambas 22,5%). De acordo com o INCA (2020), o câncer de cólon e reto está entre os tipos mais incidentes de câncer, com estimativas de 20.520 casos de câncer de cólon e reto em homens e 20.470 em mulheres para cada ano do triênio de 2020-2022 no Brasil.

Neste estudo, o principal sintoma relatado pelos adultos idosos em Cuidados Paliativos foi a dor, visto que é um dos sintomas mais frequentes com taxa de incidência de 50,7% para todos os estágios do câncer e 66,4% para estágios avançados (WOOD H, et al., 2018; YANG J, et al., 2021). Prejuízos sociais, afetivos e de desconforto decorrentes da dor não controlada foram relatados pela maioria das pessoas idosas no momento da admissão na enfermaria de Oncohematologia. Esses achados, reforçam o quanto a dor é um dos sintomas que está relacionado a aspectos significativos na vida dos pacientes com câncer e em Cuidados Paliativos, incluindo atividades diárias, função social, qualidade do sono e função cognitiva (WOOD H, et al., 2018).

Os Cuidados Paliativos concentram-se também no gerenciamento de sintomas. E, através do agrupamento deles torna-se mais coesa a avaliação da pessoa idosa em abordagem paliativa, pois a associação de um sintoma a outro, predispõe melhor interpretação e conseqüentemente formulação de estratégia eficaz na condução das queixas. Entre os achados do presente estudo, os agrupamentos GS3 (dor física, insônia e problemas nas vias aéreas) e GS5 (fadiga, falta de energia, apetite e boca seca) foram os mais frequentes.

Segundos os estudos de Finan GS, et al. (2013) e Van Lancker BVV, et al. (2016) o agrupamento da insônia e dor indica que o sono tem uma influência causal nos níveis de dor e o agrupamento da fadiga e boca seca podem indicar que a fadiga é mediada por uma disfunção do sistema nervoso parassimpático. Desse modo, a coexistência de queixas de saúde nos adultos idosos tem uma significância no controle de sintomas, visto que, a dor pode interferir na mobilidade e vice-versa, bem como a fadiga pode interferir no apetite (SELMAN BRGKB, et al., 2017).

No presente estudo, houve melhora significativa no controle dos sintomas quando comparados os três momentos da investigação, haja vista os escores relacionados tanto a dor, quanto ao mal-estar e a fadiga que foram os mais relevantes e intensos no momento da admissão. A dor apresentou uma redução gradativa durante o internamento.

A variedade de medicamentos efetivos e de ação rápida disponíveis auxiliam no controle desse sintoma (SILVA AS, et al., 2021). Contudo, Silva AS, et al. (2021), analisou em seu estudo a comparação com duas equipes de saúde para alívio dos sintomas de pacientes com câncer avançado, sendo uma especializada em cuidados paliativos, chamada equipe interconsultora em Cuidados Paliativos (ICP) e a equipe de cuidado tradicional (CT). Com o seguimento do estudo, foi observado que em relação ao sintoma dor, houve controle satisfatório, cerca de duas vezes mais em relação aos demais sintomas, quando da atuação da equipe ICP em comparação à equipe CT.

Em contrapartida, no estudo de Neves MR, et al (2020), a fadiga não apresentou melhora após 72 horas de avaliação, sendo observado uma piora do seu score. De acordo com a literatura, a fadiga é um dos sintomas mais comuns e complexos experimentados por pacientes diagnosticados com câncer (HENSON LA, et al, 2020). Questões como essas reafirmam a relevância de um plano de cuidados na abordagem paliativa, pois esse permite identificar o início dos sintomas e traçar objetivos baseados em escalas de avaliação de sintomas, além de revisar as metas periodicamente, a partir da reavaliação do desconforto, respeitando os escores do paciente, cuja finalidade é a otimização no manejo de sintomas (RODGERS PE, 2020).

As náuseas, segundo o estudo de Scarborough BM e Smith CB (2018), podem ser um sintoma experimentado por até 68% dos pacientes com câncer em algum momento de sua trajetória de doença. No presente estudo, a partir da avaliação da ESAS, a náusea foi o sintoma menos frequente entre as pessoas idosas avaliadas, tanto na identificação (57%) quanto na intensidade (42%). Contudo, esse também foi um sintoma que apresentou melhora após 96 horas. A otimização de anti-eméticos pela equipe multiprofissional do setor deste estudo esteve entre as principais medidas de controle de sintomas (62%).

Em relação as medidas de controle de sintomas deste estudo, foram elencadas como as quatro mais adotadas pela equipe multidisciplinar no plano de cuidados de rotina do setor: as orientações em saúde (higiene das mãos, uso de máscaras, atenção quanto a febre, sangramentos) (92%), analgesia (87%), escuta clínica individualizada e anti eméticos (ambas 62%). Para que tais medidas alcançassem o controle de sintomas, foi realizado individualmente e rotineiramente a revisão do plano de cuidados da pessoa idosa em abordagem paliativa com o objetivo de reforçar a qualidade do cuidado e adequado controle de sintomas. Através dessas medidas, os adultos idosos do estudo reforçaram a importância do cuidado centrado à pessoa. Tal circunstância foi corroborado nesse estudo, a medida que a coexistência de sintomas dos agrupamentos GS3 e GS5 nos direcionaram a ocorrência de ações para controle dos mesmos de forma que no período de 96h obtivesse bons resultados.

As medidas de controle de sintomas são vistas em estudos da literatura como meios para proporcionar alívio da dor e outros sintomas, visto por exemplo no estudo de Schmid W, et al. (2018) que trouxe os benefícios da musicoterapia como terapêutica. Já no estudo de Skaczkowski G, et al. (2018), ratifica a importância da hidromassagem além de promover o alívio da dor, também melhorou a ansiedade e bem-estar dos pacientes, demonstrando o potencial da terapia de relaxamento da água no conforto do paciente. Além disso, o estudo de Souza MCS, et al. (2021) descrevem as principais estratégias na abordagem paliativa empregadas na redução do desconforto de pacientes. Apontam o apoio social, familiar e da equipe profissional, o afeto, o abraço, o aperto de mão, o afago, comunicação adequada, conhecimento sobre os cuidados, o alívio da dor e as técnicas de banho terapia, musicoterapia e radioterapia, além da espiritualidade. O estudo chama atenção que essas intervenções não farmacológicas tem a capacidade de afetar expressivamente o estado de conforto dos pacientes.

O registro em prontuário das condutas de cada profissional e do plano de cuidados tende a propiciar condições para melhor controle sintomatológico. Atualmente com a implantação do prontuário eletrônico, oportunizou-se melhoria da comunicação e conseqüentemente adequação de condutas com vistas ao controle de sintomas dos adultos idosos hospitalizados. O Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2022) lançou publicação sobre *A avaliação do paciente em Cuidados Paliativos*, cujo texto reforça os achados do presente estudo ao solidificar que os registros dos profissionais em prontuário promovem comunicação efetiva, rápida e objetiva entre a equipe, transmitindo informações relevantes e mantendo a continuidade na assistência e o direcionamento do plano de cuidados, que complementa as discussões da equipe, bem como as modificações

de condutas e alcance dos objetivos propostos ao paciente (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2022). Como limitações deste estudo, tivemos a amostra reduzida devido público ser apenas de adultos idosos onco-hematológicos de um único hospital universitário e de um único setor do hospital.

## CONCLUSÃO

Conclui-se que dentre os sintomas relatados pelos idosos em Cuidados Paliativos foram identificados, neste estudo, em primeiro lugar a dor, seguida de mal-estar e a fadiga em terceiro lugar. Como principal achado ressalta-se que houve redução significativa dos escores de acompanhamento pela ESAS nos momentos propostos no estudo (D0, D1 e D2), evidenciando que o gerenciamento de sintomas, o seu agrupamento e posterior integração de um plano de cuidados pela equipe multidisciplinar, foram de grande relevância para o estabelecimento de melhorias, visando o controle do sofrimento relatado pelos pacientes na admissão.

## REFERÊNCIAS

1. ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS – ANCP. *História dos cuidados paliativos*. São Paulo, 2020.
2. ALEXANDER GK, et al. Palliative Care and Symptom Management in Older Patients with Cancer. *Clinics in geriatric medicine*, 2016; 32(1): 45–62.
3. AMADOR S, et al. A systematic review and critical appraisal of quality indicators to assess optimal palliative care for older people with dementia. *Palliative medicine*, 2019; 33(4): 415–429.
4. BALDUCCI L. Geriatric Oncology, Spirituality, and Palliative Care. *Journal of pain and symptom management*, 2019; 57(1): 171–175.
5. BAPTISTA JA, et al. Singular therapeutic project in mental health: an integrative review. *Rev Bras Enferm.*, 2020; 73(2): e20180508.
6. BLASCO PG. A ordem dos fatores altera o produto: reflexões sobre educação médica e cuidados paliativos. *Educ Méd.*, 2018; 19(2): 104-14.
7. BRAY F. et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*, Hoboken, 2018; 68(6): 394-424.
8. CALDAS GHO, et al. Cuidados paliativos: uma proposta para o ensino da graduação em Medicina. *Rev Bras Geriatr Gerontol.*, 2018.
9. CAMILLERI MDBWL, et al. Emerging treatments in neurogastroenterology: a multidisciplinary working group consensus statement on opioid-induced constipation. *Neurogastroenterol.*, 2014; 26(10): 1386–1395.
10. CASTÔR KS, et al. Palliative care: epidemiological profile with a biopsychosocial look on oncological patients. *Brazilian Journal Of Pain*, 2019; 2(1): 49–54.
11. CHANDRA CTHN, et al. Patient-reported geriatric symptoms as risk factors for hospitalization and emergency department visits. *Aging Dis.*, 2015; 6(3): 188–95.
12. DALMAU N, et al. Untargeted lipidomic analysis of primary human epidermal melanocytes acutely and chronically exposed to UV radiation. *Mol. Omics.*, 2018; 1-11.
13. DONKOR A, et al. Barriers and facilitators to implementation of cancer treatment and palliative care strategies in low- and middle-income countries: systematic review. *International journal of public health*, 2018; 63(9): 1047–1057.
14. FARIAS MV e BEZERRA AM. Perfil Sociodemográfico E Clínico De Pacientes Oncológicos Em Cuidados Paliativos De Um Hospital Público Do Ceará, Brasil. *Cadernos ESP*, 2021; 15(2): 31–37.
15. FERLAY J, et al. Estimating the global cancer incidence and mortality in 2018: GLOBOCAN sources and methods. *International journal of cancer*, 2019; 144(8): 1941-1953.
16. FINAN GS, et al. The association of sleep and pain: An update and a path forward. *J Pain*, 2013; 14(12): 1539–52.
17. FULTON LCSK, et al. Integrated outpatient palliative care for patients with advanced cancer: a systematic review and meta-analysis. *Palliat Med.*, 2019; 33(2): 123-34.
18. GASHTI TAF, et al. Câncer colorretal: principais complicações e a importância do diagnóstico precoce. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2021; 13(4): e6888.
19. HENSON LA, et al. Palliative Care and the Management of Common Distressing Symptoms in Advanced Cancer: Pain, Breathlessness, Nausea and Vomiting, and Fatigue. *J Clin Oncol*, 2020; 38(9): 905-914.

20. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Tipos de câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2019.
21. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. A avaliação do paciente em cuidados paliativos.
22. LUCCHETTI BRFAS, et al. Uso de uma escala de triagem para cuidados paliativos nos idosos de uma instituição de longa permanência. *Geriatr Gerontol Aging*, 2018.
23. MACIEL MGS e CARVALHO RT. A Escala de Desempenho em Cuidados Paliativos versão 2 (EDCP v2). *Victoria Hospice Society*, 2009; 2: 2–4.
24. MANFREDI PL, et al. Palliative care consultations: How do they impact the care of hospitalized patients? *Journal of Pain and Symptom Management*, 2000; 20(3): 166–173.
25. MARTINS NIM, et al. Variáveis demográficas e clínicas como preditoras diferenciais de alteração cognitiva na doença de Parkinson. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 2019; 22(1): 1–9.
26. NEVES MR, et al. Evaluation of symptoms in oncological patients admitted to an exclusive palliative care unit. *Cogitare Enfermagem*, 2020; 25: 1–13.
27. PACHECO CL e GOLDIM JR. Percepções da equipe interdisciplinar sobre cuidados paliativos em oncologia pediátrica. *Revista Bioética*, 2019; 27(1): 67-75.
28. PEREIRA NC e FORTES RC. Autoimagem corporal de pacientes com câncer gastrointestinal. *Comunicação em Ciências da Saúde*, 2015; 2(26): 29-44.
29. PYSZORA A, et al. Physiotherapy programme reduces fatigue in patients with advanced cancer receiving palliative care: randomized controlled trial. *Support Care Cancer*, 2017; 25(9): 2899-2908.
30. RODGERS PE. End-of-life care: serious illness progression, prognostication, and advance care planning. *FP Essentials*, Leawood, KS, 2020; 498: 21-25.
31. SADOVSKY PWRB, et al. Índice de Desenvolvimento Humano e prevenção secundária de câncer de mama e colo do útero: um estudo ecológico. *Cad Saúde Pública*, 2015.
32. SCARBOROUGH BM e SMIITH CB. Optimal pain management for patients with cancer in the modern era. *CA Cancer J Clin*, 2018; 68(3): 182-196.
33. SCHMID W, et al. Patient's and health care provider's perspectives on music therapy in palliative care – an integrative review. *BMC Palliative Care*, 2018; 17(1): 32.
34. SELMAN BRGKB, et al. Primary care physicians' educational needs and learning preferences in end of life care: A focus group study in the UK. *BMC Palliat Care*, 2017; 16(1): 1–9.
35. SILVA AS, et al. Envelhecimento populacional: realidade atual e desafios. *Glob Acad Nurs.*, 2021; (Sup.3): e188.
36. SKACZKOWSKI G, et al. Effect of a spa bath on patient symptoms in an acute palliative care setting: A pilot study. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 2018; 32(1): 100-102.
37. SOUSA ADRS, et al. Intervenções de enfermagem nos cuidados paliativos em Oncologia Pediátrica: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2019; 72: 531-540.
38. SOUZA MCS, et al. Comfort of patients in palliative care: an integrative review. *Enfermería Global*, 2021; 61: 449-463.
39. SUELEN J, et al. Projeto terapêutico singular como estratégia do cuidado. *Rev. Ter. Ocup. Univ.*, 2007; 2(1).
40. VANBUTSELE G, et al. Effect of early and systematic integration of palliative care in patients with advanced cancer: a randomised controlled trial. *The Lancet Oncolog*, 2018; 19(3): 394-404.
41. VAN LANCKER BVV, et al. Symptom clustering in hospitalised older palliative cancer patients: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud.*, 2016; 61: 72–81.
42. WOOD H, et al. Updates in palliative care - overview and recent advancements in the pharmacological management of cancer pain. *Clin Med (Lond)*, 2018; 18(1): 17-22.
43. YANG J, et al. Acupuncture for palliative cancer pain management: systematic review. *BMJ Support Palliat Care*, 2021; 11(3): 264-270.