

Ana Lucia Lira Pessoa de Souza¹
Thalyta Cássia de Freitas Martins²
Thais Martins Pedrosa³
Daniela Guimarães Ferreira da Silva⁴
Marianne Regina Silva Potengy de Mello⁵
Camila Drumond Muzi⁶
Raphael Mendonça Guimarães⁷

Avaliação global e multidimensional de sintomas em pacientes com neoplasias abdominais

Temática: cuidado crônico.

Contribuição para a área: os cuidados prescritos ao paciente com câncer abdominal devem ser baseados em evidências. A ocorrência desses sintomas deve considerar certas dimensões, em vez de observados isoladamente. Dessa forma, é importante identificar instrumentos que consigam agregar esses sintomas nessas dimensões e, a partir do diagnóstico, o plano de cuidados possa ser prescrito de forma mais eficaz e eficiente. Por essa razão, acredita-se que o presente estudo traz uma nova forma de abordar os sintomas de pacientes com essa doença. Do ponto de vista metodológico, trata-se de uma proposta inovadora. No âmbito teórico, apresentam-se evidências científicas de quais características são mais comuns a esses pacientes, o que auxilia o profissional de enfermagem a realizar avaliações clínicas mais acuradas.


RESUMO

Objetivo: avaliar sintomas entre pacientes com câncer abdominal e fatores associados. **Materiais e método:** estudo transversal realizado com 100 pacientes. Foi avaliada a prevalência dos sintomas, através do *Memorial Symptom Assessment Scale* (MSAS), e sua associação com variáveis demográficas e clínicas, por meio de testes de qui quadrado e ANOVA. **Resultados:** os sintomas mais prevalentes foram perda de peso (64,0 %), dor (56,0 %), boca seca (50,0 %), “Eu não pareço mais eu mesmo” (48,0 %) e falta de energia (45,0 %). Há diferença significativa entre sexo e sintomas físicos de alta frequência (PHYS-H) ($p = 0,001$) e de baixa frequência (PHYS-L) ($p = 0,004$), e para escala geral (TMSAS) ($p = 0,002$); entre raça e sintomas físicos de alta frequência ($p = 0,008$), escala geral ($p = 0,027$) e significância limítrofe para a escala global (GDI) ($p = 0,051$); estado civil e sintomas físicos de alta frequência ($p = 0,022$), sintomas físicos de

DOI: 10.5294/aqui.2019.19.1.4

Para citar este artigo / Para citar este artículo / To reference this article

Lira AL, de Freitas TC, Martins T, Guimarães D, Silva MR, Drumond C, Guimarães RM. Global and Multidimensional Symptom Assessments in Patients Presenting Abdominal Neoplasms. *Aquichan* 2019; 19(1): e1914. DOI: 10.5294/aqui.2019.19.1.4

- 1 orcid.org/0000-0002-8810-9937. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Brasil. ana.pessoa@inca.gov.br
- 2 orcid.org/0000-0002-6225-7245. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Brasil. thalyta.martins@inca.gov.br
- 3 orcid.org/0000-0001-7199-6157. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Brasil. thais.pedrosa@inca.gov.br
- 4 orcid.org/0000-0001-9296-7486. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Brasil. daniela.silva@inca.gov.br
- 5 orcid.org/0000-0001-9364-1656. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. marianne.potengy@fiocruz.br
- 6 orcid.org/0000-0002-5567-0437. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Brasil. camila.muzi@inca.gov.br
- 7  orcid.org/0000-0003-1225-6719. Fundação Oswaldo Cruz, Brasil. raphael.guimaraes@fiocruz.br

Recebido: 15/07/2018
Submetido: 11/09/2018
Aceito por pares: 14/01/2019
Aceito: 15/01/2019

baixa frequência ($p = 0,034$) e a escala geral ($p = 0,034$). Houve uma queixa maior em relação à gravidade de sintomas físicos de alta frequência em pacientes com câncer de fígado ($p = 0,018$). **Conclusão:** sintomas de aspectos físico e psicológico em pacientes oncológicos foram associados a sexo, raça, estado civil e localização do tumor. Há necessidade de instrumentos para que os sintomas sejam avaliados e permitam que profissionais de saúde possam intervir de maneira mais eficaz.

PALAVRAS-CHAVE (FONTE: DECS)

Avaliação de sintomas; oncologia; neoplasias abdominais; inquéritos e questionários; sinais e sintomas.

Evaluación global y multidimensional de síntomas en pacientes con neoplasias abdominales

RESUMEN

Objetivo: evaluar los síntomas entre los pacientes con cáncer abdominal y factores asociados. **Materiales y método:** estudio transversal realizado con 100 pacientes. Se evaluó la prevalencia de los síntomas, a través de la *Memorial Symptom Assessment Scale* (MSAS), y su asociación con variables demográficas y clínicas, por medio de pruebas de chi cuadrado y ANOVA. **Resultados:** los síntomas más prevalentes fueron pérdida de peso (64,0 %), dolor (56,0 %), boca seca (50,0 %), "No me siento yo mismo" (48,0 %) y falta de energía (45,0 %). Hay una diferencia significativa entre el sexo y los síntomas físicos de alta frecuencia (PHYS-H) ($p = 0,001$) y de baja frecuencia (PHYS-L) ($p = 0,004$), y para escala general (TMSAS) ($p = 0,002$); entre la raza y los síntomas físicos de alta frecuencia ($p = 0,008$), la escala general ($p = 0,027$) y la significancia limítrofe para la escala global (GDI) ($p = 0,051$); el estado civil y los síntomas físicos de alta frecuencia ($p = 0,022$), los síntomas físicos de baja frecuencia ($p = 0,034$) y la escala general ($p = 0,034$). Hubo una queja mayor en relación a la gravedad de los síntomas físicos de alta frecuencia en pacientes con cáncer de hígado ($p = 0,018$). **Conclusión:** síntomas de aspectos físicos y psicológicos en pacientes oncológicos se han asociado al sexo, la raza, el estado civil y la localización del tumor. Existe la necesidad de instrumentos para que los síntomas sean evaluados y permitan que los profesionales de la salud puedan intervenir de manera más eficaz.

PALABRAS CLAVE (FUENTE: DECS)

Evaluación de síntomas; oncología médica; neoplasias abdominales; encuestas y cuestionarios; signos y síntomas.

Global and Multidimensional Symptom Assessments in Patients Presenting Abdominal Neoplasms

ABSTRACT

Objective: To evaluate symptoms among patients with abdominal cancer and associated factors. **Materials and methods:** A cross-sectional study with 100 patients. The prevalence of symptoms was evaluated through the Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS) and its association with demographic and clinical variables using chi-square and ANOVA tests. **Results:** The most prevalent symptoms were weight loss (64.0 %), pain (56.0 %), dry mouth (50.0 %), "I do not look more myself" (48.0 %) and lack of energy (45.0 %). There was a significant difference between sex and high-frequency (PHYS-H) ($p = 0.001$) and low-frequency (PHYS-L) physical symptoms ($p = 0.004$), and for general scale (TMSAS) ($p = 0.002$); ($p = 0.001$), general range ($p = 0.027$) and borderline significance for the global scale (GDI) ($p = 0.051$); high-frequency physical symptoms ($p = 0.022$), low-frequency physical symptoms ($p = 0.034$) and the overall scale ($p = 0.034$). There was one major complaint regarding the severity of high-frequency physical symptoms in patients with liver cancer ($p = 0.018$). **Conclusion:** Symptoms of physical and psychological aspects in cancer patients were associated with gender, race, marital status and tumor location. There is a need for tools to assess symptoms and enable health professionals to intervene more effectively.

KEYWORDS (SOURCE: DECS)

Symptom assessment; medical oncology; abdominal neoplasms; surveys and questionnaires; signs and symptoms.

Introdução

O câncer, um conjunto de mais de 100 doenças com o crescimento celular desordenado em comum e com poder de invadir tecidos e órgãos, é uma doença crônico-degenerativa, considerada, atualmente, um problema de saúde pública em países desenvolvidos e não desenvolvidos, e que afeta várias dimensões da vida humana (1). De fato, as doenças crônicas não transmissíveis são responsáveis pela maioria das mortes no mundo, e acredita-se que o câncer seja a principal causa entre elas, tornando-se a principal barreira para o crescimento da expectativa de vida em todos os países no século XXI. Hoje, a carga de doenças associadas ao câncer implica que ele é a primeira ou a segunda causa de mortes prematuras (antes dos 70 anos) em 52,9 % dos países do mundo, e 58,1 % dos países da América Latina (2). No Brasil, o câncer representa a segunda causa de morte na população e são estimados 600 mil novos casos para o biênio 2018-2019. Dentre os tipos, alguns de maior destaque são os de localização abdominal, como o câncer de cólon e reto, estômago, fígado e vias biliares (3).

O câncer é uma doença estigmatizada, com repercussão na sociedade em geral, e, por se tratar de uma enfermidade complexa, desde o diagnóstico até o tratamento, o paciente que se encontra diante desse enfrentamento traz consigo sintomas que perpassam o físico, o material e atingem até o emocional (4). Dessa forma, podemos apontar que os sintomas apresentados pelos pacientes oncológicos são de múltiplas dimensões, como física e psicológica, e requerem uma avaliação criteriosa, que contemple esses vários aspectos (5). Vale destacar que um sintoma pode influenciar a ocorrência e o significado de outros. Pacientes com sintomas não controlados têm importantes perdas na qualidade de vida. Os sintomas identificados tardiamente e não tratados estão diretamente relacionados às alterações na capacidade funcional, piora da qualidade de vida e repercutem na redução da sobrevida global desses sujeitos. Uma das formas de abordagem clínica, diagnóstica e social é a utilização de escalas e questionários adaptados, sendo a primeira uma forma eficaz de mensurar determinado fenômeno (6).

A *Memorial Symptom Assessment Scale* (MSAS) foi desenvolvida em 1994, com o objetivo de fornecer informações multidimensionais sobre um grupo diversificado de sintomas físicos e psicológicos comuns a pacientes oncológicos. Ela permite a avaliação de 32 sintomas físicos e psicológicos e suas dimensões de frequência, gravidade e angústia, através de uma escala de

pontos do tipo *Likert*. Além disso, possibilita um método de avaliação de sintomas mais abrangente e pode ser útil quando as informações sobre sintomas são desejáveis, tais como ensaios clínicos ou estudos epidemiológicos sobre eles (7). Recentemente, o instrumento foi adaptado para o Brasil (8, 9).

Em particular, o câncer abdominal engloba um grupo diversificado de tumores que são classificados de acordo com a localização, sendo mais incidentes os de cólon e estômago (3). Devido à diversidade de órgãos afetados e suas especificidades, os pacientes com câncer abdominal podem apresentar múltiplos sintomas, com probabilidade de causar alterações nas estruturas físicas e psicossociais. Cabe ressaltar que os sintomas dos pacientes variam de acordo com a gravidade, frequência e duração da doença (4). Nesse contexto, o objetivo deste estudo é avaliar os sintomas apresentados pelos pacientes com câncer abdominal e quais fatores estão associados a eles.

Metodologia

Desenho do estudo

Trata-se de estudo transversal que utilizou um conjunto de dados sobre a prevalência e o tratamento de sintomas entre pacientes com tumores abdominais atendidos no Instituto Nacional de Câncer (INCA), localizado na região Sudeste do Brasil, mas que acolhe pacientes de todo o país.

Amostra

A amostra, obtida por conveniência, incluiu 100 sujeitos adultos internados entre março e dezembro de 2016, o equivalente a 82 % do total dos pacientes naquele período. Os critérios de inclusão abarcaram pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, portadores de neoplasias abdominais, internados no HCI/INCA. A coleta de dados se deu por meio da aplicação da escala MSAS-BR em 100 pacientes na forma de entrevista individual, após prévia informação sobre os objetivos da pesquisa, concordância em participar do estudo e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Devido ao déficit educacional característico da maioria dos participantes, optou-se pela aplicação do instrumento na forma de entrevista, substituindo a autoaplicada, conforme recomendação de estudo anterior, quando da primeira etapa da validação do instrumento (9). Os critérios de inclusão privilegiaram a participação de pacientes com mais de 18 anos, com cânceres

cuja origem primária fosse a região abdômino-pélvica, incluindo fígado, estômago, cólon e reto e pâncreas, independentemente do estadiamento. Os critérios adotados para exclusão deixaram de fora pacientes que apresentavam distúrbios cognitivos, avaliados previamente através do exame Mini-Mental; ou em condições de comprometer a veracidade das respostas; com neoplasia ou metástase para o Sistema Nervoso Central (SNC), cuja informação foi obtida através de dados de prontuário.

Para a coleta de dados adicionais, foi utilizado um formulário elaborado pelos autores deste estudo, incluindo dados sociodemográficos e clínicos, tais como idade, sexo, estado civil, nível de escolaridade, raça, diagnóstico primário e presença de metástase, uso de dispositivos e local de tratamento (ambulatorial e internação). Essas informações foram obtidas por meio de entrevista com os pacientes. Outro questionário usado foi o Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS). O MSAS é uma ferramenta de avaliação de 32 itens desenvolvida para medir a prevalência de sintomas e as três características associadas a eles (frequência, gravidade e angústia), nos aspectos físicos e psicológicos experimentados por pacientes oncológicos na semana anterior à entrevista. A pontuação de sintoma representa a média de três dimensões, em que os escores de sintoma mais altos representam frequência mais alta, maior gravidade e maior sofrimento. A distribuição de frequência média e desvio padrão para cada item do MSAS foi obtida.

A escala de sintomas MSAS ainda é dividida em subescalas que avaliam sintomas psicológicos (PSYCH), com seis itens; (PHYS H), que avalia sintomas físicos de alta frequência, com 12 itens; (PHYS L) que avalia sintomas físicos de frequência relativamente baixa, com 14 itens. Há também uma quarta subescala contendo quatro sintomas psicológicos e seis sintomas físicos, que avalia o índice global de sofrimento (*global distress index* – GDI), que pode apresentar variações significativas quando aplicada, por exemplo, em pacientes ambulatoriais e internados, considerada a subescala mais útil, clinicamente falando. Finalmente, há um índice que consiste na média entre os três domínios e todos os itens (TMSAS). As subescalas e seus respectivos itens estão descritos no Quadro 1. Vale destacar que o escore das subescalas representa a média dos itens que as compõem. O MSAS revela bons resultados para confiabilidade e validade na população de câncer, conforme descrito em estudos anteriores. A confiabilidade da escala mostrou-se satisfatória nos testes-retestes. Os valores do índice Kappa ponderado obtidos para cada item da escala apresentaram-se entre 0,69 e

0,96. Com relação às subescalas, o índice foi de 0,84 para sintomas físicos de alta frequência, de 0,81 para sintomas físicos de baixa frequência, de 0,81 também para sintomas psicológicos, e de 0,78 para Índice Geral de Sofrimento (IGS) (8, 9). É importante destacar que a escala, por ser um inventário, não possui ponto de corte para classificação dos pacientes. Dessa forma, seu principal objetivo é a descrição da frequência e, sempre que necessário, são estabelecidas as formas de classificação dos doentes nos estudos, geralmente através da mediana apresentada nas pesquisas (9).

Quadro 1. Descrição das subescalas do MSAS

Subescalas	Domínio	Nº de itens	Itens do MSAS
PHYS H	Físico de alta freq.	12	2, 3, 6, 7, 8, 11, 13, 21, 22, 26, 27, 29
PHYS L	Físico de baixa freq.	14	4, 9, 12, 14, 15, 17, 19, 20, 23, 25, 28, 30, 31, 32
PSYCH	Psíquico	6	1, 5, 10, 16, 18, 24
GDI	Índice global de sofrimento	04/out	2, 3, 5, 6, 8, 16, 18, 21, 24, 29
TMSAS	Escore global	32	1 ao 32

Fonte: Rocha et al. (8)

Quando um sintoma é experimentado, seu escore é determinado pelos escores médios da intensidade, frequência e incômodo, ou, quando aplicável, apenas pela escala de intensidade e incômodo. Assim, foram calculados os escores para cada subescala e avaliada a associação entre as subescalas e as variáveis demográficas (sexo, idade, escolaridade, raça, estado civil) e clínicas (localização do tumor, presença de metástase, tipo de assistência e presença de dispositivo). Para as variáveis categóricas, foi utilizado o teste de *Analysis of Variance* (ANOVA), aceito um nível de significância estatística de 95%. As análises de dados foram realizadas utilizando o Pacote Estatístico SPSS, versão 22.

Os pacientes foram abordados na enfermaria de cirurgia abdômino-pélvica, em momento em que não estivessem vulneráveis ou em situação que compromettesse a decisão de participar do estudo.

Quanto aos aspectos éticos desta pesquisa, cabe ressaltar que o estudo cumpriu as especificações éticas e legais da Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos. Este estudo possui autorização do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do INCA, através de parecer consubstanciado de número 863.339, em 08 de novembro de 2014, e não envolve conflito de interesses.

Resultados

A população do estudo tem uma discreta predominância masculina (52,0 %), com pouco mais da metade em uma faixa etária de 60 anos ou mais (52,0 %). A maioria (60,0 %) declarou-se da raça branca. Houve predomínio do nível médio de escolaridade (49,0 %), com 16,0 % dos entrevistados do nível superior. Quanto ao estado civil, observou-se maior prevalência de indivíduos casados, representando 61,0 % da população. Em relação à localização do tumor, houve preponderância de cólon, com 42,0 %, seguido de estômago e reto, ambos com 22,0 %. Dos entrevistados, 60,0 % não apresentaram metástases (Tabela 1).

Pode-se perceber que, de forma geral, na variável frequência, a categoria que representa gravidade baixa/média foi a mais recorrente resposta dos pacientes para a maioria dos sintomas, quando presentes. Os sintomas com frequência mais elevada foram “falta de ar” (66,7 %), “tristeza” (65,8 %), “problemas com o desejo ou atividade sexual” (65,0 %), “dificuldade para engolir” (62,5 %) e “nervosismo” (62,1 %). Ainda para frequência, a categoria menos citada foi a que representa baixa gravidade para a maioria das variáveis. Com relação à variável intensidade, a categoria que se refere à gravidade “moderada” foi a resposta mais frequente. Os maiores percentuais para esta categoria foram “diarreia” (64,7 %), “problemas com o desejo ou atividade sexual” (63,2 %), “falta de energia” (58 %), “preocupações” (57,3 %) e “dor” (55,9 %). Por fim, com relação ao incômodo, a categoria prevalente foi a que se refere à gravidade média, sendo os sintomas com maiores percentuais na categoria “dificuldade para se concentrar” (100 %), “tristeza” (60,0 %), “ferida na boca” (50,0 %), “coceira” (50,0 %) e “tontura” (47,4 %). Ainda nessa variável, a categoria menos citada foi a que se refere à ausência de incômodo (Tabela 2).

Os sintomas que mais prevaleceram foram perda de peso (64,0 %), dor (56,0 %), boca seca (50,0 %), preocupações (49,0 %), eu não pareço eu mesmo (48,0 %) e falta de energia (45,0 %). Os sintomas menos prevalentes foram coceira (12,0 %), suor (11,0 %), tosse (11,0 %), dificuldade para engolir (9,0 %), dificuldade para se concentrar (6,0 %) e feridas na boca (2 %). Observou-se que muitos

pacientes relatam não ter os sintomas. No entanto, entre os que referem os sintomas, a avaliação dos pacientes é de que a gravidade é alta, pois a média dos itens, seja para intensidade, frequência ou incômodo, aumenta consideravelmente ao se analisar apenas o grupo com sintomas separadamente (Tabela 3).

Ao analisar a diferença no escore de sintomas totais e subescalas por categorias das variáveis, observou-se que, para a faixa etária, escolaridade e presença de metástase, não há diferença na ocorrência da gravidade de sintomas (totais e subescalas). Para sexo, identificou-se diferença estatisticamente significativa para a subescala de sintomas físicos de alta frequência (PHYS-H) ($p = 0,001$), sintomas físicos de baixa frequência (PHYS-L) ($p = 0,004$), e para a escala geral (TMSAS) ($p = 0,002$), com ocorrência de maior queixa de gravidade entre as mulheres. Para a raça, foi observada significância para a subescala de sintomas físicos de alta frequência ($p = 0,008$), para a escala geral ($p = 0,027$), e significância limítrofe para a escala global (GDI) ($p = 0,051$), com queixa de maior gravidade entre negros e pardos. Para estado civil, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para a subescala de sintomas físicos de alta frequência ($p = 0,022$), sintomas físicos de baixa frequência ($p = 0,034$), e para a escala geral ($p = 0,034$), com maior queixa de gravidade entre pacientes não casados (solteiros e viúvos/separados). Finalmente, há uma queixa maior da gravidade de sintomas físicos de alta frequência para pacientes com câncer de fígado ($p = 0,018$) (Tabela 4).

Tabela 1. Características clínicas e demográficas (n = 100)

Característica	n (%)	Característica	n (%)
Sexo		Estado civil	
Masculino	52 (52,0)	Solteiro	28 (28,0)
Feminino	48 (48,0)	Casado	61 (61,0)
Faixa etária		Viúvo	11 (11,0)
20 a 39 anos	4 (4,0)	Metástase	
40 a 59 anos	44 (44,0)	Sim	40 (40,0)
60 anos e mais	52 (52,0)	Não	60 (60,0)
Raça		Localização	
Branco	61 (61,0)	Cólon	42 (42,0)
Negro/Pardo	39 (39,0)	Estômago	22 (22,0)
Escolaridade		Fígado	5 (5,0)
Fundamental	35 (35,0)	Pâncreas	7 (7,0)
Médio	49 (49,0)	Peritônio	2 (2,0)
Superior	16 (16,0)	Reto	22 (22,0)

Fonte: elaboração própria.

Tabela 2. Frequência dos sintomas do MSAS por frequência, intensidade e incômodo (n = 100)

Item	Prevalência (%)	Frequência (%)				Intensidade (%)				Incômodo (%)				
		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Dificuldade para se concentrar	6,0	14,4	57,1	0,0	28,6	57,1	42,9	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0
Dor	56,0	6,9	60,3	20,7	12,1	8,5	55,9	30,5	5,1	0,0	26,8	32,1	23,2	17,9
Falta de energia	45,0	2,0	58,0	20,0	20,0	15,7	58,8	23,5	2,0	0,0	17,8	28,9	22,2	31,1
Tosse	11,0	26,7	53,3	13,3	6,7	68,8	18,8	12,5	0,0	18,2	63,6	9,1	0,0	9,1
Nervosismo	29,0	6,9	62,1	13,8	13,8	18,5	51,9	22,2	7,4	3,4	24,1	31,0	10,3	31,0
Boca seca	50,0	10,3	58,6	17,2	13,2	19,6	50,0	19,6	10,7	2,0	28,0	30,0	18,0	22,0
Enjoo	42,0	10,9	58,7	21,7	8,7	15,6	53,3	17,8	13,3	0,0	28,6	26,2	11,9	33,3
Sonolência	35,0	15,4	43,6	35,9	5,1	18,9	48,6	24,3	8,1	11,4	17,1	34,3	17,3	22,9
Dormência ou formigamento nas mãos/pés	20,0	15,0	50,0	15,0	20,0	31,8	45,5	18,2	4,5	5,0	40,0	25,0	15,0	15,0
Dificuldade para dormir	39,0	9,1	52,3	20,5	18,1	20,0	52,5	27,5	0,0	0,0	17,9	38,5	20,5	23,1
Empanzimento	44,0	4,0	60,0	15,0	30,0	14,3	51,0	26,2	8,2	0,0	11,4	38,6	27,3	22,7
Problemas para urinar	10,0	11,1	55,6	33,3	0,0	55,6	33,3	11,1	0,0	0,0	0,0	40,0	30,0	30,0
Vômitos	22,0	10,3	55,2	34,5	0,0	17,9	46,4	32,1	3,6	0,0	9,1	36,4	27,3	27,3
Falta de ar	13,0	6,6	66,7	26,7	0,0	42,9	42,9	14,3	0,0	0,0	7,7	46,2	23,1	23,1
Diarreia	12,0	17,6	35,3	41,2	5,9	23,5	64,7	11,8	0,0	0,0	25,0	33,3	33,3	8,3
Tristeza	40,0	7,9	65,8	23,7	2,6	18,4	42,1	34,2	5,3	0,0	5,0	60,0	15,0	20,0
Suor	11,0	16,7	50,0	25,0	8,3	33,3	38,4	27,8	0,0	9,1	27,3	27,3	9,1	27,3
Preocupações	49,0	7,5	52,8	26,5	13,3	8,7	57,3	32,6	4,3	2,0	8,2	42,9	16,3	30,6
Problemas com o desejo ou atividade sexual	20,0	10,0	65,0	20,0	5,0	15,8	63,2	21,1	0,0	0,0	10,0	30,0	10,0	50,0
Coceira	12,0	25,0	50,0	25,0	0,0	40,0	46,7	13,3	0,0	0,0	8,3	50,0	0,0	41,7
Falta de apetite	40,0	4,5	56,8	25,1	13,6	11,6	44,2	39,5	4,7	2,2	15,0	27,5	27,5	27,5
Tontura	19,0	21,7	60,9	13,1	4,3	28,6	52,4	19,0	0,0	0,0	5,3	47,4	10,5	36,8
Dificuldade para engolir	9,0	0,0	62,5	0,0	37,5	10,0	50,0	40,0	0,0	0,0	0,0	33,3	22,2	44,4
Irritação	26,0	11,1	70,4	7,4	0,0	15,4	53,8	30,8	0,0	0,0	11,5	38,5	23,1	26,9
Feridas na boca	2,0	-	-	-	-	33,3	66,7	0,0	0,0	0,0	0,0	50,0	50,0	0,0
Mudança no gosto dos alimentos	21,0	-	-	-	-	12,0	68,0	12,0	8,0	4,8	4,8	33,8	23,8	33,3
Perda de peso	64,0	-	-	-	-	6,9	61,1	29,2	2,8	10,9	20,3	18,8	23,4	26,6
Perda de cabelo	16,0	-	-	-	-	16,7	75,0	8,3	0,0	6,3	31,3	25,0	12,5	25,0
Prisão de ventre	27,0	-	-	-	-	3,1	59,4	34,4	3,1	0,0	7,4	22,2	37,0	33,3
Inchaço nos braços ou pernas	24,0	-	-	-	-	22,2	51,9	25,9	0,0	0,0	16,7	45,8	25,0	12,5
"Eu não pareço mais eu mesmo (a)"	48,0	-	-	-	-	12,0	48,0	38,0	2,0	0,0	4,2	12,5	31,3	52,1
Alterações na pele	30,0	-	-	-	-	6,9	69,0	24,1	0,0	0,0	10,0	23,3	10,0	56,7

Fonte: elaboração própria.

Tabela 3. Resumo das estatísticas para o teste dos itens da MSAS (n = 100)

Item	Frequência				Intensidade				Incômodo			
	Com sintomas		Total		Com sintomas		Total		Com sintomas		Total	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
1. Dificuldade para se concentrar	2,43	1,13	0,17	0,68	1,43	0,53	0,10	0,38	2,00	0,00	0,12	0,47
2. Dor	2,38	0,79	1,38	1,32	2,32	0,70	1,37	1,26	3,32	1,06	1,86	1,83
3. Falta de energia	2,58	0,83	1,29	1,42	2,12	0,68	1,08	1,16	3,67	1,10	1,65	1,97
4. Tosse	2,00	0,84	0,30	0,78	1,44	0,72	0,23	0,60	2,18	1,07	0,24	0,76
5. Nervosismo	2,45	0,94	0,71	1,22	2,19	0,83	0,59	1,06	3,41	1,26	0,99	1,69
6. Boca seca	2,34	0,84	1,36	1,33	2,21	0,88	1,24	1,28	3,30	1,16	1,65	1,85
7. Enjoo	2,28	0,77	1,05	1,25	2,29	0,89	1,03	1,29	4,67	7,89	1,96	5,58
8. Sonolência	2,31	0,80	0,90	1,23	2,22	0,85	0,82	1,19	3,20	1,30	1,12	1,71
9. Dormência ou formigamento nas mãos/pé	2,40	0,99	0,48	1,05	1,95	0,84	0,43	0,90	2,95	1,19	0,59	1,29
10. Dificuldade para dormir	2,48	0,90	1,09	1,37	2,08	0,69	0,83	1,11	3,49	1,04	1,36	1,82
11. Empanzimento	2,38	0,66	1,19	1,28	2,29	0,81	1,12	1,28	3,61	0,97	1,59	1,91
12. Problemas para urinar	2,22	0,66	0,20	0,66	2,56	0,72	0,23	0,76	3,90	0,87	0,39	1,20
13. Vômitos	2,24	0,63	0,65	1,07	2,21	0,78	0,62	1,08	3,73	0,98	0,82	1,61
14. Falta de ar	2,20	0,56	0,33	0,81	1,71	0,72	0,24	0,65	3,62	0,96	0,47	1,26
15. Diarreia	2,35	0,86	0,40	0,95	1,88	0,60	0,32	0,75	3,25	0,96	0,39	1,10
16. Tristeza	2,21	0,62	0,84	1,14	2,26	0,82	0,86	1,21	3,50	0,87	1,40	1,80
17. Suor	2,25	0,86	0,27	0,79	1,94	0,80	0,35	0,82	3,18	1,40	0,35	1,09
18. Preocupações	2,45	0,82	1,30	1,36	2,33	0,70	1,07	1,25	3,65	1,07	1,79	1,98
19. Problemas com desejo ou atividade sexual	2,20	0,69	0,44	0,93	2,05	0,62	0,39	0,85	4,00	1,12	0,80	1,68
20. Coceira	2,00	0,73	0,24	0,69	1,73	0,70	0,26	0,67	3,75	1,13	0,45	1,28
21. Falta de apetite	2,48	0,79	1,09	1,34	2,37	0,75	1,02	1,27	3,63	1,12	1,45	1,91
22. Tontura	2,00	0,73	0,46	0,91	1,90	0,70	0,40	0,84	3,79	1,03	0,72	1,55
23. Dificuldade para engolir	2,75	1,03	0,22	0,79	2,30	0,67	0,23	0,72	4,11	0,92	0,37	1,21
24. Irritação	2,15	0,71	0,58	1,02	2,15	0,67	0,56	1,00	3,65	1,01	0,95	1,69
25. Feridas na boca	-	-	-	-	1,67	0,57	0,05	0,29	3,50	0,70	0,07	0,49
26. Mudança no gosto dos alimentos	-	-	-	-	2,16	0,74	0,54	1,00	3,76	1,13	0,79	1,62
27. Perda de peso	-	-	-	-	2,28	0,63	1,64	1,15	3,34	1,35	2,14	1,94
28. Perda de cabelo	-	-	-	-	1,92	0,51	0,23	0,64	3,19	1,32	0,51	1,28
29. Prisão de ventre	-	-	-	-	2,38	0,60	0,76	1,16	3,96	0,94	1,07	1,83
30. Inchaço nos braços ou pernas	-	-	-	-	2,04	0,70	0,55	0,97	3,33	0,91	0,80	1,49
31. "Eu não pareço mais eu mesmo(a)"	-	-	-	-	2,30	0,70	1,15	1,25	4,31	0,85	2,07	2,24
32. Alterações na pele	-	-	-	-	2,17	0,53	0,63	1,03	4,13	1,10	1,24	1,99

Nota: DP — Desvio Padrão.
 Fonte: elaboração própria.

Tabela 4. Estatísticas das subescalas do inventário de sintomas (MSAS)

Característica	PHYS-H			PHYS-L			PSYCH			GDI			TMSAS		
	Escore	DP	P valor	Escore	DP	P valor	Escore	DP	P valor	Escore	DP	P valor	Escore	DP	P valor
Sexo															
Masculino	23,5	13,97	0,001	9,49	4,67	0,004	18,93	16,70	0,318	25,02	17,10	0,061	16,85	9,13	0,002
Feminino	34,2	17,11		15,21	6,21		22,30	16,89		31,33	16,18		23,60	11,73	
Faixa etária															
20 a 39 anos	24,22	16,58	0,720	9,40	12,67	0,607	11,80	14,05	0,300	18,64	16,89	0,464	15,30	13,11	0,644
40 a 59 anos	27,77	17,77		13,29	11,45		23,04	16,65		27,49	15,32		20,67	12,19	
60 anos e mais	29,79	15,30		11,56	8,75		19,12	16,99		29,25	18,16		19,97	9,67	
Raça															
Branco	25,25	13,81	0,008	11,53	10,01	0,387	18,78	15,15	0,189	25,43	14,72	0,051	18,16	9,67	0,027
Negro/Pardo	34,04	18,67		13,54	10,30		23,32	18,95		32,15	19,28		23,11	12,21	
Escolaridade															
Fundamental	28,43	15,99	0,861	10,17	7,86	0,062	20,11	18,13	0,808	28,91	18,96	0,828	19,21	10,44	0,401
Médio	29,44	17,63		11,25	17,04		28,18	16,89		21,52	11,93				
Superior	26,88	13,74		9,37	18,48		13,35	25,78		12,09	17,66		8,52		
Estado civil															
Solteiro	34,78	20,29	0,022	16,43	12,59	0,034	24,45	19,64	0,293	31,51	19,76	0,407	24,52	19,93	0,034
Casado	25,12	13,96		10,58	8,83		19,55	15,76		26,34	16,09		18,07	9,63	
Viúvo	32,86	13,10		10,75	6,98		16,16	13,76		28,71	12,72		20,02	4,96	
Metástase															
Sim	30,54	18,43	0,355	11,91	6,58	0,794	23,05	17,23	0,226	29,05	16,34	0,632	20,88	12,54	0,559
Não	27,43	14,87		12,45	7,41		18,80	16,43		27,38	17,34		19,57	9,81	
Localização															
Cólon	25,99	5,48	0,018	11,29	10,33	0,471	20,99	18,71	0,549	27,25	18,55	0,205	18,77	11,12	0,051
Estômago	33,33	16,58		12,10	11,59		20,95	16,71		29,83	18,79		21,99	12,58	
Fígado	49,02	26,54		21,19	10,24		28,60	17,63		42,83	18,01		33,54	11,64	
Pâncreas	31,44	15,32		11,22	7,56		26,58	14,53		24,34	11,91		20,90	8,52	
Peritônio	31,25	34,37		15,92	6,10		20,83	29,46		43,12	2,05		23,89	2,89	
Reto	23,42	9,77		12,12	8,88		15,53	12,31		24,26	10,87		17,05	7,48	

Fonte: elaboração própria.

Discussão

Constantemente, os pacientes com câncer vivenciam sintomas físicos e psicológicos decorrentes da doença e do tratamento. Tais sintomas, sobretudo os psicológicos, quando não são identificados — e, conseqüentemente, não serão tratados —, deterioram a qualidade de vida desses pacientes (10).

Os resultados obtidos por meio deste estudo são corroborados por outros autores. Com relação à frequência de sintomas, por exemplo, Tranmer et al. (11) analisaram os sintomas físicos e psicológicos de pacientes com câncer, e os três sintomas psicológicos que mais prevaleceram foram preocupações (61 %), dificuldade para dormir (55 %) e tristeza (55 %); já os físicos foram falta de energia (83 %), boca seca (82 %) e dor (78 %). De forma semelhante, Kolankiewicz (12), que verificou o perfil de 268 pacientes em tratamento oncológico para a validação do inventário de sintomas do MD Anderson (MDASI), com idade média dos participantes acima de 60 anos, descreveu que os sintomas preponderantes foram fadiga (63,1 %), dificuldade de lembrar-se das coisas (56,2 %), sensação de boca seca (54,9 %) e preocupações (54,7 %). Mesmo em se tratando de populações distintas, é possível observar similaridade nos sintomas.

Cabe destacar que as mulheres têm uma autopercepção de saúde mais sutil que os homens, e, por isso, apresentam mais queixas na gravidade dos sintomas. A esse respeito, Dun et al. (13) afirmam que as mulheres relatam mais depressão e ansiedade em comparação aos homens, o que é corroborado por Miakowski et al. (14) quando referem maiores taxas de depressão no sexo feminino, devido ao fato de as mulheres reportarem seus anseios com mais facilidade que os homens. Essa percepção, vale mencionar, pode ser divergente de acordo com o estado civil, já que os pacientes casados contam com maior suporte social da família. Dun et al. (13) consideram que o apoio social afeta diretamente a qualidade de vida dos pacientes.

Com relação à topografia, o câncer de fígado se destacou como aquele cujos sintomas são descritos com maior gravidade. De fato, esta é uma topografia de grande letalidade. Isso está relacionado principalmente à alta incidência de doença metastática não ressecável dentro desse grupo, o que leva a um mau prognóstico. Aliado a isso, o manejo agressivo dos sintomas da doença e dos sintomas relacionados ao tratamento é particularmente crítico na preservação do estado funcional e da qualidade de vida do pa-

ciente (14). Os principais sintomas desse tipo de câncer, segundo o estudo, é dor, fadiga e perda de peso. Já para o câncer de cólon e reto, as formas de intervenção terapêutica podem ocasionar uma desconfiguração da autoimagem aos pacientes, em decorrência da colostomia, que altera a qualidade de vida, além dos sintomas mais comuns, também observados no presente estudo, como fadiga e desconforto físico (15).

Vale ressaltar que o MSAS se restringe à descrição da gravidade de 32 sintomas. Aponta-se como ponto forte do estudo a possibilidade de análise de um grande escopo de sintomas. Entretanto, estão disponíveis atualmente vários instrumentos para avaliação de múltiplos sintomas, mas eles diferem em número de sintomas avaliados, nível de medida (ordinal, nominal, contínua etc.) e o período de avaliação a que se referem (ex.: as últimas 24 horas, a última semana, o último mês etc.). Os mais frequentemente utilizados são *Symptom Distress Scale* (SDS), MSAS, *Rotterdam Symptom Checklist* (RSC), *Edmonton Symptom Assessment* (ESAS) e, mais recentemente, o *MD Anderson Symptom Inventory* (MDASI) (16, 17).

Além disso, os sintomas manifestam-se geralmente em concomitância uns com os outros, devendo ser investigados por meio de instrumentos de avaliação dos múltiplos sintomas. Estudos demonstram que combinações ou agrupamentos de sintomas são mais importantes que os individuais, e que os sintomas simultâneos provavelmente são de natureza multiplicativa e têm efeito catalítico uns sobre os outros (18). A respeito dessa proposta de análise, o conceito de *clusters* tem sido proposto como uma nova direção para compreender melhor a complexidade dos sintomas múltiplos experimentados por pacientes com câncer. Os *clusters* de sintomas são definidos como grupos de pelo menos dois ou três sintomas simultâneos que estão relacionados entre si (17, 18). Nesse sentido, Boeira et al. (18) realizaram uma pesquisa sistematizada e destacaram que os sintomas agrupados, ou *clusters*, mais encontrados são os “neuropsicológicos” e os “gastrointestinais”. Os autores destacam ainda que os sintomas têm efeito uns sobre os outros, e, quando observados isoladamente, são pouco específicos e sensíveis; no entanto, avaliando essas combinações, ou *clusters*, haverá um impacto na qualidade da assistência prestada (19, 20).

Portanto, os pacientes com câncer estão propensos a diversos sintomas devido à complexidade da doença e à própria maneira de se dispor a enfrentar as alterações do estado de saúde.

As transformações advindas da doença trazem consigo sintomas psicológicos e físicos. Assim, é de suma importância a identificação desses múltiplos sintomas por parte dos profissionais de saúde, desde o momento da internação até a alta, com o objetivo de direcionar o cuidado; e, para pacientes que terão benefícios com a intervenção, os sumários de sintomas permitem essa abrangência no cuidado. Para isso, é necessário rever os protocolos clínicos, de forma que se possa incorporar essa ação à rotina dos serviços prestados ao paciente.

Conclusão

O presente estudo propôs-se a avaliar os sintomas mais frequentes apresentados pelos pacientes diagnosticados com câncer abdominal, utilizando a escala MSAS-BR. Pôde-se identificar tais sintomas e analisar sua relação com características como localização, sexo, idade e estado civil. Os sintomas descritos, em especial através das subescalas do MSAS, evidenciam

a necessidade de um olhar que extrapole os aspectos físicos e explore a repercussão psicológica e comportamental que esses sintomas geram, podendo repercutir na qualidade de vida dos pacientes oncológicos.

Cabe reforçar que os pacientes da oncologia trazem consigo sintomas que perpassam o físico, o material e atingem o emocional; tais sintomas são multifatoriais e podem ser influenciados desde o diagnóstico até o tratamento. Esses pacientes necessitam de que os profissionais de saúde tenham uma visão holística, pois vários dos sintomas podem estar relacionados entre si. Daí a importância de haver instrumentos de apoio para que os sintomas sejam avaliados de forma contextualizada e permitam que os profissionais de saúde possam intervir de maneira mais eficaz e adequada, por equipe multidisciplinar.

Conflito de interesse: nenhum declarado.

Referências

1. Bray F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Zanetti R, et al., editors. Cancer incidence in five continents. Vol. XI (electronic version). Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2017. Disponível em: <http://ci5.iarc.fr>
2. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2018; 68: 394-424. DOI: 10.3322/caac.21492
3. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2017.
4. Fisher P. Cancer and quality of life. *Homeopathy.* 2016; 105(4): 287-88. DOI: 10.1016/j.homp.2016.11.001
5. Lavdaniti M, Fradelos EC, Troxoutsou K, Zioga E, Mitsi D, Alikari V, et al. Symptoms in advanced cancer patients in a Greek hospital: a descriptive study. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2018; 19(4): 1047-52. DOI: 10.22034/APJCP.2018.19.4.1047
6. Dodd MJ, Miaskowski C, Lee KA. Occurrence of symptom clusters. *J Natl Cancer Inst Monogr.* 2004; 32: 76-8. DOI: 10.1093/jncimonographs/lgh008
7. Portenoy RK, Thaler HT, Kornblith AB, Lepore JM, Friedlander-Klar H, Kiyasu E, et al. The Memorial Symptom Assessment Scale: an instrument for the evaluation of symptom prevalence, characteristics and distress. *Eur J Cancer.* 1994; 30A(9): 1326-36. DOI: 10.1016/0959-8049(94)90182-1
8. Rocha LF, Carvalho MS, Lacerda AAML, Viana AFV, Ramos RS, Guimarães RM, et al. Equivalência semântica da versão em português do instrumento Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS) para avaliar sintomas em pacientes oncológicos. *Rev Bras Pesqui Saúde.* 2017; 19(2): 83-91. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/20584>
9. Menezes JR, Luvisaro BMO, Rodrigues CF, Muzi CD, Guimarães RM. Confiabilidade teste-reteste da versão brasileira do instrumento Memorial Symptom Assessment Scale para avaliação de sintomas em pacientes oncológicos. *Einstein.* 2017; 15(2): 148-54. DOI: 10.1590/s1679-45082017ao3645

10. Park SA, Chung SH, Lee Y. Factors influencing the quality of life of patients with advanced cancer. *Appl Nurs Res.* 2017; 33: 108-12. DOI: 10.1016/j.apnr.2016.10.002
11. Tranmer JE, Heyland D, Dudgeon D, Groll D, Squires M, Coulson K. Measuring the symptom experience of seriously ill cancer and noncancer hospitalized patients near the end of life with the memorial symptom assessment scale. *J Pain Symptom Manage.* 2003; 25(5): 420-29. DOI: 10.1016/S0885-3924(03)00074-5
12. Kolankiewicz A, Domenico E, Lopes LF, Magnago T. Validação do inventário de sintomas do MD Anderson Cancer Center para a língua portuguesa. *Rev Esc Enferm USP.* 2014; 48(6): 999-1005. DOI: 10.1590/S0080-623420140000700006
13. Dunn J, Ng SK, Holland J, Aitken J, Youl P, Baade PD, et al. Trajectories of psychological distress after colorectal cancer. *Psychooncology.* 2013; 22(8): 1759-65. DOI: 10.1002/pon.3210
14. Chih-Yi V, Sarna L. Symptom management in hepatocellular carcinoma. *Clin J Oncol Nurs.* 2008; 12(5): 759-66. DOI: 10.1188/08.CJON.759-766
15. Naik A, Uy N, Anaya D, Moye J. The effects of age, education, and treatment on physical, sexual and body concern symptoms among multimorbid, colorectal cancer survivors. *J Geriatr Oncol.* 2015; 6(4): 299-306. DOI: 10.1016/j.jgo.2015.04.001
16. Ferreira K, William Jr WN, Mendonza TR, Kimura M, Kowalski LP, Rosenthal DI, et al. Tradução para a língua portuguesa do MD Anderson Symptom Inventory head and neck module (MDASIH&N). *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço.* 2008; 37(2): 109-13. DOI: 10.1590/S0080-623420140000700006
17. Kwekkeboom KL. Cancer symptom cluster management. *Semin Oncol Nurs.* 2016; 32(4): 373-82. DOI: 10.1016/j.soncn.2016.08.004
18. Boeira SF, Guimarães RM, Acioli LR, Stipp MAC. Cluster de sintomas e câncer na pesquisa em enfermagem: revisão sistemática. *Rev Bras Cancerol.* 2014; 60(4): 351-61. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_60/v04/pdf/10-revisao-de-literatura-cluster-de-sintomas-e-cancer-na-pesquisa-em-enfermagem-revisao-sistematica.pdf
19. Cooley ME, Siefert ML. Assessment of multiple co-occurring cancer symptoms in the clinical setting. *Semin Oncol Nurs.* 2016; 32(4): 361-72. DOI: 10.1016/j.soncn.2016.08.003
20. Kenzik KM. Health care use during cancer survivorship: review of 5 years of evidence. *Cancer.* 2018; (Epub ahead of print). DOI: 10.1002/cncr.31852