

Avaliação clínica dos sintomas de pacientes com câncer de cabeça e pescoço

Evaluación clínica de síntomas de pacientes con cáncer de cabeza y cuello

Clinical evaluation of symptoms in patients with cancer of head and neck

Cómo citar: Pedrosa MT, Martins FT, Souza PA, Silva FD, Moura FS, Muzi DC, et al. Avaliação clínica dos sintomas de pacientes com câncer de cabeça e pescoço. Av Enferm [2019]; 37(2):158-168. DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n2.73149>

1 Thais Martins Pedrosa

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Rio de Janeiro, Brasil.
ORCID: 0000-0001-7199-6157
Correio eletrônico: tmpedrosa@gmail.com

Contribuição: concepção, coleta e análise de dados, e revisão final do manuscrito.

2 Thylyta Cássia de Freitas Martins

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
ORCID: 0000-0002-6225-7245
Correio eletrônico: enfermeirathalyta@gmail.com

Contribuição: concepção, coleta de dados, e revisão final do manuscrito.

3 Ana Lucia Lira Pessoa de Souza

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
ORCID: 0000-0002-8810-9937
Correio eletrônico: analirapessoa@hotmail.com

Contribuição: concepção, coleta de dados, e revisão final do manuscrito.

4 Daniela Guimarães Ferreira da Silva

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
ORCID: 0000-0001-9296-7486
Correio eletrônico: daniguifer@gmail.com

Contribuição: concepção, coleta de dados, e revisão final do manuscrito.

5 Silmara Fernandes de Moura

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.
ORCID: 0000-0002-2121-5321
Correio eletrônico: silmaraamoura@gmail.com

Contribuição: análise dos dados e revisão final do manuscrito.

6 Camila Drumond Muzi

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
ORCID: 0000-0002-5567-0437
Correio eletrônico: camilamuzi@gmail.com

Contribuição: concepção teórica, desenho do estudo, análise de dados, discussão e revisão final do manuscrito.

7 Raphael Mendonça Guimarães

Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
ORCID: 0000-0003-1225-6719
Correio eletrônico: raphael.guimaraes@fiocruz.br

Contribuição: concepção teórica, desenho do estudo, análise de dados, discussão e revisão final do manuscrito.

DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n2.73149>

Recibido: 27/06/2019 Aprobado: 31/03/2019



Resumo

Objetivo: avaliar os sintomas mais frequentes apresentados pelos pacientes com câncer de cabeça e pescoço e fatores associados.

Metodologia: trata-se de um estudo transversal realizado com 77 pacientes do serviço de cirurgia de cabeça e pescoço do Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Foi utilizado o Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS), adaptado ao Brasil. Foi avaliada a prevalência dos sintomas, bem como sua associação com variáveis demográficas e clínicas por meio dos testes de qui-quadrado e de ANOVA.

Resultados: os sintomas mais prevalentes foram boca seca (62,5 %), tristeza (60 %), preocupações (53,75 %), nervosismo (48,75 %) e tosse (46,25 %). Quanto à faixa etária, identificou-se diferença nos sintomas físicos de baixa frequência (PHYS-L), com maior queixa entre os jovens ($p < 0,01$). Na escala global (TMSAS) houve queixa maior dos pacientes ambulatoriais comparados aos internados ($p = 0,05$). Houve, ainda, queixa maior de sintomas de baixa frequência entre pacientes sem metástase ($p = 0,05$).

Conclusão: considerando-se a ocorrência de múltiplos sintomas no paciente oncológico, é necessário ter métodos que sejam capazes de avaliar, de forma mais ampla, os sintomas. Dessa forma, o enfermeiro terá melhor compreensão da complexidade dos grupos de sintomas, permitindo aperfeiçoar as intervenções clínicas no processo de enfermagem.

Descritores: Avaliação de sintomas; Oncologia; Neoplasias de Cabeça e Pescoço; Enfermagem; Pacientes Internados (fonte: DeCS, BIREME).

Resumen

Objetivo: evaluar los síntomas más frecuentes presentados por los pacientes con cáncer de cabeza y cuello y factores asociados.

Metodología: estudio transversal realizado con 77 pacientes del servicio de cirugía de cabeza y cuello del Instituto Nacional de Cáncer (Brasil). Se utilizó el Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS) adaptado a Brasil. Se estimó la prevalencia de los síntomas, así como su asociación con variables demográficas y clínicas, evaluada a través de las pruebas de chi cuadrado y de ANOVA.

Resultados: los síntomas más prevalentes fueron boca seca (62,5 %), tristeza (60 %), preocupaciones (53,75 %), nerviosismo (48,75 %) y tos (46,25 %). Para la franja etaria se identificó diferencia en los síntomas físicos de baja frecuencia (PHYS-L), con mayor queja entre los jóvenes ($p < 0,01$). En la escala global (TMSAS) hubo mayor queja de los pacientes ambulatorios que de los internados ($p = 0,05$). Se produjo, incluso, mayor queja de síntomas de baja frecuencia entre pacientes sin metástasis ($p = 0,05$).

Conclusión: si se tiene en cuenta la aparición de múltiples síntomas en el paciente oncológico, es necesario tener métodos que sean capaces de evaluar, de forma más amplia, los síntomas. De esa forma, el enfermero tendrá una mejor comprensión de la complejidad de los grupos de síntomas y podrá perfeccionar las intervenciones clínicas en el proceso de enfermería.

Descriptor: Evaluación de los Síntomas; Oncología; Neoplasias de Cabeza y Cuello; Enfermería, Pacientes Internos (fuente: DeCS, BIREME).

Abstract

Objective: to evaluate the most frequent symptoms showed by patients with cancer of head and neck, and associated factors.

Methodology: cross-sectional study conducted with 77 patients of service of head and neck surgery of the National Institute of Cancer (Brazil). It was used the Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS), adapted to Brazil. It was estimated the prevalence of symptoms, as well as its association with demographic and clinical variables, assessed through Chi-squared and ANOVA tests.

Results: the most prevalent symptoms were: dry mouth (62.5 %), sadness (60 %), concerns (53.75 %), nervousness (48.75 %) and cough (46.25 %). Difference in the physical symptoms of low frequency (PHYS-L) was identified for the age group, with greater complaint among young people ($p < 0.01$). On the global scale (TMSAS) there was greater complaint of outpatients than that of hospitalized patients ($p = 0.05$). There was greater complaint of symptoms of low frequency among patients without metastasis ($p = 0.05$).

Conclusion: if it is taken into account the appearance of multiple symptoms in cancer patients, forms able to assess these in a broader way are necessary, which allow the nurse to get a better understanding of the complexity of the groups of symptoms and improve clinical interventions in the nursing process.

Descriptors: Symptom assessment; Oncology; Head and Neck Neoplasms; Nurse; Inpatients (source: DeCS, BIREME).

Introdução

O câncer é uma condição crônica distribuída globalmente (1) e que representa um importante problema de saúde pública, independente das condições de desenvolvimento local (2). Ele representa a segunda causa de mortalidade no mundo atualmente e, de acordo com perspectivas futuras, em torno do ano de 2020, será considerada a primeira causa de morte no Brasil (3). A estimativa para o Brasil para os anos de 2018 e 2019 é de mais de 600 mil novos casos de câncer, cerca de 70 % deles excluindo os cânceres de pele não-melanoma (4).

Em particular, os tumores de cabeça e pescoço possuem forte relação com questões de desenvolvimento, graças aos principais fatores de risco associados, como o tabagismo, o etilismo e exposições ocupacionais (5). A maior parte origina-se, com exceção dos tumores de pele, na mucosa das vias aerodigestivas superiores, principalmente da boca, faringe e laringe (6). Destaca-se nessa região anatômica o câncer da cavidade oral e laringe como os mais incidentes no país. De acordo com a estimativa do Instituto Nacional de Câncer (INCA), para o biênio 2018-2019 são esperados 14.700 novos casos de câncer da cavidade oral e 7670 novos casos de câncer de laringe na população brasileira (4). Cabe ressaltar que o câncer de cabeça e pescoço são mais expressivos em regiões de baixo desenvolvimento socioeconômico, estando tal fato relacionado com os hábitos de vida que culmina em uma exposição prolongada aos fatores de risco e também com o diagnóstico tardio e dificuldade de acesso ao tratamento adequado, justificando sua alta letalidade (7).

Muitos pacientes hospitalizados por câncer apresentam sintomas que variam no que se refere à gravidade, frequência e duração. Verifica-se, na população em geral, a presença da proliferação marcante de ideias relacionadas à incurabilidade do câncer e sintomas desagradáveis em relação à doença e ao tratamento (8). Isso ocorre principalmente quando há tumores de cabeça e pescoço que impactam a qualidade de vida dos pacientes dado o seu caráter, muitas vezes, incapacitante e mutilador (9).

Cada sintoma em oncologia é um fenômeno dinâmico e, por isso, deve ser constantemente reavaliado para que as intercorrências sejam controladas oferecendo alívio e conforto (10). Pacientes com

sintomas não controlados têm importantes perdas na qualidade de vida especialmente aqueles identificados e tratados tardiamente (11). A avaliação dos sintomas constitui, assim, um desafio nos cuidados de enfermagem devido ao curso evolutivo do câncer e da complexa relação entre a doença e os sintomas (12). É importante reconhecer que o estudo acerca dos sintomas mais prevalentes em oncologia torna-se de grande importância na prática clínica, pois permite a antecipação de problemas potenciais e permite planejar a gestão dos sintomas de forma resolutiva (13); além disso, possibilita considerar o cuidado individualizado e centrado no paciente, uma prática recorrente da enfermagem. Nesse contexto, o objetivo do presente estudo é avaliar os sintomas mais frequentes apresentados pelos pacientes com câncer de cabeça e pescoço e fatores associados.

Metodologia

Estudo quantitativo, transversal para o qual se utilizou um conjunto de dados sobre a prevalência de sintomas entre pacientes com tumores de cabeça e pescoço atendidos no INCA. Cabe ressaltar que este hospital trata pacientes de diferentes origens socioeconômicas e geográficas.

A amostra consistiu no universo de pacientes adultos internados no setor de cabeça e pescoço ou acompanhados no ambulatório, durante o período de março a novembro de 2016, totalizando 77 pacientes. Os critérios de inclusão foram pacientes (homens ou mulheres) com idade igual ou superior a 18 anos, portadores de neoplasias de cabeça e pescoço, internados ou em acompanhamento ambulatorial no setor de cabeça e pescoço do HCI/INCA.

A coleta de dados ocorreu por meio da aplicação da escala Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS) aos pacientes em 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. A abordagem ao paciente ocorreu no momento em que não era necessária a interrupção de suas atividades de rotina de exames e/ou tratamento, para não haver prejuízo na conduta clínica em detrimento da pesquisa. Devido ao déficit educacional característico da maioria dos pacientes acometidos por esse tipo de neoplasia, optou-se pela aplicação do instrumento na forma de entrevista, substituindo a autoaplicada, conforme recomendação do estudo anterior da primeira etapa da validação do instrumento (14).

Foram incluídos pacientes internados em investigação ou tratamento de tumores malignos de cabeça e pescoço. Foram excluídos os pacientes menores de 18 anos e aqueles que apresentavam distúrbios cognitivos capazes de comprometer a veracidade das respostas, como neoplasia ou metástase para SNC.

Para a coleta de dados adicionais, foi empregado um formulário próprio de dados sociodemográficos e clínicos que incluíam idade, sexo, estado civil, nível de escolaridade, raça, diagnóstico primário e presença de metástase, e local de tratamento (ambulatorial e internação). A variável idade foi transformada em categorias (20 a 39 anos, 40 a 59 anos e 60 anos ou mais).

O questionário administrado para a avaliação dos sintomas foi o Inventário de Avaliação de Sintomas (MSAS). O MSAS é uma ferramenta de avaliação de 32 itens desenvolvida para medir a prevalência e as três características associadas (frequência, gravidade e angústia) aos sintomas físicos e psicológicos experimentados pelos pacientes oncológicos na semana anterior à entrevista. A pontuação do sintoma representa a média das três dimensões do sintoma, sendo que os escores mais altos representam frequência mais alta, maior gravidade e maior sofrimento associado.

Os aspectos relacionados aos sintomas são avaliados ao agregá-los em dimensões de avaliação. O instrumento, por exemplo, pode ser dividido em subescalas que avaliam sintomas psicológicos (PSYCH), com seis itens; PHYS H que avalia sintomas físicos de alta frequência, com 12 itens, e PHYS L que avalia sintomas físicos de frequência relativamente baixa, com 14 itens. Ainda há uma quarta subescala contendo 4 sintomas psicológicos e 6 sintomas físicos que avalia o índice global de sofrimento (GDI – *Global Distress Index*) que pode apresentar variações significativas quando aplicada, por exemplo, a pacientes ambulatoriais e internados e pode ser considerada a subescala mais útil, clinicamente falando.

Finalmente, há um último índice que consiste na média entre os três domínios e todos os itens (TMSAS). As subescalas e seus respectivos itens estão descritos na Tabela 1. Vale destacar que o escore das subescalas representa a média dos itens que as compõem. O MSAS tem bons resultados para confiabilidade e validade na população de câncer, conforme descrito em estudo anterior (15).

Quando um sintoma é experimentado, o escore para o mesmo é determinado pelos escores médios da intensidade, frequência e incômodo ou, quando aplicável, apenas pela escala de intensidade e incômodo. Dessa forma, cada subescala foi obtida e a sua associação com variáveis clínicas (como a ocorrência de metástase e a localização do tumor) e sociodemográficas (como a idade, o sexo e a escolaridade) foram mensuradas e foi avaliada a significância estatística a um nível de 95 %. As variáveis categóricas foram avaliadas através do teste de qui-quadrado e as variáveis contínuas através do teste de ANOVA.

Tabela 1. Descrição das subescalas do Memorial Symptom Assessment Scale

Subescalas	Domínio	Nº de itens	Itens do MSAS
PHYS H	Físico de alta frequência	12	2, 3, 6, 7, 8, 11, 13, 21, 22, 26, 27, 29
PHYS L	Físico de baixa frequência	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	10	2, 3, 5, 6, 8, 16, 18, 21, 24, 29
TMSAS	Escore global	32	1 a 32

Fonte: (15).

Com relação aos aspectos éticos, este estudo seguiu as orientações da Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, obtendo autorização do Comitê de Ética e Pesquisa do INCA (protocolo nº 841.470).

Resultados

A população do estudo é predominantemente masculina (67,5 %), sendo pouco mais da metade em uma faixa etária de 60 anos ou mais (55 %). A maioria (60 %) declarou-se da raça branca. Houve predomínio do nível fundamental de escolaridade (60 %) e 2,5 % dos entrevistados eram analfabetos. Quanto ao estado civil, observou-se maior prevalência de indivíduos casados, representando 60 % da população. Em relação à localização do tumor, houve predomínio de boca (30 %), seguido de laringe (22,5 %). Dos entrevistados, 78,8 % estavam internados e 92,5 % não apresentaram metástases (Tabela 2).

De uma forma geral, pode-se perceber que, na variável frequência, a categoria 2 (que representa “às vezes”) foi a resposta mais recorrente dos pacientes para a maioria dos sintomas, quando presentes. Ainda nesta variável, a categoria menos citada foi a

1 (que representa “raramente”). Com relação à variável intensidade, duas categorias foram igualmente citadas pelos pacientes entrevistados: a categoria 1 (que se refere a “leve”) e a categoria 2 (que se refere a “moderada”). Por fim, na variável incômodo, a categoria mais prevalente foi aquela que se refere às muito impactantes (Tabela 3).

Tabela 2. Características clínicas e demográficas (n = 77)

Característica	n (%)
Sexo	
Masculino	52 (67,5)
Feminino	25 (32,5)
Faixa etária	
20 a 39 anos	4 (5)
40 a 59 anos	31 (40)
60 anos ou mais	42 (55)
Raça	
Branco	45 (60)
Preto/pardo	32 (40)
Escolaridade	
Analfabeto	2 (2,5)
Fundamental	46 (60)
Médio	19 (25)
Superior	10 (12,5)
Estado civil	
Solteiro	19 (25)
Casado	46 (60)
Viúvo/separado	12 (15)
Tipo de tratamento	
Ambulatorial	15 (21,3)
Internação	62 (78,8)
Metástases	
Sim	5 (7,5)
Não	72 (92,5)
Localização	
Boca	24 (30)
Faringe	10 (12,5)
Laringe	18 (22,5)
Tireoide	12 (15)
Seio paranasal	4 (5)
Olho	6 (7,5)
Parótida	3 (3,8)

Fonte: elaboração própria.

Os sintomas mais prevalentes foram boca seca (62,5 %), tristeza (60 %), preocupações (53,75 %), nervosismo (48,75 %) e tosse (46,25 %). Os sintomas menos prevalentes foram problemas com atividade/desejo sexual (3,75 %), alterações na pele (3,8 %), problemas para urinar (6,25 %), coceira (7,5 %) e inchaço nos braços ou pernas (8,75 %). Vale salientar que há muitos pacientes que relatam não ter os sintomas. No entanto, entre aqueles que apresentam sintomas, identificou-se relativa gravidade, pois a média dos itens, seja para intensidade, frequência ou incômodo, aumenta consideravelmente ao se analisar apenas o grupo com sintomas separadamente (Tabela 4).

Não houve diferença entre os tipos de cânceres avaliados. Para faixa etária, identificou-se uma diferença estatisticamente significativa para a subescala de sintomas físicos de baixa frequência (PHYS-L) ($p < 0,01$), com ocorrência de maior queixa de gravidade entre os jovens, e diminuindo progressivamente com o aumento da idade. Uma associação semelhante foi observada para idade e a escala geral (TMSAS), com significância limítrofe ($p = 0,06$). Para a escolaridade foi observada significância limítrofe para a escala física de alta frequência (PHYS-H) ($p = 0,07$), sintomas psíquicos (PSYCH) ($p = 0,06$) e escala geral ($p = 0,07$), havendo maior queixa de gravidade entre pessoas com baixa escolaridade, diminuindo progressivamente com o aumento da escolaridade e aumentando novamente no nível superior. Com relação ao tratamento, a queixa de maior gravidade se mostra significativamente diferente na escala global (GDI) ($p = 0,02$), com queixa maior dos pacientes ambulatoriais, em comparação aos internados. Houve diferença, ainda, entre o grupo com e sem metástase, havendo significância limítrofe ($p = 0,06$) na escala de sintomas físicos de baixa frequência, com queixa maior entre pacientes sem metástase (Tabela 5).

Tabela 3. Frequência dos sintomas do Memorial Symptom Assessment Scale por frequência, intensidade e incômodo (n = 77).

Item	Frequência (%)				Intensidade (%)				Incômodo (%)				
	1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Dificuldade para se concentrar	1,3	16,3	8,8	2,5	16,3	8,8	2,5	0,0	8,7	11,3	2,5	1,3	5,0
Dor	1,3	21,3	11,3	8,8	7,5	27,5	8,8	0,0	2,0	13,8	6,3	1,3	23,8
Falta de energia	0,0	23,8	7,5	1,3	12,5	15,0	5,0	0,0	2,3	11,3	3,8	3,8	11,3
Tosse	0,0	32,5	8,8	5,0	20,0	22,5	3,8	0,0	2,5	15,0	8,8	0,0	20,0
Nervosismo	5,0	28,8	8,8	6,3	20,0	26,3	2,5	0,0	2,3	18,8	6,3	3,8	17,5
Boca seca	2,5	33,8	18,8	7,5	26,3	30,0	3,8	2,5	7,4	18,8	12,5	1,3	22,5
Enjoo	0,0	10,0	5,0	0,0	8,8	3,8	2,5	0,0	1,2	2,5	2,5	0,0	8,8
Sonolência	1,3	15,0	13,8	2,5	16,3	13,8	2,5	0,0	11,1	8,8	5,0	1,3	6,3
Dormência ou formigamento nas mãos/pés	5,0	17,5	8,8	0,0	21,3	8,8	1,3	0,0	2,5	17,5	3,8	0,0	7,5
Dificuldade para dormir	3,8	15,0	20,0	5,0	13,8	26,3	3,8	0,0	1,2	18,8	0,0	3,8	20,0
Empanzinado	5,0	10,0	7,5	2,5	15,0	7,5	1,3	0,0	1,2	8,8	2,5	0,0	12,5
Problemas para urinar	2,5	1,3	2,5	0,0	5,0	1,3	0,0	0,0	1,2	0,0	1,3	0,0	3,8
Vômitos	2,5	6,3	2,5	0,0	7,5	2,5	1,3	0,0	0,0	5,0	0,0	0,0	6,3
Falta de ar	2,5	22,5	5,0	0,0	11,3	17,5	1,3	0,0	2,4	10,0	3,8	0,0	13,8
Diarreia	8,8	7,5	0,0	0,0	11,3	5,0	0,0	0,0	3,7	8,8	0,0	0,0	3,8
Tristeza	0,0	32,5	16,3	11,3	8,8	38,8	8,8	2,5	0,0	15,0	7,5	10,0	27,5
Suor	0,0	11,3	3,8	3,8	10,0	3,8	5,0	0,0	0,0	8,8	2,5	1,3	6,3
Preocupações	0,0	30,0	12,5	11,3	12,5	33,8	6,3	1,3	2,5	11,3	7,5	7,5	25,0
Problemas com o desejo ou atividade sexual	0,0	1,3	1,3	1,3	2,5	0,0	1,3	0,0	1,2	1,3	0,0	0,0	1,3
Coceira	5,0	2,5	0,0	0,0	5,0	1,3	1,3	0,0	2,5	2,5	0,0	0,0	2,5
Falta de apetite	1,3	10,0	8,8	3,8	6,3	11,3	5,0	0,0	1,2	12,5	1,3	1,3	7,5
Tontura	5,0	10,0	3,8	0,0	10,0	7,5	0,0	0,0	0,0	11,3	1,3	0,0	6,3
Dificuldade para engolir	0,0	16,3	13,8	11,3	8,8	23,8	8,8	0,0	0,0	11,3	1,3	1,3	27,5
Irritado	0,0	26,3	1,3	2,5	11,3	17,5	1,3	0,0	0,0	7,5	5,0	5,0	12,5
Feridas na boca	-	-	-	-	5,0	2,5	2,5	1,3	0,0	2,5	1,3	1,3	6,3
Mudança no gosto dos alimentos	-	-	-	-	7,5	12,5	6,3	1,3	2,4	7,5	1,3	0,0	16,3
Perda de peso	-	-	-	-	16,3	15,0	6,3	0,0	8,7	12,5	2,5	0,0	13,8
Perda de cabelo	-	-	-	-	6,3	3,8	2,5	0,0	0,0	1,3	2,5	0,0	8,8
Prisão de ventre	-	-	-	-	18,8	21,3	2,5	0,0	6,2	17,5	3,8	0,0	15,0
Inchaço nos braços ou pernas	-	-	-	-	5,0	3,8	0,0	0,0	1,2	6,3	0,0	0,0	1,3
"Eu não pareço mais eu mesmo(a)"	-	-	-	-	3,8	10,0	5,0	3,8	1,1	1,3	6,3	1,3	12,5
Alterações na pele	-	-	-	-	1,3	2,5	0,0	0,0	0,0	2,5	0,0	0,0	1,3

Fonte: elaboração própria.

Tabela 4. Resumo das estatísticas para o teste dos itens da Memorial Symptom Assessment Scale (n = 77)

Item	Prevalência (%)	Frequência (%)				Intensidade (%)				Incômodo (%)			
		Com sintomas		Total		Com sintomas		Total		Com sintomas		Total	
		Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Dificuldade para se concentrar	28,75	2,43	0,73	0,70	1,17	1,50	0,67	0,41	0,76	2,00	1,32	0,40	0,99
Dor	47,2	2,65	0,85	1,13	1,43	2,03	0,62	0,89	1,09	2,78	1,38	1,25	1,66
Falta de energia	32,5	2,31	0,55	0,75	1,13	1,77	0,71	0,58	0,92	2,50	1,35	0,75	1,36
Tosse	46,25	2,41	0,69	1,11	1,29	1,65	0,63	0,76	0,93	2,57	1,38	1,13	1,57
Nervosismo	48,75	2,33	0,84	1,14	1,31	1,64	0,58	0,80	0,92	2,43	1,37	1,13	1,53
Boca seca	62,5	2,50	0,76	1,56	1,36	1,72	0,76	1,08	1,03	2,50	1,34	1,38	1,59
Enjoo	15	2,33	0,49	0,35	0,86	1,58	0,79	0,24	0,64	3,09	1,30	0,43	1,17
Sonolência	32,5	2,54	0,71	0,83	1,26	1,58	0,64	0,51	0,83	2,24	1,30	0,48	1,09
Dormência ou formigamento nas mãos/pés	31,25	2,12	0,67	0,66	1,05	1,36	0,57	0,43	0,71	1,91	1,31	0,55	1,11
Dificuldade para dormir	43,75	2,60	0,81	1,14	1,40	1,77	0,60	0,78	0,97	2,59	1,46	1,10	1,60
Empanzinado	25	2,30	0,92	0,58	1,10	1,42	0,61	0,34	0,67	2,68	1,45	0,64	1,34
Problemas para urinar	6,25	2,00	1,00	0,13	0,54	1,20	0,45	0,08	0,31	3,50	1,00	0,18	0,79
Vômitos	11,3	2,00	0,71	0,23	0,67	1,44	0,73	0,16	0,51	2,67	1,58	0,30	0,99
Falta de ar	30	2,08	0,50	0,63	1,00	1,67	0,56	0,50	0,83	2,64	1,43	0,73	1,40
Diarreia	16,25	1,46	0,52	0,24	0,58	1,31	0,48	0,21	0,52	1,90	1,45	0,24	0,80
Tristeza	60	2,65	0,79	1,59	1,44	2,09	0,69	1,23	1,16	2,83	1,26	1,70	1,70
Suor	18,9	2,60	0,83	0,49	1,08	1,73	0,88	0,33	0,78	2,27	1,39	0,43	1,06
Preocupações	53,75	2,65	0,81	1,43	1,46	1,93	0,67	1,04	1,08	2,90	1,24	1,49	1,71
Problemas com o desejo ou atividade sexual	3,75	3,00	1,00	0,11	0,60	1,67	1,15	0,06	0,37	2,50	2,12	0,06	0,46
Coceira	7,5	1,33	0,52	0,10	0,38	1,50	0,84	0,11	0,45	2,50	1,73	0,13	0,64
Falta de apetite	23,75	2,63	0,83	0,63	1,19	1,94	0,73	0,44	0,88	2,17	1,42	0,49	1,13
Tontura	18,9	1,93	0,70	0,36	0,82	1,43	0,51	0,25	0,58	2,07	1,44	0,39	1,01
Dificuldade para engolir	41,4	2,88	0,82	1,19	1,52	2,00	0,66	0,83	1,08	3,09	1,35	1,28	1,76
Irritado	30	2,21	0,59	0,66	1,07	1,67	0,56	0,50	0,83	2,75	1,26	0,83	1,44
Feridas na boca	11,4	-	-	-	-	7,00	15,77	0,79	5,49	3,00	1,32	0,34	1,04
Mudança no gosto dos alimentos	27,5	-	-	-	-	2,05	0,84	0,56	1,02	3,00	1,41	0,75	1,48
Perda de peso	37,5	-	-	-	-	1,73	0,74	0,65	0,96	2,52	1,47	0,73	1,39
Perda de cabelo	12,6	-	-	-	-	1,70	0,82	0,21	0,63	3,30	1,16	0,41	1,17
Prisão de ventre	42,5	-	-	-	-	1,62	0,60	0,69	0,89	2,34	1,45	0,85	1,42
Inchaço nos braços ou pernas	8,75	-	-	-	-	1,43	0,53	0,13	0,43	1,50	1,22	0,11	0,50
"Eu não pareço mais eu mesmo(a)"	22,5	-	-	-	-	2,39	0,98	0,54	1,10	3,18	1,07	0,68	1,39
Alterações na pele	3,8	-	-	-	-	1,67	0,58	0,06	0,33	2,00	1,73	0,08	0,47

DP: desvio padrão

Fonte: elaboração própria.

Tabela 5. Estatísticas das subescalas do inventário de sintomas (Memorial Symptom Assessment Scale)

Característica	PHYS-H			PHSYS-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	16,33	14,32	0,89	9,56	7,03	0,18	24,17	18,04	0,72	24,32	17,06	0,66	15,11	9,66	0,75
Feminino	15,85	16,72		12,46	12,30		22,64	17,38		22,62	14,98		15,88	11,91	
Faixa etária															
20 a 39 anos	17,71	10,11	0,58	27,90	19,79	< 0,01	33,68	18,12	0,13	37,39	18,82	0,23	26,92	13,73	0,05
40 a 59 anos	14,04	14,86		10,61	7,16		27,08	18,79		22,96	17,77		15,28	10,09	
60 anos ou mais	17,59	15,60		8,85	7,55		20,29	16,46		23,12	14,82		14,37	9,88	
Raça															
Branco	15,03	14,47	0,40	10,08	9,70	0,61	25,69	17,86	0,21	24,99	17,32	0,41	15,23	10,32	0,89
Preto/pardo	17,90	15,92		11,15	8,25		20,65	17,38		21,95	14,82		15,55	10,61	
Escolaridade															
Analfabeto	40,62	34,86	0,07	15,48	19,36	0,41	34,03	26,51	0,06	42,91	20,62	0,02	27,73	25,59	0,07
Fundamental	17,01	14,60		10,57	6,97		24,27	17,97		23,68	16,93		15,71	9,47	
Médio	12,22	14,43		8,31	8,43		16,38	14,45		17,20	13,07		11,53	10,26	
Superior	15,20	11,19		13,57	15,99		33,33	17,56		33,45	12,56		18,85	9,99	
Estado civil															
Solteiro	14,65	15,08	0,70	10,10	6,79	0,86	20,69	13,78	0,32	19,47	12,77	0,40	13,77	9,22	0,70
Casado	16,05	15,76		10,35	10,04		26,09	19,64		25,23	17,66		15,70	10,86	
Viúvo/separado	19,24	12,45		11,80	9,12		18,98	14,74		25,10	16,06		16,63	10,70	
Tipo de tratamento															
Ambulatorial	18,72	19,30	0,43	12,95	8,77	0,21	21,73	19,94	0,61	23,77	18,69	0,01	16,88	12,29	0,49
Internação	15,49	13,77		9,84	9,15		24,20	17,23		23,77	15,81		14,95	9,86	
Metástases															
Sim	18,74	24,08	0,66	17,11	12,88	0,05	28,70	22,25	0,47	26,80	22,83	0,64	20,24	16,69	0,23
Não	15,97	14,30		9,97	8,63		23,27	17,44		23,53	15,88		14,96	9,76	
Localização															
Boca	18,23	11,50	0,22	13,23	11,37	0,63	21,23	11,17	0,30	23,76	10,77	0,10	16,92	9,11	0,68
Faringe	12,81	19,98		10,03	7,00		14,44	17,25		14,58	17,81		12,00	12,02	
Laringe	16,80	17,47		9,39	8,56		23,68	17,86		25,83	18,54		15,31	11,77	
Tireoide	9,72	7,90		8,48	8,82		24,53	19,97		21,80	15,82		12,56	10,00	
Seio paranasal	10,33	8,15		7,21	3,76		29,51	24,35		19,79	16,97		12,04	7,18	
Olho	16,66	10,77		11,31	6,02		35,88	20,32		27,98	8,45		17,92	6,55	
Parótida	36,34	24,83		4,46	3,35		37,96	34,70		49,30	31,16		22,87	18,16	

DP: desvio padrão

Fonte: elaboração própria.

Discussão

Os tumores de cabeça e pescoço são reconhecidos por causar alterações físicas, motoras e sensoriais importantes nos pacientes, reduzindo dramaticamente sua qualidade de vida e apresentando impacto negativo em sua saúde mental (16). Dessa forma, é importante a avaliação da ocorrência, da intensidade e frequência dos sintomas, independente do estadiamento e do tipo de tratamento (17).

Com relação à localização do tumor, assim como em outros estudos (4-6), prevalecem a cavidade oral e a laringe como as mais preponderantes da região da cabeça e pescoço. Além disso, os resultados obtidos com relação a sexo e idade corroboram o encontrado por outros autores (4, 5). Demonstram também a prevalência maior em um nível socioeconômico mais baixo, onde os indivíduos têm nenhuma ou pouca escolaridade, confirmando o apresentado em outros estudos (5-7) em que o câncer de cabeça e pescoço é mais preeminente em regiões com baixo nível socioeconômico. Cabe destacar que a relação dos sintomas e das variáveis sociodemográficas também possui relação com os fatores de risco. Nesse caso, os três principais fatores de risco para uma série de tumores dessa localização são o tabagismo, o etilismo e a exposição ocupacional. Sabe-se, contudo, que a distribuição destes fatores de risco muda de acordo com sexo, idade e escolaridade (18). Nesse sentido, o reconhecimento precoce dos sintomas em grupos que possuem este perfil permite o diagnóstico em estágios iniciais, reduzindo a mortalidade (5).

Pacientes com câncer frequentemente relatam sintomas decorrentes da doença em si ou relacionados à toxicidade dos tratamentos oncológicos. Esses sintomas, quando não identificados e tratados precocemente, estão associados à redução da sobrevida, da qualidade de vida e da capacidade funcional destes indivíduos (17).

De fato, reconhece-se que o tratamento oncológico pode ser igualmente danoso ao corpo quando comparado à própria doença, causando debilidade importante aos pacientes (18). A radioterapia é o principal tratamento eficaz para pacientes com câncer de cabeça e pescoço, entretanto, esses pacientes experimentam frequentemente sintomas múltiplos induzidos pela radiação. Esses sintomas relacionados com o tratamento, tais como mucosite, boca seca e problema de deglutição, têm influência prejudicial sobre os pacientes (19).

Cabe ressaltar que atualmente há diversos instrumentos para a avaliação de múltiplos sintomas, mas eles diferem em número dos 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). Os mais frequentemente utilizados são: Symptom Distress Scale, MSAS, Rotterdam Symptom Checklist, Edmonton Symptom Assessment e, mais recentemente, o MD Anderson Symptom Inventory (MDASI) (17-20).

Muitos sintomas ocorrem de forma simultânea, em parte porque estão em uma cadeia de eventos de morbidade, parte por terem órgãos-alvo semelhantes (21). A respeito dessa proposta de análise, o conceito de clusters de sintomas tem sido indicado 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 (20, 21).

Xiao *et al.* (19) identificaram dois clusters de sintomas para pacientes com câncer de cabeça e pescoço, o cluster específico e o cluster de sintomas gastrintestinais, ambos relacionados com o tratamento. O primeiro é composto de cinco sintomas muito específicos relacionados com o tratamento radioterápico: radiodermatite, disfagia, radiomucosite, boca seca e perturbação do paladar, e dois sintomas relativamente gerais: fadiga e dor. No cluster gastrointestinal, estão incluídos náusea, vômito e desidratação (19). Finalmente, outro estudo realizado por Hanna *et al.* (22) utilizando o MDASI, identificou sono, aflição, fadiga, dor, tristeza e sonolência como os sintomas mais graves apresentados pelos pacientes com câncer de cabeça e pescoço (23), achados semelhantes aos encontrados neste trabalho.

Dessa forma, observa-se que a avaliação dos sintomas, especialmente quando analisados por agrupamentos, auxilia na previsão das complicações, permitindo a intervenção precoce e impedindo a redução da capacidade funcional dos pacientes. Esta ação assegura, em certa medida, a manutenção da qualidade de vida dos pacientes (24, 25). Vale ressaltar que cabe ao enfermeiro o acompanhamento destes pacientes em sua rotina, de forma que sua participação no processo terapêutico é de enorme importância para o sucesso do tratamento. Finalmente, é importante compreender que, devido à natureza distinta dos cânceres de cabeça

e pescoço principalmente por sua localização, os sintomas devem ser cuidadosamente avaliados. Entre outros, certos sintomas que são esperados em paciente de câncer de nasofaringe, são diferentes dos tumores de laringe. Neste aspecto, é importante particularizar os planos de cuidado, devido a essa heterogeneidade e, na tentativa de assistir o paciente de forma mais resolutiva, atendendo às suas necessidades específicas.

Conclusão

O presente estudo destinou-se a avaliar os sintomas mais frequentes apresentados pelos pacientes diagnosticados com câncer de cabeça e pescoço utilizando a escala MSAS. De fato, foi possível identificar quais conjuntos de sintomas foram mais frequentes e qual é o perfil dos pacientes que apresentam esses sintomas. Esse diagnóstico é útil ao considerar que sintomas não controlados influenciam negativamente na qualidade de vida, alterando o humor, ingestão alimentar e atividades da vida diária, além de prejudicar as relações sociais, familiares e de trabalho do paciente. Ainda que o presente estudo possua limitações, como o número insuficiente de pacientes participantes, e a não observação de certas localizações mais raras, como câncer de septo nasal, consideramos válida a evidência apontada, já que poucos são os estudos conduzidos em unidades de referência nacional com certa riqueza de informações.

Considerando-se a comum ocorrência de múltiplos sintomas no paciente oncológico, são necessários instrumentos capazes de avaliar de forma mais ampla tais sintomas. Essa afirmação se refere à utilização de instrumentos específicos que avaliam a qualidade de vida e, mais ainda, com módulos específicos para cada localização. Isso permite a identificação de padrões de manifestação de doença e quais dimensões do bem estar podem estar reduzidas nesses pacientes. Dessa forma, os profissionais de saúde entendem melhor a complexidade dos grupos de sintomas podendo assim orientar e desenvolver intervenções para gerenciar os mesmos.

Referências

- (1) World Health Organization. Policies and managerial guidelines for national cancer control programs. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2002 [citado 2018 fev. 23];12(5):366-70. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2002.v12n5/366-370>
- (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* [Internet]. 2018 [citado 2018 jan. 23];68:394-424. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.3322/caac.21492>
- (3) Bray F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Zanetti R et al., editors. *Cancer incidence in five continents* [Internet]. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2017 [citado 2018 fev. 3]. Disponível em: <http://ci5.iarc.fr>
- (4) Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Inca; 2017.
- (5) Ribeiro ILA, Medeiros JJ, Rodrigues LV, Valença AMG, Lima-Neto EA. Fatores associados ao câncer de lábio e cavidade oral. *Rev Bras Epidem* [Internet]. 2015 [citado 2018 fev. 3];18(3):618-29. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/1980-5497201500030008>
- (6) Lo Nigro C, Denaro N, Merlotti A, Merlano M. Head and neck cancer: improving outcomes with a multidisciplinary approach. *Cancer Manag Res* [Internet]. 2017 [citado 2018 fev. 4];9:363-71. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.2147/CMAR.S115761>
- (7) Guimarães RM. Transição do câncer feminino: evidências demográficas e epidemiológicas para a tomada de decisão estratégica nas políticas públicas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro [Dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Ciências Estatísticas/IBGE; 2015.
- (8) Costa DSJ, Mercieca-Bebber R, Rutherford C, Gabb L, King MT. The impact of cancer on psychological and social outcomes. *Australian Psychologist* [Internet]. 2016 [citado 2018 fev. 25];52(51):89-99. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1111/ap.12165>
- (9) Machado BCP, Gonçalves LM, Bezerra-Júnior JRS, Cruz MCFN. Avaliação da qualidade de vida dos pacientes portadores de câncer de cabeça e pescoço no Estado do Maranhão. *Rev Bras Pesquisa Saúde* [Internet]. 2009 [citado 2018 mar. 1];11(4):62-8. Disponível em: <http://www.periodicos.ufes.br/RBPS/article/viewFile/357/268>
- (10) Bressan V, Bagnasco A, Aleo G, Catania G, Zanini MP, Timmins F et al. The life experience of nutrition impact symptoms during treatment for head and neck cancer patients: a systematic review and meta-synthesis. *Support Care Cancer* [Internet]. 2017 [citado 2018 mar. 2];25(5):1699-712. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3618-7>
- (11) Dodd MJ, Miaskowski C, Lee KA. Occurrence of symptom clusters. *J Natl Cancer Inst Monogr* [Internet]. 2004 [citado 2018 fev. 24];32:76-8. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1093/jncimonographs/lgh008>
- (12) Kirkova J, Walsh D, Aktas A, Davis MP. Cancer symptom clusters: old concept but new data. *Am J Hosp Palliat Care* [Internet]. 2010 [citado 2018 mar. 8];27(4):282-8. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/1049909110364048>

- (13) Abu-Saad-Huijjer H, Abboud S, Doumit M. Symptom prevalence and management of cancer patients in Lebanon. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2012 [citado 2018 mar. 8];44(3):386e99. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.10.019>
- (14) Rocha LF, Carvalho MS, Belmiro 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 Pesq Saúde* [Internet]. 2017 [citado 2019 jan. 29];19(2):83-91. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.21722/rbps.v19i2.20584>
- (15) 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 (São Paulo) [Internet]. 2017 [citado 2018 mar. 8];15(2):148-54. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/s1679-45082017ao3645>
- (16) Vartanian JG, Carvalho AL, Carvalho AY, Benevides GM, Sanábria A, Toyota J. Avaliação de sintomas depressivos em sobreviventes em longo prazo do câncer de cabeça e pescoço. *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço* [Internet]. 2006 [citado 2018 mar. 22];35(4):226-9. Disponível em: http://www.sbccp.org.br/wp-content/uploads/2014/11/2006_354-226-229.pdf
- (17) Ferreira K, William Jr. WN, Mendonza TR, Kimura M, Kowalski LP, Rosenthal DI *et al.* Tradução para a língua portuguesa do M.D. Anderson Symptom Inventory – head and neck module (MDASI-H&N). *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço* [Internet]. 2008 [citado 2018 mar. 29];37(2):109-13. Disponível em: http://www.sbccp.org.br/wp-content/uploads/2014/11/art_115.pdf
- (18) Kolankiewicz ACB, Domenico EB, Lopes LF, Magnano TS. Validação do inventário de sintomas do M.D. Anderson Cancer Center para a língua portuguesa. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2014 [citado 2018 mar. 23];48(6):999-1005. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/S0080-623420140000700006>
- (19) Xiao C, Hanlon A, Zhang Q, Ang K, Rosenthal DI, Nguyen-Tan PF *et al.* Symptom clusters in patients with head and neck cancer receiving concurrent chemoradiotherapy. *Oral Oncol* [Internet]. 2013 [citado 2018 dez. 12];49(4):360-6. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2012.10.004>
- (20) Paice JA. Assessment of symptom clusters in people with cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr* [Internet]. 2004 [citado 2018 mar. 20];32:98-102. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1093/jncimonographs/lgh009>
- (21) Boeira SF, Guimarães RM, Acioli LR, Stipp MAC. Cluster de sintomas e câncer na pesquisa em enfermagem: revisão sistemática. *Rev Bras Cancerol* [Internet]. 2014 [citado 2018 abr. 2];60(4):351-61. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_60/v04/pdf/10-revisao-de-literatura-cluster-de-sintomas-e-cancer-na-pesquisa-em-enfermagem-revisao-sistemica.pdf
- (22) Hanna EY, Mendoza TR, Rosenthal DI, Gunn GB, Sehra P, Yucel E *et al.* The symptom burden of treatment-naïve patients with head and neck cancer. *Cancer* [Internet]. 2015 [citado 2018 abr. 2];121:766-73. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1002/cncr.29097>
- (23) Silva PB, Lopes M, Trindade LCT, Yamanouchi CN. Controle dos sintomas e intervenção nutricional: fatores que interferem na qualidade de vida de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. *Rev Dor* [Internet]. 2010 [citado 2018 mar. 30];11(4):282-8. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1806-0013/2010/v11n4/a1648.pdf>
- (24) Aktas A, Walsh D, Kirkova J. The psychometric properties of cancer multisymptom assessment instruments: a clinical review. *Support Care Cancer* [Internet]. 2015 [citado 2018 abr. 5];23(7):2189-202. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1007/s00520-015-2732-7>
- (25) Sharp JL, Gough K, Pascoe MC, Drosdowsky A, Chang VT, Schofield P. The modified Memorial Symptom Assessment Scale short form: a modified response format and rational scoring rules. *Qual Life Res* [Internet]. 2018 [citado 2018 abr. 5];27(7):1903-10. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1855-y>