

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

DAIANE DA ROSA MONTEIRO

ESCALA DE EDMONTON E CUIDADOS PALIATIVOS:

revisão integrativa

Porto Alegre

2009

DAIANE DA ROSA MONTEIRO

ESCALA DE EDMONTON E CUIDADOS PALIATIVOS:

revisão integrativa

Monografia apresentada à disciplina Trabalho de Conclusão de Curso II da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de enfermeiro.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Henriqueta Luce Kruse

Porto Alegre

2009

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, Rosa e José, pelo apoio, amor e confiança durante todos esses anos. À minha avó, Ermelinda, pelo incentivo em todos os momentos e preocupação durante minhas vindas para casa. Amo vocês mais do que tudo nessa vida! Obrigada por estarem sempre por perto!

Ao meu namorado pela paciência e companheirismo em todos momentos que precisei!

Aos meus amigos por entender minha ausência em certos momentos e por torcer pelo meu sucesso!

A minha orientadora, professora Maria Henriqueta, pela convivência de quase três anos, pelas trocas de experiência, pela dedicação e por ser um exemplo de profissional na qual me espelho todos os dias.

Enfim, agradeço a todos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre que cruzaram meu caminho nessa trajetória e que colaboraram para meu crescimento pessoal e minha formação profissional.

Muito, muito obrigada!

“Eu me importo pelo fato de você ser você, me importo até o último momento de sua vida e faremos tudo o que está ao nosso alcance, não somente para ajudar você a morrer em paz, mas também para você viver até o dia da sua morte”.

Cicely Saunders

RESUMO

Cuidados Paliativos são prestados a pacientes com doenças irreversíveis quando se reconhece que eles se encontram fora de possibilidades terapêuticas de cura, sendo o enfoque no controle dos sintomas e melhora da qualidade de vida. Pacientes em Cuidados Paliativos freqüentemente apresentam mais de um sintoma, tornando-se importante avaliar e controlar adequadamente a evolução destes sintomas e as intervenções. A Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS) é um instrumento de avaliação composto por nove sintomas físicos e psicológicos encontrados em pacientes com câncer. Este estudo objetivou realizar uma revisão integrativa acerca da avaliação dos profissionais de saúde e pacientes quanto ao uso da ESAS em pacientes em Cuidados Paliativos. Os artigos foram localizados nas bases de dados Medline e Lilacs, sendo selecionados oito artigos entre 1998 e 2009. A análise dos artigos mostrou que a ESAS é um instrumento válido para controle e manutenção dos sintomas por ser considerada fácil, simples e rápida de ser aplicada. A ESAS contempla os sintomas mais importantes para os pacientes, porém apresenta algumas limitações como dificuldade no preenchimento para pacientes terminais, com problemas cognitivos ou físicos, dificuldades quanto a terminologias e ausência de sintomas. Este é um estudo inicial que propõe em sua continuação a implantação da Escala no Núcleo de Cuidados Paliativos (NCP) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, por isso os resultados foram importantes para poder aperfeiçoar e melhorar o atendimento a estes pacientes.

Descritores: ESAS; Escala de Edmonton; Cuidados Paliativos

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Artigos para análise da Revisão Integrativa.....	21
Quadro 2 - Objetivos, métodos e períodos de aplicação da Escala nos artigos....	22
Quadro 3 - Resultados encontrados nos artigos.....	24
Quadro 4 - Frequência dos resultados encontrados nos artigos.....	27

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	7
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	10
2.1	Cuidados Paliativos.....	10
2.2	Sintomas em Cuidados Paliativos.....	11
2.3	Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS).....	14
3	METODOLOGIA.....	16
3.1	Tipo de estudo.....	16
3.2	Formulação do problema.....	16
3.3	Coleta dos dados.....	17
3.4	Avaliação dos dados coletados.....	18
3.5	Análise e interpretação dos dados.....	18
3.6	Apresentação dos resultados.....	18
3.7	Aspectos éticos.....	19
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	20
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
	REFERÊNCIAS DAS ANÁLISES.....	34
	REFERÊNCIAS.....	35
	APÊNDICE - Quadro para organização de artigos.....	39
	ANEXO A – Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton.....	40
	ANEXO B – Carta de Aprovação da COMPESQ/EENFUFGRS.....	41

1 INTRODUÇÃO

Cuidados Paliativos são prestados aos pacientes com doenças progressivas e irreversíveis quando se reconhece que eles se encontram fora de possibilidades terapêuticas de cura. Os Cuidados Paliativos não têm objetivo curativo, nem buscam retardar ou apressar a morte do doente, seu enfoque é o controle dos sintomas e a melhora da qualidade de vida (BRASIL, 2000). Atualmente dispõe-se de uma tecnologia bastante avançada para o tratamento de patologias, mas há pacientes que não podem se beneficiar de uma medicina considerada mais avançada, pois não apresentam possibilidades de cura (SILVA; SUDIGURSKY, 2008). Sendo assim, obter meios de aperfeiçoar os cuidados a estes pacientes com o propósito de aliviar os sintomas persistentes nessa etapa da doença são objetivos para o cuidado de enfermagem.

Motivada pelo interesse na área da Oncologia e por ter exercido atividade como bolsista no Núcleo de Cuidados Paliativos de um hospital de ensino, decidi fazer um estudo que pudesse trazer informações aos profissionais de saúde quanto a utilização de um instrumento que auxilia na assistência aos pacientes nesta etapa da vida. Embora a morte seja algo do qual não podemos escapar em algum momento da vida, ela não é um assunto simples de ser discutido em nossa cultura (SOUSA et al, 2009). As dificuldades em abordar o assunto sobre morte e morrer podem ser percebidas em pacientes e em profissionais da saúde, ocasião em que freqüentemente, desvincular-se e não se envolver com o assunto se torna um mecanismo de proteção. A compreensão sobre a morte foi sofrendo alterações com o passar dos anos, sendo que a partir do século XX, a morte passou a ocorrer com maior freqüência no ambiente hospitalar e não mais no domicílio como era comum anteriormente (CARVALHO et al, 2006).

A morte moderna e institucionalizada trouxe consigo o distanciamento entre o paciente e sua família. A experiência nas Unidades de Cuidados Paliativos tem demonstrado que prestar assistência integral a pacientes e suas famílias têm contribuído para o aumento da qualidade de vida, tanto no âmbito hospitalar como no domiciliar, pela relação de interação mútua que se estabelece e auxilia no processo (MARTELETE, 1991). Deixar de pensar a morte como um fracasso e

intervir para melhorar o cuidado, o conforto e o alívio do sofrimento dos pacientes, sem a pretensão de gerar a cura, é um caminho a ser percorrido pelos profissionais de saúde (BRASIL, 2001).

Pacientes com câncer em fase final de vida apresentam diversos sintomas, variando quanto a sua intensidade e frequência (BRASIL, 2001). Segundo Pimenta e Mota (2006):

Atualmente, dor é o sintoma que mais recebe atenção, porém outros, como fadiga, dispnéia, alterações cognitivas, perda de apetite, caquexia, náusea e depressão, entre outros, em geral se apresentam concomitantemente, causando intenso sofrimento, incapacidade e prejuízos à qualidade de vida (p.32).

Na prática dos Cuidados Paliativos é comum os pacientes apresentarem mais de um sintoma ao mesmo tempo, decorrente da evolução da doença ou do tratamento (FABBRO; DALAL; BRUERA, 2006), sendo assim, se torna importante poder avaliar e controlar adequadamente essas necessidades de cuidado aos pacientes que se encontram em processo de Cuidados Paliativos para que tais cuidados possam ser prestados adequadamente, pois uma avaliação mais abrangente permite a formulação de estratégias terapêuticas mais eficazes.

A aplicação de escalas de assistência é um dos métodos utilizados para possibilitar um cuidado diferenciado a cada paciente a partir dos escores apresentados. As escalas podem quantificar e documentar a necessidade de intervenções, avaliando sua eficácia ou identificando a necessidade de novas intervenções. Dentre as escalas existentes, a Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton - ESAS -, representa um importante instrumento de avaliação para os cuidados prestados aos pacientes em Cuidados Paliativos. Sua utilização pode aprimorar a assistência de enfermagem detectando e monitorando os sintomas apresentados pelos pacientes, individualizando o cuidado. A ESAS é uma escala que traz como forma de avaliação a combinação de sintomas físicos e psicológicos identificados em pacientes em Cuidados Paliativos, sendo composta por uma lista de nove sintomas frequentemente encontrados em pacientes com câncer (BRUERA et al, 1991). Possui uma gradação que varia de zero a 10, onde zero representa a ausência do sintoma e 10 representa o sintoma em sua mais forte manifestação. A Escala pode ser preenchida pelo paciente, pela família ou pela equipe de saúde (BRUERA et al, 1991). A enfermagem por meio das informações obtidas pode

realizar cuidados dirigidos ao manejo e controle dos sintomas apresentados pelo paciente.

A avaliação realizada pela Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton possibilita que se conheça a frequência e intensidade dos sintomas apresentados pelos pacientes, permitindo que as equipes de saúde tomem decisões adequadas para realização dos cuidados necessários. Como a Escala também pode ser utilizada no âmbito domiciliar, torna-se fácil para o familiar manuseá-la e cuidar do paciente em casa, seguindo as orientações fornecidas pela equipe de saúde. Deste modo, traçamos como objetivo para este estudo realizar uma revisão integrativa acerca da avaliação dos profissionais de saúde e pacientes quanto ao uso da Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton - ESAS - em pacientes em Cuidados Paliativos.

Por esta Escala ser bastante utilizada em algumas instituições de saúde, é importante poder conhecer a avaliação feita pelos profissionais de saúde e também pacientes sobre o uso da ESAS, pois assim o atendimento prestado pode tornar-se mais eficaz, promovendo conforto e alívio dos sintomas. Este estudo faz parte de um projeto maior intitulado “Escala de Edmonton: Implantação em um Núcleo de Cuidados Paliativos” e aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

O estudo está dividido em capítulos. No primeiro será abordado a revisão de literatura, destacando o surgimento dos Cuidados Paliativos, os sintomas mais encontrados nos pacientes com câncer e a criação da ESAS. Após será apresentada a revisão integrativa como metodologia para se obter conhecimento sobre a avaliação da ESAS e, por fim, as análises dos artigos que constituem o *corpus* da pesquisa onde os resultados serão apresentados em quadros.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura deste estudo estará descrita a seguir.

2.1 Cuidados Paliativos

Cuidados Paliativos é uma terapêutica prestada ao paciente e à sua família, quando se reconhece que a cura deixa de ser o objetivo principal do cuidado. Estes cuidados não têm o objetivo de antecipar a morte, nem de prolongar a vida dos pacientes, mas sim controlar os sintomas e promover a qualidade de vida para que, tanto o paciente fora de possibilidade terapêutica de cura quanto sua família, consigam viver ativamente esta etapa (SIMONI; SANTOS, 2003).

Durante muito tempo os pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura foram esquecidos pelos serviços de saúde, já que o foco principal da medicina era a cura dos pacientes. Com o passar dos anos, a aceitação e compreensão da morte foi sendo integrada nos cuidados de saúde e, com isso, começaram a ser oferecidos serviços especializados na assistência a estes pacientes (SMELTZER; BARE, 2005). O surgimento dos Cuidados Paliativos deu-se há algumas décadas, sendo posteriormente desenvolvido em vários países. Segundo Kruse et al (2007):

O movimento moderno de Cuidados Paliativos começou na Inglaterra na década de 70 do século passado, com Cicely Saunders, que fundou o primeiro *hospice* em Londres, o Saint Christopher's Hospice, instituição que proporcionava um novo modelo de assistência aos doentes terminais, denominado Cuidados Paliativos. Cicely Saunders era enfermeira e médica e estava insatisfeita com os resultados do tratamento dispensado a pacientes em estado terminal, cujo sofrimento (físico, psíquico, social e espiritual) era freqüentemente ignorado pela equipe que os tratava [...]. Em seguida, outros países, como França e Canadá, incorporaram essa filosofia (p. 50).

Os Cuidados Paliativos podem ser prestados no ambiente hospitalar, no domicílio ou em instituições de saúde especializadas no cuidado a estes pacientes (CAMARGO; KURASHIMA, 2007). Estas instituições de saúde especializadas são conhecidas como *hospices* e não são freqüentes em nosso país. Os *hospices*

criados por Cicely Saunders tinham como intuito despersonalizar a morte nas instituições de saúde (SMELTZER; BARE, 2005). Os *hospices* são um conceito de cuidado onde a fase terminal é vista como um estágio de desenvolvimento e não como um período de sofrimento.

No Brasil, em 1998, o Ministério da Saúde inaugurou a primeira Unidade Hospitalar de Cuidados Paliativos no Instituto Nacional do Câncer (INCA), que recebeu o nome de Centro de Suporte Terapêutico Oncológico e, após essa data, esta forma de cuidado se expandiu para outras Instituições (BRASIL, 2001; TEIXEIRA; LAVOR, 2006). Atualmente os Cuidados Paliativos estão organizados em associações e instituições de ensino aumentando cada vez mais o conhecimento dos profissionais de saúde sobre a filosofia de cuidado prestada aos pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura (TEIXEIRA; LAVOR, 2006).

No Brasil, as Unidades de Cuidados Paliativos caracterizam-se por estarem disponíveis 24 horas, possuem uma equipe multidisciplinar treinada que individualize as queixas e mantenha um vínculo de confiança com o paciente e a família, considerem a morte como uma etapa natural da vida e focalizem a assistência diretamente no controle e alívio dos sintomas apresentados pelos pacientes (BRASIL, 2001; MELO; FIGUEIREDO, 2006). O modelo de assistência, Cuidados Paliativos, tornou-se uma opção terapêutica efetiva por controlar os sintomas e proporcionar uma melhor qualidade de vida aos pacientes que não possuem um prognóstico de cura diante de sua patologia. Assim, como descreve os autores Melo e Figueiredo (2006, p.18), “Introduzir o conceito de Cuidados Paliativos remete-nos a essência da medicina: alívio da dor e de outros sintomas. O que faziam os médicos antigamente a não ser paliar e aliviar?”.

2.2 Sintomas em Cuidados Paliativos

Pacientes em Cuidados Paliativos apresentam diversos sintomas, sendo alguns freqüentemente encontrados independentes do estágio da patologia. Dentre os sintomas que estes pacientes apresentam, alguns se encontram em maior prevalência e são abordados nesta revisão.

O sintoma que se destaca nos Cuidados Paliativos é a fadiga, pois ocorre em cerca de 75% a 95% dos pacientes (MOTA; PIMENTA, 2002), podendo debilitar e comprometer as atividades da vida diária. A fadiga é considerada uma sensação de cansaço extremo provocada pela combinação de sintomas físicos e psicológicos (BRASIL, 2001). A sua causa ainda é desconhecida, mas sabe-se que estão envolvidos múltiplos fatores, destacando-se o processo da carcinogênese, a quimioterapia e a radioterapia (MOTA; MOTA, 2006a). Apesar de a fadiga ser o sintoma mais freqüente nos Cuidados Paliativos, é o que possui menos soluções satisfatórias, sendo importante tentar identificar e reverter a causa base para proporcionar uma melhora da qualidade de vida do paciente (BRASIL, 2002).

A dor é considerada uma das conseqüências mais temidas por pacientes com câncer, pois se manifesta de diferentes formas e intensidades, variando entre dor leve e intensa. É encontrada em 50% a 70% dos pacientes (RUSTOEN et al, 2003). Em alguns casos, o paciente pode ser incapaz de comunicar sua dor e o profissional de saúde deve estar atento aos sinais demonstrados, pois os pacientes em fase terminal são os que mais sofrem com este problema quando não realizada uma avaliação efetiva (SMELTZER; BARE, 2005). Existem muitos cuidados a serem realizados para o tratamento da dor em Cuidados Paliativos como intervenções com farmacológicas e não farmacológicas, sendo a relação terapêutica entre o paciente e o profissional da saúde um importante elo para o tratamento efetivo (PIMENTA; FERREIRA, 2006).

A náusea é outro sintoma encontrado em cerca de 40% a 70% dos pacientes em Cuidados Paliativos e possui várias etiologias, se não tratada pode causar grande impacto na qualidade de vida dos pacientes, pois pode levar a inapetência, anorexia, prejuízos nas atividades e dificuldade na adesão a outros tratamentos (DALAL; FABBRO; BRUERA, 2006). Cerca de 60% dos pacientes que fazem uso de opióides, principalmente no início da terapêutica, apresentam esse sintoma. Por ter uma avaliação simples, também há métodos farmacológicos e não farmacológicos bastante efetivos no tratamento da náusea (BRASIL, 2002).

A dispnéia é considerada uma sensação de respiração desconfortável, provocando a falta de ar no paciente. É um sintoma subjetivo bastante comum em pacientes em fase terminal (BRANT, 1998). Conforme Silva e Silva (2006), a dispnéia ocorre em torno de 30% a 75% dos pacientes em Cuidados Paliativos, principalmente nos que apresentam câncer de pulmão ou que possuem metástases

pulmonares. Embora a causa da dispnéia possa ser identificada e tratada, a escolha para os cuidados depende da avaliação clínica e do estágio da doença, geralmente tendo como objetivo aliviar o sintoma e promover o conforto do paciente sem o intuito de promover a cura da doença base (SMELTZER; BARE, 2005).

Torna-se comum ocorrer distúrbios do sono em 29% a 59% dos pacientes em Cuidados Paliativos, sendo a dor, ansiedade, uso de medicações, dispnéia, entre outros as principais causas (BRASIL, 2001). Pacientes que apresentam insônia podem sentir ansiedade e irritabilidade, muitas vezes trazendo conseqüências para o cuidador, que pode também ter seu sono comprometido (BRASIL, 2002). O uso fixo de opióides para alívio da dor pode produzir como efeito colateral a sonolência. Este sintoma também pode interferir no cotidiano dos pacientes, já que é necessário o monitoramento e auxílio do cuidador para a execução de certas atividades como alimentação e banho (PIMENTA; FERREIRA, 2006).

A depressão e a ansiedade são sintomas psicológicos encontrados em muitos pacientes em Cuidados Paliativos, sendo essencial a avaliação constante de seu comportamento e reações frente aos acontecimentos (MOTA; MOTA, 2006b). A ansiedade é caracterizada por uma sensação de mal-estar ou sentimento de tristeza, sendo a etiologia proveniente de vários fatores. Geralmente pacientes em Cuidados Paliativos apresentam este sintoma quando relacionam sua doença à morte ou ao morrer (MOTA; MOTA, 2006b). A depressão é considerada mais grave que a ansiedade, pois é caracterizada por um distúrbio complexo de emoções, associado à perda de interesse pela vida e a problemas cognitivos, podendo trazer alterações como a insônia e cefaléia (ADAMS; VICTOR; ROPPER, 1997). É provável que uma parcela significativa dos pacientes em Cuidados Paliativos venha experienciar um episódio de ansiedade ou depressão durante algum período do seu processo. O trabalho psicológico seja de apoio, aconselhamento, reabilitação ou psicoterapia individual e grupal, tem facilitado a transmissão do diagnóstico, a aceitação dos tratamentos, o alívio dos efeitos secundários e a obtenção de uma melhor qualidade de vida (CARVALHO, 2002).

Pode-se notar que estes sintomas muitas vezes estão interligados e poder avaliar de forma abrangente, promovendo um acompanhamento e auxiliando os pacientes para obtenção gradativa de melhoras faz com que o objetivo principal dos Cuidados Paliativos seja cumprido: aliviar os sintomas e melhorar a qualidade de vida dos pacientes (BRASIL, 2001).

2.3 Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton – ESAS

Como forma de auxiliar na detecção e resolução dos sintomas encontrados nos pacientes que apresentam patologias distintas, foram criadas diversas escalas de avaliação. Conforme Pimenta e Ferreira (2006), essas escalas são encontradas de inúmeras formas, como: autorelatos, escalas visuais numéricas, escalas de cores, escalas de faces, escalas de descritores verbais, questionários, entre outras, com o intuito de facilitar a compreensão, monitorando, mensurando e avaliando aspectos físicos, emocionais, cognitivos e associados à observação dos profissionais. Algumas escalas apresentam restrições de uso para pacientes com menor grau de instrução, cooperação ou com sintomas graves (PIMENTA; FERREIRA, 2006).

Para avaliar de forma abrangente os sintomas apresentados em pacientes de Cuidados Paliativos, em 1991 no Hospital Geral de Edmonton (Canadá), foi elaborada a Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton - ESAS - (ANEXO A), uma escala desenvolvida para uso diário na avaliação de nove sintomas comuns encontrados nos pacientes com câncer, sendo eles: apetite, fadiga, náusea, depressão, sonolência, ansiedade, dor, dispnéia e mal-estar. A ESAS foi projetada para permitir medições quantitativas sobre a intensidade dos sintomas apresentados pelos pacientes, tendo eles a opção de adicionar um décimo sintoma referente ao que estão sentindo no momento. A Escala é composta de escalas visuais numéricas que variam entre zero e 10, sendo zero a ausência do sintoma e 10 o sintoma em sua mais forte intensidade, facilitando o uso da ESAS para realização de um plano de tratamento individualizado de acordo com os objetivos que se quer alcançar (BRUERA et al, 1991).

A ESAS pode ser utilizada como autoavaliação ou como sistema de avaliação externa, sendo preenchida tanto pelo paciente, familiar ou profissional de saúde (DALAL; FABBRO; BRUERA, 2006). Conforme Bruera et al (1991), o ideal é que o próprio paciente preencha a escala, caso não seja possível por algum prejuízo cognitivo, ela é preenchida pelo familiar e os sintomas subjetivos como fadiga, depressão e ansiedade não são preenchidos, sendo os outros sintomas avaliados de forma objetiva pelo comportamento do paciente. Após a aplicação da Escala, o escore é transferido para um gráfico que facilita a visualização da evolução dos

pacientes ao longo do processo, registrando a intensidade do sintoma na avaliação inicial e em intervalos regulares, após a resposta ao tratamento (DALAL; FABBRO; BRUERA, 2006).

Por ser uma escala visual numérica que utiliza nove palavras facilmente traduzidas para o português (dor, fadiga, depressão, ansiedade, dispnéia, inapetência, sonolência, bem-estar e náusea), no Brasil esta Escala é utilizada traduzida e adaptada não havendo necessidade de validação como acontece com outras escalas em que é necessário autenticar o texto para a língua portuguesa antes de utilizá-la.

3 METODOLOGIA

A metodologia do estudo estará descrita a seguir.

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma Revisão Integrativa que segundo Broome (1993) é uma metodologia que resume o passado literário teórico ou empírico de um fenômeno ou problema de saúde para providenciar uma compreensão mais abrangente de determinado assunto. Revisões Integrativas representam o modo mais amplo de metodologia de pesquisa de revisão, permitindo a inclusão simultânea da pesquisa experimental e não-experimental com o objetivo de melhor compreender o fenômeno em questão (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

Segundo Cooper (1989) a revisão integrativa é desenvolvida em cinco etapas: formulação do problema, coleta dos dados, avaliação dos dados coletados, análise e interpretação dos dados e apresentação dos resultados, sendo estas etapas apresentadas neste estudo.

3.2 Formulação do problema

Esta primeira etapa da pesquisa é considerada essencial para uma revisão integrativa bem elaborada. Segundo Polit e Beck (2006), esta etapa é iniciada com uma questão norteadora, podendo ser a formulação de um problema ou uma questão de pesquisa que seja importante para a saúde e para a enfermagem, esta questão pode ser delimitada a uma intervenção específica ou a diversas intervenções.

Assim, o estudo tem como norteador o seguinte questionamento: Na literatura produzida, a ESAS mostrou ser um bom instrumento de avaliação ou apresentou muitas limitações na avaliação de profissionais de saúde e pacientes?

3.3 Coleta dos dados

Esta etapa é bastante ligada a etapa anterior, pois após a escolha do tema e a formulação do problema de estudo, começa a procura nas bases de dados para a obtenção dos artigos a serem incluídos ou excluídos do estudo (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Os dados foram coletados de publicações internacionais da área da saúde que abordassem o tema do estudo. Foi utilizada como base de dados o portal de periódicos Medline, com o uso das palavras-chave *ESAS and Edmonton and Palliative*. Também foi empregada a bases de dados LILACS, utilizando as palavras-chave, *ESAS and Edmonton and Paliativo*.

Os critérios de Inclusão no estudo foram:

- Artigos de 1991 até 2009 cujo tema fosse a aplicação da Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton. Foram incluídos os trabalhos publicados a partir de 1991, ano de publicação do primeiro trabalho sobre a ESAS.
- Artigos com resumo e texto completo disponíveis na base de dados.
- Artigos escritos em inglês, português ou espanhol.
- Artigos que utilizassem a ESAS como foco principal do estudo, sem objetivo de quantificar e identificar sintomas.
- Artigos que utilizassem a ESAS como avaliação de sintomas em pacientes oncológicos.

Os critérios de Exclusão foram:

- Resumos que não respondessem a formulação do problema do estudo.
- Artigos sem resumo e texto completo disponíveis na base de dados.
- Artigos não escritos em inglês, português ou espanhol.
- Artigos que utilizassem a ESAS e outras escalas para identificar e quantificar sintomas.
- Artigos que utilizassem a ESAS como avaliação de cuidados a pacientes não oncológicos.

3.4 Avaliação dos dados coletados

Segundo Beyea (1998) esta etapa consiste na definição das informações a serem utilizadas para o estudo. Os dados dos artigos selecionados serão separados e agrupados em um instrumento que irá sintetizar as informações relevantes para o estudo. Esta etapa serve para organizar os documentos de maneira clara, formando um banco de dados de fácil acesso (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para avaliação e discussão dos dados foi elaborado um instrumento com as seguintes informações: título do artigo, autores, revista, ano, objetivo, metodologia, período de aplicação da ESAS, avaliações sobre a ESAS (APÊNDICE).

3.5 Análise e interpretação dos dados

Nesta etapa a análise e interpretação do estudo devem ser realizadas de forma crítica, como na pesquisa convencional, procurando explicações para os resultados encontrados e realizando uma comparação com os conhecimentos existentes (GANONG, 1987).

No presente estudo os artigos foram comparados entre si, analisados e interpretados para responder ao objetivo do estudo.

3.6 Apresentação dos resultados

Consiste na elaboração de um material que apresente as etapas e os principais resultados encontrados nos artigos selecionados, de modo que respondam a questão norteadora (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Assim, foram produzidos quadros para melhor visualização, onde são apresentados trechos dos artigos que explicitam a opinião dos profissionais da saúde e pacientes quanto ao uso da ESAS, juntamente com uma discussão sobre os resultados encontrados.

3.7 Aspectos Éticos

Foram respeitadas as normas de autoria, referenciando os autores citados no estudo, conforme normas da ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas. Este estudo faz parte do projeto n° 17/09 intitulado “Escala de Edmonton: Implantação em um Núcleo de Cuidados Paliativos”, aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - COMPESQ/EENFUFGRS – (ANEXO B).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Utilizando os descritores ESAS *and* Edmonton *and* Palliative foram encontrados 54 artigos na base de dados Medline e após a leitura dos resumos foram selecionados 10 artigos, mas dois deles não tinham texto completo disponível online, deste modo não preenchiam os critérios de inclusão. Com os descritores ESAS *and* Edmonton *and* Paliativo também foi encontrado um artigo na base de dados LILACS, sendo que após a leitura do resumo, evidenciou-se que o artigo utilizava a ESAS para quantificar os sintomas de pacientes e assim não preenchia os critérios de inclusão.

Os dois artigos não localizados no Medline são do periódico Journal of Palliative Care que não se encontra disponível online e por isso tais artigos foram excluídos do estudo. Um deles foi o primeiro artigo publicado sobre a Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton em 1991, escrito por Eduardo Bruera e outros autores. A ESAS foi desenvolvida e utilizada em uma Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital Geral de Edmonton no Canadá. Em sua versão original, os pacientes classificavam a intensidade de oito sintomas com o uso de escalas visuais analógicas, onde é colocada uma marca ao longo de uma linha não numerada, indicando-se em uma extremidade a marcação de ausência do sintoma e na outra, o sintoma em sua maior intensidade (BRUERA et al, 1991). Em uma versão posterior, os mesmos autores acrescentaram o sintoma falta de ar à ESAS e a escala visual analógica foi substituída por uma escala visual numérica onde o zero representava a falta do sintoma e o 10 o sintoma em sua mais forte intensidade.

Desde sua criação, a ESAS tem sido traduzida e adaptada para ser utilizada em programas de cuidados paliativos. Até 1998 não foram publicados artigos sobre a Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton e talvez isso tenha ocorrido por ser uma escala nova utilizada somente em pacientes em Cuidados Paliativos. Outra razão poderia ser que mesmo utilizando a ESAS em outras instituições, há o desinteresse dos autores em publicar estudos sobre a Escala, deixando de apresentar resultados quanto à efetividade da mesma.

Os oito artigos que fizeram parte da revisão integrativa estão organizados no quadro abaixo:

TITULO	REVISTA / ANO	LOCAL	AUTORES
1) Concurrent validity of the modified Edmonton Symptom Assessment System with the Rotterdam Symptom Checklist and the Brief Pain Inventory	Support Care Cancer 1998	Austrália	J. Philip et al.
2) The use of the Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS) within a palliative care unit in the UK	Palliative Medicine 1998	Reino Unido	Elizabeth Rees et al.
3) Validation of the Edmonton Symptom Assessment Scale	Cancer 2000	EUA	Victor T. Chang Shirley S. Hwang Martin Feuerman
4) Errors in Symptom Intensity Self-Assessment by Patients Receiving Outpatient Palliative Care	Journal of Palliative Medicine 2006	EUA	Anil Garyali et al.
5) Edmonton symptom assessment scale: Italian Validation in two palliative care settings	Support Care Cancer 2006	Itália	Cecilia Moro et al.
6) Palliative care nurses perceptions of the Edmonton Symptom Assesment Scale: a pilot survey	International Journal of Palliative Nursing 2006	Canadá	Sharon Watanabe et al.
7) Use of a modified ESAS in cancer patients: a pilot study of patient and staff experiences	International Journal of Palliative Nursing 2007	Suécia	Kerstin Baba Per Fransson Jack Lindh
8) The Edmonton symptom assessment system - What do patients think?	Support Care Cancer 2009	Canadá	Sharon Watanabe et al.

Quadro 1 – Artigos para análise da Revisão Integrativa

Conforme demonstrado no Quadro 1, dos oito artigos selecionados, todos foram escritos em inglês. Apenas um artigo foi escrito em espanhol, mas não fez parte do estudo por não preencher os critérios de inclusão. Não há estudos publicados em português ou oriundo do Brasil, de onde pode se depreender que a escala ESAS é pouco utilizada em nosso país. Observei que os países onde

inicialmente foi utilizada a filosofia dos Cuidados Paliativos são os que publicaram artigos sobre o assunto. Assim, dois estudos foram publicados no Canadá, dois nos Estados Unidos da América, um na Itália, um na Austrália, um no Reino Unido e um na Suécia. O único estudo publicado em espanhol foi desenvolvido no Chile.

Os artigos do estudo foram publicados entre 1998 e 2009. A partir do ano de 2006 o número de trabalhos aumentou, sendo este o ano que houve mais publicações, totalizando três artigos. Observei que muitos artigos foram publicados sobre a ESAS, mas poucos sobre a avaliação de profissionais de saúde e pacientes quanto a sua utilização. Nota-se que os dois trabalhos canadenses sobre a ESAS, o de 2006 e de 2009, tiveram a participação de uma mesma autora, evidenciando que os estudos publicados no Canadá, mesmo sendo o local de criação da ESAS, também não tiveram um interesse maior por parte dos profissionais.

No Quadro 2, são apresentados o objetivo, a metodologia e o período de aplicação da ESAS dos artigos selecionados.

Estudo	Objetivo	Metodologia	Período de aplicação da ESAS
1	Validar a ESAS modificada com dois auto-questionários usados no tratamento do câncer.	Prospectivo longitudinal	2 meses
2	Testar a viabilidade, utilidade e praticidade da ESAS em um hospital de cuidados paliativos no Reino Unido.	Prospectivo	1 mês e 15 dias
3	Validar a ESAS em uma população de pacientes.	Prospectivo	1 mês
4	Determinar se os pacientes marcaram os sintomas na ESAS de forma correta.	Retrospectivo	4 meses
5	Validar a versão italiana da ESAS e avaliar os pacientes com o sistema de autoavaliação dos sintomas de pacientes com câncer avançado em dois diferentes ambientes de cuidados paliativos.	Prospectivo	Não informado

6	Avaliar, em um estudo piloto, a percepção das enfermeiras de cuidados paliativos em relação a viabilidade e utilidade da ESAS.	Pesquisa de opinião	1 mês
7	Avaliar a viabilidade da ESAS modificada para monitorar os sintomas em pacientes oncológicos de cuidados paliativos.	Prospectivo	1 mês
8	Reunir evidências da validade da ESAS, examinando pacientes que completaram a ESAS, compreendendo a terminologia e classificações numéricas e opinando quanto a ESAS como uma ferramenta de auto-relato.	Não informado	Não informado

Quadro 2: Objetivos, métodos e períodos de aplicação da Escala nos artigos

A maioria dos artigos encontrados são estudos prospectivos que acompanharam pacientes ambulatoriais e internados que preencheram a ESAS durante períodos que variavam de um mês a quatro meses, sendo que dois artigos não informaram o tempo de aplicação. Estudos que se desenvolvem em períodos mais longos em relação a outros mais curtos podem trazer resultados distintos. Nesta revisão integrativa o tempo de aplicação da escala não sofreu grande variação, sendo que a avaliação de um mês foi encontrada em quatro artigos. Comparando o Quadro 2 com o Quadro 3, é possível analisar que nos artigos onde foi descrito menor tempo na coleta de dados, foram obtidos maior quantidade de resultados em relação aqueles com mais tempo de coleta. Grande parte dos dados trouxe resultados coincidentes entre os artigos, mostrando que a avaliação de profissionais e pacientes quanto à escala é muito semelhante.

O objetivo dos artigos analisados era a avaliação da ESAS, sendo dois deles sobre sua validação em países distintos. Com isso, este estudo traz informações de sobre a aplicação da ESAS mostrando resultados de diferentes populações e culturas.

Após a leitura dos artigos foi elaborada o quadro a seguir que apresenta os resultados dos estudos:

ESTUDO	POPULAÇÃO	RESULTADOS
1	80 pacientes	<ul style="list-style-type: none"> - A ESAS é um instrumento simples. - É curta e auto-preenchida, evitando viéses de médicos e enfermeiros. - É aplicável mesmo entre aqueles à beira da morte (fase terminal).
2	71 pacientes	<ul style="list-style-type: none"> - A ESAS torna-se um meio inadequado de controle de avaliação de sintomas a pacientes em fase terminal. - Profissionais consideram a ESAS rápida de ser completada. - Pacientes em mau estado consideram a ESAS longa por não possuírem mais concentração. - Pacientes não entendem como completar a ESAS. - Sintomas como ansiedade, sonolência, depressão e bem-estar geral são extremamente difíceis de pontuação em muitos doentes, especialmente pacientes sob sedação. - A falta do sintoma constipação. - Pacientes não entendem o termo bem-estar. - A ESAS tem uma boa abrangência de sintomas.
3	240 pacientes	<ul style="list-style-type: none"> - A ESAS é breve e de fácil aplicação. - A ESAS é sensível a mudanças repentinas na intensidade de sintomas (não sabem se há melhores resultados na aplicação diária ou semanal). - Requer mais explicações que outras escalas (dificuldade de entendimento). - Dificuldade de preenchimento de pacientes com problemas físicos e cognitivos. - A ESAS é um instrumento válido na avaliação de sintomas em Cuidados Paliativos.

4	60 pacientes	<ul style="list-style-type: none"> - Não compreensão do termo bem-estar. - Profissionais sugerem definição entre o horário da presença do sintoma: "durante as últimas 24 horas" ou "agora".
5	158 pacientes	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicação semanal ou diária da ESAS produz mudanças de sintomas. - Pacientes não entendem o sintoma bem-estar. - É um instrumento viável para avaliação dos sintomas na prática clínica de cuidados paliativos com potencial capacidade de resposta em diferentes situações ou ambientes de cuidados.
6	48 profissionais da saúde (enfermeiras e auxiliares de enfermagem)	<ul style="list-style-type: none"> - A ESAS é fácil de entender. - A ESAS não toma muito tempo e esforço para os pacientes e enfermeiros completar. - Dificuldade dos pacientes entenderem o conceito de bem-estar. - Os pacientes têm dificuldades de entender algumas terminologias (fadiga). - O tempo de preenchimento e o esforço exercido dependem do estado físico do paciente. - Dificuldades de preenchimento de pacientes em fase terminal.
7	42 pacientes	<ul style="list-style-type: none"> - Os pacientes consideram a ESAS uma escala que contem os sintomas mais relevantes. - A ESAS é fácil de ser preenchida. - A ESAS é considerada pela equipe de saúde um instrumento útil para a obtenção de informações sobre os sintomas de pacientes em sofrimento. - A ESAS proporciona uma boa visão dos sintomas dos pacientes, podendo ajudá-los de uma maneira melhor. - Consideram a ESAS importante para torná-la como avaliação do paciente. - Deveria possuir o sintoma constipação ou

		<p>diarréia.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes sugerem uma escala reduzida de sintomas.
8	20 pacientes	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes consideram a ESAS fácil de preencher. - Dificuldade em compreender o conceito de bem-estar. - Pacientes sugerem explicações para os termos. - Sugestão de especificar o horário da presença do sintoma (“agora” ou “hoje”) - Falta de sintomas intestinais (diarréia ou constipação) e outros sintomas. - Presença de um profissional para preenchimento da ESAS (dificuldade para entender alguns itens). - Pacientes referem que com o uso de alguns medicamentos fica difícil se concentrar para o preenchimento.

Quadro 3: Resultados encontrados nos artigos

A maioria dos trabalhos foi realizada com populações relativamente grandes, talvez com a intenção de obter resultados mais fidedignos sobre a ESAS. É interessante observar que dos oito artigos selecionados, um é realizado diretamente com profissionais da saúde, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, que estiveram presentes durante os processos de aplicação da ESAS em pacientes oncológicos e outro relata a opinião dos pacientes quanto a ESAS. Os demais artigos apresentam considerações tanto de pacientes quanto de profissionais da saúde, mas na maioria das vezes o que prevalece é a opinião dos profissionais. Talvez fossem necessários mais estudos sobre a percepção dos pacientes quanto a Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton para poder aperfeiçoar e melhorar o atendimento a estes pacientes, que são os sujeitos que irão usufruir diretamente da Escala.

No Quadro 4, podemos encontrar de forma mais clara as avaliações sobre a ESAS que mais prevaleceram na comparação entre os artigos.

Avaliações sobre a ESAS realizadas por pacientes e profissionais de saúde	Frequência de resultados
É um instrumento simples/ fácil	5
Pacientes não entendem o termo bem-estar	5
É um instrumento rápido / curto	4
Dificuldade de entender terminologias	4
Dificuldade para pacientes com problemas físicos, cognitivos ou com uso de medicações	4
É uma escala boa para avaliação dos sintomas	4
Falta o sintoma constipação / sintomas intestinais	3
Aplicável a pacientes que não estão em fase terminal	2
A ESAS deveria conter um item sobre o horário do sintoma (agora / hoje / nas últimas 24 h)	2
Indefinição entre aplicação semanal ou diária da ESAS	2
A escala é demorada / longa (pacientes)	2
Aplicável em pacientes terminais	1

Quadro 4: Frequência dos resultados encontrados nos artigos

Como podemos observar no Quadro 4, os oito artigos apresentam resultados semelhantes quanto a opiniões sobre a ESAS. Cinco deles indicam que a ESAS é um instrumento simples e fácil de ser aplicado, quatro artigos indicam que é um instrumento curto e rápido e outros quatro artigos garantem que é uma boa escala para avaliação de sintomas.

A ESAS apresentou essas características possivelmente por ser uma escala visual numérica e por abranger os principais sintomas apresentados por pacientes em Cuidados Paliativos. As escalas visuais numéricas podem ser aplicadas na forma verbal ou gráfica e os dados obtidos costumam ser fáceis de preencher e interpretar. Segundo Lima et al (2008), as escalas visuais numéricas “têm a vantagem de serem familiares aos pacientes, uma vez que o ser humano utiliza números desde sua

infância” (p. 521) e como a ESAS apresenta todos os sintomas dispostos na mesma forma, ela se torna simples e rápida de ser preenchida tanto para o paciente, quanto para o familiar ou profissional da saúde. Apesar de ser considerada uma boa escala para avaliação dos sintomas tanto por pacientes quanto por profissionais da saúde, ela não aborda todos os sintomas apresentados em Cuidados Paliativos, até porque se tornaria muito extensa. Deste modo, a ESAS não deve substituir a comunicação entre o profissional de saúde e o paciente, mas sim auxiliar na estimativa dos sintomas e nas possíveis intervenções.

O bem-estar foi o sintoma mais comentado nos estudos, pois muitos pacientes não conseguiram entender o significado da palavra para poder atribuir um valor conforme prevê a Escala. O conceito de bem-estar pode ser definido de inúmeras maneiras, mas segundo Sá Junior (2004):

O primeiro significado de bem-estar pode ser a noção subjetiva de sentir-se bem, não ter queixas, não apresentar sofrimento somático ou psíquico, nem ter consciência de qualquer lesão estrutural ou de prejuízo do desempenho pessoal ou social (inclusive familiar e laboral). Aí, bem-estar significa sentir-se bem e não apenas não se sentir mal. Mas bem-estar também significa condição de satisfação das necessidades (conscientes ou inconscientes, naturais ou psicossociais). Nos seres humanos, implica na satisfação das necessidades biológicas, o bem-estar físico; das necessidades psicológicas, o bem-estar mental; e das necessidades sociais, o bem-estar social. E não apenas satisfeitas todas essas necessidades, mas perfeitamente (ou completamente) atendidas (p.16).

Por ser muito amplo o conceito de bem-estar, talvez seja difícil explicar ao paciente o que seria tal noção subjetiva, exatamente por ser algo que depende de cada pessoa. Não há dados disponíveis na literatura sobre o sentido que as palavras bem-estar e mal-estar tem na avaliação da Escala. Observei que alguns estudos retiram da avaliação este sintoma pela dificuldade para determinar um sentido para esta palavra.

Outro dado encontrado em quatro artigos foi relacionado às terminologias utilizadas na Escala. Em um estudo a palavra fadiga foi confundida com sonolência, em outro tal palavra não foi compreendida. Alguns pacientes de um dos estudos não entenderam como completar a Escala. Uma alternativa para este problema seria substituir algumas palavras da Escala por outras, de modo que transmitissem significados mais precisos e acessíveis aos pacientes. É importante que haja uma

boa orientação dos profissionais de saúde quanto ao uso da Escala, pois isso facilita o preenchimento da mesma pelos pacientes. A incerteza quanto ao preenchimento e o desconhecimento de alguns termos podem determinar erros no preenchimento e interpretação da ESAS. Esse cuidado com a redução dos erros é bastante importante, já que um dos objetivos da Escala é que o paciente possa utilizá-la em seu domicílio.

Dois artigos afirmam que os pacientes ficam confusos quanto ao horário do sintoma e sugerem que a Escala tenha informações como - preencha a escala quanto ao sintoma que você possui agora, hoje ou nas últimas 24 horas -. A ESAS apresenta um enunciado que orienta o preenchimento das escalas visuais numéricas explicando o modo como deve ser marcada a intensidade dos sintomas, bem como o período da presença do sintoma. O que pode causar dúvidas é que a Escala pede que o paciente a preencha numerando o sintoma que ele está tendo naquele momento e entre parênteses também é comentado que os sintomas podem ser preenchidos quanto a intensidade nas últimas 24 horas. Assim seria importante que o profissional de saúde orientasse quanto ao preenchimento da ESAS no momento em que o paciente toma conhecimento da Escala.

Dois estudos fizeram observações quanto à frequência da aplicação da Escala, não havendo um consenso entre os autores sobre qual seria a frequência ideal. Segundo informações do estudo publicado em 1991, a Escala deveria ser aplicada diariamente para poder acompanhar a evolução dos sintomas (BRUERA et al, 1991). Por mais que a ESAS seja uma escala fácil e rápida de ser preenchida, a possibilidade de aplicá-la semanalmente pode ser considerada, já que preenchê-la todos os dias pode se tornar exaustivo para os pacientes, principalmente aqueles mais debilitados, que necessitam de mais esforço para o preenchimento.

A constipação é um sintoma muito presente em pacientes em Cuidados Paliativos e foi encontrado somente em três artigos. Segundo o material elaborado pelo Instituto Nacional do Câncer sobre a constipação intestinal no câncer avançado (BRASIL, 2009), a constipação é conceituada como:

Uma série de sinais e sintomas relacionados à dificuldade na eliminação das fezes. Comumente observa-se a diminuição da frequência nas evacuações, fezes com volume reduzido, endurecidas ou de difícil eliminação, bem como a sensação de evacuação incompleta, plenitude, desconforto abdominal ou a necessidade de manobras facilitadoras para a saída do bolo fecal (p.11).

A constipação afeta aproximadamente 1% a 17% da população, sendo prevalente em 80% a 95% dos pacientes com câncer avançado em uso de opióides (FUKUDA, 2006). Ela pode tornar-se tão intensa que o paciente é forçado a escolher entre o alívio da dor e o alívio da constipação (SMELTZER; BARE, 2005). Se não for controlada pode trazer grande desconforto e piora na alimentação, sono, deambulação e humor (MORAES; PIMENTA, 2003). Alguns destes sintomas como a presença de apetite e sono também são abordados pela ESAS e com o item constipação incluído nas avaliações da Escala, poderá ficar mais fácil aliviar ou combater os outros sintomas, já que saberemos onde está o foco primário do problema. Assim, incluir o sintoma constipação como o décimo item fixo na avaliação da ESAS pode melhorar a escolha das intervenções, visto que o uso de opióides em Cuidados Paliativos é bastante freqüente e traz efeitos colaterais indesejáveis.

Dois estudos evidenciaram que pacientes consideram a ESAS demorada por ser muito extensa. Em um desses estudos os pacientes que fizeram essa observação encontravam-se em fase terminal, tendo dificuldades para completar a ESAS tanto por problemas físicos quanto cognitivos. Observei que artigos que consideram a ESAS não adequada para uso são desenvolvidos com pacientes em fase terminal. Nestes casos parece ser necessário fazer reformulações, sendo uma alternativa que o profissional da saúde ou familiar auxiliasse no preenchimento, cuidando para não interferir em suas respostas, já que sintomas são subjetivos.

Há dois artigos que não consideram a ESAS um instrumento adequado para avaliação de sintomas em pacientes terminais e um artigo que avalia a ESAS como um bom instrumento na avaliação dos pacientes em fase final de vida, evidenciando uma discordância entre os autores. Segundo Knobel e Silva (2004), “paciente terminal é aquele cuja condição é irreversível, independentemente de ser tratado ou não, e que apresenta uma alta probabilidade de morrer num período relativamente curto de tempo” (p.133). Pacientes terminais apresentam muitas peculiaridades quanto aos sintomas apresentados e devem ser observados rigorosamente pelos profissionais de saúde, uma vez que o controle de sintomas deve ser abordado do ponto de vista psicológico, social, familiar e espiritual para que o paciente e a família tenham melhor qualidade de vida. Os sintomas mais freqüentes em pacientes em fase terminal são alterações na consciência, inapetência, redução de débito urinário, sonolência, confusão mental, problemas visuais, auditivos e de comunicação, dispnéia, inquietação, alterações de temperatura e perda dos esfínteres

(SMELTZER; BARE, 2005). Tais sintomas demonstram que pacientes terminais não têm condições físicas e cognitivas de preencher sozinhos a ESAS. Deste modo, podemos avaliar que uma das vantagens desta Escala seria monitorar e controlar sintomas da doença que podem trazer prejuízos ao paciente.

A literatura mostra que problemas físicos e cognitivos estão interligados em pacientes em fase terminal (MOTA; MOTA, 2006b). As alterações cognitivas envolvem problemas relacionados à consciência, atenção, percepção, emoção, aprendizagem, memória, inteligência e eficiência psicomotora podendo causar sofrimento ao paciente e seus familiares (MOTA; MOTA, 2006b). Por essa razão, quatro artigos evidenciaram que a ESAS é difícil de preencher quando os pacientes apresentam determinados sintomas. Em um dos artigos os pacientes referem falta de concentração para utilizar a Escala devido ao uso de medicamentos. Nos Cuidados Paliativos a presença de pacientes com algum distúrbio, complicação decorrente da doença ou uso excessivo de sedativos é comum devido à intensidade de alguns sintomas. Uma alternativa para pacientes que fazem uso de medicamentos que causem sonolência é o preenchimento da Escala antes da administração do medicamento e o auxílio da família quando o paciente apresenta problemas físicos ou cognitivos.

O conhecimento sobre a utilização do instrumento e a avaliação individualizada sobre o estado de saúde do paciente possibilita estratégias na utilização da Escala que produzem avaliações mais precisas e intervenções adequadas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cuidados Paliativos são voltados ao controle dos sintomas e preservação da qualidade de vida do paciente e sua família, sendo importante para manter seu bem-estar no final de vida, tanto no hospital quanto no domicílio. O paciente que recebe Cuidados Paliativos necessita de cuidados diferenciados que consideram o paciente em sua individualidade e que requerem um atendimento integral, humanizado e qualificado. No entanto, para que tal cuidado seja possível o profissional deve mobilizar recursos que possam aperfeiçoar e melhorar o atendimento prestado.

A criação da Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton foi um método de cuidado que possibilitou que os profissionais da saúde conheçam os sintomas apresentados pelos pacientes para que pudessem ser elaboradas intervenções específicas e individualizadas. Observa-se que pacientes não referem certos sintomas quando não lhes é perguntado ou tendem a referir o sintoma que mais lhe incomoda. Deste modo, a ESAS por contemplar os nove sintomas mais evidentes em Cuidados Paliativos tende a amenizar esse problema, pois é possível tratá-los e acompanhar os resultados em relação à terapêutica aplicada.

Neste estudo fica evidenciado que a maioria das publicações sobre a ESAS visa quantificar os sintomas apresentados pelos pacientes. A revisão integrativa aqui elaborada mostra que a ESAS é um instrumento válido para controle e manejo dos sintomas por ser considerada uma escala fácil, simples e rápida de ser aplicada. Embora a ESAS contemple os sintomas que mais freqüentemente acometem os pacientes, a Escala apresenta algumas limitações tais como a dificuldade no preenchimento para pacientes em fase terminal, pacientes com problemas cognitivos ou físicos, dificuldades quanto a terminologia utilizada e ausência de sintomas. Foi observado que há poucos estudos sobre a ESAS, especialmente no Brasil, o que pode ser um empecilho para o uso bem sucedido da Escala. Deste modo, é importante conhecer o que já foi pesquisado e promover adaptações para tornar o tratamento dos sintomas físicos e psicológicos eficazes. Uma enfermagem competente, presente em todos os momentos e atualizada em relação a procedimentos, tratamentos e intervenções para melhoria do atendimento, facilita o reconhecimento das necessidades e o planejamento de melhores cuidados.

Para concluir, destaco que este estudo faz parte de um projeto que objetiva implantar esta escala no Núcleo de Cuidados Paliativos (NCP) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Tal análise foi interessante para que se conhecesse a opinião de profissionais e pacientes quanto ao uso da ESAS. Os resultados possibilitarão dar continuidade ao estudo, adaptando esta Escala às necessidades dos pacientes do NCP, fornecendo orientações e esclarecimentos que proporcionem melhor atendimento a eles e suas famílias.

REFERÊNCIAS DAS ANÁLISES

BABA, K.; FRANSSON, P.; LINDH, J. Use of a modified ESAS in cancer patients: a pilot study of patient and staff experiences. **International Journal of Palliative Nursing**, Umeã, v.13 , n.12, p. 610 - 616, 2007.

CHANG, V.T.; HWANG, S.S.; FEUERMAN, M. Validation of the Edmonton Symptom Assessment Scale. **Cancer**, Philadelphia, v. 88, n. 9, p. 2164 – 2171, mai. 2000.

GARYALI, A. et al. Errors in Symptom Intensity Self-Assessment by Patients Receiving Outpatient Palliative Care. **Journal of Palliative Medicine**, Houston, v.9, n.5, p.1059-1065, nov. 2006.

MORO, C. et al. Edmonton symptom assessment scale: Italian Validation in two palliative care settings. **Support Care Cancer**, Bergamo, v.14, n.1, p. 30–37, jan. 2006.

PHILIP, J. et al. Concurrent validity of the modified Edmonton Symptom Assessment System with the Rotterdam Symptom Checklist and the Brief Pain Inventory. **Support Care Cancer**, Victoria, v.6, n.6, p. 539-541, nov. 1998.

REES, E. et al. The use of the Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS) within a palliative care unit in the UK. **Palliative Medicine**, London, v. 12, n.2, p.75–82, mar. 1998.

WATANABE, S. et al. Palliative care nurses perceptions of the Edmonton Symptom Assesment Scale: a pilot survey. **International Journal of Palliative Nursing**, Edmonton, v.12, n.3, p.111-114, mar. 2006.

WATANABE, S. et al. The Edmonton symptom assessment system - What do patients think? **Support Care Cancer**, Edmonton, v.17, n.6, p.675-683, jun. 2009.

REFERÊNCIAS

- ADAMS, R.D.; VICTOR, M.; ROPPER, A.H. **Principles of Neurology**. Nova York: Mc Grawhill, 1997. 1530p.
- BEYEA, S.C.; NICOLL, L.H. Writing na integrative review. **AORN Journal**, Denver, v.67, n.4, p. 877-880, abr. 1998.
- BRANT, J.M. The art of palliative care: living with hope, dying with dignity. **Oncology Nursing Forum**, Califórnia, v. 25, n. 96, p. 995-1004, mai. 1998.
- BRASIL. Instituto Nacional do Câncer. Controle de Sintomas do Câncer Avançado em Adultos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.46, n.3, p.243-256, jul/ago/set. 2000. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/n46/v03/pff/normas.pdf>. Acesso em: 13 mai. 2009.
- _____. Instituto Nacional do Câncer. Cuidados Paliativos Oncológicos - Controle de Sintomas. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.48, n. 2, p.191-211, abr/mai/jun. 2002. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_48/v02/pdfcondutas3.pdf. Acesso em: 20 ago. 2009.
- _____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Cuidados Paliativos Oncológicos: controle de sintomas**. Rio de Janeiro: INCA, 2001. 130p. Disponível em: http://www.inca.gov.br/publicacoes/manual_cuidados.pdf. Acesso em: 26 abr. 2009.
- _____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Constipação intestinal no câncer avançado**. Rio de Janeiro: INCA, 2009. 38p.
- BROOME, M.E. Integrative literature reviews for the development of concepts. In: RODGERS, B.L.; KNAFL, K.A. **Concept Development in Nursing**. Philadelphia: PA, 1993. 400 p. p. 231–250.
- BRUERA, E. et al. The Edmonton symptom assessment system (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. **Journal of Palliative Care**, Edmonton, v.7, n.2, p.6-9, 1991. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1714502>. Acesso em: 25 abr. 2009.
- CAMARGO, B.; KURASHIMA, A. Y. **Cuidados Paliativos em Oncologia Pediátrica**. São Paulo: Lemar, 2007. 416p.
- CARVALHO, M.M. Psico-oncologia: história, características e desafios. **Psicologia USP**, São Paulo, v.13, n.1, p.151-166, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65642002000100008&script=sci_arttext. Acesso em: 01 nov. 2009.
- CARVALHO, L.S. et al. A morte e o morrer no cotidiano de estudantes de enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p.551-557,dez.

2006. Disponível em: <http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S010435522006000400010&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 23 abr. 2009.

COOPER, H.M. **Integrating Reserarch: A Guide for Literature Reviews**. 2ed. London: Sage Publication, 1989.157p.

DALAL, S.; FABBRO, E.D.; BRUERA, E. Symptom Control in Palliative Care — Part I: Oncology as a Paradigmatic Example **Journal of Palliative Medicine**, Texas, v. 9, n. 2, p. 391–408, abr. 2006. Disponível em: <http://www.liebertonline.com/doi/pdfplus/10.1089/jpm.2006.9.391>. Acesso em: 02 jun. 2009.

FABBRO, E.D.; DALAL, S.; BRUERA, E. Symptom Control in Palliative Care - Part II: Cachexia/ Anorexia and Fatigue. **Journal of Palliative Medicine**, Texas, v.9, n.2, p.409-421, abr. 2006. Disponível em: <http://www.liebertonline.com/doi/pdfplus/10.1089/jpm.2006.9.409>. Acesso em: 24 abr. 2009.

FUKUDA, C. Controle da Constipação Intestinal. In: PIMENTA, C.A.M.; MOTA, D.D.C.F.; CRUZ, D.A.L.M. **Dor e Cuidados Paliativos**. São Paulo: Manole, 2006. 498p. p. 219-239.

GANONG, L.H. Integrative reviews of nursing research. **Research in Nursing & Health**, Oregon, v.10, n.1, p. 1-11, fev. 1987.

KNOBEL, M.; SILVA, A.L.M. O paciente terminal: vale a pena investir no tratamento? **Einstein**. São Paulo, v.2, n.2, p. 133 – 134, 2004.

KRUSE, M.H.L. et al. Cuidados Paliativos: uma experiência. **Revista HCPA**, Porto Alegre, v.27, n.2, p. 49-52, 2007. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/2060/1111>. Acesso em: 08 jun. 2009.

LIMA, L.R. et al. Controle da dor no pós-operatório de cirurgia cardíaca: uma breve revisão. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Anápolis, v. 10, n. 2, p. 521-529, 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a23.htm>. Acesso em: 10 nov. 2009.

MARTELETE, M. O tratamento da dor no câncer. In: SCHWARTZMAN, G. et al. **Oncologia Clínica: Princípios e Prática**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991. 559p. p.488-493.

MELO, A.G.C.; FIGUEIREDO, M.T.A. Cuidados Paliativos: conceitos básicos, histórico e realizações da Associação Brasileira de Cuidados Paliativos e da Associação Internacional de Hospice e Cuidados Paliativos. In: PIMENTA, C.A.M.; MOTA, D.D.C.F.; CRUZ, D.A.L.M. **Dor e Cuidados Paliativos**. São Paulo: Manole, 2006. 498p. p. 16-28.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P., GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.17, n.4, p. 758-764, out./dez. 2008.

MORAES, T.M.; PIMENTA, C.A.M. Constipação intestinal em doentes com doença oncológica avançada. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 27, n.1, p. 20-26 , jan./mar. 2003.

MOTA, D.D.C.F.; PIMENTA, C.A.M. Fadiga em pacientes com câncer avançado: conceito, avaliação e intervenção. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.48, n.4, p. 577-583, out/dez. 2002. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/nvfrvb_48/v048/pdf/revisao3.pdf. Acesso em: 13 mai. 2009.

MOTA, A.R.; MOTA, D.D.C.F. Controle da Fadiga. In: PIMENTA, C.A.M.; MOTA, D.D.C.F.; CRUZ, D.A.L.M. **Dor e Cuidados Paliativos**. São Paulo: Manole, 2006a. 498p. p. 193-206.

_____; _____. Alterações cognitivas em Cuidados Paliativos. In: PIMENTA, C.A.M.; MOTA, D.D.C.F.; CRUZ, D.A.L.M. **Dor e Cuidados Paliativos**. São Paulo: Manole, 2006b. 498p. p. 279-299.

PIMENTA, C.A.M.; FERREIRA, K.A.S.L. Dor no doente com câncer. In: PIMENTA, C.A.M.; MOTA, D.D.C.F.; CRUZ, D.A.L.M. **Dor e Cuidados Paliativos**. São Paulo: Manole, 2006. 498p. p. 124-166.

PIMENTA, C.A.M.; MOTA, D.D.C.F. Educação em Cuidados Paliativos: componentes essenciais. In: PIMENTA, C.A.M.; MOTA, D.D.C.F.; CRUZ, D.A.L.M. **Dor e Cuidados Paliativos**. São Paulo: Manole, 2006. 498p. p. 29-44.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. Using research in evidence-based nursing practice. In: POLIT, D.F.; BECK, C.T.; editors. **Essentials of nursing research: Methods, appraisal and utilization**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2006. 580 p. p. 457 – 494.

RUSTOEN, M. et al. The impact of demographic and disease-specific variables on pain in cancer patients. **Journal of pain and Sympton Management**. Oslo, v.26, n.2, p. 696-704, ago. 2003. Disponível em: <http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/0885-3924885392403002392.pdf>. Acesso em: 08 jun. 2009.

SÁ JUNIOR, L.S.M. Desconstruindo a definição de saúde. **Jornal do Conselho Federal de Medicina**, São Paulo, v.10, n.2, p. 15-16, jul/ago/set. 2004. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=bibliotecaJornalJulAgoSet2004>. Acesso em: 15 nov. 2009.

SILVA, Y.B.; SILVA, J. Controle da dispnéia. In: PIMENTA, C.A.M.; MOTA, D.D.C.F.; CRUZ, D.A.L.M. **Dor e Cuidados Paliativos**. São Paulo: Manole, 2006. 498p. p. 207-218.

SILVA, E.; SUDIGURSKY, D. Concepções sobre cuidados paliativos: revisão bibliográfica. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.21, n.3, p.504-508, jul/set. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-210020080003020&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 26 mar. 2009.

SIMONI, M.; SANTOS, M.L. Considerações sobre Cuidado Paliativo e Trabalho Hospitalar: Uma Abordagem Plural sobre o Processo de Trabalho de Enfermagem. **Psicologia USP**, São Paulo, v.14, n.2, p.169-194, jun/ago. 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pih=S0103-656420030002000029. Acesso em: 07 jun. 2009.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 2419 p.

SOUSA, D.M. et al. A vivência da enfermeira no processo de morte e morrer dos pacientes oncológicos. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.18, n.1, p.41-47, mar. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=ipt=sci_arttext&pid=S010407072009010005&=pt&nrm=iso. Acesso em: 26 abr. 2009.

TEIXEIRA, M.; LAVOR, M. Assistência no modelo hospice: a experiência do INCA. In: PIMENTA, C.A.M.; MOTA, D.D.C.F.; CRUZ, D.A.L.M. **Dor e Cuidados Paliativos**. São Paulo: Manole, 2006. 498p. p. 360-383.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, Oregon, v. 52, n. 5, p. 546-553, dez. 2005.

ANEXO A - Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton

Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton

Nome do Doente: _____ Data: _____

Por favor, circule o número que melhor descreve a intensidade dos seguintes sintomas neste momento. (Também se pode perguntar a média durante as últimas 24 horas)

Sem dor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior dor possível
Sem fadiga	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior fadiga possível
Sem náusea	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior náusea possível
Sem depressão	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior depressão possível
Sem ansiedade	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior ansiedade possível
Sem sonolência	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior sonolência possível
Bom apetite	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior apetite possível
Boa sensação de bem-estar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior sensação de bem-estar
Sem falta de ar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior falta de ar possível
_____	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	_____

ANEXO B – Carta de Aprovação COMPESQ/EENFUFGRS

**COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**

CARTA DE APROVAÇÃO

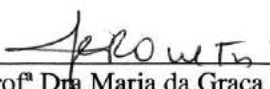
Projeto: Nº TCC 17/09
Versão 08/2009

Pesquisadores: Daiane da Rosa Monteiro e Maria Henriqueta Kruse

**Título:.. ESCALA DE EDMONTON: IMPLANTAÇÃO EM UM NÚCLEO DE
CUIDADOS PALIATIVOS .**

A Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ), no uso de suas atribuições, avaliou e aprova este projeto em seus aspectos éticos e metodológicos. Os membros desta Comissão não participaram do processo de avaliação de projeto onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração deverá ser comunicadas à Comissão.

Porto Alegre, 13 de Agosto de 2009.



Profª Dra Maria da Graça Crossetti
Coordenadora da COMPESQ