

Título: *Symptom evaluation in palliative medicine: patient report vs systematic assessment*

Autores: Jade Homsí; Declan Walsh; Nilo Rivera; Lisa A. Rybicki; Kristine A. Nelson;

Susan B. LeGrand; Mellar Davis; Michael Naughton; Dragoslav Gvozđjan; Hahn

Pham (Palliative medicine program at the Cleveland Clinic Foundation, USA)

Revista: Support Care Cancer (2006), 14: 444-453

Resumo:

Estudo prospectivo realizado com o objectivo de comparar os sintomas referidos pelos doentes espontaneamente com os que se detectam numa avaliação sistematizada baseada numa “*checklist*” com 48 sintomas criada pelos investigadores.

Durante 5 meses todos os doentes referenciados ao Programa de Medicina Paliativa da Cleveland Clinic Taussig Cancer Center (em regime de ambulatório ou internamento) foram entrevistados por médicos treinados para o estudo e os seus sintomas registados em folhas elaboradas para o efeito. Cada consulta tinha 2 partes:

- Na primeira, o médico fazia uma pergunta aberta a cada doente (ex: “*como se sente?*”), à qual se seguia uma segunda pergunta aberta, mais dirigida para a avaliação de sintomas (“*que sintomas tem?*”). Antes de terminar a primeira parte da consulta (não dirigida), o médico fazia uma terceira pergunta para dar a oportunidade aos doentes de referirem mais sintomas espontaneamente (“*há mais alguma coisa que me queira dizer?*”). Os sintomas referidos eram classificados pelo doente relativamente à intensidade (ligeira, moderada e intensa) e grau de desconforto que causavam (“*O sintoma incomoda-o ou preocupa-o?*”).
- Na segunda, o médico interrogava os doentes sobre os sintomas da *checklist* previamente elaborada, excepto aqueles que os doentes tinham referido espontaneamente na primeira parte da consulta. Os sintomas referidos nesta segunda fase da consulta eram também quantificados relativamente à intensidade (ligeira, moderada e intensa) e desconforto que provocavam ao doente (sim / não).

A capacidade cognitiva dos doentes foi avaliada através da Bedside Confusion Scale (BCS) e foram excluídos do estudo os doentes sedados, com delirium ou em coma, bem como os que tinham problemas de audição ou fala.

Dos 265 doentes admitidos no Programa durante o estudo, 65 foram excluídos pelas razões acima referidas e foram admitidos 200 doentes (107 homens / 93 mulheres), com uma média de idades de 65 anos (17-90 anos), sendo 112 admitidos em regime ambulatório (56%) e 88 internados. 181 doentes eram doentes do foro oncológico e 19 não oncológicos).

	Sintomas referidos espontaneamente	Sintomas detectados na avaliação sistemática (<i>checklist</i>)
Total	322	2075
Média / doente	1 (0 a 6)	10 (0 a 25)
Intensidade moderada a intensa	83%	52%
Desconfortável (“ <i>distressing</i> ”)	91%	53%
Sintoma mais vezes referido	Dor	Fadiga

No total, 69% dos 522 sintomas classificados como intensos e 79% dos 1393 sintomas desconfortáveis não foram relatados espontaneamente pelos doentes tendo sido detectados apenas na avaliação sistemática com *checklist*. Os 10 sintomas mais frequentes foram, por ordem decrescente: fadiga, boca seca, dor, anorexia, perda de peso, saciedade precoce, insónia, dispneia, sonolência e obstipação, sendo a dor o sintoma mais referido espontaneamente. Menos de 10% dos doentes referiram espontaneamente saciedade precoce, sonolência, boca seca, insónia e perda de peso.

Analisando apenas os sintomas de intensidade moderada a severa, verificou-se que a dor foi referida espontaneamente em 83% dos casos enquanto a fadiga de intensidade moderada a severa foi referenciada espontaneamente em apenas 49% dos casos e a dispneia em 27%.

A probabilidade de a dor ser referida espontaneamente pelos doentes foi 70,3 vezes maior que a de qualquer outro sintoma. Os sintomas que causam desconforto (*distress*) tiveram uma probabilidade de ser espontaneamente referidos 3,8 vezes superior que a dos sintomas menos desconfortáveis e os sintomas intensos 4,3 vezes superior que os sintomas ligeiros

Porque seleccionei este artigo:

Sendo o controlo de sintomas um dos pilares em que assenta o trabalho dos Cuidados Paliativos, este artigo vem mais uma vez demonstrar a importância da avaliação sistematizada de sintomas (*checklist*) pois se não forem especificamente inquiridos os doentes não referem muitos dos sintomas que têm, mesmo quando os sintomas são intensos e os incomodam.

Revisor: Edna Gonçalves (Médica do Serviço de Cuidados Paliativos do IPO-Porto)

Em 8/3/2007