



Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
Escola Superior em Ciências da Saúde
Coordenação de Cursos de Pós-Graduação e Extensão

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
Secretaria de Estado de Saúde
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
Escola Superior em Ciências da Saúde
Mestrado Acadêmico em Ciências da Saúde

DEPRESSÃO AUTORREFERIDA E SINTOMAS
GRAVES PELO *EDMONTON SYMPTOM*
ASSESSMENT SYSTEM EM PACIENTES
INTERNADOS EM ENFERMIARIAS CLÍNICAS

Autor: Wendel dos Santos Furtado
Orientador: Prof. Dr. Alfredo Nicodemos da Cruz
Santana

Brasília – DF 2019



Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
Escola Superior em Ciências da Saúde
Coordenação de Cursos de Pós-Graduação e Extensão

DEPRESSÃO AUTORREFERIDA E SINTOMAS GRAVES PELO *EDMONTON SYMPTOM ASSESSMENT SYSTEM* EM PACIENTES INTERNADOS EM ENFERMARIAS CLÍNICAS

Trabalho de Conclusão apresentado ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu – Mestrado Acadêmico* – em Ciências da Saúde da Escola Superior em Ciências da Saúde, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de Concentração: Ciências da Saúde

Linha de Pesquisa: Ciclos da Vida e de Saúde de Grupos Populacionais e Vulnerabilidades Específicas

Autor: Wendel dos Santos Furtado

Orientador: Prof. Dr. Alfredo Nicodemos da Cruz Santana

Brasília
2019

FOLHA DE ROSTO

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS			
1. Projeto de Pesquisa: Avaliação de sintomas em pessoas internadas			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 200			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: WENDEL DOS SANTOS FURTADO			
6. CPF: 401.832.651-04	7. Endereço (Rua, n.º): CCSW 1 LOTE 1 BLOCO 3 SETOR SUDOESTE apto 512 BRASÍLIA DISTRITO FEDERAL 70680159		
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: 61999621146	10. Outro Telefone:	11. Email: wendelfurtado@terra.com.br
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprir os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.			
Data: <u>21, 01, 2019</u>		 Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
12. Nome: Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde	13. CNPJ:	14. Unidade/Orgão: Escola Superior de Ciências da Saúde	
15. Telefone: (61) 3326-9300	16. Outro Telefone:		
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprir os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.			
Responsável: <u>Adriana Campos</u>	CPF: <u>040061886-92</u>		
Cargo/Função: <u>Diretora Geral Substituta da ENS</u>			
Data: <u>28, 01, 19</u>		 Assinatura Nota: <u>190551-7</u>	
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			



Ficha catalográfica elaborada automaticamente
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

df992d dos Santos Furtado, Wendel
DEPRESSÃO AUTORREFERIDA E SINTOMAS GRAVES PELO
EDMONTON SYMPTOM ASSESSMENT SYSTEM EM PACIENTES
INTERNADOS EM ENFERMARIAS CLÍNICAS / Wendel dos
Santos Furtado; orientador Alfredo Nicodemos da
Cruz Santana. -- Brasília, 2019.
60 p.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação
Stricto Sensu - Mestrado Acadêmico - em Ciências da
Saúde da Escola Superior em Ciências da Saúde
(ESCS)) -- Coordenação de Pós-Graduação e Extensão,
Escola Superior de Ciências da Saúde, 2019.

1. Sintomas clínicos. 2. Depressão. 3. transtorno
de adaptação. I. Nicodemos da Cruz Santana,
Alfredo, orient. II. Título.

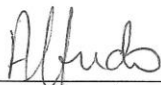
TERMO DE APROVAÇÃO

WENDEL DOS SANTOS FURTADO

Depressão autorreferida e sintomas graves pelo *Edmonton Symptom Assessment System* em pacientes internados em enfermarias clínicas

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre** em Ciências da Saúde, pelo programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências da Saúde – Mestrado Acadêmico - da Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS).

Aprovada em: 27/09/2019.



Prof. Dr. Alfredo Nicodemos da Cruz Santana
Mestrado Acadêmico em Ciências da Saúde da Escola
Superior em Ciências da Saúde (ESCS)
Orientador



Profª Drª Aline Mizusaki Imoto
Mestrado Acadêmico em Ciências da Saúde da Escola
Superior em Ciências da Saúde (ESCS)
Examinadora Interna



Prof. Dr. Jefferson Lessa Soares de Macedo
Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF)
Examinador Externo

Prof. Dr. Vinícius Zacarias Maldaner da Silva
Mestrado Acadêmico em Ciências da Saúde da Escola
Superior em Ciências da Saúde (ESCS)
Suplente

Brasília
2019



Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
Escola Superior em Ciências da Saúde
Coordenação de Cursos de Pós-Graduação e Extensão

DEDICATÓRIA

À minha família, razão do meu progresso.

Adriana, esposa e doutora, exemplo a ser seguido.

Juliana. *Ongoing project.*

Camila, *loading*.....

AGRADECIMENTOS

Agradecimento especial ao meu orientador, Professor Alfredo, que sempre me apoiou e estimulou no projeto deste Mestrado. Sua orientação foi fundamental para a escolha e progressão deste trabalho.

À “Família Feliz” pelo apoio na realização desta trajetória quando foi compreensiva e paciente em relação às minhas horas “ocupadas” que não pude dar a total atenção que sempre dispensei a vocês com tanto prazer!

Aos “Discípulos da Maeota” que sempre, com o delicado apelido de Cabeça, estimularam-me a galgar sempre um estágio acima de onde me encontro.

À minha mãe, Maria da Luz (Mariquinha) por sempre acreditar e sonhar no sucesso de todos seus filhos. Sempre trabalhou e cuidou de todos com muita dedicação e carinho.

Ao meu pai, Albertino Furtado da Silva – o Osias (*in memorian*) que sempre exigiu de seus filhos a honestidade, o trabalho e os estudos! Sigo suas ordens mesmo após sua ausência.

Aos meus colegas de trabalho que me apoiaram na ideia e nas trocas de escalas e obrigações para me proporcionar tempo hábil para o término deste projeto.



Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
Escola Superior em Ciências da Saúde
Coordenação de Cursos de Pós-Graduação e Extensão

“Há feridas que nunca são vistas no corpo, mas que são mais profundas e mais dolorosas que qualquer outra que sangre.”

Laurell K. Hamilton

RESUMO

Introdução: Os profissionais de saúde envolvidos no tratamento de pacientes com vários sintomas precisam incorporar conhecimentos e competências para melhorar a assistência. Para facilitar a avaliação dos sintomas e os efeitos do tratamento, o uso de escalas é muito importante. O Sistema de Avaliação de Sintomas de Edmonton (*Edmonton Symptom Assessment System - ESAS*) é usado para este fim. **Objetivos:** Avaliar a prevalência e fatores associados com ESAS de 7 pontos ou mais (sintomas graves) em um ou mais de seus domínios. **Método:** Estudo transversal. Aplicados critérios de inclusão como pacientes internados em enfermarias clínicas por 4 dias ou mais e critérios de exclusão como pacientes menores de 18 anos, paciente ou proxy/cuidador que se negou a participar do estudo ou assinar o TCLE, paciente ou proxy/cuidador que não conseguiu responder os questionários de forma adequada, paciente proveniente de instituição de longa permanência (institucionalizados) ou pacientes internados por 3 dias ou menos. Um único pesquisador aplicou a ficha de coleta de dados, incluindo dados sociodemográficos, dados clínicos, e o questionário ESAS. O ESAS possui 10 domínios, sendo um deles a depressão. Assim, o ESAS foi usado com 10 domínios e também com 9 domínios (sem domínio de depressão), e o ESAS foi classificado como grave (se presença de 7 pontos ou mais em pelo menos um dos domínios) e não grave. A análise estatística considerou variáveis com valor de $p < 0,20$ na regressão logística bivariada para inserí-las inicialmente no modelo de regressão logística múltipla (via stepwise elimination) sendo utilizado um valor de p de retenção de 0,05. Assim, foram descobertas as variáveis independentemente associadas com ESAS grave e também com ESAS grave sem o domínio da depressão. Significância estatística foi considerada com o p ao nível de 0,05. **Resultados:** foram incluídos 93 pacientes no estudo. A média de idade foi de $53,11 \pm 18,28$ anos, o sexo feminino estava presente em 40 (43,01%), a religião considerada muito importante em 74 (79,56%), a raça não branca em 70 (75,83%), 45 eram casados (48,38%), escolaridade ≤ 8 anos em 56 (60,21%), média de índice de comorbidade de Charlson de $3,01 \pm 2,43$,

depressão autorreferida em 16 (17,20%), diagnóstico não infeccioso em 51 (54,83%), tempo de internação ≤ 30 dias em 72 (77,41%). ESAS grave esteve presente em 52,69 % dos pacientes. O modelo final de regressão logística múltipla revelou a depressão como o único fator associado ao ESAS grave no protocolo com 10 domínios ($p = 0,02$; OR = 4,30 (IC95% 1,21-15,24)). Ainda, foi observada depressão como o único fator associado com ESAS grave sem o domínio da depressão ($p = 0,04$; OR = 3,41 (IC95% 1,01-11,53)). **Conclusões:** a prevalência de ESAS grave foi alta, e o único fator associado de forma independente foi a depressão autorreferida. Assim, temos de incorporar a avaliação de sintomas em nossa rotina com pacientes internados, especialmente naqueles com auto relato de depressão.

Palavras-chave: Sintomas clínicos, depressão, transtorno de adaptação.

ABSTRACT

Introduction: Healthcare professionals involved in treating patients with various symptoms need to incorporate knowledge and skills to improve care. To facilitate the assessment of symptoms and treatment effects, the use of scales is very important. The *Edmonton Symptom Assessment System* (ESAS) is used for this purpose. It is important to assess the prevalence of symptoms and their possible associated factors, including self-reported depression. **Objectives:** To evaluate the prevalence of factors associated with severe ESAS score of 7 points or more in one or more of its domains. **Method:** We evaluated patients admitted to internal medicine wards for three days or more. Sociodemographic data, clinical data and the ESAS questionnaire were collected. The ESAS has 10 domains, one of which being related to depression. ESAS was used with 10 domains and 9 domains (without depression domain). ESAS was classified as severe (with a score of 7 points or more in at least one domain) and non-severe. In the multivariate statistical evaluation, the independent variables associated with severe and severe ESAS without the depression domain were identified. **Results:** 93 patients were included in the study, of which 40 (43.01%) were females. The mean age was 53.11 ± 18.28 years, religion considered very important by 74 (79.56%), non-white ethnicity was identified in 70 (75.83%) and depression in 16 (17.20%). Severe ESAS was present in 52.69% of the patients. The final multiple logistic regression model showed self-reported depression as the only factor associated with severe ESAS in the 10-domain protocol ($p = 0.02$; OR = 4.30 (95% CI 1.21-15.24)); and also as the only factor associated with severe ESAS without the depression domain ($p = 0.04$; OR = 3.41 (95% CI 1.01-11.53)). **Conclusions:** The prevalence of severe ESAS was high and the only independent associated factor was self-reported depression. It is necessary to incorporate symptom assessment into routine hospital care, especially in those patients with self-reported depression.

Keywords: Symptom assessment, Depression, Adjustment Disorders

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
AIT	Acidente Isquêmico Transitório
APACHE-II	<i>Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II</i>
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
D.	Doença
DM	<i>Diabetes Mellitus</i>
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DUP	Doença Ulcerosa Péptica
E-EFI-5	Essencial-Eficiência-5: Média de permanência Geral
ESAS	<i>Edmonton Symptom Assessment System</i>
ESAS-r	<i>Edmonton Symptom Assessment System-revisado</i>
ESCS	Escola Superior de Ciências da Saúde
HRAN	Hospital Regional da Asa Norte
LOS	<i>Length Of Stay in hospital</i>
IRC	Insuficiência Renal Crônica
QUALISS	Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde,
SES-DF	Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
SNE	Sonda Naso-Enteral
SNG	Sonda Naso-Gástrica
SOFA	<i>Sequential Organ Failure Assessment Score</i>
SOS	“Caso necessário”
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	02
1.1	Epidemiologia da Internação.....	02
1.2	Controle de Sintomas em Pacientes Internados.....	03
1.3	A Ferramenta <i>Edmonton Symptom Assessment System</i> – ESAS.....	04
1.4	Índice de Comorbidades de Charlson.....	07
1.5	Depressão no Paciente Internado.....	09
1.6	Protocolo para Avaliação de Sintomas em Pessoas internadas.....	11
2	OBJETIVOS.....	14
2.1	Geral - primário.....	14
3	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	16
4	ARTIGO ORIGINAL.....	20
	<i>Abstract</i>	20
	<i>Introduction</i>	21
	<i>Method</i>	22
	<i>Results</i>	23
	<i>Discussion</i>	26
	<i>Conclusion</i>	28
	<i>References</i>	28
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	34
6	APÊNDICES	
6.1	APÊNDICE A – TCLE – Termo de Esclarecimento Livre e Esclarecido.....	36
6.2	APÊNDICE B – CAAE Comitê de Ética FEPECS/SES-DF.....	37
6.3	APÊNDICE C – Protocolo de Dados.....	38
7	ANEXOS	
7.1	ANEXO I – Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS-Br).....	44
7.2	ANEXO II – índice de Comorbidades de Charlson.....	45



Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
Escola Superior em Ciências da Saúde
Coordenação de Cursos de Pós-Graduação e Extensão

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 Epidemiologia da Internação

Na tentativa de diminuir custos e riscos de complicações com pacientes internados em enfermarias hospitalares, alguns estudos citam métodos de controle das doenças e seus sintomas como também diminuir o tempo de permanência do paciente no hospital. Quanto menor esse tempo de internação menor o risco do paciente desenvolver complicações advindas de sua permanência no âmbito hospitalar, diminuindo também os custos com seu tratamento (1, 2).

A Agência Nacional de Saúde Suplementar, do Ministério da Saúde no Brasil usa Indicadores Hospitalares Essenciais de seu programa QUALISS. Dentre eles o Indicador de Desempenho Hospitalar Essencial, no domínio “Eficiência”, para avaliar a Média de Permanência Geral dos pacientes em hospitais, o E-EFI-05. Ele representa o tempo médio em dias que os pacientes permanecem internados no hospital. Esses indicadores de desempenho hospitalar podem revelar a eficiência da gestão hospitalar e a operacionalidade dos leitos. Determinar a média ideal de permanência hospitalar para o paciente diminui os riscos que este é submetido durante a internação como por exemplo à infecção hospitalar. Usando método de cálculo como no E-EFI-05 (número de pacientes-dia no período dividido pelo número de saídas/altas no período) pode indicar qual a média ideal de dias de internação para um hospital de pequeno, médio e grande porte (3).

Outros autores citam também o uso do tempo médio de permanência hospitalar como indicador de desempenho hospitalar. Colli et al (4) fazem essa afirmação e ainda que quando o paciente necessita de internação em unidade de terapia intensiva (UTI) esse tempo médio de internação é maior. A chance de óbito aumenta cerca de 1% para cada dia de internação em enfermaria e cerca de 4% para pacientes internados em UTI.

Para hospitais de médio e grande portes esse tempo está em torno de 3 a 5 dias com uma média de 4 dias. Esse valor é considerado como ponto de

partida para uma política de gestão de leitos e procurando utilizar hospitais de apoio secundário ou até mesmo *homecare* para maior rotatividade dos leitos hospitalares (3). O *homecare* ou atendimento domiciliar ajuda na reintegração do paciente ao âmbito familiar como pode contribuir para uma melhor otimização dos leitos hospitalares (4, 5).

Outro indicador de desempenho hospitalar é a mortalidade hospitalar. Ter o controle dos fatores associados à chance de óbito, como sinais e sintomas patológicos, tipos de doenças e até mesmo das características do hospital pode indicar formas de controlar essa mortalidade e melhorar esse indicador. Outras formas de avaliar o risco de mortalidade hospitalar são a meio como o paciente dá entrada ao hospital (emergência ou eletivo), tipo da doença do paciente e características do hospital. Paciente que dão entrada pelo pronto-socorro ou pela UTI apresentam maiores chances de óbito. Os pacientes internados pelo pronto-socorro apresentam duas vezes mais a chance de óbito quando comparados com aqueles internados eletivamente. Os pacientes internados em enfermarias da especialidade Clínica Médica apresentam mais sintomas e risco maior de óbito que aqueles internados em enfermarias cirúrgicas. Doenças do aparelho respiratório são indicadas como maiores causas de internação, porém as cardiovasculares são responsáveis por um número maior de óbitos. O porte do hospital, como os de grande porte, apresentam um índice maior de óbito, talvez por receber pacientes mais graves que os de menor porte (2).

1.2 Controle de Sintomas em Pacientes Internados

O tratamento de pacientes internados centraliza-se na prescrição para a doença apresentada por estes. Assim, na maioria das vezes não traz nessa prescrição medicação para todos os sintomas relacionados à doença em questão ou à todos sintomas relatados pelo paciente (6). No máximo, aparece uma medicação “SOS”, “se necessário”, ou algo similar para sintomas gerais como dor ou febre (7, 8). Pacientes com doenças graves, porém, podem ter seus sintomas leves pouco percebidos ou diagnosticados ficando assim, estes,

sem tratamento específico. Há uma tendência também de dar mais importância para sintomas específicos para cada doença. Como a dor no câncer, a tosse na tuberculose e assim por diante. Ou ainda, quando o paciente apresenta uma doença grave, como um câncer avançado, ele pode apresentar vários sintomas concomitantemente que piora sua qualidade de vida (9). Quando é dada a atenção necessária a todas as queixas do paciente e todos esses sintomas (por mais leves que sejam) recebem o tratamento adequado, há uma melhoria na qualidade de vida do doente. Isso acaba por refletir na relação médico-paciente, com seu cuidador e familiares.

Entretanto, essa qualidade de vida pode piorar se esse tratamento de todos os sintomas não for feito, pois um sintoma pode piorar o outro, e assim provocar uma reação em cadeia. Essa atenção deve ser considerada para todas as queixas, sejam elas graves, moderadas ou leves. Há queixas que tendem a ser pouco relevadas pelo prescritor que está mais atento para os sintomas da doença de base ou para aquelas sempre referidos pelo paciente (8, 10-13). Até mesmo os pacientes internados em unidades de tratamento intensivo (UTI) às vezes não recebem os cuidados paliativos necessários e essa conduta pode se estender até a enfermaria. Isso ocorre por mera distração na conduta de um paciente grave ter sobrevivido a condições alheias que poucos acreditariam que ele fosse suportar. Há o tratamento medicamentoso voltado para a doença e todas suas complicações, porém fica a desejar a contemplação de cuidados diferenciados e paliativos para esses pacientes (14).

1.3 A Ferramenta *Edmonton Symptom Assessment System* – ESAS

Estudos na literatura relacionados ao assunto trazem o uso de vários protocolos na intenção de avaliar e “medir” esses sintomas e relacioná-los com o prognóstico do paciente (5, 15-21). Alguns estudos até sugerem o uso rotineiro dessas ferramentas para não deixar passar despercebidos sintomas não relatados pelos pacientes (17).

Em 1991 na cidade de Edmonton, província de Alberta no Canadá, uma ferramenta foi proposta para avaliar os sintomas presentes em pacientes em cuidados paliativos. Esse protocolo foi aplicado e avaliado por cerca de dez anos até que em 2010 foi revisado e publicada uma nova versão que é usada até os dias atuais. Essa foi chamada pelo mesmo nome da original e acrescida de um “r” de revisada ficando como ESAS-r.

Essas modificações foram propostas para facilitar tanto a aplicação do protocolo como melhorar o entendimento deste por parte dos pacientes. Isso tornou o texto mais leigo e acessível (22). Inicialmente, foram elencados oito sintomas mais frequentemente relatados pelos pacientes (dor, atividade, náuseas, depressão, ansiedade, sonolência, apetite e bem-estar). Com as adequações posteriores e a forma final revisada após 2010, foram acrescentadas mais duas queixas ao protocolo, a falta de ar e outra queixa mais frequente relatada pelo paciente que não estivesse neste conjunto citado, a depender do tipo de doença abordado (9, 10, 17, 22).

Assim, o ESAS propicia uma avaliação multimodal que integra sintomas físicos e psicológicos através de uma escala visual numérica que mede a intensidade das queixas dos pacientes. Dez sintomas são apresentados e o paciente indica a intensidade de cada sintoma de zero a dez, sendo o zero uma indicação de ausência de sintoma e dez correspondendo ao grau de maior intensidade do referido sintoma (11).

Usar vários protocolos para avaliar cada um dos sintomas relacionados no ESAS seria muito trabalhoso e de difícil interpretação. Por isso o uso do ESAS torna-se uma ferramenta útil (23, 24). Provou-se que quando aplicado, o ESAS pode auxiliar na detecção e qualificação de sintomas e conduzir melhor o acompanhamento do tratamento e a eficácia deste (7). Já está provado o valor clínico do uso do ESAS na avaliação rápida e fácil na intenção de monitorar sintomas e dar direcionamento ao tratamento. Ainda, ele melhora a comunicação entre os membros da equipe de saúde que assistem ao paciente e entre essa equipe e o paciente e seus acompanhantes, sejam eles familiares ou cuidadores (25). Alguns autores já utilizaram e aprovaram o uso do ESAS para pacientes não oncológicos e ainda sugeriram a utilização de cuidados

paliativos nestes pacientes (7, 25). Com a divulgação e uso universal do ESAS-r houve necessidade da tradução e adaptação transcultural para várias línguas e países. No Brasil, isso foi realizado e publicado por Monteiro et al em 2013 (9, 10, 17, 26).

O ESAS pode ser autorreferido ou ter a ajuda de um cuidador ou familiar se o paciente tem algum problema cognitivo ou demência que o impeça de fazê-lo (5, 7, 11, 14, 20).

Há a recomendação de usar o ESAS para triagem de sintomas, pois ele avalia vários sintomas ao mesmo tempo. Outro uso é a divisão do ESAS conforme o ponto de corte, criando uma categorização por faixas (alta carga de sintomas, carga média de sintomas e carga leve de sintomas) quando o escore do paciente apresenta um ou mais sintomas no valor referido para cada classificação. Um escore de zero a três é classificado como ESAS leve, de 4 a 6 como moderado e de 7 a 10 como severo (4-7, 14, 20, 23, 24, 27, 28).

A análise estatística de trabalhos com a linha de pesquisa que utiliza questionários e aborda pessoas acometidas por doenças que diminuem a qualidade de vida delas mostra uma taxa de desistência considerável na participação da referida pesquisa. Isso se deve a vários fatores. Muitos pacientes não comparecem à entrevista, outros negam-se a responder o questionário, outros o fazem incompleto, alegam falta de tempo e até mesmo dificuldade na compreensão do idioma utilizado (25). Geralmente, na avaliação estatística deste tipo de pesquisa utiliza-se a análise bivariada considerando a associação entre uma das categorias do ESAS, como o ESAS “severo”, e o estado da doença, ou com outro índice de avaliação do paciente, como Charlson que será citado adiante, ou outra variável a ser considerada. O teste estatístico mais referido pelos estudos nessa linha de pesquisa é o qui-quadrado de Pearson com $p < 0,05$ como estatisticamente significativo (5, 6).

O ESAS apresenta valores médios mais elevados em pacientes com doenças mais graves e/ou função orgânica mais comprometida quando comparado com paciente com melhor função orgânica (17). Existe a procura de um ponto de corte para caracterizar a intensidade dos sintomas ou a carga de sintomas a que está submetido o paciente. Enquanto uns citam o ponto de

corde como o limite inferior de uma categoria, outros o citam como o limite superior dessa categoria. Na verdade, o ponto de corte vai estar estabelecido entre as categorias, de leve para moderado ou de moderado para severo (23).

Entretanto, há muitas discrepâncias entre os autores na literatura para esse ponto de corte no ESAS. Isso ocorre, pois além de ser um instrumento que avalia múltiplos sintomas, ele aborda sintomas subjetivos referidos pelos pacientes como a dor e o cansaço. Há variação nos valores atribuídos aos sintomas pelo paciente a depender do tempo de tratamento que está sendo submetido, do tipo de doença ou até mesmo dentro da mesma doença, porém em estágios diferentes. Tipos diferentes de neoplasias provocam diferenças na apresentação ou intensidade dos sintomas (6). Por isso, não é recomendado por alguns o mesmo ponto de corte para todos os sintomas da ferramenta ESAS (26).

1.4 Índice de Comorbidades de Charlson

Outro índice utilizado para avaliar o prognóstico do paciente é o índice de comorbidades de Charlson. Este avalia a presença de 16 diagnósticos e dá um valor de zero a seis dependendo da faixa etária dos pacientes e do grau de severidade da doença presente. A sobrevivência estimada para cada paciente em 10 anos é referida em porcentagem de acordo com a somatória final da pontuação obtida em cada doença avaliada e que o paciente possa ter. Alguns autores citam essa pontuação do índice de Charlson com ponto de corte como igual ou maior que três, e demonstraram que pacientes com índice de Charlson maior que três estão associados a uma probabilidade de morte de 47% em dez anos (5).

IDADE	<50 Anos-0	50-59 Anos-1	60-69 Anos-2	70-79 Anos-3	≥80 Anos-4
INFARTO DO MIOCÁRDIO	NÃO – 0		SIM – 1		
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA	NÃO – 0		SIM – 1		
DOENÇA VASCULAR PERIFÉRICA	NÃO – 0		SIM – 1		
AVC OU AIT	NÃO – 0		SIM – 1		
DEMÊNCIA	NÃO – 0		SIM – 1		
DPOC	NÃO – 0		SIM – 1		
D. TECIDO CONJUNTIVO	NÃO – 0		SIM – 1		
HISTÓRIA D.U.P.	NÃO – 0		SIM – 1		
D. HEPÁTICA	NÃO – 0		LEVE – 1	MODERADA/SEVERA – 3	
DM	NÃO OU CONTROLADA COM DIETA – 0		NÃO COMPLICADA – 1	COM DANO ÓRGÃO ALVO – 2	
HEMIPLEGIA	NÃO – 0		SIM – 2		
IRC MODERADA/SEVERA	NÃO – 0		SIM – 2		
TUMOR SÓLIDO	NÃO – 0	LOCALIZADO – 2	METASTÁTICO – 6		
LEUCEMIA	NÃO – 0		SIM – 2		
LINFOMA	NÃO – 0		SIM – 2		
AIDS	NÃO – 0		SIM – 6		
	TOTAL PONTOS=				
SOBREVIDA ESTIMADA EM 10 ANOS					
0 PONTO	98%				
1 PONTO	96%				
2 PONTOS	90%				
3 PONTOS	77%				
4 PONTOS	53%				
5 PONTOS	21%				
6 PONTOS	2%				
≥7 PONTOS	0%				

Figura 2. Índice de Comorbidades de Charlson

Fonte: <https://www.mdcalc.com/charlson-comorbidity-index-cci>

Alguns estudos fazem a associação dos índices que avaliam a qualidade de vida, o prognóstico de pacientes, o risco de recidiva de doenças e risco de reinternação devido a doença em questão. Há citações mostrando a associação do índice de comorbidades de Charlson com o ESAS e o APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II) (14). O uso do índice de Charlson associado ao ESAS pode prever o risco de reinternação eletiva ou em emergência após alta hospitalar. Os preditores de reinternação que são avaliados dentro do protocolo do ESAS são sonolência, depressão, falta de ar e ansiedade (20).

1.5 Depressão no Paciente Internado

Dentre os sintomas avaliados pelo ESAS, alguns se destacam pela sua prevalência ou pela maior influência no tratamento e prognóstico do paciente independente de sua patologia. Vários autores citam as prevalências desses sintomas como a presença de dispneia e cansaço (7, 14), perda do apetite e cansaço mais frequentemente, dor e ansiedade com valores mais elevados no ESAS (5), dentre outros.

A associação de sintomas no mesmo paciente é frequente e fator confundidor como citado. A fadiga ou cansaço aparece frequentemente associada à sonolência, à dor, à dispneia, perda do apetite e insônia e é de difícil tratamento medicamentoso por ter causa multifatorial (14).

Sintoma quase sempre presente dentre as queixas do paciente internado, a dor é uma variável que interfere na evolução da doença tratada. De acordo com a literatura apesar de ser um problema isolado, ela pode desencadear outros sintomas e piorar o prognóstico do paciente, retardando sua recuperação e aumentando os gastos hospitalares (5, 11, 14, 29).

A depressão é um problema de saúde pública com aumento da prevalência em todos os ambientes, seja no domiciliar, do trabalho ou hospitalar. Tem características de problema crônico, afeta o humor, aumenta o risco de suicídio, compromete a qualidade de vida, associa e aumenta o uso de medicações para seu tratamento fazendo com que o paciente frequente constantemente os serviços de saúde, trazendo prejuízo de suas funções diárias e no trabalho (30).

Especificamente, A depressão presente em pacientes internados piora o prognóstico dos mesmos, aumentando a cronicidade das patologias apresentadas por eles e dificulta a recuperação durante o tratamento clínico (13). Depressão ainda pode atuar como fator confundidor com outros sintomas da doença pela qual o paciente encontra-se internado como cansaço/fadiga, alteração do sono, perda do apetite, sensação de bem-estar e até mesmo com ansiedade (12, 31).

Além disso, a depressão pode atuar como fator confundidor não é apenas entre a depressão e a doença de base, mas também se cria uma dúvida entre o surgimento da depressão e a medicação utilizada pelo paciente para tratamento da sua doença de base e até mesmo com os efeitos colaterais dessa medicação (30). Pode surgir também como resultado da própria condição clínica do paciente internado que pode cursar com dor, dificuldades para se alimentar, com mudança na rotina da vida do paciente, a perda da sua autonomia e até ideação de morte como referido anteriormente (30, 32).

A relação entre o surgimento da depressão em pacientes internados e as doenças de base destes é confusa e muitas vezes difícil de serem separados cronologicamente. A mortalidade quando associada à depressão pode estar aumentada durante a internação e ocorrer independente da gravidade da doença de base. Pacientes de enfermarias clínico-cirúrgicas dos Hospitais Gerais, com doença física, têm um risco de desenvolverem depressão em torno de 19 a 59,1% (28, 30, 33). Alguns fatores foram citados como mais frequentes para pacientes internados desenvolverem depressão, como não ser casado ou viver sozinho, ter renda pessoal ou familiar baixa, ter alguma doença crônica prévia gravidade dessa doença crônica, ser paciente clínico (e não de doença cirúrgica) e ter apresentado múltiplas internações (30).

Um estudo correlacionando cada sintoma do ESAS entre si foi avaliado e notou-se que a relação da maioria deles, individualmente, está associada com a depressão, principalmente o cansaço e a ansiedade. Pacientes oncológicos a partir da depressão instalada podem apresentar sinais e sintomas como cansaço, dor, astenia, perda do apetite, ansiedade e perda de peso. Por outro lado, a depressão pode ser resultado do diagnóstico do câncer como também do tratamento deste, como as terapias antineoplásicas existentes (13, 31). As prevalências de outros sintomas depressivos como tristeza, falta de energia, falta de disposição e outros que não estão no questionário do ESAS devem ser abordadas para insinuar um caminho para o diagnóstico da depressão (34).

1.6 Protocolo para Avaliação de Sintomas em Pessoas internadas

A utilização de protocolos para a avaliação de sintomas em pessoas internadas como o ESAS é referida para investigar, levantar, quantificar e qualificar esses sintomas relacionando-os com o tratamento e prognóstico do paciente (7, 10, 17). A preocupação com uma rápida e eficaz avaliação de sintomas em pacientes internados leva a uma otimização do controle desses sintomas, muito importante para o bem-estar do paciente, seu cuidador ou familiar.

Variáveis abordadas nos questionários dos protocolos têm a intenção de correlacioná-las com os achados clínicos e laboratoriais dos pacientes para avaliar a interferência delas no diagnóstico, tratamento e prognóstico.

Na caracterização sociodemográfica da amostra, a maioria dos autores cita em comum variáveis como a idade e o sexo por conhecimento prévio da incidência e prevalência das doenças e seus sintomas em cada faixa etária ou a depender do sexo masculino ou feminino (1, 2, 4, 5, 7, 10, 12, 13, 17, 20, 24, 27, 32, 34, 35).

A raça ou cor autorreferidas são abordadas para levantamento tanto do acesso à saúde como também em relação com prevalência das doenças e seus sintomas nos subgrupos avaliados (1, 5, 24).

Morar sozinho, acompanhado ou tipo de moradia se rural ou urbana já foi alvo de estudos prévios e mostrou interferência no acesso aos serviços de saúde, condições no local da moradia para estender o tratamento para o lar na modalidade de *homecare* e ainda de possuir alguém que auxilie o paciente como cuidador (1, 2, 4, 20, 32, 35).

A escolaridade também é fato relatado e sabido que interfere no entendimento por parte do paciente e seu cuidador das condições de saúde, do tratamento e seguimento do doente (1, 4, 10, 17, 32, 35).

A renda pessoal é um questionamento que pode interferir no tratamento do paciente, pois fica este dependente da condição financeira para a compra de medicamentos e cuidados paliativos necessários. Como também é fator

para piorar o estado geral do paciente, como causador ou fator de piora de uma depressão (1, 4, 17, 30, 32, 34).

A religião referida como muito importante pela maioria dos pacientes tem um significado no tratamento deles no que diz respeito não só à crença como também dos mesmos utilizarem meios não científicos para aliviarem seus sintomas e a tendência à espiritualidade para o enfrentamento da doença (4, 28).

Neste tipo de protocolo, também interessa se o paciente está ou não em cuidados paliativos. Pois, isso interferirá nas condições que este paciente chega ao hospital para internação. Pode ser internado via ambulatório para continuidade do tratamento domiciliar ou ser via pronto socorro por alguma complicação o que acarretará o surgimento de mais ou menos sintomas (17, 32).

A entrada para internação do paciente via pronto socorro, ambulatório ou transferência da UTI pode ter interferência no seu prognóstico e como dito anteriormente interferir também tanto na intensidade como no número de sintomas apresentado pelo paciente na estadia hospitalar (2, 16, 27, 35).

Estudos prévios citam a necessidade de mais trabalhos para avaliar a correlação dos domínios do ESAS com o diagnóstico patológico em pacientes não oncológicos (31). Assim fizemos este estudo para avaliar a prevalência de sintomas e seus fatores associados em pacientes internados em enfermaria de medicina interna de um hospital geral. Estes fatores podem ser o tempo de internação para tratamento, a qualidade de vida do paciente, o prognóstico ou doenças associadas, desenvolvidas ou pioradas durante a internação.



Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
Escola Superior em Ciências da Saúde
Coordenação de Cursos de Pós-Graduação e Extensão

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 Geral-primário

- Caracterizar sintomas graves pelo *Edmonton Symptom Assessment System* (ESAS) em pessoas internadas, e seus fatores relacionados.



Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
Escola Superior em Ciências da Saúde
Coordenação de Cursos de Pós-Graduação e Extensão

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

3 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Castro MSM, Travassos C, Carvalho MS. Fatores associados às internações hospitalares no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2002;7(4):795-811.
2. Junqueira RMP. Fatores Associados à Chance para a Mortalidade Hospitalar no Distrito Federal. *Epidemiol Serv Saude*. 2013;22(1):29-39.
3. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Saúde Suplementar. Média de Permanência Geral, Brasília-DF (2013). *Caderno de Indicador de Desempenho Hospitalar Essencial*, V1.2, p. 5.
4. Faller JW, Zilly A, Moura CBd, Brusnicki PH. Escala Multidimensional na Avaliação da Dor e Sintomas de Idosos em Cuidados Paliativos. *Cogitare Enfermagem*. 2016;21(2): 01-10.
5. Wajnberg A, Ornstein K, Zhang M, Smith KL, Soriano T. Symptom burden in chronically ill homebound individuals. *J Am Geriatr Soc*. 2013;61(1):126-31.
6. Bedard G, Zeng L, Zhang L, Lauzon N, Holden L, Tsao M, et al. Minimal clinically important differences in the Edmonton symptom assessment system in patients with advanced cancer. *J Pain Symptom Manage*. 2013;46(2):192-200.
7. Sigurdardottir KR, Haugen DF. Prevalence of distressing symptoms in hospitalised patients on medical wards: A cross-sectional study. *BMC Palliat Care*. 2008;23:7:16.
8. swarm RA, Anghelescu DL, Paice JA, Lurie R, al e. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology - Adult Cancer Pain. Version 2.2019. National Comprehensive Cancer Network [serial on the Internet]. 2019: Available from: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/pain.pdf
9. Watanabe S, Nekolaichuk C, Beaumont C, Mawani A. The Edmonton symptom assessment system--what do patients think? *Support Care Cancer*. 2009;17(6):675-83.
10. Monteiro DR, Almeida MA, Kruse MH. Translation and cross-cultural adaptation of the Edmonton Symptom Assessment System for use in Palliative Care. *Rev Gaucha Enferm*. 2013;34(2):163-71.
11. Costa MACM, Antunes MTC. Avaliação de sintomas em doentes sem perspectiva de cura. *Revista de Enfermagem Referência*. 2012;(7):63-72.
12. Teunissen SC, de Graeff A, Voest EE, de Haes JC. Are anxiety and depressed mood related to physical symptom burden? A study in hospitalized advanced cancer patients. *Palliat Med*. 2007;21(4):341-6.
13. Liu Y, Liu F, Yu Y, Li Q, Jin X, Li J. Symptom Frequencies and Intensities in Hospitalized Patients With Advanced Cancer Having Depressive Disorder. *Am J Hosp Palliat Care*. 2017;34(5):456-60.
14. Pollack LR, Goldstein NE, Gonzalez WC, Blinderman CD, Maurer MS, Lederer DJ, et al. The Frailty Phenotype and Palliative Care Needs of Older Survivors of Critical Illness. *J Am Geriatr Soc*. 2017;65(6):1168-75.
15. Aliberti MJR, Covinsky KE, Apolinario D, Lee SJ, Fortes-Filho SQ, Melo JA, et al. A 10-min Targeted Geriatric Assessment Predicts Mortality in Fast-Paced Acute Care Settings: A Prospective Cohort Study. *J Nutr Health Aging*. 2019;23(3):286-90.

16. Colli LD. Avaliação dos indicadores de internação, antes e depois da implementação da gestão integral no Sistema Único de Saúde de um município da Região Sul do Brasil. *Epidemiol Serv Saude*. 2010;19(4):367-77.
17. Paiva CE, Manfredini LL, Paiva BS, Hui D, Bruera E. The Brazilian Version of the Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) Is a Feasible, Valid and Reliable Instrument for the Measurement of Symptoms in Advanced Cancer Patients. *PLoS One*. 2015;10(7):e0132073.
18. Bruera E, Kuehn N, Miller MJ, Selmsler P, Macmillan K. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *J Palliat Care*. 1991;7(2):6-9.
19. Hui D, dos Santos R, Chisholm GB, Bruera E. Symptom Expression in the Last Seven Days of Life Among Cancer Patients Admitted to Acute Palliative Care Units. *J Pain Symptom Manage*. 2015;50(4):488-94.
20. Borkenhagen LS, McCoy RG, Havyer RD, Peterson SM, Naessens JM, Takahashi PY. Symptoms Reported by Frail Elderly Adults Independently Predict 30-Day Hospital Readmission or Emergency Department Care. *J Am Geriatr Soc*. 2017;66(2):321-6.
21. Silva SM, Santana ANC, Silva N, Novaes M. VES-13 and WHOQOL-bref cutoff points to detect quality of life in older adults in primary health care. *Rev Saude Publica*. 2019;53:26.
22. Watanabe SM, Nekolaichuk C, Beaumont C, Johnson L, Myers J, Strasser F. A multicenter study comparing two numerical versions of the Edmonton Symptom Assessment System in palliative care patients. *J Pain Symptom Manage*. 2011;41(2):456-68.
23. Oldenmenger WH, de Raaf PJ, de Klerk C, van der Rijt CC. Cut points on 0-10 numeric rating scales for symptoms included in the Edmonton Symptom Assessment Scale in cancer patients: a systematic review. *J Pain Symptom Manage*. 2013;45(6):1083-93.
24. Vignaroli E, Pace EA, Willey J, Palmer JL, Zhang T, Bruera E. The Edmonton Symptom Assessment System as a screening tool for depression and anxiety. *J Palliat Med*. 2006;9(2):296-303.
25. Carli Buttenschoen D, Stephan J, Watanabe S, Nekolaichuk C. Health care providers' use and knowledge of the Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): is there a need to improve information and training? *Support Care Cancer*. 2014;22(1):201-8.
26. Nekolaichuk C, Watanabe S, Beaumont C. The Edmonton Symptom Assessment System: a 15-year retrospective review of validation studies (1991-2006). *Palliat Med*. 2008;22(2):111-22.
27. Roldi Mda S, Moritz RD. Evaluation of the symptoms and treatment prescribed to hospitalized patients. *Rev Assoc Med Bras (1992)*. 2016;62(4):307-14.
28. Nunes S, Rios M, Magalhães A, Costa S. Ansiedade, depressão e enfrentamento em pacientes internados em um hospital geral. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2013;14(3):382-8.

- 29.Selby D, Cascella A, Gardiner K, Do R, Moravan V, Myers J, et al. A single set of numerical cutpoints to define moderate and severe symptoms for the Edmonton Symptom Assessment System. *J Pain Symptom Manage.* 2010;39(2):241-9.
- 30.Barreto FJN. Fatores Associados a Sintomas Depressivos em Pacientes com Doença Cardiovascular Internados no Hospital das Clínicas da UFMG [Mestrado]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2016.
- 31.Bagha SM, Macedo A, Jacks LM, Lo C, Zimmermann C, Rodin G, et al. The utility of the Edmonton Symptom Assessment System in screening for anxiety and depression. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2012;22(1):60-9.
- 32.Ferreira AS, Bicalho BP, Neves LFG, Menezes MT, Silva hA, Faier TA, et al. Prevalência de Ansiedade e Depressão em Pacientes Oncológicos e Identificação de Variáveis Predisponentes. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2016; 62(4): 321-328.
- 33.Furlanetto LM, Brasil MA. Diagnosticando e tratando depressão no paciente com doença clínica. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria.* 2006;55:8-19.
- 34.Rombaldi AJ, da Silva MC, Gazalle FK, Azevedo MR, Hallal PC. [Prevalence of depressive symptoms and associated factors among southern Brazilian adults: cross-sectional population-based study]. *Rev Bras Epidemiol.* 2010;13(4):620-9.
- 35.Falk H, Henoeh I, Ozanne A, Ohlen J, Ung EJ, Fridh I, et al. Differences in Symptom Distress Based on Gender and Palliative Care Designation Among Hospitalized Patients. *J Nurs Scholarsh.* 2016;48(6):569-76.



Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
Escola Superior em Ciências da Saúde
Coordenação de Cursos de Pós-Graduação e Extensão

ARTIGO ORIGINAL

4 ARTIGO ORIGINAL

Self-Reported Depression is Associated with Severe Symptom Burden in Patients at Internal Medicine Wards

SUMMARY

Objective: To evaluate the prevalence of factors associated with severe ESAS score of 7 points or more in one or more of its domains. **Method:** We evaluated patients admitted to internal medicine wards for three days or more. Sociodemographic data, clinical data and the ESAS questionnaire were collected. The ESAS has 10 domains, one of which being related to depression. ESAS was used with 10 domains and 9 domains (without depression domain). ESAS was classified as severe (with a score of 7 points or more in at least one domain) and non-severe. In the multivariate statistical evaluation, the independent variables associated with severe and severe ESAS without the depression domain were identified. **Results:** 93 patients were included in the study, of which 40 (43.01%) were females. The mean age was 53.11 ± 18.28 years, religion considered very important by 74 (79.56%), non-white ethnicity was identified in 70 (75.83%) and depression in 16 (17.20%). Severe ESAS was present in 52.69% of the patients. The final multiple logistic regression model showed self-reported depression as the only factor associated with severe ESAS in the 10-domain protocol ($p = 0.02$; OR = 4.30 (95% CI 1.21-15.24)); and also as the only factor associated with severe ESAS without the depression domain ($p = 0.04$; OR = 3.41 (95% CI 1.01-11.53)). **Conclusion:** The prevalence of severe ESAS was high and the only independent associated factor was self-reported depression. It is necessary to incorporate symptom assessment into routine hospital care, especially in those patients with self-reported depression.

Keywords: Symptom assessment, Depression, Adjustment Disorders

INTRODUCTION

Population aging has been increasing in Brazil and other countries. This phenomenon has a profound impact on the entire health care system, from primary care to the assistance offered in the hospitals (1-4). Thus, all health care professionals involved in the treatment of these elderly patients and/or those with severe comorbidities need to incorporate knowledge and competencies related to symptom control and palliative care (PC). Also, the PC approach is associated with improved survival, better quality of life and/or reduction of costs involved in the care of different patient populations (5-7).

However, it is known that knowledge and competencies in the PC area are facing a big deficit regarding health care professionals. This deficit is related to the structures of the courses offered during graduation and residency programs in all areas of health care (8, 9). Consequently, we expect that symptom control in elderly patients or those with more severe disease (such as hospitalized ones) is not optimized (10-12).

In this scenario, the use of scales is very important to facilitate symptom evaluation and treatment effects. One of the most often used scales worldwide is the *Edmonton Symptom Assessment System* (ESAS) (13). However, in Brazil, there are only approximately ten articles related to ESAS and published in the PUBMED database (13-17). Surprisingly, none has focused on the characterization of associated factors of inpatients (in internal medicine wards) suffering severe symptoms based on ESAS (one or more domains with 7 points or more), as similarly described by Wajnberg et al. (18).

Considering all these aspects, it is very important to evaluate the prevalence of severe symptoms (one or more domains of ESAS with a score of 7 points or more), and their possible associated factors, including self-reported depression. This knowledge can be used in the future for a faster evaluation of patients that show a higher probability of suffering severe symptoms and, consequently, need a more urgent approach based on PC and symptom control.

METHOD

This article shows a cross-sectional analysis of the characteristics of hospitalized patients at admission. It was carried out in a public teaching hospital with 133 beds in internal medicine ward units (and its subspecialties). The patients were included from April 8 to 12 of 2019, taking into account the dynamics of each unit, similarly to other studies involving hospitalized individuals (10, 19, 20). The sample size consisted of all hospitalized patients that met the eligibility criteria.

Inclusion criteria were patients hospitalized in internal medicine wards. In addition, exclusion criteria comprised patients younger than 18 yr, patients who refused to participate in the study, patients/proxy who did not adequately answer the questionnaire (e.g., did not speak Portuguese, deafness not corrected by hearing aid, etc.), patients coming from long-term care institutions (institutionalized), patients hospitalized for 3 days or less. We excluded patients with a short hospital length of stay (LOS) because they probably had lower symptom severity and comorbidities, and so the cutoff of prolonged LOS was set at 4 days, as similarly described for prolonged LOS in our state and in other studies (11, 21-24).

The previously trained researcher applied a structured data collection questionnaire to patients who met the eligibility criteria. In situations where the patients showed cognitive impairment OR delirium, the questionnaire was applied through the help of a proxy-respondent, as previously described in similar studies (18, 25). This contact always occurred in the morning. The data collected were Age (numerical in years old), Sex, self-perception of Religion importance (categorized as very important OR not), Ethnicity (categorized as non-white OR white), marital status (Married OR not), level of Schooling (categorized as ≤ 8 years OR more), self-reported Depression (present OR not), Charlson Comorbidity Index (numerical), Diagnosis (categorized as non-infectious OR infectious disease) and LOS (categorized as ≤ 30 days OR more) (21).

Moreover, the Brazilian version of the ESAS questionnaire was also

applied to the hospitalized patients (13, 26). The ESAS (containing 10 domains) was classified as severe (a score of 7 points or more in at least one of 10 domains) and non-severe, as previously published (18). Finally, ESAS without the depression domain (containing 9 domains) was also classified as severe (score of 7 points or more in at least one of 9 domains) and non-severe. The use of ESAS without the depression domain aimed at avoiding the double interference of depression in the final analysis, because the self-reported depression is a variable that would be used to explain severe ESAS, related to the previous depression diagnosis. Similarly, SOFA without a renal domain is used to assess the association between SOFA and the renal outcome (27-29).

The statistical analysis was performed using the SPSS program, version 20. Numerical variables are shown as mean and standard deviation (SD); and categorical ones as absolute and relative frequencies. Variables with p value <0.20 in the bivariate analysis were initially included in the multiple logistic regression model (via stepwise elimination), with a p value of retention of 0.05. Thus, the variables independently associated with severe ESAS and also with severe ESAS without the depression domain, were identified. Statistical significance was considered with a p level of 0.05.

The institutional research ethics committee approved the present study. The individuals received information related to the research purpose and signed the informed consent form if they agreed to participate. Additionally, Brazilian human research ethical principles were taken into consideration when the study was carried out.

RESULTS

The study initially assessed all the 133 individuals hospitalized in the internal medicine wards for possible study entry. A total of 40 individuals were excluded from the study after the exclusion criteria were applied: 1 for being under the age of 18 yr., 1 patient who refused to participate in the study, and 38 patients who were hospitalized for 3 days or less. Consequently, 93 patients were included in the present study.

The main sociodemographic and clinical information regarding all included individuals (N=93) are shown in this paragraph. Mean age was $53.11 \pm$

18.28 yr., 40 (43.01%) patients were females, religion was considered very important by 74 (79.56 %) patients, the self-reported ethnicity was non-white for 70 (75.83%) patients, 45 patients (48.38 %) were married, the level of schooling was ≤ 8 years in 56 (60.21%), Charlson Comorbidity Index was 3.01 ± 2.43 , self-reported depression was identified in 16 patients (17.20%), 51 (54.83%) had a diagnosis of non-infectious disease, and LOS ≤ 30 days was observed in 72 patients (77.41%)

Table 1 – Sociodemographic and clinical findings in the group with severe symptom and non-severe symptoms on ESAS (N = 93)

Variables	Severe ESAS (n = 49)	Non severe ESAS (n = 44)	p value*	OR (95%CI)*
Age in Years Mean \pm SD	51.29 \pm 20.55	55.14 \pm 15.35	.310	-
Female gender, n(%)	23 (57.5)	17 (42.5)	.420	-
Religion – very important, n(%)	39 (52.7)	35 (42.3)	.986	-
Non-white ethnicity, n (%)	37 (52.9)	33 (47.1)	.822	-
Married, n(%)	26 (57.8)	19 (42.2)	.342	-
Schooling ≤ 8 years, n(%)	32 (57.1)	24 (42.9)	.186	1.778 (0.757 – 4.174)
Self-reported Depression, n(%)	12 (75)	4 (25)	.058	3.243 (0.961- 10.949)
CCI , Mean \pm SD	3.14 \pm 2.70	2.86 \pm 2.10	.579	-
Non-infectious Diagnosis, n(%)	23 (45.1)	28 (54.9)	.108	0.505 (0.220- 1.161)
LOS ≤ 30 days, n (%)	34 (47.2)	38 (52.8)	.056	0.357 (0.124- 1.026)

CCI: Charlson Comorbidity Index; LOS: Hospital Length of Stay

*Bivariate logistic regression analysis

ESAS: Edmonton Symptom Assessment System

Severe ESAS=presence of a score of 7 points or more in at least one of the domains

Table 2 – Sociodemographic and clinical findings in the group with severe symptoms (without the depression domain) and non-severe symptoms on ESAS (N = 93)

Variables	Severe ESAS (n = 48)	Non -severe ESAS (n = 45)	p value*	OR (95%CI)*
Age in Years, Mean \pm SD	50.96 \pm 20.63	55.40 \pm 15.28	.242	-
Female gender, n(%)	22 (55)	18 (45)	.570	-
Religion – very important, n(%)	30 (45.5)	36 (54.5)	.906	-
Non-white ethnicity, n(%)	37 (52.9)	33 (37.1)	.536	-
Married, n(%)	25 (55.6)	20 (44.4)	.462	-
Schooling \leq 8 years, n(%)	31 (55.4)	25 (44.6)	.247	-
Self-reported Depression, n(%)	12 (75)	4 (25)	.048	3.417 (1.012 -11.537)
CCI , Mean \pm SD	3.13 \pm 2,73	2.89 \pm 2.09	.639	-
Non-infectious Diagnosis, n(%)	23 (45.1)	28 (54.9)	.167	0.559 (0.244 – 1.277)
LOS \leq 30 days, n(%)	33 (45.8)	39 (54.2)	.044	0.338 (0.118 - 0.971)

CCI: Charlson Comorbidity Index; LOS: Hospital Length of Stay

*Bivariate logistic regression analysis

Severe ESAS=presence of a score of 7 points or more in at least one of the domains

Tables 1 and 2 showed the variables associated with severe ESAS in the bivariate analysis. Finally, in table 3, the Final model of multiple logistic regression revealed depression as the only factor associated ($p= 0.02$; OR =4.30 (95%CI 1.21-15.24)) with ESAS ≥ 7 in one domain or more. In addition, the final multiple logistic regression model also showed depression as the only factor associated ($p = 0.04$; OR =3.41 (95%CI 1.01-11.53)) with ESAS ≥ 7 (without the depression domain) in one domain or more.

Table 3 – Multiple logistic regression models of factors associated with severe ESAS and with severe ESAS without the depression domain

Severe ESAS		
	P value	OR (95%CI)
Self-reported Depression	0.02	4.30 (95%CI 1.21-15.24)
Severe ESAS without the depression domain		
	P value	OR (95%CI)
Self-reported Depression	0.04	3.41 (95%CI 1.01-11.53)

Severe ESAS = presence of a score of 7 points or more in at least one of the domains

DISCUSSION

To the best of our knowledge, this is the first Brazilian study evaluating factors independently associated with severe ESAS and with severe ESAS without the depression domain. In addition, we showed that self-reported depression is the only associated factor. Thus, a clinical consequence of this fact is that physicians should evaluate symptoms, especially in inpatients with self-reported depression, because they have a higher probability (3 to 4-fold higher) of suffering severe symptoms and, consequently, need a more urgent approach based on symptom control.

However, we should not forget that more than 50% of inpatients had severe symptoms according to the severe ESAS and severe ESAS without the depression domain. Thus, at the appropriate time, it is also important that all the hospitalized patients should be evaluated regarding their symptoms. The literature shows that symptom control (evaluated by ESAS) is an actual problem in hospitalized patients, even around the time of hospital discharge (25, 30). Moreover, these symptoms measured around the time of hospital discharge may predict (better than classical instruments, such as the Charlson Comorbidity Index) 30-day hospital readmission or emergency department visit. Interestingly, it might be very necessary to control these symptoms for up to 30 days after hospital discharge (30).

Regarding the sociodemographic and clinical characteristics of our

patients, they are similar to other studies. This fact corroborates the possible external validation of our results. The age, (female) gender and (married) marital status were similar to other studies, including ones performed in Brazil (12, 31,32). As for depression, its prevalence was similar to that in other studies evaluating hospitalized adults, also including one performed in Brazil (33-36).

Considering specifically the association between depression and symptom burden, it deserves to be discussed in a more detailed manner. Some studies have mentioned that the presence and intensity of symptoms could be or not related to ESAS evaluation. One showed that the symptoms are not related to depression or anxiety, except when they are related to the pain domain in the ESAS. Moreover, the intensity of symptoms in depressed patients is better assessed by the HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) scale when compared to ESAS regarding the drowsiness domain. There are no significant differences in the association between depression and ESAS domains such as pain, nausea, lack of appetite, tiredness, and dyspnea. However, this study does not mention the association of the evaluation of the presence of symptoms by ESAS and depressive mood (37). The symptom burden measured by ESAS is significantly higher in patients with depressive disorders as shown in our study and seen in previous reports, which demonstrates that the symptom burden interferes with the psychological state of the hospitalized patient and leads to a decrease in the patient's quality of life. The presence and intensity of these symptoms is a predictor of depression in hospitalized patients (29).

Falk et al (10), in a cross-sectional study, reported on the data collected on a single random day after patient admission. They showed that there were statistical differences between the analyzed data regardless of the period of data acquisition, the format of the questions and/or answers and whether the study was retrospective or prospective. Hammond et al (19) used convenience sampling according to the dynamics of each service where the research was carried out. Although this type of study hinders the external validation of its results, it does not invalidate them. Thus, our study, through the random

application of ESAS after the third day of hospitalization, showed a high burden of severe symptoms in patients with signs of self-reported depression. Moreover, despite the wide application of ESAS in cancer patients under palliative care, it can also be used in internal medicine ward patients with severe diseases and poor prognosis, corroborating the study by Sigurdardottir (20). Patients with a high symptom burden, whether oncological or not, should receive palliative care to improve their quality of life, as well as their caregivers' and their families'.

Our study has some limitations. First, it has a cross-sectional design, and consequently we cannot establish causality between depression and severe ESAS. Second, the patients were included in this study regardless of their hospital LOS. However, this fact occurred in other studies involving hospitalized patients (10). In fact, it may be seen as a strength, considering that our result suggest that self-reported depression is a marker of severe ESAS, regardless of hospital LOS.

CONCLUSION

The prevalence of severe symptoms (one or more ESAS domains with a score of 7 points or more) in hospitalized patients is high and is associated with self-reported depression. Consequently, depressive patients should be evaluated as a priority, because of the greater likelihood of severe symptoms.

REFERENCES

- 1.Silva SM, Santana ANC, Silva N, Novaes M. VES-13 and WHOQOL-bref cutoff points to detect quality of life in older adults in primary health care. *Rev Saude Publica*. 2019;53:26.
- 2.Aliberti MJR, Covinsky KE, Apolinario D, Lee SJ, Fortes-Filho SQ, Melo JA, et al. A 10-min Targeted Geriatric Assessment Predicts Mortality in Fast-Paced Acute Care Settings: A Prospective Cohort Study. *J Nutr Health Aging*. 2019;23(3):286-90.
- 3.Arcanjo SP, Saporetti LA, Curiati JAE, Jacob-Filho W, Avelino-Silva TJ. Clinical and laboratory characteristics associated with referral of hospitalized

- elderly to palliative care. *Einstein (Sao Paulo)*. 2018;16(1):eAO4092.
4. Avelino-Silva TJ, Farfel JM, Curiati JA, Amaral JR, Campora F, Jacob-Filho W. Comprehensive geriatric assessment predicts mortality and adverse outcomes in hospitalized older adults. *BMC Geriatr*. 2014;14:129.
5. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med*. 2010;363(8):733-42.
6. Iyer AS, Dionne-Odom JN, Ford SM, Crump Tims SL, Sockwell ED, Ivankova NV, et al. A Formative Evaluation of Patient and Family Caregiver Perspectives on Early Palliative Care in COPD across Disease Severity. *Ann Am Thorac Soc*. 2019;16(8):1024-1033.
7. Schichtel M, Wee B, Perera R, Onakpoya I, Albury C, Barber S. Clinician-targeted interventions to improve advance care planning in heart failure: a systematic review and meta-analysis. *Heart*. 2019;105(17):1316-1324.
8. Lemos CFP BG, Melo NCV, Amorim FF, Santana ANC. Avaliação do Conhecimento em Cuidados Paliativos em Estudantes durante o Curso de Medicina. *Rev Bras Edu Med*. 2017;41(1):278-82.
9. Edwards A, Nam S. Palliative Care Exposure in Internal Medicine Residency Education: A Survey of ACGME Internal Medicine Program Directors. *Am J Hosp Palliat Care*. 2018;35(1):41-4.
10. Falk H, Henoch I, Ozanne A, Ohlen J, Ung EJ, Fridh I, et al. Differences in Symptom Distress Based on Gender and Palliative Care Designation Among Hospitalized Patients. *J Nurs Scholarsh*. 2016;48(6):569-76.
11. Nipp RD, El-Jawahri A, Moran SM, D'Arpino SM, Johnson PC, Lage DE, et al. The relationship between physical and psychological symptoms and health care utilization in hospitalized patients with advanced cancer. *Cancer*. 2017;123(23):4720-7.
12. Roldi Mda S, Moritz RD. Evaluation of the symptoms and treatment prescribed to hospitalized patients. *Rev Assoc Med Bras* (1992). 2016;62(4):307-14.
13. Paiva CE, Manfredini LL, Paiva BS, Hui D, Bruera E. The Brazilian Version of the Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) Is a Feasible, Valid

and Reliable Instrument for the Measurement of Symptoms in Advanced Cancer Patients. *PLoS One*. 2015;10(7):e0132073.

14. Soares LGL, Japiassu AM, Gomes LC, Pereira R, Pecanha C, Goldgaber T. Prevalence and intensity of dyspnea, pain, and agitation among people dying with late stage dementia compared with people dying with advanced cancer: a single-center preliminary study in Brazil. *Ann Palliat Med*. 2018;7(4):437-43.

15. Perez-Cruz PE, Shamieh O, Paiva CE, Kwon JH, Muckaden MA, Bruera E, et al. Factors Associated With Attrition in a Multicenter Longitudinal Observational Study of Patients With Advanced Cancer. *J Pain Symptom Manage*. 2018;55(3):938-45.

16. Marcucci FC, Cabrera MA, Perilla AB, Brun MM, de Barros EM, Martins VM, et al. Identification and characteristics of patients with palliative care needs in Brazilian primary care. *BMC Palliat Care*. 2016;15:51.

17. Hui D, dos Santos R, Chisholm GB, Bruera E. Symptom Expression in the Last Seven Days of Life Among Cancer Patients Admitted to Acute Palliative Care Units. *J Pain Symptom Manage*. 2015;50(4):488-94.

18. Wajsborg A, Ornstein K, Zhang M, Smith KL, Soriano T. Symptom burden in chronically ill homebound individuals. *J Am Geriatr Soc*. 2013;61(1):126-31.

19. Hammond NE, Taylor C, Finfer S, Machado FR, An Y, Billot L, et al. Patterns of intravenous fluid resuscitation use in adult intensive care patients between 2007 and 2014: An international cross-sectional study. *PLoS One*. 2017;12(5):e0176292.

20. Sigurdardottir KR, Haugen DF. Prevalence of distressing symptoms in hospitalised patients on medical wards: A cross-sectional study. *BMC Palliat Care*. 2008;7:16.

21. Castro MSM, Travassos C, Carvalho MS. Fatores associados às internações hospitalares no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2002;7(4):795-811.

22. Colli LD. Avaliação dos Indicadores de Internação, Antes e Depois da Implementação da Gestão Integral no Sistema Único de Saúde de um Município da Região Sul do Brasil. *Epidemiol Serv Saude*. 2010;19(4):367-77.

23. Junqueira RMP. Fatores Associados à Chance para a Mortalidade

- Hospitalar no Distrito Federal. *Epidemiol Serv Saude*. 2013;22(1):29-39.
- 24.Lovadini GB, Fukushima FB, Schoueri JFL, Dos Reis R, Fonseca CGF, Rodriguez JJC, et al. Evaluation of the Interrater Reliability of End-of-Life Medical Orders in the Physician Orders for Life-Sustaining Treatment Form. *JAMA Netw Open*. 2019;2(4):e192036.
- 25.Borkenhagen LS, McCoy RG, Havyer RD, Peterson SM, Naessens JM, Takahashi PY. Symptoms Reported by Frail Elderly Adults Independently Predict 30-Day Hospital Readmission or Emergency Department Care. *J Am Geriatr Soc*. 2017;66(2):321-6.
- 26.Bruera E, Kuehn N, Miller MJ, Selmser P, Macmillan K. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *J Palliat Care*. 1991;7(2):6-9.
- 27.Leite TT, Macedo E, Martins Ida S, Neves FM, Liborio AB. Renal Outcomes in Critically Ill Patients Receiving Propofol or Midazolam. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2015;10(11):1937-45.
- 28.Stads S, Kant KM, de Jong MFC, de Ruijter W, Cobbaert CM, Betjes MGH, et al. Predictors of short-term successful discontinuation of continuous renal replacement therapy: results from a prospective multicentre study. *BMC Nephrol*. 2019;20(1):129.
- 29.Liu Y, Liu F, Yu Y, Li Q, Jin X, Li J. Symptom Frequencies and Intensities in Hospitalized Patients With Advanced Cancer Having Depressive Disorder. *Am J Hosp Palliat Care*. 2017;34(5):456-60.
- 30.Pollack LR, Goldstein NE, Gonzalez WC, Blinderman CD, Maurer MS, Lederer DJ, et al. The Frailty Phenotype and Palliative Care Needs of Older Survivors of Critical Illness. *J Am Geriatr Soc*. 2017;65(6):1168-75.
- 31.Osorio FL, Carvalho AC, Fracalossi TA, Crippa JA, Loureiro ES. Are two items sufficient to screen for depression within the hospital context? *Int J Psychiatry Med*. 2013;44(2):141-8.
- 32.Nagaviroj K, Anothaisintawee T. A Study of the Association Between Multidisciplinary Home Care and Home Death Among Thai Palliative Care Patients. *Am J Hosp Palliat Care*. 2016;34(5):397-403.

33. Mendonca da Cunha DM, Dos Anjos TS, Franca Lisboa Gois C, Tavares de Mattos MC, Vale Carvalho L, de Carvalho J, et al. Depressive symptoms in patients with coronary artery disease. *Invest Educ Enferm.* 2017;34(2):323-8.
34. DeWaters AL, Chansard M, Anzueto A, Pugh MJ, Mortensen EM. The Association Between Major Depressive Disorder and Outcomes in Older Veterans Hospitalized With Pneumonia. *Am J Med Sci.* 2018;355(1):21-6.
35. Rohde RL, Adjei Boakye E, Challapalli SD, Patel SH, Geneus CJ, Tobo BB, et al. Prevalence and sociodemographic factors associated with depression among hospitalized patients with head and neck cancer-Results from a national study. *Psychooncology.* 2018;27(12):2809-14.
36. Pantilat SZ, O'Riordan DL, Dibble SL, Landefeld CS. An assessment of the screening performance of a single-item measure of depression from the Edmonton Symptom Assessment Scale among chronically ill hospitalized patients. *J Pain Symptom Manage.* 2012;43(5):866-73.
37. Teunissen SC, de Graeff A, Voest EE, de Haes JC. Are anxiety and depressed mood related to physical symptom burden? A study in hospitalized advanced cancer patients. *Palliat Med.* 2007;21(4):341-6.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo foi possível observar uma carga significativa de sintomas em uma população de adultos e idosos com múltiplas comorbidades internados em enfermarias clínicas de um hospital público do Distrito Federal. Muitos estudos citam a carga de sintomas em indivíduos com doenças agudas e crônicas em cuidados paliativos ou oncologia. Isso mostra a importância de nosso estudo em por em foco a questão de sintomas graves em pacientes internados em enfermarias clínicas, independente de ser relacionado à oncologia ou a cuidados paliativos. Além disso, a importância de monitorar os sintomas de pacientes, principalmente os internados, está no acompanhamento e tratamento de seu estado de saúde pleno, físico e psicológico. Isso propicia também um alívio maior para os familiares e cuidadores.

Para alcançarmos estes objetivos de tratamento do paciente como um todo deve-se iniciar o treinamento do médico e toda equipe assistencial ainda nas escolas de saúde. A formação dos profissionais para detectar sintomas além de tratar doenças específicas deve ser uma preocupação constante. Sintomas físicos são mais objetivos e de mais fácil percepção. com isso são medicados com mais frequência. Os sintomas subjetivos como depressão e bem-estar geral não são questionados na rotina médica e não são contemplados na prescrição médica. Assim, as escolas médicas e serviços médicos têm que se preocuparem em formar e atualizar seu quadro de pessoal para serem preparados em abordar e tratar sintomas e problemas e não só o diagnóstico patológico em si.

APÊNDICE

6 APÊNDICE

6.1 APÊNDICE A – TCLE–Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

O(a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto “**Avaliação de sintomas em pessoas internadas**”, sob a responsabilidade do pesquisador Wendel dos Santos Furtado.

O nosso objetivo é avaliar os sintomas mais comuns em pessoas internadas. Isso vai possibilitar que os profissionais de saúde tratem melhor os seus sintomas, fazendo com que o senhor(a) tenha uma melhor qualidade de vida durante a internação.

O (a) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação será através de resposta a perguntas que estão desta ficha de coleta de dados. Você deverá responder esta ficha na enfermaria, durante sua internação no hospital, e com um tempo estimado de vinte minutos para sua realização como um todo.

Em relação aos riscos decorrentes de sua participação na pesquisa, vale mencionar que toda pesquisa, mesmo SEM intervenção terapêutica, coloca em risco a privacidade dos pacientes. Entretanto, os pesquisadores tomarão todo o cuidado para guardar adequadamente as informações coletadas. Os pacientes poderão obter informações a qualquer momento sobre a pesquisa, e poderão desistir da pesquisa também em qualquer momento. Se você aceitar participar, estará contribuindo para o conhecimento dos sintomas mais comuns nos pacientes internados na enfermaria, e isso vai permitir melhorar o atendimento da população internada. O (a) Senhor (a) pode se recusar a responder, ou participar de qualquer procedimento e de qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o (a) senhor (a).

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação, que será voluntária. Se existir qualquer despesa adicional relacionada diretamente à pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) a mesma será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Os resultados da pesquisa serão divulgados aqui no setor da enfermaria do HRAN e na ESCS (Escola Superior de Ciências da Saúde) podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o (a) Senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para Wendel dos Santos Furtado, no telefone 061 999621146 ou pelo e-mail wendelfurtado@terra.com.br, em qualquer horário ou ainda na instituição ESCS-FEPECS no telefone 061 2017 2132, no horário comercial de segunda a sexta-feira, disponível inclusive para ligação a cobrar, no telefone do pesquisador.

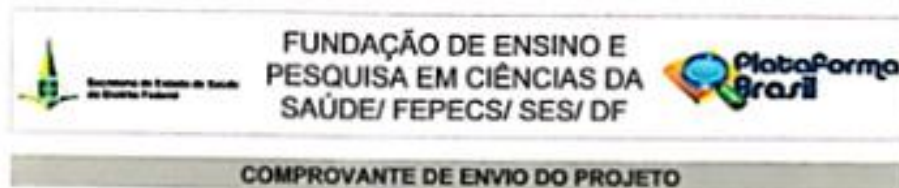
Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS-SES/DF. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 2017 2132 ramal 6878 ou e-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor (a).

Nome / assinatura

Pesquisador Brasília, ____ de _____ de 2019

6.2 APÊNDICE B – CAAE Comitê de Ética FEPECS/SES-DF



DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação de sintomas em pessoas internadas
Pesquisador: WENDEL DOS SANTOS FURTADO
Versão: 1
CAAE: 07445219.8.0000.5553
Instituição Proponente: Escola Superior de Ciências da Saúde

DADOS DO COMPROVANTE

Número do Comprovante: 010068/2019
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Informamos que o projeto Avaliação de sintomas em pessoas internadas que tem como pesquisador responsável WENDEL DOS SANTOS FURTADO, foi recebido para análise ética no CEP Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde/ FEPECS/ SES/ DF em 08/02/2019 às 16:23.

Endereço: SMHN 2 Gd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-904
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)2017-2127 **E-mail:** comiteetica.secretaria@gmail.com

6.3 APÊNDICE C – Protocolo de Coleta de Dados

PROJETO DE PESQUISA

Avaliação de sintomas em pessoas internadas

Pesquisador - Wendel dos Santos Furtado

Critérios de Inclusão:

- (a) paciente internados em enfermarias clínicas
- (b) pacientes internados por 4 dias ou mais

Critérios de Exclusão:

- (a) pacientes menores de 18 anos
- (b) pacientes ou proxy/cuidador que se neguem a participar do estudo ou assinar o TCLE
- (c) paciente ou proxy/cuidador que não consiga responder os questionários de forma adequada (estrangeiros que não compreendem português/ surdos sem correção, etc)
- (d) pacientes provenientes de instituição de longa permanência (institucionalizados)
- (e) pacientes internados por 3 dias ou menos

FICHA DE COLETA DE DADOS

Identificação do paciente na pesquisa: _____

Identificação do 'PROXY/cuidador' na pesquisa _____

Telefones para contato (pelo menos 3) _____

Identificação do entrevistador/pesquisador _____

15 Declínio cognitivo

--- relato de diagnostico medico de Demência

- (0) Não
- (1) Sim

16 Delirium

--- relato de diagnostico medico de delirium

- (0) Não
- (1) Sim

Caso sim para declínio cognitivo ou delirium , paciente deve responder as questões com ajuda do proxy-cuidador

1 Idade no dia da entrevista _____ anos (numeral)

2 Sexo:

- (1) Masculino ;
- (2) Feminino

3 Qual das opções seguintes descreve melhor a sua cor?

- (1) Branca
- (2) Preta
- (3) Parda
- (4) Amarela (origem oriental, japonesa, chinesa, coreana etc.)
- (5) Indígena
- (99) Não sabe/não respondeu

4 O quanto a fé religiosa dá sentido à sua vida?

- (1) Nada
- (2) Pouco
- (3) Muito
- (99) Não sabe/não respondeu

5 Qual a sua situação conjugual atual?

- (1) Solteiro(a)
- (2) Casado/amasiado/união estável
- (3) Divorciado(a) ou separado(a)
- (4) Viúvo(a)
- (99) Não sabe/não respondeu

6 O Senhor(a) mora:

- (1) sozinho
- (2) Acompanhado
- (99) Não sabe / não respondeu

7 Qual o último ano da escola que o(a) Sr(a) foi aprovado(a)?

- _____ (em anos)
- (99) Não sabe/não respondeu

8 Renda pessoal

- _____ reais
- (99) Não sabe/não respondeu

9 No geral, como o(a) Sr(a) avalia a sua vida atual em termos de renda ou emprego?

- 0(o mais baixo) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (o mais alto)
- (99) Não sabe/não respondeu

Proxy/cuidador (digitar numero 100, caso não se aplica, pois paciente sem necessidade de Proxy/cuidador)

10 Relação com o paciente:

- (1) Filho(a)
- (2) Neto(a)
- (3) Irmão(a)
- (4) pai-mae
- (5) outro: _____
- (99) Não sabe/não respondeu
- (100) Não se aplica

11 Cuida do paciente há quantos meses

- _____ meses
- (99) Não sabe/não respondeu
 - (100) Não se aplica

12 Cuida do paciente quantas horas por semana

- _____ horas
- (99) Não sabe/não respondeu
 - (100) Não se aplica

13 Mora com o paciente

- (1) Sim
- (2) Não
- (99) Não sabe/não respondeu
- (100) Não se aplica

===== DADOS DE SAÚDE =====

14 Internação na enfermaria

- (1) Pelo pronto socorro
- (2) Pelo ambulatório
- (3) Outro: _____

17 ESAS : ver página própria

18 Índice de Charlson : _____ (número) Ver página própria

19 Quantos medicamentos de uso regular ou contínuo, receitados pelo médico, o(a) Sr(a) usou nas DUAS ÚLTIMAS SEMANAS antes da internação ?

(99) Não sabe / não respondeu

20 Nos ÚLTIMOS 12 MESES, o(a) Sr(a) teve alguma queda?'

- (0) Não
- Sim – quantas quedas? _____
- (99) Não sabe / não respondeu

21 No ÚLTIMO MÊS, antes da internação, alguma vez, o(a) Sr(a) perdeu o controle da urina sem querer?

- (0) Não
- (1) Sim
- (99) Não sabe/não respondeu

22 Algum médico já disse que o(a) Sr(a) tem depressão?

- (0) Não
- (1) Sim
- (99) Não sabe/não respondeu

23 Algum médico já lhe disse que o(a) Sr(a) tem hipertensão arterial (pressão alta)?

- (0) Não
- (1) Sim
- (2) Sim, apenas durante a gravidez
- (99) Não sabe/não respondeu

24 Nos ÚLTIMOS 12 MESES, quantas vezes o(a) Sr(a) consultou um médico?'

(99) Não sabe / não respondeu

Tratamento realizado na prescrição de hoje

--- DOR:

25 Analgésico comum	(0)não	(1)SOS	(2)de horário
26 AINE	(0)não	(1)SOS	(2)de horário
27 Opióide	(0)não	(1)SOS	(2)de horário

---ASTENIA:

28 Corticóide	(0)não	(1)SOS	(2)de horário
29 Hormônio	(0)não	(1)SOS	(2)de horário
30 Transfusão de sangue	(0)não	(1)SOS	(2)de horário

--- NAUSEA:

31 Plasil	(0)não	(1)SOS	(2)de horário
32 Ondansetrona	(0)não	(1)SOS	(2)de horário
33 Dimenidrato	(0)não	(1)SOS	(2)de horário

- DEPRESSAO/ANSIEDADE :

34 Antidepressivo	(0)não	(1)SOS	(2)de horário
35 Ansiolítico	(0)não	(1)SOS	(2)de horário
36 Psicoestimulante	(0)não	(1)SOS	(2)de horário

- ANOREXIA :

37 Estimulante apetite	(0)não	(1)SOS	(2)de horário
38 Sonda (SNG, SNE)	(0)não	(1)SOS	(2)de horário

- DISPNEIA:

39 Oxigênio	(0)não	(1)SOS	(2)de horário
40 broncodilatador	(0)não	(1)SOS	(2)de horário
41 nebulizacao	(0)não	(1)SOS	(2)de horário

- CONSTIPACAO :

42 Dieta laxante	(0)não	(1)SOS	(2)de horário
43 Óleo mineral	(0)não	(1)SOS	(2)de horário
44 Lactulose	(0)não	(1)SOS	(2)de horário

- 45 Fleet (0)não (1)SOS (2)de horário
- 46 Lavagem intestinal (0)não (1)SOS (2)de horário

47 Diagnostico principal da internação

- (1) Neoplasia
- (2) Infecção
- (3) Cardiovascular
- (4) Pulmonar
- (5) Urinario-renal
- (6) Gastrointestinal
- (7) Neurológico
- (8) Outro , especifique _____

48

49 O senhor(a) teve Consulta com medico do cuidado paliativo antes desta internação?

- (0) não
- Sim : quantas vezes _____
- (99) Não sabe/não respondeu

50 O senhor(a) teve Consulta com medico do cuidado paliativo durante esta internação?

- (0) não
- Sim : quantas vezes _____
- (99) Não sabe/não respondeu

ESAS	VALOR 0 - 10
51 DOR	
52 CANSAÇO/FRAQUEZA	
53 NAUSEA/ENJOO	
54 DEPRESSÃO	
55 ANSIEDADE	
56 SONOLÊNCIA	
57 APETITE	
58 BEM ESTAR	
59 DISPNEIA	
60 SONO	



Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
Escola Superior em Ciências da Saúde
Coordenação de Cursos de Pós-Graduação e Extensão

ANEXOS

7 ANEXOS

7.1 ANEXO I – Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS-Br)

Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS-Br)

Esta é uma escala de avaliação de sintomas. Você responderá a 10 itens com respostas que variam de 0 (mínima intensidade) a 10 (máxima intensidade). Por favor, circule o número que melhor descreve os seus sintomas nas últimas 24 horas:

Sem Dor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Dor possível
Sem cansaço (fraqueza)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior cansaço (fraqueza) possível
Sem náusea (enjoo)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior náusea (enjoo) 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
Melhor apetite	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior apetite possível
Melhor sensação de bem estar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior sensação de mal estar possível
Sem falta de ar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior falta de ar possível
Melhor sono	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior sono possível

7.2 ANEXO II – Índice de Comorbidades de Charlson

IDADE	<50 Anos-0	50-59 Anos-1	60-69 Anos-2	70-79 Anos-3	≥80 Anos-4
INFARTO DO MIOCÁRDIO	NÃO – 0		SIM – 1		
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESIVA	NÃO – 0		SIM – 1		
DOENÇA VASCULAR PERIFÉRICA	NÃO – 0		SIM – 1		
AVC OU AIT	NÃO – 0		SIM – 1		
DEMÊNCIA	NÃO – 0		SIM – 1		
DPOC	NÃO – 0		SIM – 1		
D. TECIDO CONJUNTIVO	NÃO – 0		SIM – 1		
HISTÓRIA D.U.P.	NÃO – 0		SIM – 1		
D. HEPÁTICA	NÃO – 0		LEVE – 1	MODERADA/SEVERA – 3	
DM	NÃO OU CONTROLADA COM DIETA – 0		NÃO COMPLICADA – 1	COM DANO ÓRGÃO ALVO – 2	
HEMIPLÉGIA	NÃO – 0		SIM – 2		
IRCMODERADA/SEVERA	NÃO – 0		SIM – 2		
TUMOR SÓLIDO	NÃO – 0	LOCALIZADO – 2	METASTÁTICO – 6		
LEUCEMIA	NÃO – 0		SIM – 2		
LINFOMA	NÃO – 0		SIM – 2		
AIDS	NÃO – 0		SIM – 6		
	TOTAL PONTOS=				
SOBREVIDA ESTIMADA EM 10 ANOS					
0 PONTO	98%				
1 PONTO	96%				
2 PONTOS	90%				
3 PONTOS	77%				
4 PONTOS	53%				
5 PONTOS	21%				
6 PONTOS	2%				
≥7 PONTOS	0%				



Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
Escola Superior em Ciências da Saúde
Coordenação de Cursos de Pós-Graduação e Extensão

