



LISBOA

UNIVERSIDADE  
DE LISBOA



FACULDADE DE  
**MEDICINA**  
LISBOA

# **TRABALHO FINAL**

## **MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA**

---

Centro de Bioética

### **Integrar os Cuidados Paliativos nas Doenças Não-Oncológicas: Um artigo de revisão**

Ana Carlota Ambar Correia Moniz Botelho

---

**JULHO'2018**



LISBOA

UNIVERSIDADE  
DE LISBOA



FACULDADE DE  
**MEDICINA**  
LISBOA

# **TRABALHO FINAL**

## **MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA**

---

Centro de Bioética

### **Integrar os Cuidados Paliativos nas Doenças Não-Oncológicas: Um artigo de revisão**

Ana Carlota Ambar Correia Moniz Botelho

**Orientado por:**

Dr<sup>a</sup> Filipa Alexandra Gonçalves Tavares

---

**JULHO'2018**

## **Resumo**

Os Cuidados Paliativos (CP) são cuidados clínicos cujo principal objectivo é o de proporcionar uma melhor qualidade de vida aos doentes, satisfazendo também as necessidades dos seus familiares e cuidadores. Este tipo de cuidados tem 4 pilares fundamentais: o controlo sintomático, o trabalho em equipa, a comunicação e o suporte à família, de maneira a garantir o alívio sintomático e o maior conforto, dentro das condições do doente. Provavelmente por uma questão de contexto, os CP tendem a ser vistos pelo público como destinados exclusivamente a doentes oncológicos.

Considerando o crescente envelhecimento da população, é compreensível que as doenças crónicas não-oncológicas sejam, cada vez mais, algumas das principais causas de morte. Destacam-se a Insuficiência Cardíaca, a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica e a Demência, doenças em que é evidente o deficiente acesso aos CP, mas nas quais se tornam claras as necessidades e o sofrimento dos doentes, comparáveis aos de um doente oncológico. É, então, necessário tomar consciência da necessidade destes doentes terem acesso aos CP, visto que uma intervenção precoce levaria a uma melhoria da qualidade de vida destes doentes. Os CP podem inclusivamente diminuir o número de reinternamentos, muito comuns nestas doenças e que muitas vezes afastam a possibilidade de uma morte em casa ou, pelo menos, com menor sofrimento. Assim, e apesar da incerteza do prognóstico destas doenças, e da grande variação de quadro clínico entre doentes, é fundamental uma abordagem integrada ao doente crónico, que contemple a sua necessidade de aceder aos CP. Isto implica que a sociedade se empenhe em possibilitar o acesso aos CP por estes doentes, de modo a proporcionar os melhores cuidados e uma melhor qualidade de vida (para os doentes e também para os seus familiares), desta forma centrando o tratamento também na própria pessoa e não só na doença em si.

**Palavras-Chave:** Cuidados Paliativos, Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, Insuficiência Cardíaca, Demência, Evolução da Doença.

## **Abstract**

Palliative Care focuses on improving quality of life for patients, their families and caregivers. It aims to adequately address symptoms, preventing and relieving suffering and supporting the best possible quality of life. They have traditionally and wrongly been provided mostly to patients with malignant disease, while many more patients require them.

The average age of the world's population is increasing, with non-malignant diseases becoming a significant and increasing cause of mortality and morbidity. Some of these are Heart Failure, Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Dementia, in which inadequate palliative care provision is evident. However, patients with these diseases are known to experience a degree of distress similar to patients with cancer. In fact, there has been growing awareness regarding the needs of patients dying from non-malignant diseases. A greater integration of palliative care is needed to deliver high-quality care to patients and improve their quality of life by early identification and treatment. These diseases are characterized by a gradual decline, paced by exacerbations, during which patients are hospitalized, frequently ultimately dying in hospital. Palliative care measures have been proved to inclusively decrease the number of these readmissions, which prevent patients from dying at home in comfort and peace. Although it's rather difficult to establish prognosis in these diseases, and considering the variability and uncertainty between patients, it may be helpful to take an integrated approach, looking at different illness trajectories and designing the best path, helping patients feel in greater control of their situation and not forgetting the need for palliative care. A greater integration of palliative care is needed to promote a patient-centered care, establishing goals in keeping with the patient's values and preferences.

**Keywords:** Palliative Care, Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Heart Failure, Dementia, Illness Trajectory.

O Trabalho Final exprime a opinião do autor e não da FML.

## Índice

---

<b>Resumo.....</b>	<b>2</b>
<b>Siglas e Abreviaturas.....</b>	<b>5</b>
<b>Introdução.....</b>	<b>6</b>
<b>Cuidados Paliativos.....</b>	<b>7</b>
• <b>Cuidados Paliativos vs Cuidados de Final de Vida.....</b>	<b>8</b>
<b>Quem beneficia dos Cuidados Paliativos?.....</b>	<b>9</b>
<b>Prognóstico e Evolução das Doenças.....</b>	<b>10</b>
<b>Os cuidados paliativos em doenças específicas.....</b>	<b>12</b>
• <b>DPOC.....</b>	<b>12</b>
• <b>IC.....</b>	<b>14</b>
• <b>Demência.....</b>	<b>15</b>
<b>Comentário Final.....</b>	<b>17</b>
<b>Agradecimentos.....</b>	<b>18</b>
<b>Bibliografia.....</b>	<b>19</b>

## **Siglas e Abreviaturas**

---

CP – Cuidados Paliativos

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

IC – Insuficiência Cardíaca

CFV – Cuidados de Final de Vida

NYHA – New York Heart Association

GDS – Global Deterioration Scale

OMS – Organização Mundial de Saúde

DNO – Doentes Não-Oncológicas

QV – Qualidade de Vida

BCN Bio HF Calculator – Barcelona Bio-heart failure risk calculator

## Introdução

A esperança média de vida tem vindo a aumentar, justificando a actual população envelhecida <sup>(1)</sup>. Por esta razão, tem havido uma mudança paradigmática nas principais causas de morte, verificando-se que, hoje em dia, as doenças crónicas são a causa mais comum, contrariamente ao que acontecia há um século atrás <sup>(1-4)</sup>. Cerca de 75% da população morre por doença crónica, sendo o rácio de causa oncológica: causa não-oncológica de 1:2 <sup>(5)</sup>. Prevê-se que em 2020, devido ao envelhecimento da população, a principal causa de mortalidade e morbidade seja mesmo as doenças crónicas e não situações agudas <sup>(6)</sup>. A mudança do panorama, com o aumento do número dos chamados doentes crónicos, exige resposta por parte dos cuidados de saúde. É também cada vez mais visível uma preocupação crescente por parte dos próprios doentes, no decorrer da sua doença, não só pelo tempo de vida que lhes resta, mas principalmente pelo seu declínio funcional <sup>(3)</sup>. Assim os doentes procuram soluções que lhes permitam não só viver mais, como também viver melhor, o que reforça esta necessidade de os acompanhar.

Apesar desta crescente necessidade de CP, estes são frequentemente erradamente associados exclusivamente a doentes terminais oncológicos. A frequência com que estes têm acesso aos CP é muito superior à de doentes que apresentem falência orgânica e/ou demência <sup>(7)</sup>. Isto porque, inicialmente, apenas se compreendia a necessidade de um acompanhamento integrado até ao final de vida em doentes cujo final de vida se via próximo – intuitivamente, os doentes oncológicos. Contudo essa mentalidade tem vindo a ser modificada, e começou a perceber-se que os doentes com doenças crónicas não-oncológicas também apresentam uma grande necessidade deste tipo de cuidados <sup>(4,8)</sup>. Alguns estudos defendem a criação de grandes vantagens, para o doente, se o recurso aos CP ocorrer numa fase mais inicial da doença <sup>(9)</sup>. Confirmando-se esta tese e, tendo em conta o panorama actual, em que há um elevado número de doentes crónicos, facilmente se percebe que o acesso aos CP pode ser determinante nos cuidados de saúde <sup>(2)</sup>.

Posto isto, este trabalho final de mestrado tem como foco a necessidade premente de dar ênfase aos CP, através de uma abordagem que contempla o seu impacto em três doenças: a Insuficiência Cardíaca (IC), Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) e Demência.

## **Cuidados Paliativos**

Em meados de 1960, em Inglaterra, foi desenvolvido um tipo de cuidados, na altura novos – os CP. Ao longo do tempo, foram sendo difundidos para todos os países com os mais variados modelos e diferentes organizações <sup>(5)</sup>. A OMS define CP como “uma acção que pretende uma melhoria da QV dos doentes e dos seus familiares, pela prevenção e alívio do sofrimento associado à própria doença, através da identificação atempada e acesso destes cuidados a todos, inclui também tratamento da dor e de quaisquer outros problemas quer sejam físicos, psicossociais e/ou espirituais.” <sup>(10)</sup>. Os principais objectivos dos CP são, então, otimizar a QVa nos momentos que antecedem a morte do doente, garantindo assim uma morte com dignidade e em paz <sup>(3)</sup>. Os CP pretendem promover o alívio da dor e de outros sintomas, tendo consideração pelo tempo de vida das pessoas e aceitando a morte como um processo natural, não antecipando nem atrasando o seu decurso <sup>(10)</sup>.

Para uma melhor QV destes doentes, os CP centram-se na própria pessoa e no seu sofrimento, e não totalmente na cura da doença. É necessário compreender o prognóstico de cada doente e clarificar os objectivos do tratamento, de modo a poder dar o máximo conforto ao doente, dentro das suas circunstâncias <sup>(11)</sup>. A comunicação é essencial, não só com o doente, mas também com a sua família, sendo fundamental o diálogo sobre o prognóstico do mesmo e opções de tratamento, de modo a serem incluídas as perspectivas, objectivos e necessidades de todos os envolvidos. Os CP têm, então, como base uma abordagem multidisciplinar para responder às necessidades sintomáticas, espirituais e psicológicas <sup>(12)</sup>.

Os CP visam oferecer um bom suporte, não só aos doentes, mas também aos seus familiares e cuidadores <sup>(10)</sup>. Estes não são cuidados isolados, ou seja, os doentes não precisam de abdicar de restantes tratamentos e os CP estão acessíveis aos doentes concomitantemente com outros tratamentos necessários <sup>(9)</sup>. Os doentes podem iniciar estes tratamentos independentemente do estadio da doença <sup>(13)</sup>, sendo que alguns estudos até demonstram que o início precoce dos CP no decurso de uma doença trará benefícios ao doente <sup>(14)</sup>. É importante ter a noção de quando devem ser postos em prática os CP, com a consciência de que diferentes doentes apresentarão evoluções diferentes e responderão de maneira diferente aos tratamentos. Os CP têm então, como já referido, o doente como base principal <sup>(8)</sup>, devendo adequar-se a cada um individualmente, e não ao seu diagnóstico <sup>(3)</sup>.



- **Cuidados Paliativos vs Cuidados de Final de Vida**

Muitas vezes se confundem os termos CP e CFV. Apesar da distinção ser, de facto, complexa, existe uma diferença entre os dois. Como já referido, os CP pretendem dar uma melhor QV aos doentes e seus familiares, através da prevenção e alívio do sofrimento. Isto é, satisfazer as necessidades dos doentes, pela colaboração nas decisões médicas, numa abordagem integrada à doença.

Por sua vez, os CFV referem-se aos cuidados no estadio final de vida e focam-se essencialmente em cuidar do doente e dos seus familiares durante este período <sup>(13)</sup>. Estes cuidados não apresentam uma definição muito concreta, sendo um termo que ainda precisa de uma maior avaliação <sup>(15)</sup>. No geral, pretendem tratar pessoas como individuais, respeitar os seus direitos e permitir a sua participação nas decisões terapêuticas <sup>(16)</sup>. Na Europa, os CFV são descritos como os cuidados dados nas últimas horas/dias de vida <sup>(16)</sup>. Já nos Estados Unidos da América, são a maioria das vezes descritos como sinónimo de CP <sup>(16)</sup>, mas usados com maior preferência/regularidade porque os CP são muitas vezes associados às doenças oncológicas e os CFV referem-se a todos os doentes com doenças crónicas <sup>(16)</sup>. O período de tempo em que devem ser iniciados varia de acordo com o doente, a doença, o médico, entre outros. Está, como para os CP, igualmente dependente da evolução da doença <sup>(13)</sup>.

Podemos então dizer que os CFV se incluem nos CP, sendo estes mais abrangentes, incluindo o objectivo fundamental de oferecer uma melhor QV minimizar os sintomas não só na fase final de vida, mas também no período que a antecede <sup>(13)</sup>. Tal como os CP, os CFV também se centram no cuidado da pessoa, numa abordagem holística, valorizando a autonomia dos doentes e dos seus familiares, com foco na dignidade e colaboração entre profissionais de saúde. Não pretendem alterar a hora da morte <sup>(16)</sup>. Apesar dos CFV apenas serem iniciados nas últimas semanas/dias de vida do doente, pensa-se que um início mais precoce seria benéfico, após discussão com familiares. Neste caso, aproximar-se-iam muito dos CP <sup>(13)</sup> e permitiriam uma melhor abordagem e acompanhamento do doente.

Uma abordagem centrada no doente é necessária para uma melhor qualidade destes cuidados <sup>(17)</sup>. Estudos defendem que deve ser dado maior foco à QV do doente, à qualidade da sua morte e dos cuidados prestados <sup>(17)</sup>. Para além disto, defendem a importância de valorizar a perspectiva do doente e dos seus familiares – o que o doente experiencia, o que valoriza, e o que necessita, para melhoria dos seus próprios CFV <sup>(17)</sup>.

É necessário um maior investimento em casos de estudo para estes cuidados, para sua otimização.

### **Quem beneficia de Cuidados Paliativos?**

Tradicionalmente, os CP eram dirigidos unicamente aos doentes oncológicos. A definição dada pela OMS em 1990 incluía só estes doentes, e apenas em 2000 foi alterada e passou a abranger todos os doentes com doenças crónicas <sup>(4)</sup>. Um estudo realizado em Inglaterra entre 1999-2000 demonstrou que 94% dos doentes a serem seguidos pelos CP eram oncológicos <sup>(4)</sup>.

O número de DNO referenciados aos CP está muito aquém do expectável <sup>(18)</sup>. Contudo, de acordo com a OMS, 47% das mortes a nível mundial tem como causa a falência orgânica crónica, enquanto as doenças oncológicas são responsáveis por apenas 13% <sup>(4,19)</sup>.

É já do conhecimento geral que as doenças não-oncológicas também beneficiam destes cuidados. Vários estudos demonstram que o impacto causado na QV, dos doentes não oncológicos, é significativo <sup>(7,19)</sup>. Assim, a colaboração entre os CP e as restantes especialidades será uma grande mais valia para melhores cuidados até ao fim de vida <sup>(4,20)</sup>. A falta de acesso aos CP para DNO leva a uma grande desigualdade de tratamentos <sup>(20)</sup>.

No geral, a abordagem pelos CP tem vindo a melhorar o *outcome* dos doentes por um melhor controlo sintomático, melhor QV e satisfação dos próprios com os cuidados <sup>(12)</sup>. Apesar de todas as evidências indicarem vantagens para os doentes com a inclusão dos CP nas doenças não-oncológicas, na prática clínica é ainda muito raro <sup>(19)</sup>. Segundo um estudo espanhol, alguns factores contribuem para que seja difícil iniciar CP. Uma é a dificuldade em estabelecer um prognóstico, atrasando a definição do tratamento a ser seguido. A dificuldade em perceber o restante tempo de vida do doente, impede que seja dedicado tempo a melhorar a sua QV, neste período, e de o preparar com maior conforto possível para a morte <sup>(4,7)</sup>. Isto relaciona-se também com o foco dos especialistas na cura – são treinados para curar e não para cuidar e, por isso, é muitas vezes difícil que compreendam a necessidade de iniciar estas medidas. Outra questão é uma automática associação dos CP à morte, que leva a rejeição do início dos mesmos. Esta complexidade de factores leva a que haja uma certa resistência em abordar este assunto com os doentes, atrasando o início da implementação de CP <sup>(9,17,19)</sup>.

É então necessária uma melhor compreensão da evolução das doenças, para que o clínico saiba como e onde actuar, de acordo com as necessidades específicas dos doentes. É crucial uma abordagem mais individualizada e integrada que permita compreender estas necessidades específicas – de cada doente e não de cada doença. Esta maior compreensão permitirá orientar os CP, tornando-os desenhados para cada doente, seja ele oncológico ou não-oncológico <sup>(4,5,19)</sup>. Há também que ter em conta que a abordagem por parte dos CP deve começar numa fase inicial da doença e não somente na fase terminal, havendo evidência das vantagens para os doentes. Normalmente o encaminhamento dos doentes é feito numa fase já terminal, acabando por ser utilizado unicamente no auxílio do alívio sintomático <sup>(9,21)</sup>. A identificação dos doentes para os CP acaba por ser desafiante e pouco óbvia, mas não por isso menos necessária <sup>(21)</sup>. A verdade é que todos os doentes, independentemente do seu diagnóstico, têm direito aos melhores cuidados no final de vida <sup>(18)</sup>.

### **Prognóstico e Evolução das doenças**

Numa tentativa de perceber melhor o prognóstico de diversas doenças, foram desenhados alguns gráficos (fig.1) que descrevem três evoluções muito típicas, e que podem ajudar a perceber em que estadio se encontra um doente em questão <sup>(3,4,7,22)</sup>:

1. O primeiro gráfico descreve uma doença cujo percurso apresenta uma evolução constante, com um declínio final muito evidente. Nestas, é relativamente fácil perceber que foi alcançada a fase terminal, pela rápida deterioração. Este caso é muito típico das doenças oncológicas;
2. O segundo gráfico descreve doenças caracterizadas por um declínio gradual, com períodos de agudização, que podem ser ultrapassados mas geralmente sem retorno ao nível funcional inicial. Estes períodos de exacerbação associam-se com frequência a internamentos, acabando os doentes por morrer hospitalizados. Doenças que seguem este percurso são, por exemplo, a IC e a DPOC;

3. O terceiro gráfico descreve uma história natural da doença que apresenta um declínio gradual muito prolongado, ao longo do qual os doentes vão perdendo as suas capacidades físicas e cognitivas. Estes doentes não apresentam propriamente agudizações do seu estado, nem regressam a um estado mais estável ou com maior capacidade funcional – antes apresentam um declínio gradual, mas irregular. Este tipo de trajetória é muito comum em doentes geriátricos e em demências.

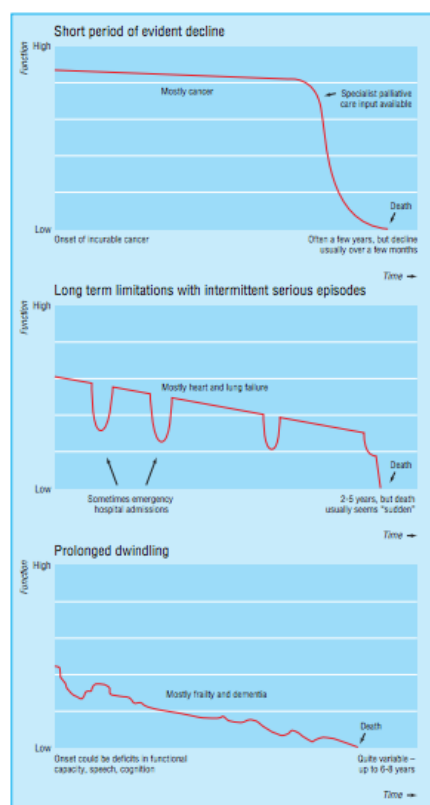


Fig.1: Murray, S.A., M. Kendall, K. Boyd, and A. Sheikh, Illness trajectories and palliative care. *Bmj*.2005;330:1007-11

De acordo com estes padrões de evolução, é evidente que em doentes com trajetórias como a típica das doenças oncológicas se consiga facilmente perceber em que altura se deverá iniciar os CP <sup>(4)</sup> mas que, noutros casos, seja mais difícil identificar o ponto óptimo de início. Nestes casos, a imprevisibilidade e evolução não-linear dificultam o início dos CP <sup>(19)</sup>. Contudo, a evolução da doença e a falta de evidência de cura sugerem que nem sempre seja correcto iniciar um tratamento agressivo para a cura dos doentes, reforçando, novamente, a necessidade crescente da introdução dos CP <sup>(3)</sup>. É necessário um maior investimento para melhor definir e compreender estas trajetórias habituais, e de que maneira podem auxiliar no prognóstico dos doentes, levando a um melhor *outcome* para os doentes e suas famílias <sup>(4)</sup>.

Reconhecer o tempo que antecede a morte e as necessidades dos doentes requer uma abordagem centrada na pessoa e não na doença <sup>(3,4)</sup>. É necessária uma certa flexibilidade na abordagem aos CP devido a este prognóstico incerto e à evolução variável <sup>(4)</sup>. O estudo da evolução habitual, espelhado nos gráficos acima descritos, ajuda a melhor estabelecer os intervalos de tempo e a possível história dos doentes, o que levará a que se estabeleça um plano de cuidados mais adequado ao doente e à sua situação, podendo assim integrar todo o tipo de cuidados. Deve ser dado a conhecer aos doentes e às suas famílias toda esta informação, para que melhor compreendam a necessidade e maneira de actuar, possibilitando que se sintam mais em controlo da situação e, conseqüentemente, mais confortáveis <sup>(3)</sup>.

## **Os cuidados paliativos em doenças específicas**

### **1. DPOC**

A DPOC é um complexo quadro clínico, que pode ser definido como “uma doença comum que se pode prevenir e tratar, caracterizada por limitação progressiva do fluxo aéreo e que está associada a uma resposta inflamatória crónica aumentada nas vias aéreas e nos pulmões a partículas e gases nocivos.” <sup>(23)</sup>. A DPOC é a doença respiratória mais prevalente, a nível global <sup>(24)</sup>. É a quarta causa de morte no mundo e a décima segunda causa de incapacidade <sup>(13)</sup>. Em 2020, prevê-se que passará a ser a terceira causa de morte no mundo e a quinta causa de incapacidade <sup>(6,13,25)</sup>.

Apesar da elevada frequência com que esta doença aparece, muito pouco é ainda sabido acerca das necessidades de final de vida dos doentes com DPOC. Contudo, foi demonstrado que apresentam necessidades físicas e psicológicas tão ou mais graves, em comparação com doentes com cancro do pulmão <sup>(6)</sup>. Ambos os doentes se caracterizam por má QV e baixa esperança média de vida, após o diagnóstico <sup>(26)</sup>.

Como já referido, a evolução desta doença é muito característica, mas também muito variável, sendo difícil o seu prognóstico, por alguma incerteza. Tipicamente, caracteriza-se por um declínio progressivo e que pode apresentar várias agudizações no decurso da doença <sup>(27,28)</sup>. Uma agudização pode ser fatal, sendo frequentemente num destes episódios que o doente acaba por morrer <sup>(28)</sup>. Estes doentes são constantemente hospitalizados, passando muito tempo no hospital e na maioria dos casos acabando por morrer lá, contrariamente aos doentes oncológicos que mais frequentemente morrem em casa <sup>(6,26)</sup>. Um maior foco nestes períodos de exacerbação acaba por levar à negligência da doença como um todo <sup>(29)</sup>. Daí as relevantes queixas sintomáticas destes doentes,

pois durante o internamento é feito o controlo dos sintomas, mas acaba por perder-se o contacto com os médicos e, conseqüentemente, o seguimento do plano estabelecido. O mau controlo sintomático acaba por ser uma das maiores queixas e preocupações destes doentes, que reconhecem as exacerbações e suas conseqüências<sup>(24)</sup>.

A DPOC está fortemente associada a uma grande carga sintomática. Estes doentes apresentam muitas limitações físicas, que afectam as suas actividades de vida diária, acabando por levar a um grande isolamento social<sup>(24)</sup>. Além disso, os doentes não recorrem muito frequentemente aos médicos por não considerarem as suas limitações como anormais, nem a noção de que há hipótese de melhorar a situação em que se encontram<sup>(27)</sup>. Há, cada vez mais, a necessidade de uma abordagem paliativa a estes doentes<sup>(24,29)</sup>. Em comparação com os doentes oncológicos, são muito poucos os casos de DPOC referenciados aos CP<sup>(24)</sup>. A própria base dos cuidados e vigilância destes doentes não é tão boa quanto a dos oncológicos<sup>(13)</sup>, o que tem impacto a todos os níveis de cuidados.

É, então, evidente que existe uma grande necessidade em melhorar a QV destes doentes. É importante focar os cuidados e a atenção no próprio doente e nas suas necessidades e não apenas na doença – neste caso, não centrar o tratamento na melhoria da função pulmonar, mas em todo o conforto que o doente merece para poder realizar as suas actividades de vida diária sem limitações maiores (por exemplo causadas pela dispneia). Um estudo concluiu que estes doentes beneficiam muito de um tratamento com maior foco na sua vida diária<sup>(30)</sup>.

De acordo com um estudo realizado no último ano de vida dos doentes com DPOC, constatou-se falta de vigilância e serviço inadequado às suas necessidades específicas (por diversas razões, como poderiam ser a falta de número adequado de enfermeiros ou terapeutas, por exemplo). A ausência de acesso aos CP, reforça a necessidade de pesquisa de um modelo adequado para garantir o controlo sintomático destes doentes<sup>(27)</sup>. Foi demonstrado que, no seu último ano de vida, estes doentes sofrem uma grande carga sintomática, tanto física como psicológica<sup>(27)</sup> – e há possibilidade de reduzi-la. A acção dos Cuidados Paliativos na satisfação das necessidades dos doentes com DPOC é um assunto ainda muito pouco estudado<sup>(6)</sup>, contudo, sabemos que o acesso aos CP aumenta a satisfação dos doentes, o seu controlo sintomático, a sua QV e diminui a recorrência constante aos Serviços de Saúde através da diminuição do número de re-internamentos<sup>(28)</sup>.

## 2. Insuficiência Cardíaca

A IC é “uma síndrome em que os doentes apresentam as seguintes características: típicos sintomas de IC (dispneia em repouso ou em movimento, fadiga), sinais de retenção de fluidos (edemas dos membros inferiores) e evidência de uma anormalidade anatómica do coração ou alteração da função cardíaca em repouso.”<sup>(31)</sup>.

É um quadro muito complexo e para o qual contribuem diversos mecanismos fisiopatológicos que geram variados sintomas, de difícil e também complexo controlo. É tipicamente um quadro com declínio gradual, com progressiva diminuição das capacidades do doente e sem cura, levando, em última análise, à morte. A capacidade funcional é o factor mais importante que prevê a mortalidade na IC, sendo comumente avaliada pela escala da New York Heart Association (NYHA). Esta classifica a gravidade da doença em 4 diferentes classes, com base nos sintomas e actividade física do doente<sup>(12)</sup>. A classificação da NYHA permite que se estabeleça com maior segurança o prognóstico desta doença<sup>(11)</sup>. Existem outras classificações que servem como base para tentar estabelecer um prognóstico, nomeadamente a Seattle, MAGGIC Heart Failure Model e BCN Bio HF Calculator.

A IC é um quadro cuja frequência aumenta com a idade e, assim, o envelhecimento da população tem acarretado um maior número de casos de IC. É uma das principais causas de mortalidade e morbidade, mundialmente<sup>(12)</sup>. Devido a novos tratamentos e recentes abordagens multidisciplinares, a esperança média de vida para esta doença tem vindo a aumentar, mas continua a exigir uma grande atenção por parte dos médicos e cuidadores, principalmente pela sua sintomatologia restritiva<sup>(11)</sup>. Apesar de tudo, a sua evolução é imprevisível, tipicamente apresentando episódios de agudizações do quadro, seguidos de períodos de remissão de duração variável<sup>(12)</sup>.

O quadro sintomático e o seu mau controlo merecem tanta atenção como as suas elevadas taxas de mortalidade, o que justifica a integração dos CP nestes doentes<sup>(12)</sup>, especialmente tendo em conta que actualmente, as necessidades destes doentes não são satisfeitas pelos CP<sup>(18)</sup>. A grande necessidade de cuidados que estes doentes apresentam está relacionada com a sobrecarga de sintomas, sofrimento emocional, má QV e falta de informação e comunicação sobre os seus cuidados<sup>(18)</sup>, devendo os CP fazer parte da abordagem convencional aos doentes com IC<sup>(12)</sup>. Sendo uma doença de grave e limitante sintomatologia, as necessidades dos doentes vão agravando com a evolução, e os doentes beneficiam de acesso aos CP desde o período inicial da doença – o tratamento deve ser precoce<sup>(11)</sup>. Os CP apresentam um papel diferente nos vários

estádios da doença, devendo iniciar-se a sua avaliação numa fase precoce da doença e intensificar-se nos estádios finais e acabar por se estender ao luto dos cuidadores/familiares <sup>(11)</sup>. Uma melhor integração dos CP no controlo da insuficiência cardíaca tem como objectivo ajudar na resolução da incerteza clínica, promovendo um tratamento mais centrado no doente <sup>(11)</sup>.

Na situação actual, o acesso aos CP por estes doentes acontece apenas quando o médico se apercebe que o doente apresenta um mau prognóstico e que a terapêutica já não terá um impacto positivo na vida do doente <sup>(12)</sup>. Uma vez que este momento de reconhecimento poderá acontecer em diversas fases da doença, haverá sempre um atraso no reconhecimento/re-encaminhamento destes doentes para os CP <sup>(18)</sup>. Outras razões que levam ao inadequado acesso aos CP por parte de doentes com IC são uma dificuldade em reconhecer as complexas e reais necessidades dos doentes, a relutância dos próprios especialistas em referenciar para os CP e a errada associação entre os CP e doença oncológica <sup>(18)</sup>.

### **3. Demência**

Demência refere-se a uma deterioração, adquirida e persistente, das capacidades cognitivas e intelectuais, como resultado de um conjunto de várias possíveis doenças neurodegenerativas, sendo a mais comum a doença de Alzheimer <sup>(32,33)</sup> – uma doença limitante e incurável <sup>(22)</sup>. O impacto social desta doença terminal é substancial e tem vindo a aumentar. Os últimos anos desta doença são tipicamente caracterizados por uma evolução da incapacidade, sendo que já no final as complicações mais comuns são as infecções e problemas alimentares <sup>(22,32)</sup>. A escala que melhor caracteriza a sua evolução clínica é a GDS <sup>(22)</sup>, classificando o estado mais avançado da demência como: défice de memória, discurso limitado a menos de cinco palavras, dependência total, incontinência e impossibilidade de deambular <sup>(34)</sup>. Os doentes e os seus cuidadores/familiares enfrentam maiores necessidades físicas e psicológicas em final de vida <sup>(32)</sup>.

O número de doentes com demência é cada vez maior <sup>(32)</sup>, sendo uma doença cuja prevalência aumenta com a idade e encontrando-se a população envelhecida. Em 2010, cerca de 35.6 milhões de pessoas tinham o diagnóstico de demência, prevendo-se que em 2030 este número duplique <sup>(22)</sup>. O intervalo de tempo estimado desde a altura do diagnóstico até à morte é de cerca de 10 anos <sup>(33)</sup>. A doença de Alzheimer foi a quinta causa de morte, em doentes com mais de 65 anos, em 2010 <sup>(32)</sup>.



Alguns estudos que compararam doentes oncológicos com doentes com demência, demonstraram que a necessidade de cuidados e de assistência aos doentes com demência é muito elevada e até superior aos doentes oncológicos <sup>(20,35)</sup>. O Regional Study of Care of the Dying demonstrou que estes doentes apresentam queixas de dor nos últimos seis meses, mais graves que os doentes oncológicos <sup>(36)</sup>.

O prognóstico é desafiante e a sua mortalidade imprevisível, uma vez que a demência não progride uniformemente. Contudo, uma combinação da avaliação clínica do doente e de escalas que avaliam a gravidade da doença pode ser um auxílio na tentativa de prever o prognóstico <sup>(22,33)</sup>. O desafio em estabelecer um prognóstico para estes doentes pode dificultar a prestação de cuidados de qualidade <sup>(22)</sup>.

Apesar de em estadios mais avançados da doença não ser possível comunicar com estes doentes, e avaliar a presença ou ausência de queixas, não podemos supor que os doentes não sofram <sup>(33)</sup>. Cuidar destes envolve a toma de difíceis decisões sobre qual o objectivo do tratamento e qual o seu plano de cuidados, uma vez que por perda das suas capacidades intelectuais, deixam de poder tomar decisões conscientes <sup>(33)</sup>.

Os CP são fundamentais nestes casos, levando à melhoria dos sintomas, diminuindo a carga dos cuidadores, e ajudando a que as decisões médicas de tratamento tenham em consideração as necessidades e objectivos do doente e dos seus familiares <sup>(22,32,33)</sup>. Isto em doentes que não conseguem exprimir as suas necessidades e que só podem participar com grandes limitações no seu tratamento. Os CP acabam por nestes doentes ser presumíveis – isto é, baseados no que se conhece de outros doentes com percursos semelhantes e que conseguissem de alguma maneira transmitir as suas necessidades <sup>(33)</sup>.

Apesar dos desejos dos doentes serem poucos conhecidos, um estudo demonstrou que o acesso aos CP nestes doentes se reflecte numa grande satisfação <sup>(20)</sup>. A dificuldade em estabelecer um prognóstico para esta doença, reforça a noção da grande necessidade de acesso destes doentes aos CP, com o objectivo de priorizar os cuidados de máximo conforto e QV, e não basear-se unicamente no possível prognóstico desta doença <sup>(22,32)</sup>. Há que manter, em primeiro lugar, a preferência por abordagens para o conforto do doente, mais do que outras que visem prolongar a vida, prolongando e agravando o sofrimento do doente <sup>(36)</sup>.

Apesar do crescente interesse no acesso aos CP, há ainda pouca evidência sobre o impacto desta abordagem – é então necessário a pesquisa e desenvolvimento desta área na prática clínica <sup>(36)</sup>.

## **Comentário Final**

Devido ao prevalente e agravado envelhecimento da população, doenças crônicas como a DPOC, a IC e a Demência são algumas das principais causas de morbidade e mortalidade da população. Agravando o quadro, prevê-se que a sua prevalência continue a aumentar nos próximos anos, com maior mortalidade e morbidade causada por estas doenças. Vários estudos confirmam que os CP apresentam um impacto positivo nestas doenças, e que os doentes beneficiam do acesso a estes cuidados, apesar de haver ainda pouca evidência. Há também alguma dificuldade em perceber qual será a melhor altura para iniciar os CP nestes doentes, sugerindo-se contudo que o início precoce terá uma grande vantagem para estes doentes.

Apesar da dificuldade em estabelecer o prognóstico destas doenças, pela sua imprevisibilidade e complexidade clínica, no decurso da sua evolução é sempre garantido um agravamento do estado dos doentes, marcado pela deterioração de muitas das suas anteriores capacidades – funcionais, físicas e psicológicas e, em alguns casos a perda de ambas. Assim, estes doentes deveriam ter acesso aos CP para melhorar a sua QV, independentemente de qual se preveja que seja a sua duração.

Apesar de se perceber a importância de um melhor acesso aos CP, hoje em dia, para estas doenças os CP são muito limitados. Tendo sido tradicionalmente associados a doença oncológica, os CP destinam-se mais frequentemente a estes doentes. Assim, torna-se urgente garantir que doentes crónicos têm o mesmo acesso a CP – com a mesma frequência e qualidade que se verifica hoje em dia nos doentes oncológicos, pois a QV dos DNO é equiparável, e por vezes até pior, que as dos doentes oncológicos.

É necessário desenvolver sistemas que permitam o acesso destes cuidados por parte dos doentes e dos seus familiares e cuidadores, de modo a haver uma melhoria da sua QV. Para tal, devido à falta de estudos para demonstrar a eficácia dos CP, é necessário investir na investigação deste campo, permitindo assim o desenvolvimento de melhores programas de CP, centrados nas necessidades do próprio doente, e não só unicamente na doença.

## **Agradecimentos**

---

Agradeço à Doutora Filipa Tavares, pelo seu apoio na concretização deste trabalho e pelo privilégio da sua orientação na sua realização. Apresento um sincero agradecimento por todo o seu tempo dispendido.

Expresso também a minha gratidão ao Centro de Bioética, em particular ao Prof. Drº António Barbosa por ter aceite a minha candidatura e pela oportunidade de poder desenvolver o Trabalho Final de Mestrado nesta área.

## Bibliografija

---

1. Seale C. Changing patterns of death and dying. *Soc Sci Med* [Internet]. 2000 Sep [cited 2018 Aug 1];51(6):917–30. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10972435>
2. Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet* [Internet]. 1997 May 24 [cited 2018 Aug 1];349(9064):1498–504. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9167458>
3. Murray SA, Kendall M, Boyd K, Sheikh A. Illness trajectories and palliative care. *BMJ* [Internet]. British Medical Journal Publishing Group; 2005 Apr 30 [cited 2018 Aug 1];330(7498):1007–11. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15860828>
4. Murtagh FEM, Preston M, Higginson I. Patterns of dying: palliative care for non-malignant disease. *Clin Med* [Internet]. Royal College of Physicians; 2004 Jan 1 [cited 2018 Aug 1];4(1):39–44. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14998265>
5. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, et al. Identifying patients with chronic conditions in need of palliative care in the general population: development of the NECPAL tool and preliminary prevalence rates in Catalonia. *BMJ Support Palliat Care* [Internet]. British Medical Journal Publishing Group; 2013 Sep 14 [cited 2018 Aug 2];3(3):300–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24644748>
6. Edmonds P, Karlsen S, Khan S, Addington-Hall J. A comparison of the palliative care needs of patients dying from chronic respiratory diseases and lung cancer. *Palliat Med* [Internet]. Sage Publications; 2001 Jun 1 [cited 2018 Aug 2];15(4):287–95. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1191/026921601678320278>
7. Klok L, Engels Y, Veldhoven C, Rotar Pavlič D. Early Identification of Patients in Need of Palliative Care in Slovenian General Practice. *Zdr Varst* [Internet]. De Gruyter Open; 2018 Jun [cited 2018 Aug 1];57(2):55–64. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29651316>
8. Claessen SJ, Francke AL, Engels Y, Deliens L. How do GPs identify a need for palliative care in their patients? An interview study. *BMC Fam Pract* [Internet].

- BioMed Central; 2013 Dec 25 [cited 2018 Aug 1];14(1):42. Available from: <http://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-14-42>
9. Beernaert K, Deliëns L, De Vleminck A, Devroey D, Pardon K, Van den Block L, et al. Early identification of palliative care needs by family physicians: A qualitative study of barriers and facilitators from the perspective of family physicians, community nurses, and patients. *Palliat Med* [Internet]. SAGE PublicationsSage UK: London, England; 2014 Jun 17 [cited 2018 Aug 1];28(6):480–90. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0269216314522318>
  10. WHO | WHO Definition of Palliative Care. WHO [Internet]. World Health Organization; 2012 [cited 2018 Aug 2]; Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
  11. Larry Allen, MD, MHS, Sharon A Hunt, MDR Sean Morrison M. Palliative care for patients with advanced heart failure: Decision support, symptom management, and psychosocial assistance - UpToDate [Internet]. UpToDate. 2018 [cited 2018 Aug 2]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/palliative-care-for-patients-with-advanced-heart-failure-decision-support-symptom-management-and-psychosocial-assistance>
  12. Hauptman PJ, Havranek EP. Integrating Palliative Care Into Heart Failure Care. *Arch Intern Med* [Internet]. American Medical Association; 2005 Feb 28 [cited 2018 Aug 2];165(4):374. Available from: <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archinte.165.4.374>
  13. Curtis JR. Palliative and end-of-life care for patients with severe COPD. *Eur Respir J* [Internet]. 2008 Sep 1 [cited 2018 Aug 2];32(3):796–803. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17989116>
  14. Murray SA, Boyd K, Sheikh A. Palliative care in chronic illness. *BMJ* [Internet]. British Medical Journal Publishing Group; 2005 Mar 19 [cited 2018 Aug 2];330(7492):611–2. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15774965>
  15. Singer PA, Martin DK, Kelner M. Quality End-of-Life Care. *JAMA* [Internet]. American Medical Association; 1999 Jan 13 [cited 2018 Aug 2];281(2):163. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.281.2.163>

16. Denning Tom TA. Oxford Textbook of Old Age Psychiatry - Google Livros [Internet]. second edition. Oxford; 2013 [cited 2018 Aug 2]. Available from: [https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=QXemAgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Sampson+E.,+Denning+K.H.+\(2013\),+Palliative+care+and+end+of+life+care.+Oxford+Textbook+of+Old+Age+Psychiatry,+28.&ots=UF9WUH7TYc&sig=k3CbnUOHRapSJNYh0SLetbqTZro&redir\\_esc=y#v=onepa](https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=QXemAgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Sampson+E.,+Denning+K.H.+(2013),+Palliative+care+and+end+of+life+care.+Oxford+Textbook+of+Old+Age+Psychiatry,+28.&ots=UF9WUH7TYc&sig=k3CbnUOHRapSJNYh0SLetbqTZro&redir_esc=y#v=onepa)
17. Heyland DK, Dodek P, Rocker G, Groll D, Gafni A, Pichora D, et al. What matters most in end-of-life care: perceptions of seriously ill patients and their family members. CMAJ [Internet]. CMAJ; 2006 Feb 28 [cited 2018 Aug 2];174(5):627–33. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16505458>
18. O’Leary N, Murphy NF, O’Loughlin C, Tiernan E, McDonald K. A comparative study of the palliative care needs of heart failure and cancer patients. Eur J Heart Fail [Internet]. Wiley-Blackwell; 2009 Apr 1 [cited 2018 Aug 2];11(4):406–12. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1093/eurjhf/hfp007>
19. Mahtani-Chugani V, González-Castro I, de Ormijana-Hernández AS, Martín-Fernández R, de la Vega EF. How to provide care for patients suffering from terminal non-oncological diseases: barriers to a palliative care approach. Palliat Med [Internet]. SAGE PublicationsSage UK: London, England; 2010 Dec 3 [cited 2018 Aug 2];24(8):787–95. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0269216310380296>
20. Lloyd-Williams M, Payne S, Dennis M. Specialist palliative care in dementia: patients with dementia are unable to access appropriate palliative care. BMJ [Internet]. BMJ Publishing Group; 2005 Mar 19 [cited 2018 Aug 2];330(7492):671–2. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15775004>
21. Thoonsen B, Engels Y, van Rijswijk E, Verhagen S, van Weel C, Groot M, et al. Early identification of palliative care patients in general practice: development of RADboud indicators for Palliative Care Needs (RADPAC). Br J Gen Pract [Internet]. 2012 Sep 1 [cited 2018 Aug 2];62(602):e625–31. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22947583>
22. van der Steen JT, Radbruch L, Hertogh CM, de Boer ME, Hughes JC, Larkin P, et al. White paper defining optimal palliative care in older people with dementia:

- A Delphi study and recommendations from the European Association for Palliative Care. *Palliat Med* [Internet]. SAGE PublicationsSage UK: London, England; 2014 Mar 4 [cited 2018 Aug 2];28(3):197–209. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0269216313493685>
23. Vestbo J, Hurd SS, Agustí AG, Jones PW, Vogelmeier C, Anzueto A, et al. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Am J Respir Crit Care Med* [Internet]. 2013 Feb 15 [cited 2018 Aug 2];187(4):347–65. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22878278>
  24. Gardiner C, Gott M, Payne S, Small N, Barnes S, Halpin D, et al. Exploring the care needs of patients with advanced COPD: An overview of the literature. *Respir Med* [Internet]. 2010 Feb [cited 2018 Aug 2];104(2):159–65. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19818590>
  25. Vestbo J, Hurd SS, Agustí AG, Jones PW, Vogelmeier C, Anzueto A, et al. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Am J Respir Crit Care Med* [Internet]. American Thoracic Society; 2013 Feb 15 [cited 2018 Aug 2];187(4):347–65. Available from: <http://www.atsjournals.org/doi/abs/10.1164/rccm.201204-0596PP>
  26. Gore JM, Brophy CJ, Greenstone MA. How well do we care for patients with end stage chronic obstructive pulmonary disease (COPD)? A comparison of palliative care and quality of life in COPD and lung cancer. *Thorax* [Internet]. 2000 Dec [cited 2018 Aug 2];55(12):1000–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11083884>
  27. Elkington H, White P, Addington-Hall J, Higgs R, Edmonds P. The healthcare needs of chronic obstructive pulmonary disease patients in the last year of life. *Palliat Med* [Internet]. Sage PublicationsSage CA: Thousand Oaks, CA; 2005 Sep 1 [cited 2018 Aug 2];19(6):485–91. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1191/0269216305pm1056oa>
  28. : Lynn F Reinke, PhD, ARNPDaisy JA Janssen, MD, PhDJ Randall Curtis, MD M. Palliative care for adults with nonmalignant chronic lung disease - UpToDate [Internet]. UpToDate. 2017 [cited 2018 Aug 2]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/palliative-care-for-adults-with-nonmalignant-chronic-lung-disease>
  29. Skilbeck J, Mott L, Page H, Smith D, Hjelmeland-Ahmedzai S, Clark D.

- Palliative care in chronic obstructive airways disease: a needs assessment. *Palliat Med* [Internet]. 1998 Jun [cited 2018 Aug 2];12(4):245–54. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9743823>
30. Habraken JM, Pols J, Bindels PJE, Willems DL. The silence of patients with end-stage COPD: a qualitative study. *Br J Gen Pract* [Internet]. *British Journal of General Practice*; 2008 Dec 1 [cited 2018 Aug 2];58(557):844–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19068157>
  31. Dickstein K, Cohen-Solal A, Filippatos G, McMurray JJV, Ponikowski P, Poole-Wilson PA, et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008†. *Eur J Heart Fail* [Internet]. Wiley-Blackwell; 2008 Oct 1 [cited 2018 Aug 2];10(10):933–89. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1016/j.ejheart.2008.08.005>
  32. Susan L Mitchell, MD M. Care of patients with advanced dementia - UpToDate [Internet]. UpToDate. 2018 [cited 2018 Aug 2]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/care-of-patients-with-advanced-dementia>
  33. Shuster JL. Palliative care for advanced dementia. *Clin Geriatr Med* [Internet]. Elsevier; 2000 May 1 [cited 2018 Aug 2];16(2):373–86. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10783434>
  34. Mitchell SL, Black BS, Ersek M, Hanson LC, Miller SC, Sachs GA, et al. Advanced Dementia: State of the Art and Priorities for the Next Decade. *Ann Intern Med* [Internet]. American College of Physicians; 2012 Jan 3 [cited 2018 Aug 2];156(1\_Part\_1):45. Available from: <http://annals.org/article.aspx?doi=10.7326/0003-4819-156-1-201201030-00008>
  35. McCARTHY M, ADDINGTON-HALL J, ALTMANN D. THE EXPERIENCE OF DYING WITH DEMENTIA: A RETROSPECTIVE STUDY. *Int J Geriatr Psychiatry* [Internet]. Wiley-Blackwell; 1997 Mar 1 [cited 2018 Aug 2];12(3):404–9. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/%28SICI%291099-1166%28199703%2912%3A3%3C404%3A%3AAID-GPS529%3E3.0.CO%3B2-2>
  36. Sampson EL, Ritchie CW, Lai R, Raven PW, Blanchard MR. A systematic review of the scientific evidence for the efficacy of a palliative care approach in advanced dementia. *Int Psychogeriatrics* [Internet]. Cambridge University Press; 2005 Mar [cited 2018 Aug 2];17(1):31–40. Available from:



[http://www.journals.cambridge.org/abstract\\_S1041610205001018](http://www.journals.cambridge.org/abstract_S1041610205001018)

Nota: Este trabalho não segue o novo acordo ortográfico.