

Ana Gomes

IPV - ESSV | 2011

A Influência do Estado Nutricional na Depressão em Doentes em Cuidados Paliativos



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Ana Maria da Conceição de Sá Gomes

**A INFLUÊNCIA DO ESTADO NUTRICIONAL NA
DEPRESSÃO EM DOENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS**
Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica 1ª edição

Setembro de 2011

Ana Maria da Conceição de Sá Gomes

**A INFLUÊNCIA DO ESTADO NUTRICIONAL NA
DEPRESSÃO EM DOENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS**

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica 1ª edição

Trabalho efectuado sob a orientação de
Mestre Olivério Ribeiro



“Tu és importante por seres quem és.
Tu és importante até ao final da tua vida
faremos tudo quanto pudermos, não só para que
morras em paz, mas também para que vivas até morrer”.

Cicely Saunders

DEDICATÓRIA

Dedico esta pequena obra, resultado do meu esforço e dedicação a todos aqueles que me ajudaram e apoiaram, aos docentes da escola, aos meus familiares e amigos e especialmente à minha filha e ao meu marido pelo seu amor e pelo apoio em todos os momentos.

RESUMO

O presente estudo propõe-se analisar “A Influência do estado nutricional na depressão em doentes em cuidados paliativos”.

È filosofia dos cuidados paliativos proporcionar cuidados de suporte global, visando o controlo de sintomas e a melhoria da qualidade de vida dos doentes e dos seus familiares. Nesta perspectiva a avaliação realizada na triagem nutricional permite identificar o risco do doente; ao conhecermos os resultados desta avaliação torna-se possível enquadrá-lo num plano nutricional, contribuindo desta forma para o seu bem-estar a nível físico, psíquico e social. Sendo o diagnóstico de depressão cada vez mais frequente na nossa sociedade e estando estes doentes mais vulneráveis é impreterível a sua detecção precoce, tratamento e monitorização no sentido de não a subdiagnosticar.

Optou-se por um estudo quantitativo, transversal, descritivo e correlacional, recorrendo a um instrumento de colheita de dados, a uma amostra não probabilística, constituída por 50 doentes, dos quais 52% do sexo feminino e 48% do sexo masculino, apresentando idades entre os 41 e os 95 anos, 84% esteve internado na UCP uma vez, 62% dos doentes estão medicados com antidepressivos. O diagnóstico mais frequente é a neoplasia com 86%; nos últimos meses 62% apresentou perda de apetite e 40% vômitos.

Através da escala MUST verificou-se que a amostra apresentou IMC de 22.61, com peso médio de 69.80Kg, uma perda de peso médio de 13.83%, caracterizando um risco elevado de desnutrição (70%).

Através do Inventário Depressão Beck constatou-se que na amostra, 92% “apresentam depressão” e que a sintomatologia depressiva é mais grave no sexo feminino do que no sexo masculino ($\bar{x}=27.23$ Vs $\bar{x}=24.63$), contudo não é estatisticamente significativo, identificou-se ainda que 60% apresentam depressão grave.

Constatou-se que das variáveis sócio-demográficas, a idade apresenta uma associação baixa e positiva ($r=0.260$; $p=0.048$), contudo não é estatisticamente significativo.

Verifica-se que o risco do estado nutricional, não influencia na depressão, observando-se uma associação muito baixa e positiva ($r=0.035$; $p=0.817$). Face à variável estado nutricional, não existem diferenças estatisticamente significativas, não se verificando a influência do estado nutricional na depressão.

PALAVRAS-CHAVE: Depressão, Doentes em Cuidados Paliativos, Estado Nutricional, Triagem Nutricional (MUST)

ABSTRACT

This study proposes to examine "The Influence of nutritional status on depression in patients in Palliative Care."

The philosophy of Palliative Care is to provide global support, aimed at controlling symptoms and improving quality of life of patients and their families.

In this regard the assessment made in the nutritional screening identifies the risk of the patient; when known, the results of the assessment make it possible to fit it into a nutritional plan, thus contributing to their well-being on physical, mental and social levels.

As depression diagnosis becomes more frequent in our society and as these patients are being more vulnerable, early detection, treatment and monitoring are imperative, in order not to in order not to incorrectly diagnose

We chose a quantitative, cross-sectional, descriptive and correlational study using a data collection instrument, and a non-probabilistic sample, comprising 50 patients, of whom 52% were female and 48% male, with ages between 41 and 95 years, 84% had been hospitalized in a PCU, 62% of patients are treated with antidepressants. The most frequent diagnosis is neoplasm with 86%, in the last month 62% had loss of appetite and 40% had vomiting.

Across the MUST range we verified that the sample had a BMI of 22.61, with an average weight of 69.80 kg and an average weight loss of 13.83%, characterizing a high risk of malnutrition (70%).

Through the Beck Depression Inventory we've found that in the sample, 92% "exhibit depression" and that depressive symptoms are more severe in females than in males ($\bar{x} = 27.23$ Vs $\bar{x} = 24.63$), although it is not statistically significant, we also identified that 60% had serious depression.

It was further observed that from all the socio-demographic variables, age presents a low and positive association ($r=0.260$; $p=0.048$) although it is not statistically significant.

It appears that the risk of nutritional status does not influence in depression, noting a very low positive association ($r=0.035$; $p=0.817$). Given the nutritional status variable, no statistically significant differences exist, hence not having verified the influence of nutritional status in depression.

KEYWORDS: Depression, Patients in Palliative Care, Nutritional Status, Nutritional Screening (MUST)

ÍNDICE GERAL

ÍNDICE DE QUADROS

ÍNDICE DE FIGURAS

ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ÍNDICE DE SIMBOLOS

1 – INTRODUÇÃO	21
-----------------------------	-----------

PARTE 1: FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2 – CUIDADOS PALIATIVOS	27
--------------------------------------	-----------

2.1 – CUIDAR EM FIM DE VIDA	29
-----------------------------------	----

3 – DEPRESSÃO	31
----------------------------	-----------

3.1 – DEPRESSÃO NO DOENTE PALIATIVO	33
---	----

4 – NUTRIÇÃO / DESNUTRIÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS.....	35
---	-----------

4.1 – NUTRIÇÃO NO DOENTE PALIATIVO	38
--	----

PARTE 2: INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

5 – METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO	43
--	-----------

5.1 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....	45
---	----

5.2 – ANÁLISE DE DADOS ESTATÍSTICOS.....	47
--	----

6 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS.....	49
--	-----------

6.1 – CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA	49
--	----

6.2 – AVALIAÇÃO CLÍNICA.....	52
------------------------------	----

6.3 – TRIAGEM DO ESTADO NUTRICIONAL.....	54
--	----

6.4 – CARACTERIZAÇÃO DA DEPRESSÃO	56
---	----

7 – ANÁLISE INFERENCIAL	59
8 – DISCUSSÃO DE RESULTADOS	65
8.1 – DISCUSSÃO METODOLÓGICA	65
8.2 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	67
9 – CONCLUSÕES.....	75
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	77
ANEXOS	
ANEXO I – Formulário sociodemográfico, avaliação clínica, escala de Triagem nutricional (MUST), Inventário de Depressão de Beck.....	89
ANEXO II – Consistência interna da escala Inventário de Depressão de Beck	97
ANEXO III – Autorização para aplicação das Escalas	103
ANEXO IV – Autorização dos Hospitais	107
ANEXO V - Consentimento informado do doente	119

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Estatísticas relativas ao sexo	49
Quadro 2 – Características biográficas em função do sexo.....	51
Quadro 3 – Características clínicas em função do sexo.....	53
Quadro 4 – Caracterização do IMC, peso habitual e perda de peso (%) segundo o sexo.....	54
Quadro 5 – Características da triagem do estado nutricional	55
Quadro 6 – Estatísticas relativas à Depressão.....	56
Quadro 7 – Caracterização da sintomatologia depressiva segundo o sexo.....	57
Quadro 8 – Dados comparativos entre a nossa amostra e o estudo de Vaz Serra (1973)	57
Quadro 9 – Toma de antidepressivos nos doentes com sintomatologia depressiva	58
Quadro 10 – Análise de regressão linear simples entre a Depressão e idade.....	59
Quadro 11 – Teste de U Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis entre Depressão e as variáveis sócio-demográficas	61
Quadro 12 – Estudo da Depressão com as variáveis de saúde, o nº de internamentos e o diagnóstico clínico	62
Quadro 13 – Estudo da Depressão com o Risco do Estado Nutricional	63
Quadro 14 – Análise de Regressão linear simples entre a Depressão e Estado Nutricional.....	63
Quadro 15 – Análise de regressão linear simples entre a Depressão e IMC.....	64

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Representação Esquemática da relação prevista entre as variáveis 44

ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASPEN – American Society of Parenteral and Enteral Nutrition

BAPEN - The British Association for Parenteral and Enteral Nutrition

BDI - *Beck Depression Inventory*

Cit. – Citado

c.f.- Conforme

Et al – outros autores

DSM-IV -Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, quarta edição

DAD – Desnutrição associada à Doença

ESPEN – European Society for Clinical Nutrition and Metabolism

IMC – Índice de Massa Corporal

ICD-10 – Classificação Internacional de Doenças edição 10

IDB - Inventário de Depressão de Beck

MUST - Malnutrition Universal Screening Tool

n.s. – Não significativo

OMS – Organização Mundial de Saúde

SPSS 19 – Statistical Package for the Social Sciences 19

UCP – Unidade de Cuidados Paliativos

Vs - Versus

WHO – World Health Organization

ÍNDICE DE SIMBOLOS

% - Percentual

<- Menor

>- Maior

Kg/m² – Kilograma por metro ao quadrado

X – Média

Mo – Moda

Dp – Desvio Padrão

CV – Coeficiente de Variação

X² – Qui quadrado

N – Amostra

p – nível de significância

SK- Skewness

K - Kurtosis

1 – INTRODUÇÃO

A ciência com os seus avanços tecnológicos, eleva a expectativa de vida dos indivíduos de 34 anos, no início do século XX, até quase aos 80 anos no início do século XXI (BALLONE, 2005). Consequentemente ao aumento da perspectiva de vida e ao envelhecimento progressivo das populações nas últimas décadas, verifica-se um aumento gradual de algumas doenças crónicas e incapacitantes; porém, por mais que se consiga prolongá-la com a cura ou tratamento para muitas doenças, existe um ciclo básico a todos os seres vivos, "nascer-viver-morrer".

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera os cuidados paliativos como uma prioridade da política de saúde, recomendando a sua abordagem programada e planificada. Também o Conselho da Europa, reconhece existirem graves deficiências e ameaças ao direito fundamental do ser humano em ser apoiado e assistido na fase final da vida, recomendando a maior atenção para as condições de vida dos doentes que vão morrer, nomeadamente para a prevenção da sua solidão e sofrimento (CIRCULAR NORMATIVA Nº14,2004).

A Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (2006), define Cuidados Paliativos como uma resposta aos problemas decorrentes da doença prolongada incurável e progressiva na tentativa de prevenir o sofrimento que ela gera e de proporcionar a máxima qualidade de vida possível a estes doentes e suas famílias.

Nesta vertente, o conceito de Cuidados Paliativos está centrado no cuidar, que é entendido como o cuidado integral voltado para o doente em condições terminais, com ênfase nos aspectos físico, psicossocial e espiritual do doente e família; qualidade de vida; cuidado baseado numa abordagem humanística e de valorização da vida; o controlo da dor e dos demais sintomas; as questões éticas sobre a vida e a morte; a abordagem multidisciplinar; o morrer como processo natural; a prioridade do cuidado sobre a cura; a comunicação, a espiritualidade e o apoio ao luto (SILVA, 2008).

Passa então a ser prioritário "cuidar" a pessoa doente e aliviar os seus sintomas. Foi sem dúvida Florence Nightingale quem primeiro salientou o cuidar, como sendo um acto rodeado de humanidade e profundidade, sentindo por isso uma grande necessidade de criar uma profissão voltada para o cuidar de pessoas (CERQUEIRA, 2005). Para esta autora, os Cuidados Paliativos podem considerar-se uma evolução do cuidar, uma vez que quando confrontados com a incapacidade de curar e com a morte evidente sejamos capazes de reconhecer que quando as metas do curar estão exaustas, as metas do cuidar devem ser reforçadas.

Watson citada por Neil (2004), refere que cuidar é o ideal moral da enfermagem, pelo que o seu objectivo é proteger, melhorar e preservar a dignidade Humana. Perante esta filosofia, a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem passa pela aplicação de conhecimentos ligados à espiritualidade, ao amor, à responsabilidade nas relações com os doentes (SANTANA, 2009). Estas características ganham relevância em cuidados paliativos, para um cuidar individualizado ao doente paliativo e família.

Daqui emerge a necessidade de definir o doente paliativo como sendo “ (...) a pessoa que a breve prazo, com muita probabilidade morrerá.” (RODEIA, 1998 cit. por CERQUEIRA, 2005) e inclui todos os doentes que apresentam uma doença para a qual o tratamento curativo já não traz benefícios. É um problema transversal a todas as faixas etárias.

Neto, (2010) clarifica que um doente terminal, em média, tem um prognóstico de 3 a 6 meses de vida e é no caso de doentes moribundos que o prognóstico será de dias ou horas. Refere ainda que um doente a carecer de cuidados paliativos não será necessariamente um doente terminal ou moribundo.

Higginson e Constantin (2008), num estudo publicado no Jornal Europeu Cancro identificaram que os utentes com o diagnóstico de cancro apresentam em média onze sintomas: dor, fadiga, **depressão**, ansiedade, insónia, confusão, dispneia, **náusea**, obstipação, **diarreia** e **anorexia**. Perante esta perspectiva, Juver e Verçosa, (2008) reconhecem que a depressão emerge como uma doença a valorizar, uma vez que é subdiagnosticada, pelo que poucos doentes recebem tratamento adequado.

A depressão tem um impacto considerável e amplo na vida dos doentes, uma vez que altera o seu estado de ânimo, indo desde as sensações de tristeza passando pelos pensamentos negativos até as alterações da sensação corporal como dores e náuseas, verificando-se ser um factor de aumento do uso dos serviços de saúde.

Perante este contexto, a depressão surge como uma doença mental que se caracteriza por tristeza mais marcada ou prolongada, perda de interesse por actividades habitualmente sentidas como agradáveis e perda de energia ou cansaço fácil. Ter sentimentos depressivos é comum, sobretudo após experiências ou situações que nos afectam de forma negativa, tais como: uma perda grave, doenças crónicas, deficiências nutricionais, dificuldade de relacionamento (PORTAL DA SAÚDE, 2006).

Tendo em conta esta temática tornou-se pertinente a escolha do tema “**A influência do estado nutricional na depressão em doentes em cuidados paliativos**”; além de efectuar um estudo acerca da depressão, que será indagada com o Inventário de Depressão de Beck, a autora pretende investigar acerca da variável estado nutricional, uma vez que, a

desnutrição é um problema inerente ao internamento, sendo esta referenciada por Elia; Ribeiro, (2007) como um défice ou excesso de energia, proteínas e de outros nutrientes que gera efeitos adversos mensuráveis sobre a função tecidual.

Muitos doentes têm uma ingestão alimentar insuficiente devido à doença multifactorial e essas alterações do comportamento alimentar necessitam de uma avaliação precoce para prevenir o risco de desnutrição. Devemos valorizar que doentes deprimidos em que seja instituída medicação, por vezes, apresentam sintomas gastrointestinais decorrentes dos efeitos secundários dessa mesma medicação, pelo que vão apresentar risco de desnutrição caso a situação se prolongue no tempo.

A American Dietetic Association, (2010) descreve risco nutricional como presença de factores que podem acarretar e /ou agravar a desnutrição em doentes hospitalizados. Uma triagem nutricional além da indicação precoce de sinais de desnutrição pode medir indirectamente o risco aumentado de morbilidade e mortalidade.

Smoliner, et al (2009) descrevem que desnutrição e depressão são altamente prevalentes em idosos institucionalizados ($r = 0,313$, $p = 0,006$) e pode levar a resultados desfavoráveis. Os resultados do estudo apontam para uma associação entre a desnutrição e os sintomas depressivos. German, et al (2008) exploraram a associação entre sintomas depressivos e o risco de desnutrição em idosos hospitalizados e concluíram que a desnutrição está associado à depressão (OR = 2,23, IC 95%: CI:1,04-4,8) em utentes idosos e sugere a avaliação e tratamento para ambos os transtornos.

Tendo em conta estes estudos constata-se que a qualidade dos cuidados nutricionais e a intervenção precoce nos doentes paliativos depende de uma avaliação atempada e rigorosa do estado nutricional do doente. Essa avaliação irá ser efectuada com um instrumento de triagem nutricional, o MUST (Malnutrition Universal Screening Tool), que é um dos instrumentos mais utilizado, dada a sua fácil e rápida aplicação (BAPEN, 2003).

É a partir deste enquadramento que a autora deste estudo demonstra alguma inquietude por este tema, surgindo assim as questões de investigação:

- Em que medida as variáveis sócio-demográficas, de saúde e psicossociais influenciam a depressão em doentes em cuidados paliativos?
- Existe influência do estado nutricional na depressão em doentes em cuidados paliativos?

Ao elaborar o presente trabalho pretende-se esquematizar de uma forma lógica e sequencial as várias etapas a seguir neste trabalho de investigação.

Neste contexto são objectivos gerais deste estudo: identificar a depressão nos doentes em cuidados paliativos e verificar se há influência do estado nutricional na depressão nesses doentes. São objectivos específicos do estudo: caracterizar sóciodemograficamente a amostra, determinar a história de saúde e avaliar o risco nutricional dos doentes em cuidados paliativos.

Relativamente à estratégia metodológica a utilizar e de acordo com a problemática e objectivos que se pretendem atingir neste estudo, é quantitativo, transversal quanto ao tempo e tem características analíticas descritivas e correlacionais. Utiliza-se como instrumento de recolha de dados um formulário de caracterização sociodemográfica e de Saúde e aplicam-se duas escalas: "Inventário de Depressão de Beck " e "Triagem do Estado Nutricional - MUST".

Este estudo encontra-se estruturado em duas partes distintas, sendo que a primeira comporta a fundamentação teórica que sustenta a justificação deste tema. Esta encontra-se dividida em três capítulos: Cuidados Paliativos, Depressão, Nutrição/desnutrição em cuidados paliativos. A segunda parte refere-se à investigação empírica sendo constituída pelos seguintes capítulos: Metodologia da investigação, Apresentação e análise de resultados, seguindo-se a Análise inferencial, a Discussão de resultados e por último a Conclusão. O percurso realizado ao longo deste estudo concluir-se-á com as referências bibliográficas e alguns anexos que foi considerado pertinente incluir, de forma a facilitar a sua compreensão.

Ciente da complexidade da temática abordada neste estudo espera-se poder contribuir para a compreensão desta problemática nomeadamente em doentes em cuidados paliativos, contribuindo para uma melhoria na qualidade de vida destes doentes.

PARTE I-FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

- CUIDADOS PALIATIVOS
- DEPRESSÃO
- NUTRIÇÃO / DESNUTRIÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS

2 – CUIDADOS PALIATIVOS

A morte e o sofrimento são os últimos grandes tabus da nossa sociedade. Neto, (2004), refere que enquanto civilização, temos desenvolvido meios de lidar com quase todos os aspectos da vida, mas continuamos a ter grande dificuldade em enfrentar estas duas realidades inevitáveis. A morte desrespeita e quebra propositadamente todas as regras, barreiras e etiquetas superficiais criadas pelas sociedades, pelos rituais psicológicos e pelos homens (SANTOS, 2009). O movimento de Cuidados Paliativos faz-se notório também por buscar a dignidade e a autonomia no processo de morrer, respeitando inquestionavelmente o valor e a inviolabilidade da vida humana.

A OMS publicou em 2002 a definição de Cuidados Paliativos, como sendo: “uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento. Requer identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual” (NETO, 2010).

À luz destas directrizes, a prestação de cuidados paliativos pressupõem actuações a nível de controlo de sintomas, comunicação adequada com o doente, trabalho interdisciplinar e apoio à família. Esforçam-se por preservar a melhor qualidade de vida possível até ao falecimento e propor um apoio aos familiares mais próximos no luto. Estes cuidados preservam a liberdade, a dignidade humana até ao fim, como um direito inalienável do Homem.

A história dos cuidados paliativos modernos remonta à década de sessenta, com a fundação do Hospício de S. Cristóvão (Saint Christopher’s Hospice) em Londres, aberto em 1967 pela médica Cicely Mary Saunders. Este foi o primeiro centro especializado em cuidados paliativos. Nessa época considerava-se que, apesar de não haver possibilidade de deter a doença, a Medicina possuía recursos que, se usados adequadamente, podiam responder aos problemas destes doentes (NETO, 2010).

Em Portugal, a sua introdução deu-se já tardiamente com as primeiras iniciativas a surgirem apenas na década de 90. Em 1990, a OMS reconheceu a importância dos cuidados paliativos e considerou o tratamento da dor e de outros sintomas como uma das suas prioridades na luta contra o cancro, a par da prevenção primária, do diagnóstico precoce e do tratamento curativo. Em 1994, verificou-se a construção da primeira Unidade de Cuidados Paliativos no Instituto Português de Oncologia do Porto. Em 1995 fundou-se a Associação Nacional de Cuidados Paliativos que visa a promoção da medicina paliativa a nível nacional e cujos objectivos foram: promover o desenvolvimento, o ensino e a

investigação dos Cuidados Paliativos em Portugal; tratar dos problemas éticos relacionados com o tratamento de enfermos com doenças crónicas avançadas e contribuir para a formação dos profissionais que trabalham ou se interessam por esta área (ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2006).

Verifica-se que hoje em dia na nossa sociedade começa a existir alguma preocupação com esta temática, contudo ainda há imenso terreno para desbravar. Torna-se assim importante perceber a filosofia dos cuidados paliativos.

Twycross (2003), refere que o termo paliativo deriva do étimo latino *pallium*, que significa manto, capa. Ou seja, nos cuidados paliativos os sintomas são “encobertos” com tratamentos cuja finalidade primária ou exclusiva consiste em promover o conforto do doente. Todavia, os cuidados paliativos estendem-se muito para além do alívio dos sintomas. Nesta perspectiva, Neto (2004), salienta que inicialmente os cuidados paliativos eram destinados aos doentes moribundos. O círculo foi-se alargando ao longo dos tempos a doentes que podem viver meses e, até, anos em circunstâncias de doença crónica e incurável. Passaram a ser cuidados activos numa aproximação global à pessoa portadora de uma doença grave, evolutiva ou terminal. A sua filosofia passa pelo alívio da sintomatologia, do sofrimento psicológico, social e espiritual. Dirigem-se ao doente e família, no domicílio ou instituição.

Os cuidados paliativos constituem uma resposta organizada do Serviço Nacional de Saúde à necessidade de tratar, cuidar e apoiar activamente doentes na fase final da vida (ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2006). Este tipo de cuidados dão ênfase à vida e encaram a morte como um processo normal, não adiam nem prolongam a morte, prevêm alívio da dor, integrando os cuidados, oferecendo suporte para que os doentes possam viver o mais activamente possível, ajudando família e cuidadores no processo de luto (MELO, 2003). Em consonância com a Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (2006), estes são cuidados que previnem o sofrimento motivado pelos sintomas, tais como, a dor, a fadiga e a dispneia, pelas múltiplas perdas quer físicas e ou psicológicas, associadas à doença crónica e terminal e reduzem o risco de lutos patológicos.

Hoje em dia, esta filosofia tem vindo a ganhar forma e é vista pelos políticos como “...um teste à força efectiva de um estado de direito democrático e à honestidade da proclamação dos direitos fundamentais da pessoa” (MARCELO REBELO SOUSA, prefácio em NETO, 2010).

Os cuidados paliativos são prestados com base nas necessidades dos doentes e famílias e não com base no seu diagnóstico. Destinam-se a doentes que, cumulativamente, não têm perspectiva de tratamento curativo, com doença que progride rapidamente e cuja

expectativa de vida é limitada, (PORTAL DA SAÚDE, 2005). Nessa perspectiva deverão obedecer a alguns requisitos e assentam em três pilares: cuidados ao doente e família, trabalho em equipa, avaliação e melhoria da qualidade.

Tendo em vista esta dinâmica, achou-se pertinente definir o doente em fase terminal para um melhor esclarecimento e desenvolvimento deste trabalho.

Um doente terminal é aquele que apresenta um estado clínico que provoca expectativa de morte a curto prazo (BÁRON (1996) cit. por CASMARRINHA (2008)).

Reflectindo nesta definição perspectiva-nos para o cuidar e “a eficiência dos cuidados paliativos depende de uma verdadeira interacção entre doente/cuidador/profissional de saúde, todos eles com necessidades e funções específicas” (CERQUEIRA, 2006). Neves, (2000), afirma que no centro deste cuidado estão os Enfermeiros, pois transmitem aos doentes uma grande sensação de conforto e estabilidade.

2.1 - CUIDAR EM FIM DE VIDA

A filosofia dos Cuidados Paliativos para a Enfermagem não é totalmente nova, mas vem aprimorar o que já está intrínseco na profissão, que é o Cuidar. Pessini, (2006), define o cuidado como sendo “a pedra fundamental do respeito e da valorização da dignidade humana, é no cuidar que mais expressamos a nossa solidariedade para com os outros e é por esse caminho que toda a relação terapêutica, enquanto tal, se deveria caracterizar, mas de uma forma especial neste contexto de final de vida”.

Neste sentido será importante reflectirmos um pouco sobre o que é o Cuidar. Citando Collière (1999) Cuidar “ (...) dizia respeito a qualquer pessoa que ajudava outra a garantir o que lhe era necessário para continuar a vida (...), sendo este o fundamento de todos os cuidados, (...) esta arte que precede todas as outras, sem a qual não seria possível existir, está na origem de todos os conhecimentos e na matriz de todas as culturas”. Collière, refere ainda que para compreender a natureza dos cuidados de enfermagem temos de os situar no único contexto que lhes dá todo o seu sentido, a sua real significação: o contexto de vida, ou mais exactamente, o contexto onde se envolve o processo de Vida e Morte, onde o Homem se confronta todos os dias com o desenrolar da sua permanência na existência, ou seja, com a sua possibilidade de continuar a Ser.

Pacheco (2002), refere que no fim da vida, quando há impossibilidade de cura da doença, o processo de cuidar assenta, essencialmente, no acompanhamento e no conforto. Cuidar significa também apreciar e amar, ocupar-se dos outros, seguir de perto, alimentar.

Assim se afirma o valor da vida e de lidar com o processo de morrer como um processo normal. Não se atrasa nem se apressa a morte. Pretende-se fornecer um alívio da dor e de outros sintomas penosos. Integram-se os aspectos psicológicos e espirituais, oferece-se um sistema de apoio que ajuda a viver tão activamente quanto possível até à morte. Proporciona-se um sistema de apoio que ajuda a família nos aspectos que se relacionam com a doença do seu familiar e com o seu próprio luto.

Na perspectiva ética, a relação entre quem cuida e é cuidado modula-se por princípios e valores (VIEIRA, 2000). No código deontológico é ainda dedicado um artigo especificamente aos deveres subordinados ao respeito pelo doente terminal (artigo 87º) preconizando que o enfermeiro ao acompanhar o doente nas diferentes etapas da fase terminal, assume o dever de: defender e promover o direito do doente à escolha do local e das pessoas que deseja que o acompanhem na fase terminal da vida; respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pelo doente, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas e respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009).

A enfermagem, neste contexto, assume um papel primordial centrando a prestação dos cuidados em quatro áreas fundamentais: controlo dos sintomas, comunicação adequada, apoio à família e trabalho em equipa.

Os Cuidados Paliativos, sem dúvida, são o exercício da arte do cuidar aliado ao conhecimento científico, em que a associação da ciência e a arte proporciona o alívio do sofrimento relacionado com a doença. O cuidar está fundamentado em referências teóricas que alicerçam a sistematização da assistência, imprimindo as suas actividades profissionais, o planeamento das suas intervenções, para o alívio do desconforto, da dor e de outros sintomas angustiantes que por vezes levam o doente a apresentar sintomatologia depressiva.

Para a interpretação e monitorização dessa sintomatologia e tendo em consideração que a depressão é um tema em estudo neste trabalho considerou-se importante a sua abordagem.

3 - DEPRESSÃO

A depressão é talvez uma das formas mais frequentes de psicopatologia, uma perturbação que afecta o funcionamento psíquico e de algum modo afecta a personalidade do doente. Este apresenta um humor deprimido, redução da energia e diminuição da actividade. Observa-se em geral diminuição do apetite.

O humor depressivo varia pouco de dia para dia ou segundo as circunstâncias e pode acompanhar-se de sintomas “somáticos”, por exemplo perda de interesse ou prazer, agravamento matinal da depressão, lentidão psicomotora importante, agitação, perda de apetite, perda de peso e perda da libido. Assim sendo, a depressão é um transtorno mental comum, caracterizada por tristeza, perda de interesse ou prazer, sentimentos de culpa ou baixa auto-estima, sono perturbado e falta de apetite, baixa energia e baixa concentração (WHO, 2010).

Estes problemas podem tornar-se crónicos ou recorrentes, prejudicando substancialmente a capacidade do indivíduo de lidar com a vida diária. Na sua forma mais grave, a depressão pode levar ao suicídio. Contudo a maioria dos casos de depressão pode ser tratada com medicação e/ou psicoterapia.

Consultando a classificação de transtornos mentais e de comportamento da Classificação Internacional de Doenças, edição 10 (**ICD-10,2008**), constata-se que os episódios depressivos estão classificados por três graus de depressão: leve, moderado ou grave, sendo que o número e a gravidade dos sintomas permitem determinar esse grau. Esta classificação refere-se a que no episódio depressivo leve, estão presentes dois ou três dos sintomas citados anteriormente. O doente usualmente sofre com a presença destes sintomas mas provavelmente será capaz de desempenhar a maior parte das actividades. No episódio depressivo moderado estão presentes quatro ou mais dos sintomas citados e o doente aparentemente tem muita dificuldade para continuar a desempenhar as actividades de rotina. No episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos, vários dos sintomas são marcantes e angustiantes; o episódio depressivo grave com sintomas psicóticos é acompanhado de alucinações, ideias delirantes, de uma lentidão psicomotora ou de estupor de uma gravidade tal que todas as actividades sociais normais tornam-se impossíveis; pode existir o risco de morrer por suicídio, de desidratação ou de desnutrição (ICD-10, 2008).

Perante este aspecto considerou-se pertinente abordar a sintomatologia, a etiologia e a epidemiologia da depressão.

Relativamente à **Sintomatologia da depressão**, verifica-se que nem todas as pessoas com doenças depressivas experimentam os mesmos sintomas. A gravidade,

frequência e duração destes podem variar dependendo do doente e da sua doença particular. Os sintomas incluem: persistentemente triste, ansioso ou sentimentos de "vazio"; de desesperança e / ou pessimismo; de culpa, inutilidade e / ou impotência; irritabilidade, agitação; perda de interesse em actividades ou passatempos; a fadiga e diminuição da energia; dificuldade de concentração; insónia, despertar matinal, ou sono excessivo; comer demais, ou perda de apetite; pensamentos de suicídio, tentativas de suicídio; dores persistentes, cefaleias, câibras ou problemas digestivos que não resolvem, mesmo com tratamento (NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH, 2010).

Braun, (2009), refere que os doentes que apresentam perturbações do humor, dificuldade em dormir e/ou em se alimentar, diminuição do interesse ou perda do prazer, sentimentos de desespero, culpa ou auto-culpabilização e sentimentos de preocupação persistentes podem estar a sofrer de depressão.

Reconhecer a depressão numa fase final de vida, poderá não ser fácil uma vez que os critérios do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, quarta edição (DSM-IV) não fazem uma distinção entre a depressão numa fase inicial de vida e a depressão numa fase tardia da vida; embora o sofrimento não seja raro no final de vida, a depressão não deve ser considerada como uma parte normal do envelhecimento. Ao avaliar a depressão, os sintomas psicológicos do doente devem ser colocados no contexto da sua situação actual (BRAUN, 2009).

Santos (2006), salienta que o doente terminal apresenta um quadro complexo, em que sintomas físicos e psicológicos coexistem e que podem confundir o diagnóstico.

Quanto à **Etiologia da depressão**, verifica-se que as causas diferem muito de pessoa para pessoa. Porém, é possível afirmar-se que há factores que influenciam o aparecimento e a permanência de episódios depressivos, tais como: pessoas com doenças crónicas; com episódios de depressão no passado; com história familiar de depressão; pessoas do sexo feminino (a depressão é mais frequente nas mulheres, ao longo de toda a vida, mas em especial durante a adolescência, no primeiro ano após o parto, menopausa e pós-menopausa); pessoas que sofrem um qualquer tipo de perda significativa, mais habitualmente a perda de alguém próximo; que coabitam com um familiar portador de doença grave e crónica; com tendência para ansiedade e pânico e pessoas idosas (PORTAL DA SAÚDE, 2006).

Determinar qual o factor ou os factores que desencadearam a crise depressiva pode ser importante, pois para o doente poderá ser vantajoso aprender a evitar ou a lidar com esse factor durante o tratamento.

Sendo a depressão uma doença com importância na nossa sociedade e de preocupação a nível dos serviços de saúde, torna-se pertinente fazer uma abordagem relativamente à **Epidemiologia da depressão**.

A OMS refere que a depressão foi a principal causa de incapacidade e a quarta principal entidade nosológica contribuinte para a carga global de doença em 2000 e relata ainda que até o ano de 2020, a depressão é projectada para alcançar o 2^o lugar calculada para todas as idades, em ambos os sexos. Hoje, a depressão é já a segunda causa na faixa etária 15-44 anos para ambos os sexos (WHO, 2010).

A depressão é a principal causa de incapacidades e a segunda causa de perda de anos de vida saudáveis entre as 107 doenças e problemas de saúde mais relevantes. Os custos pessoais e sociais da doença são muito elevados. Uma em cada quatro pessoas em todo o mundo sofre, sofreu ou vai sofrer de depressão. Um em cada cinco utentes dos cuidados de saúde primários portugueses encontra-se deprimido no momento da consulta. A depressão pode ser episódica, recorrente ou crónica e conduz à diminuição substancial da capacidade do indivíduo em assegurar as suas responsabilidades do dia-a-dia. Pode durar de alguns meses a alguns anos e afectar pessoas de todas as idades, desde a infância à terceira idade. Um estudo realizado pela Organização Mundial de Saúde, em 2000, mostrou que a prevalência de episódios de depressão unipolar é de 1,9% nos homens e de 3,2% nas mulheres (PORTAL DA SAÚDE, 2006).

Santos (2006), no seu estudo revela que 50% dos utentes com cancro não apresentam problemas psiquiátricos mas as perturbações de adaptação com humor depressivo e ansiedade, surgem em 30% dos casos; nos restantes 20% o diagnóstico psiquiátrico é o de perturbação afectiva major. Avaliando esta situação indagamos a depressão no doente em final de vida uma vez que esta temática faz parte do estudo.

3.1 - DEPRESSÃO NO DOENTE PALIATIVO

O processo de morte é caracterizado por sentimentos de tristeza e de medo e os doentes em fase final de vida lamentam-se pela perda da sua saúde, no entanto, quando estes sentimentos se tornam excessivos e interferem com todos os aspectos da vida do doente, constituem respostas inadequadas ao stress da doença terminal.

A detecção precoce da depressão pode otimizar o conforto físico no final de vida e proporcionar a oportunidade para se conformarem e se prepararem para a morte (BRAUN,

2009). Rayner (2009), refere que a depressão é prevalente nos doentes que recebem cuidados paliativos. Embora as estratégias de gestão sejam eficazes, a depressão muitas vezes não é reconhecida e, portanto, não tratada. A capacidade de detectar casos de transtorno depressivo pode ser menos importante do que a capacidade de detectar sintomas depressivos remediáveis ao tratamento.

Neste contexto e reforçando a ideia deste autor, Gruneir (2005) cit. Braun (2009) refere que nos doentes terminais, o subdiagnóstico e o subtratamento da ansiedade e da depressão são comuns. Taylor (2008), cita que a depressão em doentes paliativos é difícil de distinguir da dor e tristeza. No entanto, é uma condição clínica que é tratável e não deve ser considerada uma parte necessária ou normal do processo de morrer.

O American College of Physicians, (2008) emanou algumas recomendações para se aplicarem em doentes em cuidados paliativos que passo a descrever. Contudo, só serão relatadas as que se relacionam com esta temática, tais como:

- (...)“em doentes com doença grave no final de vida , os médicos devem avaliar regularmente a dor, dispneia e depressão.”
- (...)“em doentes com doença grave no final de vida, os médicos devem utilizar terapêuticas de eficácia comprovada para controlar a acção da serotonina e as intervenções psicossociais.”
- (...)“Os clínicos devem assegurar antecipadamente o planeamento de cuidados avançados, incluindo directivas para todos os doentes com doença grave.”

Algumas das intervenções psicossociais que podem ser úteis nestes doentes, incluem a psicoterapia de suporte, as terapias cognitivo-comportamentais, o aconselhamento espiritual, as massagens terapêuticas e a terapia musical (BRAUN, 2009).

Quando se vive uma doença terminal o facto de encontrar um sentido para a vida, ajuda o doente a sentir que se está a cumprir um papel e um fim que são únicos, numa vida com responsabilidade de ser vivida plenamente de acordo com o potencial humano de cada um.

Após explanar esta temática da depressão, não menos importante para este estudo encontra-se a nutrição. Alimentar-se é um acto rotineiro, sendo que sem alimentos e/ou água, viveríamos poucos dias. A nutrição não é só necessária, como também possui um significado simbólico na nossa cultura.

4 – NUTRIÇÃO / DESNUTRIÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS

A Nutrição é o processo pelo qual o corpo humano utiliza os alimentos para a produção de energia, manutenção da saúde, crescimento e para o funcionamento normal de todos os órgãos e tecidos. A nutrição adequada é essencial para a saúde e para a gestão da doença (DUARTE, 2007).

A maioria dos doentes na esfera dos cuidados paliativos, evidencia perda de peso, de apetite, redução da sua energia, fadiga e fraqueza. É um factor gerador de alterações psíquicas, emocionais e sociais contribuindo para o desconforto do doente e alterando-lhe a qualidade de vida (CAPELAS, 2010).

Couto, et al, (2007) refere que a desnutrição contribui para o aumento do risco de complicações, podendo levar a estados depressivos por reduzir drasticamente a capacidade funcional, comprometendo a qualidade de vida com reflexo na mortalidade. Contudo, Pinheiro (2007) refere que além de outros sintomas devido à redução da actividade física, alterações de ordem psicológica vivenciadas por pessoas com cancro, como o medo, raiva, ansiedade e depressão podem contribuir significativamente para a redução de apetite.

Twycross, (2003) apresenta os sintomas agrupados em doentes em cuidados paliativos e referindo só os que têm pertinência neste estudo, o autor considera: sintomas alimentares (anorexia, caquexia, obstipação, dispepsia, estase gástrica, náuseas e vómitos) e perturbações mentais secundárias (delirium, perturbações amnésicas, perturbações da ansiedade, perturbações do humor, perturbações da personalidade, psicoses). No caso dos sintomas alimentares, as náuseas e os vómitos, se não forem controlados podem originar um desequilíbrio electrolítico, desidratação e perda de peso acentuada.

Distúrbios emocionais e algum grau de depressão induzem muitas vezes a anorexia ou recusa alimentar, são os sintomas descritos como mais prevalentes neste tipo de doentes (SILVEIRA, 2008).

PACHECO, (2002) debruçou-se sobre as necessidades que o doente terminal apresenta sendo estas: a necessidade de oxigenação, de excreção, de nutrição e hidratação, manutenção da temperatura corporal, estimulação sensorial, de mobilização e de evitar a dor. Como refere o autor a nutrição é uma necessidade no doente paliativo; reforçando esta ideia, Resende (2009) citando Chiviavenato, (2000), salienta que alimentar é uma necessidade humana básica, tal como Maslow a define.

Contudo, alimentar no final de vida adquire um novo significado pelas necessidades impostas pela situação de doença. Os objectivos do suporte nutricional em cuidados paliativos modificam-se à medida que a doença progride.

Recentemente definida pelo Conselho da Europa, a Desnutrição Associada à Doença (DAD) é um “estado de insuficiente ingestão, utilização ou absorção de energia e de nutrientes, devida a factores individuais ou sistémicos, que resulta na perda de peso rápida e na disfunção de órgãos e que poderá estar associada a um pior resultado da doença ou do seu tratamento”.(RESOLUTION RESAp Do COUNCIL OF EUROPE, 2003)

A European Nutrition for Health Alliance, define “desnutrição como um desequilíbrio de energia, proteínas e outros nutrientes que causa efeitos adversos mensuráveis sobre a função, o tecido e a forma corporal, bem como nos resultados clínicos.” Recomenda um suporte nutricional que pode incluir: orientação nutricional e aconselhamento, dieta com suplementação oral, alimentação por sonda enteral e nutrição parenteral. Refere ainda que a detecção e o tratamento imediato são fundamentais para a reversibilidade da desnutrição (PICHARD, 2010). Esta representa um grave problema de saúde e cumpre os critérios para que seja considerada uma questão central no planeamento dos cuidados de saúde em Portugal (AMARAL, 2010).

A nível hospitalar estima-se que cerca de 30% a 60% dos doentes possuam algum grau de desnutrição na ocasião da admissão, o qual tende a agravar-se durante o internamento (TAVARES, 2010).

Amaral, (2010), refere no seu trabalho que em 2005, a Inspecção Geral das Actividades em Saúde emitiu recomendações detalhadas e objectivas sobre as estratégias a adoptar em hospitais para minimizar esta problemática. Esta implementação de estratégias de prevenção primária possibilita também a redução da exposição a conhecidos factores de risco para as patologias prevalentes no nosso país, como as doenças cardiovasculares e o cancro, com a tradução em ganhos inequívocos na saúde dos Portugueses. De acordo com a Resolução ResAp (2003) do Conselho da Europa, todos os doentes devem ser regularmente submetidos à avaliação do risco nutricional, desde o período prévio à admissão hospitalar até ao final do seu internamento.

Para uma visualização alargada sobre esta temática, consideramos pertinente aprofundar este tema no sentido de verificarmos alguns conceitos que nos serão úteis na discussão dos nossos resultados e para uma melhor compreensão deste trabalho. Assim sendo, consideramos importante abordar o **Estado nutricional / avaliação nutricional e o risco nutricional**.

Relativamente ao **Estado nutricional / avaliação nutricional**, Duarte, (2007), refere que o estado nutricional é influenciado pelo consumo e utilização de nutrientes e pelas necessidades individuais, sendo identificado pela correlação de informações obtidas do exame clínico, dietético, dados físicos e bioquímicos. A alteração de estado nutricional por deficiência ou por excesso de ingestão, está relacionada com o aparecimento de diversas doenças.

A avaliação nutricional surge como um instrumento de diagnóstico que determina o estado nutricional do doente, que é resultante do equilíbrio entre a ingestão e a perda de nutrientes. É um processo dinâmico, fornece um quadro das condições nutricionais do doente no momento da avaliação e perspectiva as condições nutricionais futuras (KEITH, 2007). Estima o estado nutricional do doente, detectando as suas necessidades alimentares, sendo possível intervir de forma adequada na manutenção e/ou recuperação do estado de saúde do mesmo.

Existem diversos métodos que podem ser utilizados na realização de uma avaliação nutricional. Tradicionalmente, o estado nutricional é avaliado por parâmetros objectivos, incluindo os exames laboratoriais (albumina, transferrina, pré-albumina, proteína transportadora do retinol) e as medições antropométricas (peso, altura, pregas cutâneas, perímetros) (KEITH, 2007).

Destas avaliações antropométricas vou desenvolver as que são de interesse para este estudo designadamente o peso, a altura e o índice de massa corporal. O peso é determinado por uma balança de chão em que o doente deverá posicionar-se em pé, no centro da balança, descalço e com roupas leves, é mensurável em quilogramas. A altura é avaliada com estadiómetro, em que o doente deve ficar de pé, descalço, com os calcanhares juntos, costas rectas e braços estendidos ao longo do corpo, é mensurável em metros, poderá ser consultada no bilhete de identidade ou cartão de cidadão do doente.

A avaliação do estado nutricional pode ser estabelecida pelo índice de massa corporal (IMC) categorizado com valores de referência segundo a OMS. O IMC é determinado pela divisão da massa do doente pelo quadrado da sua altura, onde a massa está em quilogramas e a altura está em metros.

O objectivo da avaliação nutricional é assegurar a ingestão alimentar, conforme as necessidades e recomendações nutricionais, de forma a orientar a dieta, a avaliação e monitorização do estado nutricional. Uma detecção precoce de distúrbios nutricionais através da avaliação do risco nutricional é imperativa na concepção de protocolos de intervenção nutricional de qualidade.

Quanto ao **Risco nutricional**, é definido por Cardoso (2009), como sendo qualquer situação em que há presença de factores, condições ou diagnósticos que possam afectar o estado nutricional do doente. Saliencia que a presença de um ou mais factores que comprometam o estado nutricional do doente requer uma assistência nutricional especializada.

As recomendações da European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) e da American Society of Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN), (2009) propõem algumas ferramentas que poderão ser utilizadas no rastreio e avaliação nutricional, com vista à identificação e monitorização dos doentes identificados em risco nutricional ou com Desnutrição Associada à Doença. Uma dessas ferramentas é o método de triagem do estado nutricional MUST (Malnutrition Universal Screening Tool), (BAPEN, 2003).

Antes de descrever o método considerou-se importante definir triagem como sendo o acto de dividir e separar elementos de um conjunto de acordo com determinados critérios (DICIONÁRIO DE LÍNGUA PORTUGUESA, 2010). Sendo assim, poderemos referir que triagem do estado nutricional é a separação de doentes perante determinados critérios para avaliação do seu estado nutricional.

O MUST é um método fácil e rápido de identificação de doentes em risco de desnutrição, para aplicação por rotina por qualquer profissional de saúde não diferenciado. Após a sua aplicação determina-se o score e é referenciado se o doente está ou não em risco de desnutrição, podendo assim actuar-se em termos nutricionais, procedendo-se a um plano de intervenção nutricional. Após estas reflexões verificamos que a nutrição no doente paliativo poderá não ser tarefa fácil, contudo a abordagem deste tema é imprescindível.

4.1 - NUTRIÇÃO NO DOENTE PALIATIVO

A nutrição é uma ferramenta importante nos cuidados paliativos, podendo ajudar o doente nos aspectos físico, psicológico e social, além de promover o bem-estar e a qualidade de vida. Holmes (2010) reforça este aspecto, enfatizando que a nutrição em doentes com doença incurável, não é só para cumprir as exigências físicas do corpo, mas por causa dos seus associados benefícios sociais, culturais e psicológicos.

Em cuidados paliativos, como é do conhecimento geral, é comum o doente apresentar inapetência, desinteresse pelos alimentos e recusa mesmo para aqueles de maior preferência. Consequentemente, podem ocorrer: baixa na ingestão alimentar, perda

ponderal com frequências que podem variar de 31% a 87%, depleção de tecido magro e adiposo e caquexia. Outro aspecto a ter em conta são os efeitos colaterais dos tratamentos medicamentosos que podem causar náuseas, vômitos, diarreia, saciedade precoce, má absorção, obstipação intestinal, xerostomia, disfagia, entre outros. (HUHMANN (2005) e STRASSER (2003) cit. por CORRÊA (2007)).

Nesta área, a nutrição tem um especial papel preventivo, possibilitando meios e vias de alimentação, reduzindo os efeitos adversos provocados pelos tratamentos. Auxilia no controle de sintomas, mantém hidratação satisfatória, preserva o peso e a composição corporal (HOLMES, 2010).

Acreman, (2009) relata que o objectivo do cuidado nutricional é minimizar o desconforto ligado à alimentação e maximizar o prazer do alimento. O mesmo autor afirma que a identificação dos problemas nutricionais permite o desenvolvimento de estratégias que podem ser discutidas com o doente e a sua família e revistos periodicamente quando surjam alterações no decurso da doença. Nesta perspectiva, Sloane, (2008) num estudo que realizou sobre esta temática salienta que a qualidade nutricional na prática de cuidados de longo prazo implica uma avaliação cuidada das barreiras a uma alimentação adequada, tais como: a redução de factores de risco, atenção à dieta especializada, apresentação dos alimentos e suplementos, tendo consciência da importância das questões psicossociais e ambientais, tendo em consideração os efeitos dos medicamentos, tanto como uma causa como um complemento terapêutico.

Neste contexto, Scur, (2005) no seu estudo refere que a alimentação pode afectar o humor das pessoas porque muitos dos seus componentes actuam como precursores de neurotransmissores, como, por exemplo, a serotonina, o neurotransmissor capaz de reduzir a sensação de dor, diminuir o apetite, relaxar e até induzir e melhorar o sono. Segundo esta autora, muitos alimentos induzem uma maior produção de serotonina e desempenham papéis importantes na neurotransmissão, por este motivo, uma dieta equilibrada e variada é indispensável para auxiliar na manutenção da saúde global do indivíduo.

PARTE II- INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

- METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO
- APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS
- ANÁLISE INFERENCIAL
- DISCUSSÃO DE RESULTADOS
- CONCLUSÕES

5– METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO

A fase metodológica constitui uma etapa de precisão e planeamento. Esta fase serve, principalmente, para demonstrar a verdade, pois nada é deixado ao acaso e é impossível improvisar. Neste estudo, delimitámos um problema a investigar, em função do qual se traçaram os objectivos. Para os atingir, efectivámos uma revisão bibliográfica, a qual permitiu sustentar teoricamente a problemática, tendo a preocupação de seleccionar o que nos pareceu mais pertinente e actual. Sendo nosso interesse estudar a problemática em torno dos doentes internados em unidades de cuidados paliativos, nomeadamente a sua depressão, equacionámos as seguintes hipóteses:

- **H₁** – As variáveis sóciodemográficas influenciam a Depressão nos doentes em cuidados paliativos;
- **H₂** – As variáveis clínicas influenciam a Depressão nos doentes em cuidados paliativos;
- **H₃** – O estado nutricional influencia a Depressão nos doentes em cuidados paliativos.

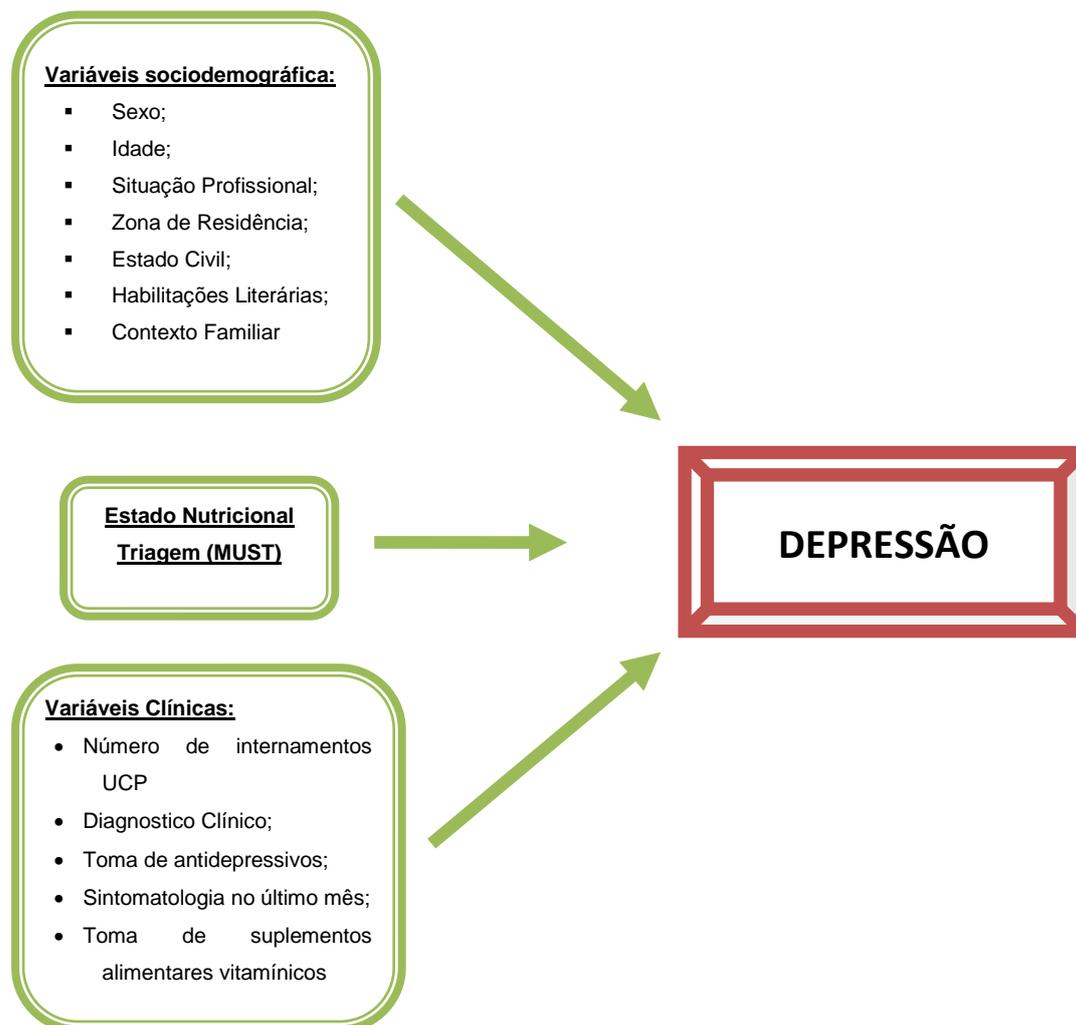
Como objectivos gerais propomos: identificar a depressão nos doentes em Cuidados Paliativos e verificar se há influência do estado nutricional na depressão nestes doentes. São objectivos específicos do estudo: caracterizar sóciodemograficamente a amostra, determinar a sua história de saúde e avaliar o risco nutricional dos doentes em cuidados paliativos.

O desenho de investigação é um plano lógico criado pelo investigador, com vista a obter respostas válidas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas, (Fortin, 2009).

A **Variável Dependente** da nossa investigação é a **Depressão**.

As **Variáveis Independentes** são o agrupamento das variáveis sócio-demográficas e das variáveis clínicas, como podemos observar na figura 1:

Figura 1 – Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis



O estudo que pretendemos realizar para esta pesquisa é de cariz quantitativo, transversal, analítico descritivo, retrospectivo e correlacional.

O instrumento de colheita de dados seleccionado foi o formulário, cuja aplicação foi concretizada após os procedimentos éticos e formais necessários.

A amostra em estudo inclui os doentes internados nas unidades de cuidados paliativos (UCP) e será não probabilística¹, uma vez que é constituída pelos doentes que se encontram internados na unidade de cuidados paliativos do Hospital de Cantanhede e do Hospital de Seia, perfazendo uma amostra de 50 doentes e cuja aplicação do formulário decorreu de 24 de Janeiro a 30 de Junho de 2011.

¹ Neste tipo de amostragem, a probabilidade de um determinado elemento pertencer à amostra não é igual à dos restantes elementos. O problema com este tipo de amostras é que estas podem, ou não, ser representativas da população em estudo. Apesar de a amostragem probabilística ser preferida à não probabilística, em muitas investigações não é possível, prático ou mesmo desejável obter este tipo de amostras, pelo que o investigador tem que optar por métodos não aleatórios de amostragem (MAROCO, 2007).

São critérios de inclusão no estudo, os doentes: classificados com depressão internados nas unidades de cuidados paliativos previstas para o estudo e aceitarem a participação no mesmo. São critérios de exclusão no estudo os doentes que apresentem alterações neurológicas incapacitantes de responder ao formulário.

5.1 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

O instrumento de colheita de dados é constituído por um Formulário, estruturado em quatro partes: Caracterização sócio-demográfica, Avaliação Clínica, Triagem do Estado Nutricional (Malnutrition Universal Screening Tool – MUST (BAPEN, 2003)) e Inventário de Depressão de Beck (Vaz Serra e Abreu, 1973).

Caracterizando a parte **sócio-demográfica**: os dados biográficos referem-se à caracterização do doente, nomeadamente em termos de sexo, idade, situação profissional, zona de residência, estado civil, habilitações literárias e contexto familiar (cf. Anexo I).

Relativamente à **Avaliação Clínica** são um conjunto de questões que visam caracterizar algumas variáveis de saúde referentes a: número de internamentos numa UCP, diagnósticos clínicos, toma de antidepressivos, sintomatologia no último mês e toma de suplementos alimentares ou vitamínicos (cf. Anexo I).

Quanto à **Triagem do Estado Nutricional (Malnutrition Universal Screening Tool – MUST)**, o estado nutricional dos doentes é avaliado pela escala de “Triagem do estado nutricional”. Para a avaliação do risco de desnutrição é calculado o índice da massa corporal através do peso e altura do doente (classificado como desnutrição se inferior a 18.5 kg/m²). Na componente do IMC, a pontuação é atribuída da seguinte forma: 0 pontos para IMC > 20kg/m², 1 ponto para IMC entre 18.5 e 20kg/m² e 2 pontos se o IMC < 18.5 kg/m². Na componente de percentagem de perda de peso nos últimos 3 a 6 meses, a pontuação é a seguinte: 0 se < 5%, 1 se 5-10% e 2 se > 10%. Por último, a componente relativa ao efeito agudo da doença e pontuada com 2 pontos se não se verificou ingestão alimentar nos últimos 5 dias e tem em consideração o impacto da doença / tratamentos na redução da ingestão calórica, na não ingestão de alimentos por mais de cinco dias. Estes três parâmetros são pontuados de 0 a 2 individualmente. O resultado final é o somatório da classificação dos 3 parâmetros e permite classificar o grau de risco de desnutrição em, baixo (0), médio (1), ou elevado (2 ou mais) (CRUZ, et al, 2009, BAPEN, 2003), (cf. Anexo I).

No que diz respeito ao **Inventário de Depressão de Beck (Vaz Serra e Abreu, 1973)**, com o objectivo de avaliar esta variável, utilizámos o Inventário de Depressão de Beck (BDI – Beck Depression Inventory), versão portuguesa aferida por Vaz Serra & Pio de Abreu em 1973, que tem por finalidade avaliar as manifestações comportamentais da depressão. Trata-se de um questionário de auto-resposta indicado para sujeitos dos 17 aos 80 anos. Este instrumento é constituído por 21 grupos de 4, 5 ou 6 afirmações respeitantes a toda a sintomatologia depressiva. Dos 21 conjuntos de afirmações, 11 relacionam-se com aspectos cognitivos, 5 com sintomas somáticos, 2 com comportamentos observáveis, 2 com o afecto e 1 com sintomas interpessoais” (Vaz-Serra, 1994). Cada conjunto apresenta as afirmações por ordem crescente de gravidade do sintoma, para que o sujeito que responde a este inventário escolha facilmente aquela (e apenas uma) que melhor descreve a forma como se sente no momento do preenchimento. Quando uma depressão surge, o seu grau de intensidade é ditado, não só pelo aumento do número de sintomas, mas igualmente o grau de gravidade que atingem. A cada afirmação corresponde um valor (0, 1, 2 ou 3). O total da soma das 21 pontuações varia no intervalo de 0 a 63, permitindo diferenciar os níveis de depressão, desde “ausente” a “grave”. Foi considerada uma pontuação de 12 como ponto de corte que divide os indivíduos em deprimidos e não deprimidos. Na validação da Escala os autores obtiveram um índice alfa de Cronbach² de 0,847. A análise da consistência interna da presente escala nesta investigação, revelou um alfa de Cronbach de 0,801, (cf. Anexo II). Deste modo, no nosso estudo, consideramos como valores de referência dos autores, ou seja:

- Os doentes: **não apresentam sintomatologia depressiva**, quando o somatório global do Inventário de Depressão de Beck for inferior a 12.85;
- Os doentes apresentam **depressão leve**, se pontuarem com valores entre os 12.85 e os 18.32;
- Os doentes apresentam **depressão moderada**, se pontuarem com valores entre os 18.33 e os 23.92;
- Os doentes apresentam **depressão grave**, se pontuarem com valores superiores ou iguais a 23.93.

² A consistência interna é considerada como *boa* se o *Alfa de Cronbach* se situa entre 0,80 e 0,9 e *muito boa* se *Alfa* superior a 0,90 (PESTANA E GAGEIRO, 2008).

5.2 – ANÁLISE DE DADOS ESTATÍSTICOS

A presente investigação, será processada através da estatística descritiva e da estatística inferencial. A estatística descritiva, permite estruturar a informação numérica, de modo a obter uma imagem geral das variáveis medidas numa amostra, para isso, determinaram-se as seguintes medidas estatísticas: **Frequências:** (Absolutas (N) e Percentuais (%)); **Medidas de tendência central:** (Médias (\bar{x})); **Medidas de dispersão ou variabilidade:** (Desvio padrão (Dp) e Coeficiente de variação (CV)) O coeficiente de variação permite comparar a variabilidade de duas variáveis devendo os resultados obtidos serem interpretados de acordo com Pestana & Gageiro, (2008), do seguinte modo:

- **CV \leq 15%** - Dispersão baixa;
- **15% $>$ CV \leq 30%** - Dispersão moderada;
- **\geq 30%** - Dispersão alta.

A utilização de testes paramétricos exige a verificação simultânea de duas condições: a primeira é que as variáveis de natureza quantitativa possuam distribuição normal e a segunda que as variâncias populacionais sejam homogêneas caso se esteja a comparar duas ou mais amostras populacionais (MAROCO, 2007). Este autor acrescenta ainda que os testes paramétricos são robustos à violação do pressuposto da normalidade desde que as distribuições não sejam extremamente enviesadas ou achatadas e que as dimensões das amostras não sejam extremamente pequenas.

Já a estatística não paramétrica foi utilizada como alternativa aos testes paramétricos, quando as condições de aplicação destes, nomeadamente a homogeneidade de variâncias entre os grupos não se verificou (MAROCO, 2007) ou seja, só recorreremos a estes testes quando o quociente entre o número de elementos que constituem a amostra maior com a menor for superior a 1.6 (PESTANA & GAGEIRO, 2008). Estes testes são menos potentes que os correspondentes testes paramétricos deduzindo-se daí que a possibilidade de rejeitar H_0 é muito menor.

Assim, quanto à utilização da estatística paramétrica e não paramétrica destaca-se: **Testes Paramétricos** - Teste de Qui Quadrado (χ^2) – para comparar a proporção entre frequências observadas e esperadas; **Testes Não Paramétricos** -Teste de Kruskal-Wallis – para comparação de médias entre três ou mais variáveis; Teste de U Mann Witheney – para comparação de médias entre dois grupos independentes.

Quando utilizamos apenas uma variável dependente e uma independente, efectuamos uma **regressão linear simples**. Por outro lado, quando comparamos uma variável dependente e mais que uma variável independente efectuamos a **regressão múltipla**. Na regressão, a correlação que mede o grau de associação entre duas variáveis é usada para prever a variável dependente (Y). Quanto maior for a correlação entre X e Y melhor a previsão. Quanto menor for essa correlação maior a percentagem de erro na previsão. Em relação às correlações de *Pearson* que este tipo de teste gera, utilizamos os valores de r que, por convenção, Pestana & Gageiro (2008) sugerem:

- $0.2 \leq r < 0.39$ – associação baixa;
- $0.4 < r < 0.69$ – associação moderada;
- $0.7 < r < 0.89$ – associação alta;
- $0.9 < r \leq 1$ – associação muito alta.

No estudo das inferências estatísticas, utilizámos os seguintes níveis de significância:

- $p \geq 0.05$ - não significativo (n.s.);
- $p < 0.05^*$ - significativo;
- $p < 0.01^{**}$ -bastante significativo;
- $p < 0.001^{***}$ - altamente significativo.

Para a caracterização, descrição e análise inferencial da amostra utilizámos o programa Stistical Package Social Science 19 para o Windows, o Excel e Word Microsoft.

A apresentação dos resultados é feita através de Quadros, onde serão demonstrados os dados mais relevantes do estudo.

Expostas as considerações metodológicas, procede-se à apresentação e análise dos resultados.

6 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS

Procurando fazer a apresentação e análise dos resultados, passamos à descrição dos dados relativos à caracterização sociodemográfica da nossa amostra, seguindo-se a avaliação clínica e a triagem do estado nutricional. Por fim, iremos caracterizar a depressão. Em face dos resultados obtidos em cada um dos subcapítulos tratados, iremos traçar o perfil da nossa amostra.

6.1 – CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

Os valores da idade da amostra variaram entre os 41 e os 95 anos com uma idade média de 71.96 anos ($Dp=12.392$), com uma distribuição moderada em torno da média.

No sexo masculino a idade variou entre os 48 e os 87 anos, com um valor médio de 69.38 anos ($Dp=11.806$), e uma dispersão moderada em torno da média. Quanto ao sexo feminino, esta variou entre valor mínimo de 41 anos e um valor máximo de 95 anos, uma idade média de 74.35 ($Dp=12.665$) e uma dispersão moderada em torno da média. O teste U de Mann Whitney, revela que apesar de as mulheres terem idades superiores aos homens, as diferenças encontradas são estatisticamente não significativas ($U=233.0$; $Z=-1.535$; $p=0.125$), (cf. Quadro 1).

Quadro 1 – Estatísticas relativas ao sexo

	n	Min	Max	\bar{x}	Dp	Sk/erro	K/erro	CV (%)
Masculino	24	48	87	69,38	11,806	-0,405	-1,122	17,02
Feminino	26	41	95	74,35	12,665	-1,998	0,700	16,67
Total	50	41	95	71,96	12,392	-1,510	-0,703	17,22

³ $U=233,0$; $Z=-1,535$; $p=0,125$

No que se refere à **situação profissional**, verificamos que a maioria da amostra (78%) se encontra na situação de reforma. Valores semelhantes aos da amostra total, são observados no sexo masculino e feminino, (75% e 80.8%, respectivamente). Aplicado o teste Qui-Quadrado, verificamos que, as diferenças entre sexo masculino e feminino não são significativas ($\chi^2=0.242$; $p=0.623$), (cf. Quadro 2).

³ Teste U de Mann Whitney

Face à **zona de residência**, a maior percentagem vive em “zona rural” (56%) e os restantes 44% vive em “zona urbana”. Constatámos, ainda não existirem diferenças significativas entre sexo masculino e feminino no que se refere à zona de residência, (Teste Qui-Quadrado: $\chi^2=0.063$; $p=0.802$), (cf. Quadro 2).

A maioria dos doentes internados refere que é “casado ou a viver em união de facto” (54%), seguindo-se o **estado civil** “viúvo” com 32%, 8% são “divorciados” e 6% “solteiros”. Observando-se que no sexo masculino existe uma percentagem maior de pessoas “casadas\ união de facto” face ao sexo feminino (62.4% Vs 46.2%), no sexo feminino a percentagem de “viúvos” é superior ao sexo masculino (38.5% Vs 25%), no entanto, estatisticamente as diferenças não são significativas, ($\chi^2=1.589$; $p=0.662$) (cf. Quadro 2).

Reportando-nos às **habilitações literárias**, a maior percentagem dos doentes internados tem o “ensino básico” (68%), seguido do “não sabe ler nem escrever” e do “ensino secundário ou superior” com 24% e 8%, respectivamente, (cf. Quadro 2). Constatámos, ainda existirem diferenças significativas entre sexo masculino e feminino, dado que o sexo masculino apresenta uma percentagem mais elevada no “ensino básico” face ao sexo feminino (83.3% Vs 53.8%), e o sexo feminino tem maior representatividade nas habilitações “não sabe ler nem escrever” quando comparada com o sexo masculino (30.8% Vs 16.7%). O teste Qui-Quadrado revela diferenças estatisticamente significativas entre estas variáveis ($\chi^2=6.322$; $p=0.042$), ou seja, o sexo masculino tem melhores habilitações literárias face sexo feminino, (cf. Quadro 2).

Relativamente ao **contexto familiar**, a maioria dos doentes “vive com familiares” (86%) e 14% vive “sozinho”. Aplicado o teste Qui-Quadrado, verificamos que, as diferenças entre sexo masculino e feminino não são estatisticamente significativas ($\chi^2=0.272$, $p=0.602$), (cf. Quadro 2).

Quadro 2 – Características biográfica em função do sexo

(N=50)	Sexo	Masculino		Feminino		Total	
		n	%	n	%	n	%
SITUAÇÃO PROFISSIONAL							
	Reformado	18	75,0	21	80,8	39	78,0
	Activo	6	25,0	5	19,2	11	22,0
ZONA DE RESIDÊNCIA							
	Rural	13	54,2	15	57,7	28	56,0
	Urbana	11	45,8	11	42,3	22	44,0
ESTADO CIVIL							
	Solteiro	1	4,3	2	7,7	3	6,0
	Casado ou em União de Facto	15	62,4	12	46,2	27	54,0
	Divorciado	2	8,3	2	7,7	4	8,0
	Viúvo	6	25,0	10	38,4	16	32,0
HABILITAÇÕES LITERÁRIAS							
	Não sabe ler nem escrever	4	16,7 -1,2 res	8	30,8 1,2 res	12	24,0
	Ensino Básico	20	83,3 2,2 res	14	53,8 -2,2 res	34	68,0
	Ensino secundário e Ensino Superior	-	- -2,0 res	4	15,4 2,0 res	4	8,0
CONTEXTO FAMILIAR							
	Vive sozinho	4	16,7	3	11,5	7	14,0
	Vive com familiares	20	83,3	23	88,5	43	86,0
	Total	24	48,0	26	52,0	50	100,0

Profissão ($\chi^2=0,242=$; $p=0,623$)⁴
 Zona de Residência ($\chi^2=0,063=$; $p=0,802$)
 Estado Civil ($\chi^2=1,589=$; $p=0,662$)
Habilitações Literárias ($\chi^2=6,322=$; $p=0,042^*$)
 Contexto Familiar ($\chi^2=0,272=$; $p=0,602$)

Perfil Socio-demográfico

Se quiséssemos traçar o perfil sociodemográfica médio dos doentes estudados, teríamos um doente com cerca de 72 anos, reformado (78%), a residir em meio rural (56%), casada ou a viver em união de facto (54%), com o ensino básico (68%) e a viver com familiares (86%).

⁴ Teste Qui-Quadrado

6.2 – AVALIAÇÃO CLÍNICA

A maioria dos doentes esteve **internado na UCP** “uma vez “ (84%), sendo que 12% esteve “duas vezes” e 4% teve “três internamentos”. Entre o sexo masculino e feminino o grupo mais representado é o de “um único internamento”, sendo que a percentagem no sexo feminino é mais elevada (96.2% Vs 70.8%), verificamos ainda que, 25% do sexo masculino refere “dois internamentos” e 4.2% “três”, por sua vez no sexo feminino, existe apenas 3.8% com “três internamentos”. Revelando o teste de Qui-Quadrado diferenças estatísticas significativas ($\chi^2=7.456$; $p=0.024$), nomeadamente no que respeita a terem tido “um ou dois internamentos”, visto que o sexo feminino comparativamente com o sexo masculino tem maior número de “dois internamentos”, enquanto que o sexo masculino tem maior número de “um internamento”, (cf. Quadro 3).

Averiguámos que a maioria dos doentes “**toma antidepressivos**” (62%), sendo que o sexo feminino toma mais antidepressivos que o sexo masculino (73.1% Vs 50%), contudo o teste estatístico indica que as diferenças encontradas entre os grupos não são significativas ($\chi^2=2.821$; $p=0.093$), (cf. Quadro 3).

O **diagnostico** mais frequente na UCP foi a “neoplasia” (86%), os valores do sexo masculino e feminino são idênticos ao da amostra total, sendo as diferenças estatisticamente não significativas ($p>0.05$), (cf. Quadro 3). Os doentes foram questionados face a existência de sintomatologia no último mês, verificamos que 62% teve “perda de apetite”, 40% “vómitos” e 10% “diarreia”.

Verificamos ainda, que 76% “**não toma suplementos vitamínicos ou alimentares**”, não existindo diferenças estatisticamente significativas entre os sexos ($\chi^2=0.254$; $p=0.614$), (cf. Quadro 3).

Quadro 3 – Características clínicas em função do sexo

Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
NÚMERO DE INTERNAMENTOS NUMA UCP (N=50)						
Um	17	70,8 -2,4 res	25	96,2 2,4 res	42	84,0
Dois	6	25,0 2,7 res	-	- -2,7 res	6	12,0
Três	1	4,2 0,1 res	1	3,8 -0,1 res	2	4,0
TOMA DE ANTIDEPRESSIVOS (N=50)						
Sim	12	50,0	19	73,1	31	62,0
Não	12	50,0	7	26,9	19	38,0
DIAGNOSTICO CLÍNICO (N=50)						
Neoplasia	20	83,3	23	88,5	43	86,0
Insuficiência de órgãos	-	-	2	7,7	2	4,0
Outro	1	4,2	1	3,8	2	4,0
Mais de 1 diagnóstico	3	12,5	-	-	3	6,0
SINTOMATOLOGIA NO ULTIMO MES⁵						
Vómitos	8	33,3	12	46,2	20	40,0
Diarreia	2	8,3	3	11,5	5	10,0
Perda de Apetite	14	58,3	17	65,4	31	62,0
TOMA DE SUPLEMENTOS ALIMENTARES OU VITAMÍNICOS (N=50)						
Não	19	79,2	19	73,1	38	76,0
Sim	5	20,8	7	26,9	12	24,0
Total	24	48,0	26	52,0	50	100,0

Número de Internamentos numa UCP ($\chi^2=7,456$; $p=0,024^*$)

Toma de antidepressivos ($\chi^2=2,821$; $p=0,093$)

Diagnostico Clínico ($\chi^2=5,138$; $p=0,162$)

Toma de suplementos alimentares ou vitamínicos ($\chi^2=0,254$; $p=0,614$)

Perfil Clínico

O perfil clínico médio dos doentes estudados, revela um doente com um internamento (84%), com diagnóstico de neoplasia (86%), que toma antidepressivos (62%), com perda de apetite nos últimos meses (62%) e que não faz suplementos alimentares ou vitamínicos (76%).

⁵ Estatística percentual face a existência ou não do sintoma.

6.3 – TRIAGEM DO ESTADO NUTRICIONAL (MUST)

Respeitante ao **IMC**, podemos dizer que a amostra se encontra dentro do peso dito normal com 22.61, sendo que sexo feminino tem um índice ligeiramente superior ao do sexo masculino (23.96 Vs 21.15). No entanto, o teste U de Mann Whitney indica que não há diferenças estatisticamente significativas ($U=238.5$; $Z=-1.427$; $p=0.153$), (cf. Quadro 4).

No que respeita ao **Peso Habitual**, temos um peso médio de 69.80Kg ($Dp=14.305$), e uma distribuição moderada em torno da média. O sexo masculino apresenta um peso superior (74.42Kg) relativamente ao sexo feminino (65.53Kg), sendo as diferenças estatisticamente significativas ($U=206.0$; $Z=-2.063$; $p=0.039$), ou seja, o sexo influencia no peso habitual dos doentes, (cf. Quadro 4).

Face a **perda de peso**, constata-se que os doentes perderam em média 13.83% ($Dp=9.118$), sendo que os do sexo masculino apresentam um valor médio de perda de peso superior ao sexo feminino (16.44% Vs 11.42%), contudo as diferenças encontradas entre os sexos são estatisticamente não significativas, ($U=217.5$; $Z=-1.838$; $p=0.066$) (cf. Quadro 4).

Quadro 4 – Caracterização do IMC, peso habitual e perda de peso (%) segundo o sexo

	Min	Max	Méd	dp	Sk/erro	K/erro	CV (%)	U de Mann Whitney
IMC								
Masculino	10,05	29,41	21,15	4,061	-1,053	2,256	19,20	U=238,5 Z=-1,427 p=0,153 n.s.
Feminino	15,58	39,90	23,96	5,961	2,458	1,273	24,88	
Total	10,05	39,90	22,61	5,279	2,869	3,569	23,34	
PESO HABITUAL								
Masculino	48	120	74,42	16,842	1,885	1,258	22,63	U=206,0 Z=-2,063 p=0,039*
Feminino	50	100	65,53	10,037	3,329	5,245	15,32	
Total	48	120	69,80	14,305	3,955	3,766	20,49	
PERDA DE PESO (EM PERCENTAGEM)								
Masculino	0,0	41,60	16,44	8,997	1,426	1,618	54,73	U=217,5 Z=-1,838 p=0,066 n.s.
Feminino	0,0	28,50	11,42	8,711	0,282	-1,069	76,27	
Total	0,0	41,60	13,83	9,118	1,109	0,633	65,93	

A maioria dos doentes (60%) tem um peso normal, sendo que 20% está abaixo do peso ideal e 8% é obeso. A análise segundo o sexo, revelou que no sexo masculino 70.8% tem peso normal e 8.4% estão acima do peso normal, quanto ao sexo feminino, apenas 50% tem peso normal, 15.4% têm peso acima do ideal e 15.4% são obesas. Contudo, as diferenças encontradas são estatisticamente não significativas ($\chi^2=5.128$; $p=0.163$), (cf. Quadro 5).

Avaliando as características da triagem do estado nutricional podemos averiguar que no IMC, 76% da amostra apresentam $IMC > 20.0$ e 18% apresentam $IMC < 18.5$. (cf. Quadro 5). Averiguando a perda de peso nos últimos 3 a 6 meses verificamos que 66% apresentou uma perda de peso de 10% sendo que o sexo masculino apresentou 70.9% enquanto que o sexo feminino 61.5%. Contudo, as diferenças encontradas são estatisticamente não significativas ($\chi^2=4.844=$; $p=0.089$), (cf. Quadro 5). Quanto à “presença de doença aguda e com ausência \ diminuição significativa de ingestão alimentar superior a 5 dias”, verificamos que 94% dos doentes não apresenta ($\chi^2=0.275=$; $p=0.600$) (cf. Quadro 5).

Face ao **risco do estado nutricional**, observamos que, a maioria dos doentes tem um “risco elevado” (70.0%), 16% “baixo risco” e 14% “médio risco”. A análise segundo o sexo mostrou, que o sexo feminino tem um risco mais baixo face ao sexo masculino (26.9% vs 4.2%), e o sexo masculino tem um risco mais elevado (75% vs 65.4%). O teste Qui-Quadrado revelou que as diferenças entre os sexos são estatisticamente significativas ($\chi^2=5.743=$; $p=0.049$), ou seja, o sexo feminino tem um menor risco face ao estado nutricional que o sexo masculino, (cf. Quadro 5).

Quadro 5 – Características da triagem do estado nutricional

(N=50)	Sexo	Masculino		Feminino		Total	
		n	%	n	%	n	%
IMC (POR GRUPOS)							
Abaixo do peso		5	20,8	5	19,2	10	20,0
Peso normal		17	70,8	13	50,0	30	60,0
Acima do peso		2	8,4	4	15,4	6	12,0
Obeso		-	-	4	15,4	4	8,0
TRIAGEM NUTRICIONAL -- IMC							
>20,0		18	75,0	20	76,9	38	76,0
[18.5 – 20.0]		2	8,3	1	3,8	3	6,0
<18.5		4	16,7	5	19,3	9	18,0
TRIAGEM NUTRICIONAL -- % PERDA DE PESO NOS ÚLTIMOS 3 A 6 MESES							
< 5%		2	8,3	8	30,8	10	20,0
[5 – 10%]		5	20,8	2	7,7	7	14,0
> 10%		17	70,9	16	61,5	33	66,0
TRIAGEM NUTRICIONAL – PRESENÇA DE DOENÇA AGUDA E COM AUSÊNCIA \ DIMINUIÇÃO SIGNIFICATIVA DE INGESTÃO ALIMENTAR SUPERIOR A 5 DIAS							
Não		23	95,8	24	92,3	47	94,0
Sim		1	4,8	2	7,7	3	6,0
RISCO DO ESTADO NUTRICIONAL							
Baixo		1	4,2	7	26,9	8	16,0
Médio		5	20,8	2	7,7	7	14,0
Elevado		18	75,0	17	65,4	35	70,0

IMC (por grupos) ($\chi^2=5,128=$; $p=0,163$)

Triagem nutricional -- IMC ($\chi^2=0,470=$; $p=0,790$)

Triagem nutricional -- % perda de peso nos últimos 3 a 6 meses ($\chi^2=4,844=$; $p=0,089$)

Triagem nutricional – Presença de doença aguda e com ausência \ diminuição significativa de ingestão alimentar superior a 5 dias ($\chi^2=0,275=$; $p=0,600$)

Risco do estado Nutricional $\chi^2=5,743=$; $p=0,049^*$

Perfil do Estado Nutricional

O perfil médio dos doentes estudados, revela um doente com IMC com um peso normal (60%), com um peso habitual de 69.80Kg, tendo perdido 13.83% de peso e com um risco elevado face ao estado nutricional (70%).

6.4 – CARACTERIZAÇÃO DA DEPRESSÃO

Em termos médios, o *score* relativo à sintomatologia depressiva apresentada pelos doentes em cuidados paliativos foi de 25.98 (Dp=8.639), com um mínimo de 7 e um máximo de 44, sendo a dispersão elevada em torno da média.

A sintomatologia depressiva é mais grave no sexo feminino (\bar{x} =27.23) do que no sexo masculino (\bar{x} =24.63), revelando o teste U de Mann Whitney que as diferenças face ao sexo são estatisticamente não significativas (U=251.0; Z=-1.186; p=0.235), ou seja o sexo não influencia na sintomatologia depressiva, (cf. Quadro 6).

Quadro 6 – Estatísticas relativas à Depressão

	n	Min	Max	\bar{x}	Dp	Sk _{erro}	K _{erro}	CV (%)
Masculino	24	7	40	24,63	7,845	-0,233	0,037	31,85
Feminino	26	8	44	27,23	9,288	-1,015	-0,511	34,09
Total	50	7	44	25,98	8,639	-0,718	-0,678	33,25

U=251,0; Z=-1,186; p=0,235

Quando recodificamos a variável Depressão de acordo com os critérios do autor Vaz Serra, (1973) e procedemos ao estudo da gravidade da depressão, verificamos que na amostra total 8.0% dos doentes “não apresentam depressão”, 12.0% apresentam “depressão leve”, 20.0% “depressão moderada” e 60.0% manifestam “depressão grave”. A análise segundo o sexo, revela que 58.3% do sexo masculino apresentam “depressão grave”, e apenas 4.2% apresentam “ausência de depressão”. Por sua vez, 61.5% do sexo feminino têm “depressão grave” e 7.7% manifestam “depressão leve”, sendo que as diferenças encontradas não são significativas (χ^2 = 1.732; p=0.632), (cf. Quadro 7).

Para aprofundar o estudo da gravidade da Depressão agrupamos os doentes em duas classes: a primeira, diz respeito aos doentes que obtiveram *scores* inferiores a 12.85, isto é, “**sem depressão**”, constituído por 8% da amostra, e, o segundo, constituído pelos

doentes cujo score foi superior ou igual a 12.85 e, portanto, “com depressão”, representando 92% dos doentes internados em cuidados paliativos.

Na análise por sexos, observamos que 95.8% do sexo masculino e 88.5% do sexo feminino apresentam sintomatologia depressiva (cf. Quadro 7). No entanto, através do teste de Qui-Quadrado mais uma vez se constatou não existirem diferenças significativas entre o sexo masculino e feminino, ($\chi^2=0.921$, $p=0.337$).

Quadro 7 – Caracterização da sintomatologia depressiva segundo sexo

(N=50)	Sexo		Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
GRAVIDADE DA DEPRESSÃO (POR GRUPOS)								
Ausência	1	4,2	3	11,5	4	8,0		
Depressão Leve	4	16,7	2	7,7	6	12,0		
Depressão Moderada	5	20,8	5	19,3	10	20,0		
Depressão Grave	14	58,3	16	61,5	30	60,0		
PRESENÇA DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA								
Sem depressão	1	4,2	3	11,5	4	8,0		
Com depressão	23	95,8	23	88,5	46	92,0		
Total	24	48,0	26	52,0	50	100,0		

Gravidade da Depressão (por grupos) ($\chi^2=1,723$; $p=0,632$)
 Presença de sintomatologia Depressiva ($\chi^2=0,921$; $p=0,337$)

Podemos também verificar que os valores médios obtidos na presente investigação, são inferiores aos que Vaz Serra (1973) obteve na população em geral e em todos os níveis de depressão (cf. Quadro 8).

Quadro 8 – Dados comparativos entre a nossa amostra e o estudo de Vaz Serra (1973)

	Presente investigação		Vaz Serra, 1973	
	\bar{x}	Dp	\bar{x}	Dp
Depressão Leve	16,17	2,72	17,40	4,55
Depressão Moderado	21,40	1,33	24,80	6,48
Depressão Grave	31,70	0,83	32,20	8,28

Relativamente aos doentes com depressão, que correspondem a 92% da nossa amostra, foi de interesse da autora verificar que percentagem se encontrava medicado com

antidepressivos. Verificou-se que 60.9% “toma antidepressivos” e 39.1% não se encontra medicado. Na análise por sexos, observamos que 69.6% do sexo feminino e 52.2% do sexo masculino tomam medicação antidepressiva, contudo dos que “não tomam” 47.8% são do sexo masculino (cf. Quadro 9).

Quadro 9 – Toma de antidepressivos nos doentes com sintomatologia depressiva

Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
DOENTES COM SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA (N=47)						
Toma antidepressivos	12	52,2	16	69,6	28	60,9
Não toma antidepressivos	11	47,8	7	30,4	18	39,1
Total	23	50,0	23	50,0	46	100,0

$\chi^2=1,460=;$ $p=0,227$

Perfil da Depressão

O perfil médio da depressão indica doentes na sua maioria com sintomatologia depressiva (92%), com uma depressão grave (60%) e dos doentes com sintomatologia depressiva (92%), (60.9%) encontra-se medicado com antidepressivos.

7 – ANÁLISE INFERENCIAL

Após a análise descritiva dos dados obtidos, procedemos ao teste das hipóteses por nós formuladas. Para o efeito, relacionámos a variável dependente Depressão com as variáveis independentes em estudo, sendo que foram estudados apenas os doentes com sintomatologia depressiva, 46 doentes (92%), (cf. Quadro 7).

H₁ – As variáveis sóciodemográficas influenciam a Depressão nos doentes de cuidados paliativos

A relação da sintomatologia depressiva com o **sexo**, revela que a depressão é mais grave no sexo feminino do que no sexo masculino, contudo, as diferenças são estatisticamente não significativas (U=251.0; Z=-1.186; p=0.235), ou seja o sexo não influencia na sintomatologia depressiva, (cf. Quadro 6).

O estudo da relação entre a **depressão e a Idade** foi efectuado através da regressão linear simples, observando-se associação baixa e positiva (r=0.260; p=0.048), no entanto com diferenças estatisticamente não significativas t (t=1.783; p=0.081), (cf. Quadro 10).

Quadro 10 – Análise de regressão linear simples entre a Depressão e Idade

	r	r ² (%)	p	t	p
Idade	0,260	6,76	0,048*	1,783	0,081

Quando analisamos a variabilidade da sintomatologia depressiva em função da **Situação Profissional**, inferimos que os doentes reformados apresentam maior depressão face aos doentes que ainda estão activos (\bar{x} =28.03 Vs \bar{x} =25.55). As diferenças estatísticas não são significativas (U=146.0; Z=-1.200; p=0.230), ou seja, não se aceita que a situação profissional possa influenciar na depressão dos doentes internados, (cf. Quadro 11).

No que respeita à relação entre a sintomatologia depressiva e a **zona de residência**, os doentes do meio rural não se distinguem dos do meio urbano (\bar{x} =28.04 Vs \bar{x} =26.77). O (Teste U de Mann-Whitney U=243.0; Z=-0.463; p=0.644), evidencia que a zona de

residência é independente da depressão nos doentes internados em cuidados paliativos, (cf. Quadro 11).

Os doentes que vivem sozinhos apresentam maior depressão face aos que vivem com familiares ($\bar{x}=28.14$ Vs $\bar{x}=27.31$), contudo observa-se que o **contexto familiar** não influencia a depressão, dado que, as diferenças encontradas são estatisticamente não significativas, (Teste U de Mann-Whitney $U=123.5$; $Z=-0.398$; $p=0.697$), (cf. Quadro 11).

Relativamente ao **estado civil**, verificamos que são os doentes solteiros que têm maior sintomatologia depressiva ($\bar{x}=33.33$), e os que apresentam menor sintomatologia são os divorciados ($\bar{x}=23.33$). Contudo as diferenças estatísticas encontradas não são significativas ($H=4.681$, $p=0.322$), ou seja, o estado civil não influencia na depressão do doente em cuidados paliativos, (cf. Quadro 11).

No que concerne à relação das **habilitações literárias e a depressão**, depreendemos que os doentes com ensino básico pontuaram em média com menor sintomatologia depressiva ($\bar{x}=26.65$) e os que apresentam o ensino secundário e ensino superior com maior sintomatologia depressiva ($\bar{x}=31.67$). O teste de Kruskal-Wallis revelou que as diferenças são estatisticamente não significativas ($H=1.553$, $p=0.460$), ou seja, as variáveis são independentes, (cf. Quadro 11).

Face aos resultados obtidos, inferimos que as variáveis sociodemográfica não influenciam a depressão do doente internado em unidade de cuidados paliativos.

Quadro 11 – Teste de U Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis entre o Depressão e as variáveis sociodemográficas

	\bar{x}	Dp	Teste de U Mann-Whitney		
			U	Z	p
SITUAÇÃO PROFISSIONAL					
Reformado	28,03	7,160	146,0	-1,200	0,230 n.s.
Activo	25,55	7,942			
ZONA DE RESIDÊNCIA					
Rural	28,04	8,249	243,0	-0,463	0,644 n.s.
Urbana	26,77	6,332			
CONTEXTO FAMILIAR					
Vive sozinho	28,14	5,273	123,5	-0,398	0,697 n.s.
Vive com familiares	27,31	7,702			
	\bar{x}	Dp	Teste de Kruskal-Wallis		
			H	P	
ESTADO CIVIL					
Solteiro	33,33	11,590	4,681	0,322 n.s.	
Casado ou em União de Facto	27,09	6,954			
Divorciado	23,33	7,095			
Viúvo	28,31	6,789			
HABILITAÇÕES LITERÁRIAS					
Não sabe ler nem escrever	28,42	7,728	1,553	0,460 n.s.	
Ensino Básico	26,65	7,163			
Ensino secundário e Ensino Superior	31,67	8,505			

H₂ – As variáveis clínicas influenciam a Depressão nos doentes em cuidados paliativos

Constatamos que os doentes com maior **número de internamentos** possuem maior sintomatologia depressiva ($\bar{x} = 29.00$), sendo as diferenças estatisticamente não significativas, (Kruskal-Wallis: $H=0.037$; $p=0.982$), (cf. Quadro 12).

Inferimos também que os doentes que têm mais que um **diagnostico** têm maior sintomatologia depressiva ($\bar{x}=32.67$), contudo, em termos estatísticos as diferenças encontradas não são significativas ($H=2.117$; $p=0.549$), (cf. Quadro 12).

Quanto ao facto de **tomar antidepressivos**, verificamos que, os doentes que fazem estes medicamentos apresentam maior sintomatologia depressiva ($\bar{x}=29.22$), contudo as diferenças não são estatisticamente significativas ($U=163.5$; $Z=-1.846$; $p=0.065$), (cf. Quadro 12)

Na **toma de suplementos alimentares ou vitamínicos**, os doentes que não os tomam têm maior depressão face aos que tomam ($\bar{x}=28.18$ vs $\bar{x}=25.55$). No entanto, constatamos que as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas ($p>0,05$), (cf. Quadro 12).

Observamos que face as variáveis de saúde, estas não influenciam na depressão dos doentes em cuidados paliativos.

Quadro 12 – Estudo da Depressão com as variáveis de saúde, o número de internamentos e o diagnóstico Clínico

	\bar{x}	Dp	Teste de Kruskal-Wallis		
			H	P	
NÚMERO DE INTERNAMENTOS					
Um	27,54	7,615	0,037	0,982 n.s.	
Dois	26,50	6,535			
Três	29,00	-			
DIAGNOSTICO CLÍNICO					
Neoplasia	27,18	7,373	2,117	0,549 n.s.	
Insuficiência de órgãos	28,50	9,192			
Outro	23,50	10,607			
Mais de 1 diagnóstico	32,67	4,726			
	\bar{x}	Dp	Teste de U Mann-Whitney		
			U	Z	p
TOMA DE ANTIDEPRESSIVOS					
Sim	29,22	8,201	163.5	-1,846	0,065
Não	25,22	5,036			
TOMA DE SUPLEMENTOS ALIMENTARES OU VITAMÍNICOS					
Não	28,18	7,222	149,0	-0,883	0,391 n.s.
Sim	25,55	8,067			

H₃ – O estado nutricional influencia a Depressão nos doentes em cuidados paliativos

Face à relação entre o **risco do estado nutricional e a depressão**, observamos que as diferenças encontradas entre os grupos não são estatisticamente significativas ($p > 0.05$), ou seja, o risco do estado nutricional não influencia a depressão do doente internado em cuidados paliativos, (cf. Quadro 13).

Quadro 13 – Estudo da Depressão com o risco do estado nutricional

	\bar{x}	Dp	Teste de Kruskal-Wallis	
			H	P
RISCO DO ESTADO NUTRICIONAL				
Baixo	27,60	6,841	0,024	0,876 n.s.
Médio	27,86	7,471		
Elevado	27,32	7,591		

Aprofundando o estudo da relação entre o **risco do estado nutricional e a depressão**, através da regressão linear simples, observa-se associação muito baixa e positiva ($r=0.035$; $p=0.817$). Verificamos que quando maior é o risco do estado nutricional maior é a sintomatologia depressiva, contudo o valor de t ($t=0.233$; $p=0.817$), evidencia que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis em estudo, ou seja, o estado nutricional não influencia a depressão dos doentes internados em cuidados paliativos, (cf. Quadro 14).

Quadro 14 – Análise de regressão linear simples entre a Depressão e estado nutricional

	r	r ² (%)	p	t	p
Estado nutricional	0,035	0,12	0,817	0,233	0,817

O estudo da relação entre a **depressão e o IMC** foi efectuado através da regressão linear simples, observando-se associação muito baixa e positiva ($r=0.001$; $p=0.747$).

Observa-se que quando aumenta o IMC aumenta a depressão, contudo o valor de t é ($t=0.324$; $p=0.747$), evidencia que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis em estudo, ou seja, o IMC não influencia a depressão dos doente internados em cuidados paliativos, (cf. Quadro 15).

Quadro 15 – Análise de regressão linear simples entre a Depressão e IMC

	r	r ² (%)	p	t	p
IMC	0,049	0,24	0,747	0,324	0,747

8 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A discussão dos resultados é um dos pontos mais importantes de todo o processo de investigação, uma vez que confrontamos e comparamos os resultados obtidos com os resultados de outras investigações já desenvolvidas. Contudo, iniciaremos pela discussão da vertente metodológica.

Desde o início da conceptualização do estudo, que uma das nossas preocupações foi desenvolver um trabalho metodológico rigoroso e científico. A metodologia usada, foi a que nos pareceu ser a mais benéfica para facilitar e tornar possível a realização deste estudo. No entanto, durante a elaboração desta pesquisa confrontamo-nos com algumas dificuldades metodológicas, no contexto da fundamentação teórica, verificando que o número de estudos publicados em Portugal sobre a influência do estado nutricional na depressão é reduzido.

Apesar do objectivo principal da nossa investigação ser analisar a influência do estado nutricional na depressão em doentes em cuidados paliativos, tivemos em linha de conta outras variáveis, nomeadamente as de carácter sociodemográfico, psicológicas e de avaliação clínica.

8.1 – DISCUSSÃO METODOLÓGICA

Procurando pautar a sua actuação em todo o processo metodológico de investigação por uma rigorosa conduta ética, foi solicitada autorização formal às entidades, por meio de ofícios, para aplicar o instrumento de colheita de dados para o estudo, aos diversos conselhos de administração dos hospitais de Fundão, Seia, Cantanhede, Hospital de Tondela e Instituto Português de Oncologia -Coimbra. (Anexo VI) Apenas os Hospitais de Seia e Cantanhede deferiram o pedido, com a respectiva autorização da comissão de ética. Foi pedido o consentimento informado ao doente para a aplicação do formulário e escalas (Anexo V). Foram pedidas autorizações aos autores das escalas MUST e Inventário de depressão de Beck para poderem ser utilizadas. (Anexo III).

Efectuámos o tratamento estatístico utilizando o programa SPSS 19.0. A análise efectuada às características psicométricas do instrumento de colheita de dados, no que respeita à fidelidade do instrumento permitiu apurar que a consistência interna para o inventário de depressão de Beck revelou um alfa de Cronbach de 0,801. Considerando os

valores referenciados por Pestana & Gageiro (2008), que os valores entre 0,7 e 0,8 são razoáveis, entre 0,8 e 0,9 são classificados como bons e superiores a 0,9 são excelentes, podemos inferir que o instrumento utilizado na nossa investigação face à consistência interna, denota respectivamente características psicométricas razoáveis. Escolheu-se o Inventário de Depressão de Beck, aferido para a população portuguesa pelo Professor Doutor Vaz Serra e Pio Abreu (1973) para aplicar nos doentes em cuidados paliativos, uma vez que classifica a depressão da mesma forma que a terminologia ICD 10 referenciada na fundamentação teórica. O score total permite a classificação de níveis de intensidade de sintomas depressivos.

Uma limitação do estudo é a técnica de amostragem ser não probabilística, uma vez que neste tipo de amostragem a probabilidade de um elemento pertencer à amostra não é igual à dos restantes elementos. Este tipo de amostras pode levantar um problema pois podem, ou não, ser representativas da população em estudo. Sentimos dificuldades na constituição da amostra representativa, uma vez que nem todos os hospitais aos quais solicitamos autorização para a realização do estudo responderam afirmativamente, sendo que apenas dois hospitais responderam de forma positiva ao nosso pedido. A escolha dos hospitais foi realizada por conveniência do autor e pela proximidade da sua área de residência.

A amostra perfaz 50 doentes internados nessas unidades, consideramos ser uma amostra pequena, contudo deve ser tido em consideração o curto período de colheita de dados, o facto de três hospitais não terem autorizado a aplicação do formulário e ainda o tipo de doentes internados, uma vez que muitos doentes quando são internados apresentam-se muito debilitados e incapazes de responder, factos que limitaram a amostra.

Apesar de algumas dificuldades, somos da opinião que as opções metodológicas foram as mais apropriadas ao tipo de estudo desenvolvido. Assim, com base nos resultados obtidos, pensamos que os objectivos principais foram atingidos com sucesso, uma vez que foi possível: identificar a depressão dos doentes em cuidados paliativos; caracterizar sócio-demograficamente a amostra; determinar a história de saúde dos doentes; avaliar o estado nutricional dos doentes e analisar a influência do estado nutricional na depressão em doentes em cuidados paliativos.

8.2 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A amostra é constituída por 50 doentes, dos quais 26 do sexo feminino (52%) e 24 do sexo masculino (48%). Os valores da idade da amostra variaram entre os 41 e os 95 anos com uma idade média de 71.96 anos (Dp=12.392).

No que se refere à situação profissional na amostra sobressai que a maioria (78%) é reformada. A maior percentagem vive em zona rural (56%) e os restantes 44% vive em zona urbana. A maioria dos doentes internados refere que é casado ou a viver em união de facto (54%), seguindo-se viúvo com 32%.

Relativamente às habilitações literárias, a maior percentagem tem o ensino básico (68%), seguido do não sabe ler nem escrever e do ensino secundário ou superior com 24% e 8%, respectivamente. A maioria dos doentes vive com familiares (86%) e 14% vive sozinho.

Podemos assim referir que o perfil sóciodemográfico médio dos doentes estudados, é o de um doente com cerca de 72 anos, reformado (78%), a residir em meio rural (56%), casado ou a viver em união de facto (54%), com o ensino básico (68%) e a viver com familiares (86%).

Analisando as **variáveis clínicas** constatamos que a maioria dos doentes esteve internado na UCP uma vez (84%), sendo que 12% esteve duas vezes e 4% teve três internamentos. Averiguámos que a maioria dos doentes **toma antidepressivos** (62%), sendo que as mulheres tomam mais antidepressivos que os homens (73.1% Vs 50%).

Quanto ao **diagnóstico**, da análise resulta que o mais frequente na UCP, foi a neoplasia (86%). Viana, et al, (2010) no seu estudo em doentes em cuidados paliativos também verificou que a patologia mais frequente é a neoplasia, tendo-se registado 97 doentes (82,9%) com esse diagnóstico, contudo poderemos verificar que o número de óbitos por cancro mostra ainda tendência de crescimento com um aumento de 15,8% entre os triénios de 1993-1995 e 2003- 2005, tendo sido registados 22.682 óbitos em 2005. (PLANO NACIONAL DE PREVENÇÃO E CONTROLO DAS DOENÇAS ONCOLÓGICAS 2007/2010).

Os doentes foram questionados face a existência de sintomatologia no último mês, e verificamos que 62% teve perda de apetite, 40% vómitos e 10% diarreia. Estes valores corroboram com a literatura pesquisada em que poderemos observar que as **náuseas e vómitos** constituem sintomas que interferem de forma significativa na qualidade de vida do doente, ocorrendo em cerca de 30% dos doentes. A sua etiologia pode ser multifactorial e a prevalência destes sintomas no doente oncológico é da ordem dos 62% nos últimos 2

meses de vida (FERRAZ GONÇALVES, 2011). De acordo com o resultado obtido encontra-se também Twycross, (2003), que refere que as náuseas e vômitos ocorrem em 50% dos doentes com cancro avançado. Benarroz, (2009), refere que diversos doentes com cancro avançado passam pela experiência da perda de peso associada às mudanças de hábitos alimentares, sendo a anorexia um sintoma comumente referido por eles, o que está de acordo com Higginson e Constantin (2008) e Silveira, (2008).

Verificamos ainda, que 76% não toma **suplementos vitamínicos ou alimentares** o que contradiz a pesquisa efectuada; McCarthy, et al (1999), cit. por João (2010) recorrendo a dois grupos de doentes em radioterapia, um exclusivamente a dieta oral e outro com alimentação oral associada a suplementos, verificou que o segundo grupo apresentava um aumento significativo da ingestão calórico-proteica, comparativamente ao primeiro grupo, sem, no entanto, reduzir a ingestão oral. Benarroz, (2009), salienta que uma abordagem comum para direccionar a desnutrição e a perda de peso é o aumento de ingestão calórica com suplementos orais, para garantir as necessidades diárias em casos de baixa ingestão alimentar, independentemente dos motivos.

Poderemos referir que o perfil clínico médio dos doentes estudados, revela um doente com um internamento (84%), com diagnóstico de neoplasia (86%), que toma antidepressivos (62%), com perda de apetite nos últimos meses (62%) e que não faz suplementos alimentares ou vitamínicos (76%).

Avaliando pela **escala de triagem nutricional**, Malnutrition Universal Screening Tool (**MUST**) que é uma recomendação da European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) e da American Society of Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN) (2009), (BAPEN, 2003) e no que diz respeito ao Índice de Massa Corporal (**IMC**), que é uma medição antropométrica para avaliação do estado nutricional (KEITH, 2007), podemos dizer que a amostra se encontra dentro do peso dito normal com 22.61, sendo que o sexo feminino tem um índice ligeiramente superior ao do sexo masculino ($\bar{x} = 23.96$ Vs $\bar{x} = 21.15$). A OMS adopta uma tabela que indica os graus de obesidade e segundo essas referências a nossa amostra encontra-se no peso normal que é entre 18.5 e 25. Os valores de referência são abaixo de 18.5 corresponde a magreza, no peso normal entre 18.5 e 25, acima do peso entre 25 e 30, obeso acima de 30 (PORTAL DA SAUDE, 2006).

No que respeita ao **Peso Habitual**, temos um peso médio de 69.80Kg, Os homens apresentam um peso superior (74.42Kg) relativamente às mulheres (65.53Kg). Face a **perda de peso**, constata-se que os doentes perderam em média 13.83%, sendo que o sexo masculino apresenta um valor médio de perda de peso superior ao sexo feminino ($\bar{x} = 16.44\%$ Vs $\bar{x} = 11.42\%$). Estes resultados corroboram com Ferraz Gonçalves (2011), que

salienta que as náuseas persistentes são muitas vezes associadas a perda de peso. Este autor refere ainda que uma perda de peso involuntária de pelo menos 10% é usada como critério de caquexia, mas uma perda de peso de 5% a 10% já se associa a diminuição da sobrevivência e a um aumento do risco de infecções (FAINSINGER, (2004) cit. por FERRAZ GONÇALVES, (2011)). Antoun, (2006), cit. por Reiriz, (2008) e Capelas, (2010), verificam que a má nutrição é comum em doentes com cancro, sendo que muitos factores contribuem para a perda de peso, como a diminuição da ingestão alimentar, as mudanças metabólicas induzidas pela resposta inflamatória da doença e as alterações psíquicas e emocionais. Com a perda de peso, estes doentes apresentam menor capacidade de tolerância ao tratamento e verifica-se uma menor sobrevida e qualidade de vida, podendo ir até 10% do peso habitual, sendo consequência da depleção das reservas de gordura e proteínas com consequente perda da massa muscular (NETO, (2011), HUHMANN (2005) e STRASSER (2003) cit. por CORRÊA (2007)).

Analisando as **características da escala de triagem MUST** podemos referir que a maioria dos doentes tem um peso normal (60%), sendo que 20% está abaixo do peso ideal e 8% é obeso. Contudo, Thoresen, (2002) refere que pode acontecer que doentes com peso normal ou até elevado tenham tido uma grande perda de peso, situação que alerta os profissionais para a avaliação do peso regularmente. Face ao **risco do estado nutricional**, score que é avaliado pela escala de triagem MUST, observamos que, a maioria dos doentes tem um risco elevado de desnutrição (70%), 16% baixo e 14% médio risco, o que vai de encontro com os resultados obtidos por Caro, (2006), o qual refere que mais de metade dos doentes sofrem de desnutrição (64%) aumentando em até 81% para doentes em tratamento paliativo sugerindo a aplicação de um protocolo que pode ajudar a detectar desnutrição em doentes oncológicos, de acordo com a American Dietetic Association (2010), a European Nutrition for Health Alliance e Pichard, (2010). A nível hospitalar estima-se que cerca de 30 a 60% dos doentes possua algum grau de desnutrição na ocasião da admissão, que se tende a agravar durante o internamento (TAVARES, 2010). A malnutrição em doentes oncológicos é multifactorial e frequente, estando relacionada com o aumento da morbilidade e da toxicidade do tratamento, com as diminuições da resposta ao tratamento e da qualidade de vida, piorando o prognóstico e aumentando os custos de saúde (JOÃO (2010), COUTO, et al, (2007)). Estes autores corroboram a necessidade urgente de implementar um método de avaliação de risco nutricional, validado e adequado à realidade e rotina de cada serviço, de modo a identificar eficazmente os doentes que necessitam de avaliação detalhada e intervenção individualizada urgente. Tal recomendação foi enfatizada no Relatório de Peritos “Resolution ResAP(2003)3 on food and nutritional care in hospitals 2003” publicado pelo Conselho da Europa aprovado em Conselho de Ministros em Novembro de 2003,.

Consegue-se identificar precocemente os doentes desnutridos ou em risco de desnutrição se tivermos ao nosso dispor uma ferramenta de aplicação fácil, rápida, de baixo custo e com resultados reprodutíveis, tal como a MUST. Neto (2011) salienta que em primeira instância, sempre que possível, deve haver um aconselhamento nutricional especializado, favorecendo o contacto com o grupo de nutrição, o que é recomendado pela escala aplicada MUST quando surge um risco moderado a elevado de desnutrição. A análise segundo o sexo mostrou, que as mulheres têm um risco mais baixo face aos homens (26.9% vs 4.2%), e os homens tem um risco mais elevado (75% vs 65.4%). O que revelou que as diferenças entre os sexos são estatisticamente significativas, ou seja, as mulheres têm um menor risco face ao estado nutricional que os homens internados em unidades de cuidados paliativos.

Assim sendo, poderemos indagar que o perfil médio dos doentes estudados, revela um doente com IMC com um peso normal (60%), com um peso habitual de 69.80Kg, tendo perdido 13.83% de peso e com um risco elevado face ao estado nutricional (70%).

Quanto à caracterização da **depressão**, em termos médios, o *score* relativo à sintomatologia depressiva apresentada pelos doentes em cuidados paliativos foi de 25.98, com um mínimo de 7 e um máximo de 44. Constatou-se através do Inventário Depressão Beck que a sintomatologia depressiva é mais grave no sexo feminino (\bar{x} =27.23) do que no sexo masculino (\bar{x} =24.63); contudo, não é estatisticamente significativo, no entanto estes resultados vão de encontro com os dados da OMS a qual referem que a depressão é mais comum nas mulheres do que nos homens. Um estudo realizado pela Organização Mundial de Saúde, em 2000, mostrou que a prevalência de episódios de depressão unipolar é de 1.9% nos homens e de 3.2% nas mulheres (PORTAL DA SAÚDE, 2006). Quando recodificamos a variável Depressão de acordo com os critérios do autor (Vaz Serra, 1973), e procedemos ao estudo da gravidade da depressão, verificamos que na amostra total 8% dos doentes não apresentam depressão, 12% apresentam depressão leve, 20% depressão moderada e 60% manifestam depressão grave, o que está de acordo com a Classificação Internacional de Doenças edição 10 (ICD-10,2008) que classifica a depressão da mesma forma. A análise segundo o sexo, revela que 58.3% dos homens apresentam depressão grave, e 4.2% apresentam ausência de depressão. Por sua vez, 61.5% das mulheres tem depressão grave e 7.7% manifestam depressão leve, sendo que as diferenças encontradas não são significativas. Podemos também verificar que os valores médios obtidos na presente investigação, são inferiores aos que Vaz Serra (1973) obteve na população em geral e em todos os níveis de depressão. Na presente estudo obteve-se os seguintes resultados: depressão leve (\bar{x} =16.17); na depressão moderada (\bar{x} =21.40); na depressão grave (31.70), enquanto que Vaz Serra (1973) obteve depressão leve (\bar{x} =17.40); na depressão moderada (\bar{x} =24.80);na depressão grave (32.20).

Para aprofundar o estudo da gravidade da Depressão agrupamos os doentes em duas classes: a primeira, diz respeito aos doentes que obtiveram *score* inferior a 12.85, isto é, “**sem depressão**”, constituído por 8.0% da amostra, e, o segundo, constituído pelos doentes cujo *score* foi superior ou igual a 12.85 e, portanto, “**com depressão**”, representando 92.0% dos doentes internados em cuidados paliativos. Os valores analisados superam os valores obtidos por um estudo efectuado por Lloyd (2001) que mostra que a depressão está presente em 25% dos doentes admitidos nas unidades de cuidados paliativos. Na nossa amostra um factor de risco para que o valor de doentes com depressão seja alto, está relacionado com os doentes serem portadores de doença crónica, podendo provocar ou facilitar a ocorrência de episódios depressivos ou a evolução para depressão crónica (PORTAL DA SAÚDE 2006). Num estudo efectuado no Medical College of Wisconsin e referenciado por NOORANI, (2007) refere-se que alguns estudos de prevalência de depressão em doentes com doença avançada referenciam que estes são afectados em 75%, salientando ainda que a depressão pode afectar significativamente a qualidade de vida do doente em fase final, retirando-lhe o sentido da vida, a paz e a esperança. Estes valores aproximam-se dos valores por nós obtidos. Na análise por sexos, observamos que 95.8% do sexo masculino e 88.5% do sexo feminino apresentam sintomatologia depressiva.

O perfil médio da depressão, indica doentes na sua maioria com sintomatologia depressiva (92%) e com uma depressão grave (60%).

Para relacionarmos a variável dependente Depressão com as variáveis independentes em estudo, tivemos em consideração apenas os doentes com sintomatologia depressiva 46 doentes (92%).

A relação da sintomatologia depressiva com o **sexo**, revela que a depressão é mais grave no sexo feminino do que no sexo masculino ($U=251.0$; $Z=-1.186$; $p=0.235$), contudo, as diferenças são estatisticamente não significativas; estes dados estão de acordo com o estudo efectuado por Amalio, et al (2004) cit. por Campos (2009) que verificou que a prevalência de depressão é superior no sexo feminino (20.5%) relativamente ao sexo masculino (8.5%). O estudo da relação entre a **depressão e a idade** foi efectuado através da regressão linear simples, observando-se associação baixa e positiva ($r=0.260$; $p=0.048$). Quando analisamos a variabilidade da sintomatologia depressiva em função da **situação profissional**, inferimos que os doentes reformados apresentam maior depressão face aos doentes que ainda estão activos ($\bar{x}=28.03$ Vs $\bar{x}=25.55$), no entanto não são estatisticamente significativas. No que respeita à sintomatologia depressiva e **zona de residência**, os doentes do meio rural não se distinguem dos do meio urbano ($\bar{x}=28.04$ Vs $\bar{x}=26.77$). Os doentes que vivem sozinhos apresentam maior depressão face aos que

vivem com familiares (\bar{x} =28.14 Vs \bar{x} =27.31), contudo observa-se que o **contexto familiar** não influencia a depressão, Relativamente ao **estado civil**, verificamos que são os doentes solteiros que têm maior sintomatologia depressiva (\bar{x} =33.33), e os que apresentam menor sintomatologia são os divorciados (\bar{x} =23.33). Porém, o estado civil não influencia a depressão do doente em cuidados paliativos. No que concerne à relação das **habilitações literárias e a depressão**, depreendemos que os doentes com ensino básico pontuaram em média com menor sintomatologia depressiva (\bar{x} =26.65) e os que apresentam o ensino secundário e ensino superior com maior sintomatologia depressiva (\bar{x} =31.67), o que corrobora com o estudo efectuado por Amálio, et al, (2004) cit por Campos, (2009) no qual, nos sujeitos com menos escolaridade há uma tendência à diminuição da sintomatologia depressiva.

Inferimos que das variáveis sociodemográficas, nenhuma influência significativamente a depressão do doente em unidade de cuidados paliativos.

Constatamos que os doentes com maior **número de internamentos** possuem maior depressão (\bar{x} =29.00), o que corrobora com Rayner, et al, (2009) quando refere que a depressão é prevalente nos doentes que recebem cuidados paliativos. De acordo com os resultados obtidos por nós, Bottino, et al (2009), salienta que as taxas da prevalência da depressão associada ao cancro podem variar de acordo com a evolução do mesmo e os tratamentos utilizados: 14% dos doentes em ambulatório, 28% dos doentes em unidade de cuidados paliativos. Diniz, (2006), também constatou no seu estudo que 68% dos doentes sob cuidados paliativos tinham algum grau de depressão. Inferimos ainda que os doentes que têm mais que um **diagnóstico** têm maior sintomatologia depressiva (\bar{x} =32.67). Na **toma de suplementos alimentares ou vitamínicos**, os doentes que não os tomam têm maior depressão face aos que tomam (\bar{x} =28.18 vs \bar{x} =25.55). No entanto, não são estatisticamente significativas ($p>0,05$). Neto, (2011) salienta que a nutrição oral sempre que possível deve ser iniciada com alimentos correntes e/ou com suplementos hiperproteicos /hipercalóricos no sentido de minimizar o risco de desnutrição. Conforme descrito na fundamentação teórica, Scur, (2005) refere que a alimentação pode afectar o humor das pessoas porque muitos de seus componentes actuam como precursores de neurotransmissores, como, por exemplo, a serotonina; por este motivo, uma dieta equilibrada e variada é indispensável para auxiliar na manutenção da saúde global do indivíduo. Neto, (2011) assinala que além do estado nutricional devem-se avaliar as preferências, os hábitos e intolerâncias, a determinação do aporte calórico-proteico, a distribuição diária das refeições e a presença de sintomas que possam impedir uma alimentação normal. Face à **toma de antidepressivos**, verificamos que, os doentes que fazem estes medicamentos apresentam maior sintomatologia depressiva (\bar{x} =29.22); no

entanto as diferenças não são estatisticamente significativas. Analisando os nossos resultados, verificamos da nossa amostra total que apenas 62% dos doentes tomam antidepressivos e que 46 doentes (92%) foram identificados com depressão; contudo considerou-se pertinente avaliar desses 92% quantos doentes se encontravam medicados com antidepressivos e podemos constatar que 39.1% dos doentes não tomam medicação para o efeito, logo vai de encontro com o que referem Juver e Verçosa, (2008) que a depressão é subdiagnosticada, pelo que poucos doentes recebem tratamento adequado. Neste contexto e reforçando a ideia destes autores, Gruneir (2005) cit. Braun (2009) e Lloyd (2010) referem que nos doentes terminais, o subdiagnóstico e o subtratamento da ansiedade e da depressão são comuns. A detecção precoce da depressão pode otimizar o conforto físico no final de vida e proporcionar a oportunidade para se conformarem e prepararem para a morte (BRAUN, 2009).

Poderemos salientar que nestes 39.1% não se estão a cumprir as recomendações emanadas pelo American College of Physicians, (2008), as quais referem que se devem aplicar em doentes em cuidados paliativos, também referenciadas por Taylor (2008) já relatadas na fundamentação teórica. Contudo, os antidepressivos são eficazes no tratamento da depressão na população fisicamente saudável, mas há menos clareza sobre o seu uso em doentes fisicamente doentes. Rayner, et al (2010) estudou o uso de antidepressivos em pessoas com doença física, tendo efectuado um ensaio clínico randomizado, comparando a eficácia dos antidepressivos e placebo no tratamento da depressão em adultos com uma doença física, chegando à conclusão que surgiram evidências de que os antidepressivos são superiores ao placebo no tratamento desta patologia; contudo, refere serem necessários mais estudos acerca desta temática. Fournier, et al (2010) num estudo randomizado que efectuaram, concluíram que a magnitude do benefício da medicação antidepressiva em comparação com placebo aumenta com a severidade de sintomas de depressão e pode ser mínima ou inexistente, em média, em doentes com sintomas leves ou moderados. Para doentes com depressão muito grave, o benefício de medicamentos em relação ao placebo é substancial. Todavia, podemos consultar no portal da saúde referência a que estes medicamentos são a pedra basilar do tratamento das depressões moderadas e graves e das depressões crónicas, podendo ser úteis nas depressões ligeiras, não criando habituação nem alterando a personalidade da pessoa (PORTAL DA SAÚDE, 2006).

Inferimos que nenhuma das variáveis de saúde influencia na depressão dos doentes em unidade de cuidados paliativos.

Face à relação entre o **risco do estado nutricional e a depressão**, observamos que, as diferenças encontradas entre os grupos são estatisticamente não significativas

($p > 0.05$), ou seja, o risco do estado nutricional não influencia na depressão do doente internado em cuidados paliativos. Aprofundando o estudo da relação entre o **risco do estado nutricional e a depressão**, observa-se associação muito baixa e positiva ($r = 0.035$; $p = 0.817$). Verificamos que quanto maior é o risco do estado nutricional maior é a sintomatologia depressiva, não sendo estatisticamente significativo. Apesar de no nosso estudo esta relação não se traduzir estatisticamente, alguns estudos revelam o contrário. Cabrera, (2007) salienta que os resultados do seu estudo mostraram que houve uma associação independente entre défice nutricional e depressão numa população de idosos, o que enfatiza a importância da identificação precoce de depressão entre pessoas com distúrbios nutricionais. German, et al (2008), investigou a associação entre sintomas depressivos e o risco de desnutrição em idosos hospitalizados, depois de controlar idade, estado cognitivo, capacidade funcional e número de doenças, a desnutrição foi significativamente associada com depressão (OR = 2.23, IC 95%: 1,04-4,8), concluindo que o risco nutricional está associado com depressão em idosos internados. Smoliner, et al (2009) no seu estudo chegou á mesma conclusão. Holmes (2010) reforça que a nutrição está associada a benefícios sociais, culturais e psicológicos.

Na análise da relação entre a **depressão e o IMC** observa-se associação muito baixa e positiva ($r = 0.049$; $p = 0.747$); quando aumenta o IMC aumenta a depressão, não sendo estatisticamente significativo, ou seja, o IMC não influencia na depressão dos doentes em cuidados paliativos.

Inferimos que face à variável do estado nutricional, não existem diferenças estatisticamente significativas, o estado nutricional não influencia na depressão em doentes internados em cuidados paliativos.

9 - CONCLUSÃO

Desde que o ser humano nasce é alimentado para se desenvolver, manter o seu equilíbrio e para viver. A alimentação faz, igualmente, parte da vida social e afectiva de forma tão natural que facilmente esquecemos que este é um acto necessário à sobrevivência. Contudo, aliada a esta sobrevivência, na vida, tudo caminha irremediavelmente para um final.

O período que antecede a morte de um ser humano portador de uma doença crónica avançada, progressiva e incurável é talvez um dos períodos mais importantes da sua vida. A ideia de uma morte mais digna, menos sofrida, próxima das pessoas que se ama e que nos são queridas, proporcionou a criação de um movimento de cuidados mais humanizado, integral (MEIRELES, 2008).

Os cuidados paliativos não se reduzem a cuidados a doentes em estado terminal ou prestados a doentes mais idosos. Cada vez é mais amplo o seu espectro e começa mais cedo a sua intervenção. Estes cuidados são parte integral necessária das políticas de saúde” (NETO, 2010).

A tecnociência indispensável para disponibilizar um cuidar qualificado às pessoas, tem de ser serva de uma dinâmica humanizadora que deve impregnar o quotidiano do agir profissional. Os cuidados paliativos transcendem um modelo assistencial, pois descrevem uma abordagem holística, pautados na humanização. É neste contexto do cuidar que surge a avaliação do estado nutricional do doente em cuidados paliativos. Torna-se de extrema importância a triagem nutricional e a implementação de medidas nutricionais de acordo com o estado e a situação clínica do doente. Nos cuidados paliativos, o apoio nutricional visa melhorar a qualidade de vida do doente controlando os sintomas, como náuseas, vómitos e dor relacionada à ingestão de alimentos e perda da autonomia.

A revisão da literatura defende que os cuidados nutricionais devem ser integrados no atendimento de oncologia global devido à sua contribuição significativa para a qualidade de vida (CARO, 2007).

Sendo a depressão um flagelo dos nossos tempos a sua detecção precoce torna-se uma prioridade. Reconhecer a depressão numa fase final de vida, poderá não ser tarefa fácil uma vez que o doente terminal apresenta um quadro complexo, em que sintomas físicos e psicológicos coexistem e que podem confundir o diagnóstico. Contudo, deve ser efectuado um rastreio e uma avaliação regular no sentido de não subdiagnosticar a depressão nestes doentes, tendo sempre presente as recomendações nacionais e internacionais

Neste estudo não se demonstrou estatisticamente que o estado nutricional influencia a depressão nos doentes em cuidados paliativos, no entanto a questão de a nutrição ter relação com a depressão tem vindo a ser estudada com mais afinco nos últimos anos, por causa de diversas funções cerebrais que dependem de um balanço de nutrientes adequado. Estudos referem que a alimentação pode afectar o humor das pessoas porque muitos dos seus componentes actuam como precursores de neurotransmissores.

Este estudo serve para alertar os profissionais para a necessidade de oferecer mais e melhores cuidados de saúde especializados, os cuidados paliativos, aos que deles necessitam, numa mudança premente de atitudes que dignifique o final de vida. Contudo, o tamanho da amostra não permite a generalização dos resultados pois dizem respeito apenas a esta amostra, no contexto específico dos cuidados paliativos. Assim, seria desejável que o estudo fosse replicado a uma amostra aleatória, com maior representatividade.

Espera-se que este trabalho possa ser um incentivo para que se explore a importância da depressão e a avaliação nutricional nos doentes em Cuidados Paliativos, e que sejam capazes de suportar o desenvolvimento da profissão e a qualidade dos cuidados de enfermagem holística cuja melhoria temos responsabilidade de promover.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACREMAN S. - Nutrition in palliative care. Br J Community Nurs. [Em linha]. 2009 [Consult. 12 Dezembro 2010] Disponível em WWW:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19966682>>.
- AMARAL, Teresa - Grupo de Estudo da Desnutrição da APNEP, 03/12/2010, PLANO NACIONAL DE SAUDE 2011-2016 [Em linha]. 2010 [Consult. 12 Dezembro 2010] Disponível em WWW:< <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/2010/12/07/11201/>>.
- AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION [Em linha]. 2010 [Consult. 12 Dezembro 2010] Disponível em WWW:< <http://www.eatright.org/>>.
- AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION – Nutrition Care Manual [Em linha]. 2010 [Consult. 12 Dezembro 2010] Disponível em WWW:< www.nutritioncaremanual.org/.../NCM%202010%20Full%20UPDATES.pdf>.
- AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS, Qaseem ,Amir et al - Evidence-Based Interventions to Improve the Palliative Care of Pain, Dyspnea, and Depression at the End of Life: A Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians [Em linha]. 2008 [Consultado. 12 Dezembro 2010]. Disponível em WWW:<<http://www.acponline.org/clinical.../guidelines/>>
- AMERICAN SOCIETY FOR PARENTERAL AND ENTERAL NUTRITION- [Em linha]. 2009 [Consult. 13 Janeiro 2011]. Disponível em WWW: <URL <http://www.nutritioncare.org/>>.
- ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS - Organização de Serviços de Cuidados Paliativos: Recomendações [Em linha]. 2006. [Consult. 13 Outubro 2010]. Disponível em WWW: <URL: http://www.apcp.com.pt/uploads/Recomendacoes_Organizacao_de_Servicos.pdf>
- ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE CUIDADOS PALIATIVOS - Cuidados paliativos o que são? [Em linha]. 2006. [Consult. 13 Outubro 2010]. Disponível em WWW: <URL: http://www:c:\users\tmn\documents\paliativos\cuidados_paliativos_apcp_-_associação_portuguesa_de_cuidados_paliativos.mht>.
- BALLONE GJ - Medicina Paliativa e Qualidade de Vida [Em linha]. 2005 [Consult. 12 Julho 2010] Disponível em WWW:<<http://virtualpsy.locaweb.com.br/index.php?art=238&sec=35>>.

- BAPEN, THE BRITISH ASSOCIATION FOR PARENTERAL AND ENTERAL NUTRITION The 'MUST' Toolkit [Em linha]. 2003. [Consult. 24 Novembro 2010].. Disponível em WWW:<<http://www.bapen.org.uk/musttoolkit.html>>.
- BENARROZ, Monica de Oliveira, et al - Bioética e nutrição em cuidados paliativos oncológicos em adultos. Caderno Saúde Pública .Rio de Janeiro vol.25, Sept no.9 . [Em linha]. 2009 [Consult. 12 Dezembro 2010] Disponível em WWW:<<http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102...script>>.
- BOTTINO Sara Mota Borges, Fráguas, Renério ,- Depression and câncer, Centro de Referência da Saúde da Mulher – Hospital Pérola Byngton Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-HC-FMUSP) [Em linha]. 2009. [Consult. 10 Julho 2011] Disponível em WWW:<<http://www.desvendandocancerdemama.com/.../depressao-e-cancer.html>>
- BRAUN, URSULA K. [et al.] – A detecção de depressão em cuidados paliativos - Reconhecimento e tratamento da depressão no final da vida. Revista Geriatrics, mar/abr, vol 5,nº26,2009.
- CABRERA MA, Mesas AE, Garcia AR, de Andrade SM.-Malnutrition and depression among community-dwelling elderly people [Em linha]. J Am Med Dir Assoc. 2007 Nov;8(9):582-4 [Consult. 10 Julho 2011] Disponível em WWW:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17998114>
- CAMPOS, Rui C.,- **Depressivos Somos Nós**, Coimbra, Editora Almedina, 2009, , ISBN 978-972-40-4054-7
- CAPELAS, Manuel Luis – Cuidados Paliativos. Revista APNEP. Porto. ISSN 1646-7183. Vol IV, nº 1 (Junho 2010).
- CARDOSO, Elisabeth [et al.] - **Manual Dietoterapia e Avaliação Nutricional** Sistematização do Atendimento Nutricional, S.Paulo Brasil: Ed.Atheneu , 2009, ISBN 978-85-388-0048-4
- CARO, Mónica María Marín, Laviano, Pichard ,Alessandro and Claude Nutritional intervention and quality of life in adult oncology patients [Em linha]. Clinical Nutrition Volume 26, Issue 3, June 2007, Pages 289-301 [Consult. 12 Junho 2010] Disponível em WWW:<<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0261561407000301>>
- CASMARRINHA, Manuela – Familiares do doente oncológico em fim de vida: dos sentimentos às necessidades. Porto: [s.n.], 2008. **Dissertação de mestrado em Oncologia**. [Consult. 15 de Outubro 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/7169/2/TESE%20DE%20MESTRADO%20%2>

0Familiares%20do%20Doente%20Oncoligico%20em%20fim%20de%20Vida%20dos%20Sentimentos%20s%20Necessidades.pdf>.

- CERQUEIRA, Maria Manuela Amorim - **O cuidador e o doente paliativo: análise das necessidades - dificuldades do cuidador para o cuidar do doente paliativo no domicílio**. Coimbra: Formasau, 2005. 227 p. ISBN 972-8485-49-2

- CERQUEIRA, Maria Manuela – **O cuidador e o doente paliativo**. Coimbra: Edições Formasau, 2006. 227 p. ISBN 972-8485-49-2.

- CIRCULAR NORMATIVA Nº: 14/DGCG DATA: 13/07/04 Programa Nacional de Cuidados Paliativos [Em linha]. 2004 [Consult. 12 Dezembro 2010] Disponível em WWW:<http://www.hsm.minsaude.pt/contents/pdfs/cuidados_continuadosintegrados/Programa%20Nacional%20de%20Cuidados%20Paliativos.pdf>.

- COLLIÉRE, Marie-Françoise – **Promover a Vida - da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. Lisboa, Lidel Edições técnicas e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1999, ISBN: 972-757-109-3,

- CORRÊA, Priscilla Hiromi , Shibuya, Edna - Administração da Terapia Nutricional em Cuidados Paliativos. Revista Brasileira de Cancerologia.Brasil Vol. 53,2007

- COUTO,Bruno Paulo [et al.] - **Avaliação nutricional aspectos clínicos e laboratoriais**,. Semiologia Nutricional no Câncer, S.Paulo Brasil: Ed.Atheneu ,cap 33, pag.305, 2007, ISBN 978-85-7379-907-1

- CRUZ, C. [et al.] - Validação do MUST em oncologia: mobilização multidisciplinar. Revista APNEP. Porto. Vol III, nº 1 (Junho 2009), ISSN 1646-7183

- DICIONÁRIO DE LÍNGUA PORTUGUESA, [Em linha]. 2010. [Consult. 12 Dezembro 2010]. Disponível em WWW: <<http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa/triagem>

- DINIZ, RENATA WANDERLEY, GONÇALVES, MARINA SAHADE, BENSI, CAROLINA GAMES et al- O conhecimento do diagnóstico de câncer não leva à depressão em Pacientes sob cuidados paliativos [Em linha]. 2006 Rev Assoc Med Bras[Consult. 12 Julho 2011].Disponível em WWW: <[http:// www.scielo.br/scielo.php?...42302006000500014](http://www.scielo.br/scielo.php?...42302006000500014)

- DUARTE, António Claudio Goulart [et al.] - **Avaliação nutricional aspectos clínicos e laboratoriais**, Semiologia Nutricional.S.Paulo Brasil: Ed.Atheneu, CAP.4, 2007,ISBN 978-85-7379-907-1

- ELIA, Marinos [et al.] - **Nutrição clínica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, cop. 2007. ISBN 85-277-1252-0

- EUROPEAN SOCIETY FOR CLINICAL NUTRITION AND METABOLISM [Em linha]. 2009 Clinical Nutrition 2009; 28:359-479 [Consult. 29 Julho 2010] Disponível em WWW:<<http://www.espen.org/espenguidelines.html>
- FERRAZ GONCALVES, José – **Controlo de sintomas no cancro avançado**, Lisboa, Coisas de ler edições, 2011,ISBN 978-989-8218-50-6
- FOURNIER Jay C, DeRubeis Robert J, [et al] - Antidepressant Drug Effects and Depression Severity A Patient-Level Meta-analysis, Journal of the American Medical Association, [Em linha]. January 6, 2010—Vol 303, No. 1 Disponível em WWW:<<http://www.jama.ama-assn.org/JAMA>>.
- FORTIN, Marie-Fabienne - **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures : Lusociência, D. L. 2009. ISBN 978-989-8075-18-5
- GERMAN, L. [et al] - Depressive symptoms and risk for malnutrition among hospitalized elderly people. The Journal of Nutrition, Health & Aging [Em linha]. 12:5 (2008) 313-318. [Consult. 8 Julho 2010]. Disponível em WWW:<<http://www.springerlink.com/content/bh654115356u4882/fulltext.pdf>>.
- HIGGINSON, Irene J., COSTANTIINI, Massimo - Dying with cancer, living well with advanced cancer. European Journal of Cancer [Em linha]. 44 (2008) 1414-1424. [Consult. 8 Julho 2010]. Disponível em WWW:<http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIimg&_imagekey=B6T68-4S26RNN-2-C&_cdi=5024&_user=2465353&_pii=S095980490800124X&_orig=search&_coverDate=07%2F31%2F2008&_sk=999559989&view=c&wchp=dGLzVzb-zSkWA&md5=7fdaf78174d7729587b0500a2607e4cc&ie=/sdarticle.pdf>.
- HOLMES , S. - Importance of nutrition in palliative care of patients with chronic disease, Nurs Stand. [Em linha]. 2010 [Consult. 13 Outubro 2010]. Disponível em WWW: <www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Holmes+Susan%5Bau%5D
- ICD-10 - classificação de transtornos mentais e de comportamento da ICD-10, classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à Saúde -, [Em linha]. 2008 [Consult. 12 Dezembro 2010] Disponível em WWW:<<http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>>.
- JUVER, Jeane Pereira da; VERÇOSA, Núbia - Depressão em pacientes com dor no câncer avançado. Rev Bras Anesthesiol. [Em linha]. 58:3 (2008) 287-298. [Consult. 8 Julho 2010]. Disponível em WWW:< <http://www.scielo.br/pdf/rba/v58n3/12.pdf>>.
- JOAO, Dina Raquel Fernandes - Protocolo de intervenção nutricional em oncologia: evidência internacional adaptada à realidade Portuguesa, , *Faculdade de Ciências*

da *Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto* [Em linha] Marco de 2010 [Consult. 20 Julho 2011]. Disponível em WWW:<<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/23455/2/TesedeMestradoDinaJoao.pdf>>.

- KEITH, Mary [et al.] - **Nutrição Clínica** - Avaliação Nutricional. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, cop. 2007. ISBN 85-277-1252-0

- LLOYD-Williams M - Screening for depression in palliative care patients: a review. [Em linha] Eur J Cancer Care (Engl). 2001 Mar; 10(1): 31-5.[Consult. 20 Agosto 2011]. Disponível em WWW:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11827265>

- LLOYD, Williams M,. IRVING G - Depression in advanced cancer [Em linha] Eur J Oncol Nurs. 2010 Dec; 14(5): 395-9. Epub 2010 Mar 17. [Consult. 20 Agosto 2011]. Disponível em WWW:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20299283>

- MAROCO, J.- **Análise Estatística: Com utilização do SPSS**, 2007, Lisboa: ed.Sílabo, 3.º ed..

- MEIRELES, Ana Catarina - Cuidados Paliativos... e seu triângulo de excelência. [Em linha]. Portal de Saúde pública, 2008. [Consult. 13 Out. 2010]. Disponível em WWW:<URL:http://www.saudepublica.web.pt/TrabCatarina/CuidadosPaliativos_CMeireles.htm>.

- MELO, António - Os cuidados paliativos no Brasil. O mundo da Saúde. São Paulo., vol. 27, (2003) p. 58-63.

- NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH (NIMH) - Depression [Em linha]. 2010 [Consult. 8 Dezembro 2010]. Disponível em WWW:<<http://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression/index.shtml>>.

- NEIL, Ruth M.- Filosofia e ciência do cuidar in: MARRINER TOMEY, Ann ; ALLIGOOD, Martha Raile - **Teóricas de enfermagem e a sua obra : modelos e teorias de enfermagem**. 5ª ed. Loures : Lusociência, cop. 2004. XVI, ISBN 972-8383-74-6, pag.163-183

- NETO, Isabel Galriça; AITKEN, Helena-Hermine; ROSA, Emilia Marques – **A dignidade e o sentido da vida: uma reflexão sobre a nossa existência**. Cascais: Pergaminho, 2004. ISBN 972-711-645-0

- NETO, Isabel Galriça - **Cuidados Paliativos, (testemunhos)**, Lisboa: Alêtheia Editores, 2010. - 7 p. , ISBN 978-989-622-298-7

- NETO, Isabel Galriça, Barbosa, A, I,[et al.]- **Manual de Cuidados Paliativos**. Lisboa : Faculdade de Medicina, 2010 2ªEd. ISBN 978-972-9349-22-5.
- NEVES, Chantal [et al.]. – Morte - sociedade e cuidados paliativos, Cuidados paliativos: comunicações / Simpósio de Enfermagem Cuidados Paliativos, Porto: Formasau, 2000. - 9 p a 19p ; - (Dossier sinais vitais; 4) ISBN 972-8485-16-6
- NOORANI, Nazneen Hyder, MONTAGNINI, Marcos - Recognizing Depression in Palliative Care Patients [Em linha]. 2007 Journal of palliative medicine Volume 10, Number 2, [Consult. 8 Julho 2011]. Disponível em WWW:<
<http://www.cuidadospaliativos.org/archives/Depresion%20en%20CP.pdf>
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Código Deontológico do enfermeiro**, anexo da Lei n. 111/2009 de 16 de Setembro de 2009. [em linha] 2009,[consult. 20/07/2011] Disponível em WWW:<
<http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- PACHECO, Susana - **Cuidar a pessoa em fase terminal: perspectiva ética**. 2ª ed. Lisboa : Lusociência, 2002. XIII, 106 p.,111 p. ISBN 972-8383-30-4
- PINHEIRO, Rosiline de Lima - **Avaliação nutricional aspectos clinicos e laboratoriais**. Semiologia na Síndrome Anorexia-Caquexia, S.Paulo Brasil : ed.atheneu ,cap 35, pag. 331, 2007, ISBN 978-85-7379-907-1
- PICHARD, European Nutrition for Health Alliance, ENHA Press Release: MEP calls for mandatory screening for malnutrition across the EU , [Em linha]. 2010 [Consult. 8 Dezembro 2010]. Disponível em WWW:<<http://www.european-nutrition.org/>
- PESSINI, Leo, [et al.]. - **Humanização e Cuidados Paliativos**, S.Paulo Brasil : Ed. Loyola , 2006, ISBN85-15-02854-9
- PESTANA, Maria Helena., GAGEIRO, João Nunes - **Análise da dados para ciências sociais** – a complementaridade do SPSS.,5ª ed. rev. e corrigida,. Lisboa: edições Sílabo, 2008,ISBN 978-972-618-498-0
- PLANO NACIONAL DE PREVENÇÃO E CONTROLO DAS DOENÇAS ONCOLÓGICAS (2007/2010) [Em linha]. 2010 [Consult. 24 Julho 2010] Disponível em WWW:<
http://www.acs.min-saude.pt/files/2008/06/pnpcdo_2007_versao-final.pdf>
- .PORTAL DA SAÚDE - Como se diagnostica a obesidade? [Em linha]. 2005 [Consult. 12 Dezembro 2010] Disponível em WWW:<

- <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/obesidade/comosediagnosticaaobesidade.htm>>.
- PORTAL DA SAÚDE - Depressão. [Em linha]. 2006 [Consult. 27 Dezembro 2010] Disponível em WWW:<<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/saude+mental/depressao.htm>>.
 - RAYNER, L [et al.] - The detection of depression in palliative care. Curr Opin Support Palliat Care. [Em linha]. 2009 [Consult. 12 Dezembro 2010] Disponível em WWW:<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19365162>>.
 - RAYNER L,[et al.] Antidepressants for depression in physically ill people. Cochrane Database Syst Rev. [Em linha].2010 Department of Palliative Care, Policy and Rehabilitation, King's College London, Bessemer Road, Denmark Hill, London, UK, SE5 9PJ. [Consult. 5 Julho 2011] Disponível em WWW:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20238354>>
 - REIRIZ, André Borba, MOTTER Carine, BUFFON, Viviane Raquel,.[et al.] Palliative care - Are there benefits on end-stage-disease-patient nutrition? [Em linha]. 2008, Rev Soc Bra Clin Med [Consult. 5 Julho 2011] Disponível em WWW:< <http://www.files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2008/v6n4/a150-155.pdf>>
 - RESOLUTION RESAp Do COUNCIL OF EUROPE, on food and nutritional care in hospitals [Em linha]. 2003 [Consult. 12 Dezembro 2010] Disponível em WWW:<,<https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=85747>>.
 - RESENDE, Ana Rita Pinto - ALIMENTAR NO FINAL DE VIDA, **Tese de Mestrado em Comunicação em Saúde** - Universidade Aberta De Lisboa [Em linha]. 2009 [Consult. 28 Dezembro 2010] Disponível em WWW:<<http://repositorioaberto.univab.pt/bitstream/10400.2/1430/1/ALIMENTAR%20NO%20FINAL%20DE%20VIDA.pdf>>.
 - RIBEIRO, José Luís Pais-; LEAL, Isabel - **Avaliação em psicologia da saúde: instrumentos publicados em português** - Inventario Depressivo de Beck,. Coimbra : Quarteto, 2007. p. 135-137. ISBN 989-558-087-8
 - SANTANA, Júlio César Batista... [et al.] – Cuidados paliativos aos pacientes terminais: percepção da equipe de enfermagem. BioEthikos [Em linha]. 3:1 (2009), 77-86. [Consult. 12 Julho 2010]. Disponível em WWW:<<http://www.saocamilosp.br/pdf/bioethikos/68/77a86.pdf>>.

- SANTOS, Graça - Ansiedade e depressão no doente com cancro em fase terminal. Revista Psiquiatria Clínica. Coimbra. Vol.27,nº1, (2006), p31-35.
- SANTOS, Franklin Santana - **Um sentido para a vida e para a morte**. Brasil, S.Paulo Ed.Atheneu, 2009
- SILVA, Ednamare Pereira, Sudigursky, Dora - Concepções sobre cuidados paliativos: revisão bibliográfica [Em linha]. 2008 Acta Paul Enferm 2008;21 (3): 504-8. [Consult. 28 Dezembro 2010] Disponível em WWW:<http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n3/pt_20.pdf>
- SILVEIRA, Débora Alexandra Nunes de Amaral da Silva - Avaliação nutricional do doente oncológico pela AGS-GD - **Tese de Mestrado em Nutrição Clínica** FACULDADE DE CIÊNCIAS DA NUTRIÇÃO E ALIMENTAÇÃO, UNIVERSIDADE DO PORTO [Em linha]. 2008 [Consult. 28 Dezembro 2010] Disponível em WWW:<
<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/9170/2/tese.pdf>>.
- SCUR, Eda Maria Arruda - Depressão na nutrição, curitiba, [em linha]. 2005 [consult. 28 Dezembro 2010] Disponível em WWW:<
<http://rubs.up.edu.br/arquivos/rubs/RUBS%20I/Depressão%20na%20nutrição.pdf>>
- SLOANE PD, [et al.] -Nutritional issues in long-term care - J Am Med Dir Assoc. [Em linha]. 2008 [Consult. 28 Dezembro 2010] Disponível em WWW:<
www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18755420>.
- SMOLINER, C. [et al.] - Malnutrition and depression in the institutionalized elderly. Bristh Journal of Nutrion [Em linha]. 102:11 (2009) 1663-1667. Resumo do artigo. [Consult.8 Julho 2010]. Disponível em WWW:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19622192>. >.
- TAYLOR, V [et al.] - Understanding depression in palliative and end-of-life care. Nursing Standard. [Em linha]. 2008 [Consult. 12 Dezembro 2010] Disponível em WWW:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19093358>>.
- TAVARES, Lourdes - Nutrição no Plano Nacional de Saúde 2011-2016, Novembro [Em linha]. 2010 [Consult. 2 Janeiro 2011] Disponível em WWW:< <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2010/11/apnep.pdf>>.
- THORESEN L [et al.] - Nutritional status of patients with advanced cancer: the value of using the subjective global assessment of nutritional status as a screening tool. [Em linha]. Palliat Med. 2002 Jan;16(1):33-42 [Consult. 2 Julho 2011] Disponível em WWW:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11963449>>

- TWYXCROSS R;- **Cuidados Paliativos**. .Lisboa, 2003.2ª Ed. ISBN 972-796-093-6
- VAZ-SERRA, A. - Inventário de Avaliação Clínica da Depressão, Rev. Psiquiatria Clínica Janeiro de 1994. Coimbra
- VIANA, Andreia, QUERIDO, Ana, DIXE, Maria dos Anjos, BARBOSA, António - Avaliação da esperança em cuidados paliativos [Em linha]. 2010 [Consult. 2 Julho 2011] Disponível em WWW:<http://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/335/1/AVALIA%C3%87%C3%83O%20DA%20ESPERAN%C3%87A%20EM%20CUIDADOS%20PALIATIVOS_%20Tradu%C3%A7%C3%A3o%20e%20Adapta%C3%A7%C3%A3o%20Transcultural%20do%20Herth%20Hope%20Index__.pdf>
- VIEIRA, Margarida – Aspectos Etico-Legais dos cuidados paliativos: qual o papel do enfermeiro. Cuidados paliativos: comunicações / Simpósio de Enfermagem Cuidados Paliativos, Porto: Formasau, 2000. 145p. - (Dossier sinais vitais; 4) ISBN 972-8485-16-6
- WHO, world health organization – Depression. [Em linha]. 2010 [Consult. 12 Dezembro 2010] Disponível em WWW:< <http://www.who.int/topics/depression/en/> e http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/ - 20k>.

ANEXOS

ANEXO I - Formulário de caracterização sociodemográfico / Saúde, Triagem do estado nutricional (MUST), Inventário de depressão de Beck

ANEXO II – Consistência interna da escala Inventário de depressão de Beck

ANEXO III – Autorização para aplicação das Escalas

ANEXO IV – Autorização dos Hospitais

ANEXO V - Consentimento informado do doente

ANEXO I

Formulário de caracterização sociodemográfico / Saúde, Triagem do estado nutricional (MUST), Inventário de depressão de Beck



INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU

Escola Superior de Saúde de Viseu

ÁREA CIENTÍFICA: Enfermagem Médico-Cirúrgica

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Professor Mestre Olivério Ribeiro

INVESTIGADORES COLABORADORES: Ana Gomes

CURSO: Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

“A INFLUÊNCIA DO ESTADO NUTRICIONAL NA DEPRESSÃO EM DOENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS”

NOTA INTRODUTÓRIA

Antes de começar a responder às questões que integram este instrumento de pesquisa, pretendemos informá-lo:

- O estudo tem como objectivo principal identificar os principais factores determinantes da depressão no doente em cuidados paliativos relacionados com : o estado nutricional
- Vimos por este meio solicitar a sua colaboração para participar neste estudo;
- Não existem respostas certas ou erradas. O importante é que responda de acordo com a sua opinião;
- As suas respostas serão apenas utilizadas pela equipa que realiza o estudo, em consonância com o objectivo da presente investigação;
- Serão garantidos o anonimato e a confidencialidade dos dados.

JANEIRO, 2011

DATA ____ / ____ / ____

CÓDIGO

PARTE I - CARACTERIZAÇÃO SOCIO-DEMOGRAFICA**1. Sexo** Masculino Feminino**2. Idade** ____ anos**3. Profissão** _____**4. Residência** Rural Urbana**5. Estado civil** Solteiro Casado / União de facto Divorciado Viúvo**6. Habilitações Literárias** Não sabe ler nem escrever Ensino básico Ensino secundário / Ensino superior**7. Contexto Familiar** Vive só Vive com familiares Recebe visitas**PARTE II - FORMULÁRIO DE SAUDE****8. Número de internamentos numa U.C. Paliativos** ____**10. Toma antidepressivos** Sim Não**9. Diagnostico Clínico** Neoplasia _____ Insuficiência de órgãos Demência**11. Apresentou algum destes sintomas no último mês** Vômitos Diarreia Perda de apetite**12. Toma suplementos alimentares/vitamínicos** Não Sim, qual _____

1. Avaliação Antropométrica

Peso actual ____ Kg

Altura ____ m

IMC (P/A^2) ____ Kg/m^2

Peso habitual ____ Kg (últimos 6 meses)

Perda de peso ____ %

$$\% \text{ perda de peso} = \frac{\text{Peso habitual} - \text{Peso actual}}{\text{Peso habitual}} \times 100$$

2. Rastreio Nutricional (MUST)

A. IMC (Kg/m^2)

> 20.0 0

= 18.5 – 20.0 1

< 18.5 2

B. % Perda de peso nos últimos 3 a 6 meses

< 5 % 0

= 5 – 10.0 % 1

> 10 % 2

C. Presença de doença aguda e com ausência/diminuição significativa de ingestão alimentar > 5 dias

Sim

Não

(2 pontos)

(0 pontos)



D. Pontuação final (D = A + B + C)

0 Pontos

1 Ponto

2 ou mais Pontos

Baixo Risco

Risco Médio

Risco Elevado

- Repetir rastreio todas as semanas

- Registrar ingestão alimentar e de fluidos durante 3 dias

- Repetir protocolo semanalmente

Contactar nutricionista

SCORE

PARTE IV - - INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK (BDI)

Neste questionário existem grupos de afirmações. Em relação a cada grupo, leia cuidadosamente todas as afirmações antes de fazer a sua escolha. A seguir selecione a afirmação que melhor descreve a forma como se sente no momento actual.

1	Não me sinto triste. Ando triste. Sinto-me triste o tempo todo e não consigo evitá-lo. Estou tão triste ou infeliz que esse estado se torna penoso para mim. Sinto-me tão triste ou infeliz que não consigo suportar mais este estado.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2	Não estou demasiado pessimista nem me sinto desencorajado em relação ao futuro. Sinto-me com medo do futuro. Sinto que não tenho nada a esperar do que surja no futuro. Creio que nunca conseguirei resolver os meus problemas. Não tenho qualquer esperança no futuro e penso que a minha situação não pode melhorar.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3	Não tenho a sensação de ter fracassado. Sinto que tive mais fracassos que a maioria das pessoas. Sinto que realizei muito pouca coisa que tivesse valor ou significado. Quando analiso a minha vida passada, tudo o que noto são uma quantidade de fracassos. Sinto-me completamente falhado como pessoa (pai/mãe, marido/mulher).	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4	Não me sinto descontente com nada em especial. Sinto-me aborrecido a maior parte do tempo. Não tenho satisfação com as coisas que alegravam antigamente. Nunca mais consigo obter satisfação seja com o que for. Sinto-me descontente com tudo.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5	Não me sinto culpado de nada em particular. Sinto, grande parte do tempo, que sou mau ou que não tenho qualquer valor. Sinto-me bastante culpado. Agora, sinto permanentemente que sou mau e não valho absolutamente nada Considero que sou mau e não valho absolutamente nada.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6	Não sinto que esteja a ser vítima de algum castigo. Tenho o pressentimento que me pode acontecer alguma coisa de mal. Sinto que estou a ser castigado ou que em breve serei castigado. Sinto que mereço ser castigado. Quero ser castigado.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7	Não me sinto descontente comigo. Estou desiludido comigo. Não gosto de mim. Estou bastante desgostoso comigo. Odeio-me.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8	Não sinto que seja pior do que qualquer outra pessoa. Critico-me a mim mesmo pelas minhas fraquezas ou erros. Culpo-me das minhas próprias faltas. Acuso-me por todo o mal que me acontece.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9	Não tenho quaisquer ideias de fazer mal a mim mesmo. Tenho ideias de pôr termo à vida, mas não sou capaz de as concretizar. Sinto que seria melhor morrer. Creio que seria melhor para a minha família se eu morresse. Tenho planos concretos sob a forma como hei-de pôr termo à vida. Matar-me-ia se tivesse oportunidade.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10	Actualmente não choro mais do que o costume. Choro mais do que o costume. Actualmente passo o tempo a chorar e não consigo parar de fazê-lo. Costumava ser capaz de chorar, mas agora nem sequer consigo, mesmo quando tenho vontade.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11	Não fico agora mais irritado do que ficava. Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que ficava. Sinto-me permanentemente irritado. Já não consigo ficar irritado por coisas que me irritavam anteriormente.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12	Não perdi o interesse que tinha nas outras pessoas. Actualmente sinto menos interesse pelos outros do que costumava ter. Perdi quase todo o interesse pelas outras pessoas, sentindo pouca simpatia por elas. Perdi por completo o interesse pelas outras pessoas, não me importando absolutamente com nada a seu respeito.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13	Sou capaz de tomar decisões tão bem como antigamente. Actualmente sinto-me menos seguro de mim e procuro evitar tomar decisões. Não sou capaz de tomar decisões sem a ajuda de outras pessoas. Sinto-me completamente incapaz de tomar qualquer decisão.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

14	Não acho que tenho pior aspecto do que costumava. Estou aborrecido porque estou a parecer velho e pouco atraente. Sinto que se deram modificações permanentes na minha aparência que me tornaram pouco atraente. Sinto que sou feio ou que tenho um aspecto repulsivo.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
15	Sou capaz de trabalhar tão bem como antigamente. Agora preciso de um esforço maior do que antes para começar a trabalhar. Não consigo trabalhar tão bem como de costume. Tenho de despende um grande esforço para fazer seja o que for. Sinto-me incapaz de realizar qualquer trabalho, por mais pequeno que seja.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
16	Consigo dormir tão bem como dantes. Acordo mais cansado de manhã do que era habitual. Acordo cerca de 1-2 horas mais cedo do que é costume e custa-me voltar a adormecer. Acordo todos os dias mais cedo do que o costume e não durmo mais do que cinco horas.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
17	Não me sinto mais cansado do que o habitual. Fico cansado com mais facilidade do que antigamente. Fico cansado quando faço seja o que for. Sinto-me tão cansado que sou incapaz de fazer seja o que for.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
18	O meu apetite é o mesmo de sempre. O meu apetite não é tão bom como costumava ser. Actualmente o meu apetite está muito pior do que anteriormente. Perdi por completo todo o apetite que tinha.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
19	Não tenho perdido muito peso, se é que perdi algum, ultimamente. Perdi mais de 2,5 quilos de peso. Perdi mais de 5 quilos de peso. Perdi mais de 7,5 quilos de peso.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
20	A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual. Sinto-me preocupado com dores e sofrimento, com má disposição de estômago ou prisão de ventre ou ainda com outras sensações físicas desagradáveis. Estou tão preocupado com a maneira como me sinto ou com aquilo que sinto, que se me torna difícil pensar noutra coisa. Encontro-me totalmente preocupado pela maneira como me sinto.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
21	Não notei qualquer mudança recente no meu interesse pela vida sexual. Encontro-me menos interessado pela vida Sexual do que costumava estar. Actualmente sinto-me muito menos interessado pela vida sexual. Perdi completamente o interesse que tinha pela vida sexual.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

O preenchimento do questionário chegou ao fim.

Muito obrigado pela sua preciosa colaboração.

ANEXO II

Consistência interna da escala Inventário de depressão de Beck

Inventário de Depressão de Beck (Vaz Serra e Abreu, 1973)

	ITENS	α Cronbach s/ item
1	Não me sinto triste. Ando triste. Sinto-me triste o tempo todo e não consigo evitá-lo. Estou tão triste ou infeliz que esse estado se torna penoso para mim. Sinto-me tão triste ou infeliz que não consigo suportar mais este estado.	0,780
2	Não estou demasiado pessimista nem me sinto desencorajado em relação ao futuro. Sinto-me com medo do futuro. Sinto que não tenho nada a esperar do que surja no futuro. Creio que nunca conseguirei resolver os meus problemas. Não tenho qualquer esperança no futuro e penso que a minha situação não pode melhorar.	0,783
3	Não tenho a sensação de ter fracassado. Sinto que tive mais fracassos que a maioria das pessoas. Sinto que realizei muito pouca coisa que tivesse valor ou significado. Quando analiso a minha vida passada, tudo o que noto são uma quantidade de fracassos. Sinto-me completamente falhado como pessoa (pai/mãe, marido/mulher).	0,796
4	Não me sinto descontente com nada em especial. Sinto-me aborrecido a maior parte do tempo. Não tenho satisfação com as coisas que alegravam antigamente. Nunca mais consigo obter satisfação seja com o que for. Sinto-me descontente com tudo.	0,779
5	Não me sinto culpado de nada em particular. Sinto, grande parte do tempo, que sou mau ou que não tenho qualquer valor. Sinto-me bastante culpado. Agora, sinto permanentemente que sou mau e não valho absolutamente nada Considero que sou mau e não valho absolutamente nada.	0,797
6	Não sinto que esteja a ser vítima de algum castigo. Tenho o pressentimento que me pode acontecer alguma coisa de mal. Sinto que estou a ser castigado ou que em breve serei castigado. Sinto que mereço ser castigado. Quero ser castigado.	0,793
7	Não me sinto descontente comigo. Estou desiludido comigo. Não gosto de mim. Estou bastante desgostoso comigo. Odeio-me.	0,793
8	Não sinto que seja pior do que qualquer outra pessoa. Crítico-me a mim mesmo pelas minhas fraquezas ou erros. Culpo-me das minhas próprias faltas. Acuso-me por todo o mal que me acontece.	0,795
9	Não tenho quaisquer ideias de fazer mal a mim mesmo. Tenho ideias de pôr termo à vida, mas não sou capaz de as concretizar. Sinto que seria melhor morrer. Creio que seria melhor para a minha família se eu morresse. Tenho planos concretos sob a forma como hei-de pôr termo à vida. Matar-me-ia se tivesse oportunidade.	0,786
10	Actualmente não choro mais do que o costume. Choro mais do que o costume. Actualmente passo o tempo a chorar e não consigo parar de fazê-lo. Costumava ser capaz de chorar, mas agora nem sequer consigo, mesmo quando tenho vontade.	0,786
11	Não fico agora mais irritado do que ficava. Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que ficava. Sinto-me permanentemente irritado. Já não consigo ficar irritado por coisas que me irritavam anteriormente.	0,797
12	Não perdi o interesse que tinha nas outras pessoas. Actualmente sinto menos interesse pelos outros do que costumava ter. Perdi quase todo o interesse pelas outras pessoas, sentindo pouca simpatia por elas. Perdi por completo o interesse pelas outras pessoas, não me importando absolutamente com nada a seu respeito.	0,780
13	Sou capaz de tomar decisões tão bem como antigamente. Actualmente sinto-me menos seguro de mim e procuro evitar tomar decisões. Não sou capaz de tomar decisões sem a ajuda de outras pessoas. Sinto-me completamente incapaz de tomar qualquer decisão.	0,785
14	Não acho que tenho pior aspecto do que costumava . Estou aborrecido porque estou a parecer velho e pouco atraente.	0,795

	Sinto que se deram modificações permanentes na minha aparência que me tornaram pouco atraente. Sinto que sou feio ou que tenho um aspecto repulsivo.	
15	Sou capaz de trabalhar tão bem como antigamente. Agora preciso de um esforço maior do que antes para começar a trabalhar. Não consigo trabalhar tão bem como de costume. Tenho de despende um grande esforço para fazer seja o que for. Sinto-me incapaz de realizar qualquer trabalho, por mais pequeno que seja.	0,795
16	Consigo dormir tão bem como dantes. Acordo mais cansado de manhã do que era habitual. Acordo cerca de 1-2 horas mais cedo do que é costume e custa-me voltar a adormecer. Acordo todos os dias mais cedo do que o costume e não durmo mais do que cinco horas.	0,794
17	Não me sinto mais cansado do que o habitual. Fico cansado com mais facilidade do que antigamente. Fico cansado quando faço seja o que for. Sinto-me tão cansado que sou incapaz de fazer seja o que for.	0,804
18	O meu apetite é o mesmo de sempre. O meu apetite não é tão bom como costumava ser. Actualmente o meu apetite está muito pior do que anteriormente. Perdi por completo todo o apetite que tinha.	0,801
19	Não tenho perdido muito peso, se é que perdi algum, ultimamente. Perdi mais de 2,5 quilos de peso. Perdi mais de 5 quilos de peso. Perdi mais de 7,5 quilos de peso.	0,809
20	A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual. Sinto-me preocupado com dores e sofrimento, com má disposição de estômago ou prisão de ventre ou ainda com outras sensações físicas desagradáveis. Estou tão preocupado com a maneira como me sinto ou com aquilo que sinto, que se me torna difícil pensar noutra coisa. Encontro-me totalmente preocupado pela maneira como me sinto.	0,798
21	Não notei qualquer mudança recente no meu interesse pela vida sexual. Encontro-me menos interessado pela vida Sexual do que costumava estar. Actualmente sinto-me muito menos interessado pela vida sexual. Perdi completamente o interesse que tinha pela vida sexual.	0,795
COEFICIENTE ALFA CRONBACH GLOBAL		0,801

ANEXO III

Autorização para aplicação das Escalas

**PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DA ESCALA INVENTÁRIO DE
DEPRESSÃO DE BECK**

Boa noite, Sr. Prof.Dr.Vaz Serra,

Sou enfermeira na Unidade de Cuidados Intensivos do HSTViseu e encontro-me a efectuar uma especialidade na area da Médico-Cirurgica.

Para concluir esta especialidade e com grau de mestre tenho que efectuar um trabalho de investigação.Esse trabalho irá abordar a sintomatologia depressiva e o estado nutricional em doentes em cuidados paliativos, pelo que pensei em aplicar o Inventário de beck que foi aferido pelo Senhor.Venho por este meio pedir-lhe que me dê a sua autorização para o aplicar e caso tenha disponibilidade que me envie algumas orientações acerca dessa aplicação.

Desde ja fico muito agradecida.

Cumprimentos, Enf. Ana Gomes

**Adriano Vaz-SerraSenhora Enfermeira Ana Gomes,
deAdriano Vaz-Serra adriano.vazserra@gmail.com
paraana gomes <aamcsgomes@gmail.com>**

data9 de janeiro de 2011 22:17

assuntoRe: trabalho de investigação

enviado porgmail.com

assinado porgmail.com

Senhora Enfermeira Ana Gomes,

Junto envio em anexo o BDI, a cotação das diversas questões e alguns comentários complementares.

Desejando os melhores êxitos para o seu trabalho, aceite as melhores saudações de
Adriano Vaz Serra

3 anexos — Baixar todos os anexos (zipado para Português)

BDI Adaptado.DOC

230K Visualizar Baixar

Cotação do Inventário Depressivo de Beck.doc

68K Visualizar Baixar

Informações complementares sobre o BDI.doc

26K Visualizar Baixar

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DA ESCALA MUST

Sent: 16 July 2010 22:41

To: Bapen

Subject:

Good night

I am a nurse in a Portuguese hospital (intensive care unit) and I am doing an investigation work about depression in palliative care

To do so i will need to assess the nutritional condition of patients using the "Malnutrition Universal Screening Tool " (MUST)

I will be very greatfull if you allow me to do so

Best regards

Ana Maria Gomes

Hello Ana

Please find attached documents which may help you.

If you wish any further advice please contact me

Regards,

Kirstine

Kirstine Farrer,

Consultant Dietitian,

Salford Community Health,

NHS Salford. Tel: 0161 206 4258

On behalf of BAPEN

From: Association Exhibitions [mailto:exhibitions@sovereignconference.co.uk] On Behalf Of Bapen

Sent: 19 July 2010 17:06

To: Farrer Kirstine

Subject: FW:

From: ana [gomes \[mailto:aamcsgomes@gmail.com\]](mailto:aamcsgomes@gmail.com)

ANEXO IV

Autorização dos Hospitais



Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior
Instituto Politécnico de Viseu

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº102
3500-843 VISEU
Telf. 232 419 100
Telem. 961 011 800
Fax 232 428 343

Exmo. Senhor:
Presidente do Conselho de Administração
Hospital do Fundão (Centro Hospitalar da Cova da
Beira)
Av. Adolfo Portela
6230-288 FUNDÃO

VOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	Data:
Processo:	

NOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº: 50	Data: 18/01/2011
Processo: 70	

Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR A COLHEITA DE DADOS

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, está a Escola Superior de Saúde de Viseu e um grupo de alunos do 1º CEMEC a desenvolverem um estudo subordinado ao tema "Influência das variáveis: a dor, o estado nutricional, o padrão de sono e do apoio social na depressão em doentes em cuidados paliativos".

O estudo tem como objectivo principal identificar os principais factores determinantes da depressão no doente em cuidados paliativos relacionados com a dor, estado nutricional, padrão do sono e apoio social.

Pretendemos colher dados junto dos utentes no período compreendido entre 24 de Janeiro a 30 de Maio de 2011.

Neste contexto, solicitamos a V. Ex.^a que se digne a autorizar a realização da colheita de dados/informação, através do Instrumento de Colheita de Dados que junto enviamos em anexo.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.^a, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informo que o Professor Olivério de Paiva Ribeiro é responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100 ou fax 232428343.

Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível por forma a cumprir os prazos académicos.

Sem mais assunto de momento e muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos.

O Presidente da ESSV

João Cayvalho Duarte
(Prof. Coordenado)

OR/LA

Na resposta indicar a «nossa referência». Em cada officio tratar só de um assunto



S. R.

Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior
Instituto Politécnico de Viseu

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº102
3500-843 VISEU
Telf. 232 419 100
Telem. 961 011 800
Fax 232 428 343Exmo. Senhor:
Presidente do Conselho de Administração
Do Hospital Arcebispo João Crisóstomo - Cantanhede
R. Padre Américo, Apartado 61

3061-909 CANTANHEDE

VOSSA REFERÊNCIA		NOSSA REFERÊNCIA	
Ofício n.º:	Data:	Ofício. n.º 49	Data: 18/01/2011
Processo:		Processo: 70	

Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR A COLHEITA DE DADOS

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, está a Escola Superior de Saúde de Viseu e um grupo de alunos do 1º CEMEC a desenvolverem um estudo subordinado ao tema "Influência das variáveis: a dor, o estado nutricional, o padrão de sono e do apoio social na depressão em doentes em cuidados paliativos".

O estudo tem como objectivo principal identificar os principais factores determinantes da depressão no doente em cuidados paliativos relacionados com a dor, estado nutricional, padrão do sono e apoio social.

Pretendemos colher dados junto dos utentes no período compreendido entre 24 de Janeiro a 30 de Maio de 2011.

Neste contexto, solicitamos a V. Ex.ª que se digne a autorizar a realização da colheita de dados/informação, através do Instrumento de Colheita de Dados que junto enviamos em anexo.

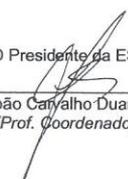
Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.ª, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informo que o

Professor Olivério de Paiva Ribeiro é responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100 ou fax 232428343.

Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível por forma a cumprir os prazos académicos.

Sem mais assunto de momento e muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos.

O Presidente da ESSV


 João Carvalho Duarte
(Prof. Coordenado)

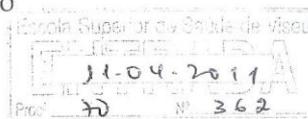
OR/LA

Na resposta indicar a vossa referência. Em cada ofício tratar só de um assunto



Hospital Cantanhede
Arcebispo João Crisóstomo

Hospital do Arcebispo João Crisóstomo
Conselho de Administração



Exmº Senhor

HAJC Saída 00476 06:04*11

Prof. João Carvalho Duarte

M.I. Presidente do Conselho Directivo da

Escola Superior de Saúde de Viseu

Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº 102

3500-843 Viseu

23
Ao conhecimento do
responsável do trabalho
de inventos 22/4/11
[Signature]

V/Refº

Data

Nº/Refº

Data

Assunto: Pedido de autorização para efectuar a colheita de dados.

Em resposta ao ofício de V. Exª, referência nº 274, datado de 03 de Março de 2011, somos a informar que em reunião de Conselho de Administração de 05 de Abril do corrente ano, foi deliberado autorizar a colheita de dados, nos termos propostos.

Com os melhores cumprimentos. *17*

O Presidente do Conselho de Administração,

[Signature]

(Vitor Manuel Costa Leonardo)

VL/FF

Hospital Arcebispo João Crisóstomo
Rua Padre Américo
Apartado 61
3061-909 CANTANHEDE

Tel: 231 419 210
Fax: 231 419 219
administracao@hdcantanhede.min-saude.pt
www.hdcantanhede.min-saude.pt





Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior
 Instituto Politécnico de Viseu
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº102
 3500-843 VISEU
 Telf. 232 419 100
 Telem. 961 011 800
 Fax 232 428 343

Amicus de etre
 11.02.2011

Exmo. Senhor:
 Presidente do Conselho de Administração
 Hospital de Seia
 Rua Alexandrina Soares Albergaria
 6270-498 Seia

VOSSA REFERÊNCIA		NOSSA REFERÊNCIA	
Ofício n.º:	Data:	Ofício. n.º 133	Data: 04/02/2011
Processo:		Processo: 70	

Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR A COLHEITA DE DADOS

Na resposta indicar a vossa referência. Em cada ofício tratar só de um assunto

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, está a Escola Superior de Saúde de Viseu e um grupo de alunos do 1º CEMEC a desenvolverem um estudo subordinado ao tema "Influência das variáveis: a dor, o estado nutricional, o padrão de sono e do apoio social na depressão em doentes em cuidados paliativos".

O estudo tem como objectivo principal identificar os principais factores determinantes da depressão no doente em cuidados paliativos relacionados com a dor, estado nutricional, padrão do sono e apoio social.

Pretendemos colher dados junto dos utentes no período compreendido entre 24 de Janeiro a 30 de Maio de 2011 na Unidade de Cuidados Paliativos dessa Instituição.

Neste contexto, solicitamos a V. Ex.ª que se digne a autorizar a realização da colheita de dados/informação, através do Instrumento de Colheita de Dados que junto enviamos em anexo.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.ª, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informo que o Professor Olivério de Paiva Ribeiro é responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100 ou fax 232428343.

Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível por forma a cumprir os prazos académicos.

Sem mais assunto de momento e muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos.

Reserva de Condições de Ética:

*O projecto A estudar apresenta
 A cond. e a requere, necessrio
 ORLA para ser feita CES (med. com. e
 agr.*

1603 2011

[Handwritten signature]

O Presidente do ECSV

João Carvalho Duarte
 (Prof. Coordenado)



Prof. Oliveira



Comissão de Ética para a Saúde

*o.o.
Ao conhecimento do
procedimento de
trabalho de inquérito
18/3/11*



Exmo. Sr. Dr. João Carvalho Duarte
Presidente da ESSV
R. D. João Crisóstomo Gomes de
Almeida, nº 102
3500 - 843 Viseu

Data: 16-03-2011

.Profª Júlia Amaral;
.Dr. José Lavrador Gama;
.Dra. Cristina Dinis;
.Dra. Eugénia Pereira;
.Enfª Idalina Silva;
.Dr. Luís Paulo Silva;
.Dra. Marta Capelo;
.Enfª Natércia Castelo.

ASSUNTO: Envios dos Pareceres

2172

Junto envio a V. Exa. os dois pareceres da Comissão de Ética, levado a efeito na reunião do dia 16 de Março de 2011.

Com os melhores cumprimentos.

Pe' A Comissão de Ética para a Saúde

M. Correia





Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior
Instituto Politécnico de Viseu

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº102
3500-843 VISEU
Telf. 232 419 100
Telef. 961 011 800
Fax 232 428 343

Exmo. Senhor:
Presidente do Conselho de Administração
Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil
E.P.E
Av. Bissaya Barreto, 98
3000-075 COIMBRA

VOSSA REFERÊNCIA		NOSSA REFERÊNCIA	
Ofício n.º:	Data:	Ofício. n.º 134	Data: 04/02/2011
Processo:		Processo: 70	

Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR A COLHEITA DE DADOS

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, está a Escola Superior de Saúde de Viseu e um grupo de alunos do 1º CMEMC a desenvolverem um estudo subordinado ao tema **"Influência das variáveis: a dor, o estado nutricional, o padrão de sono e do apoio social na depressão em doentes em cuidados paliativos"**.

O estudo tem como objectivo principal identificar os principais factores determinantes da depressão no doente em cuidados paliativos relacionados com a dor, estado nutricional, padrão do sono e apoio social.

Pretendemos colher dados junto dos utentes no período compreendido entre 24 de Janeiro a 30 de Maio de 2011 na Unidade de Cuidados Paliativos dessa Instituição.

Neste contexto, solicitamos a V. Ex.ª que se digne a autorizar a realização da colheita de dados/informação, através do Instrumento de Colheita de Dados que junto enviamos em anexo.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.ª, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informo que o Professor Olivério de Paiva Ribeiro é responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100 ou fax 232428343.

Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível por forma a cumprir os prazos académicos.

Sem mais assunto de momento e muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos.

O Presidente da ESSV

João Carvalho Duarte
(Prof/Coordenado)

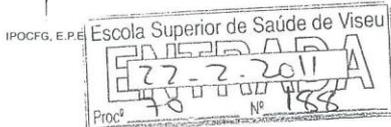
OR/LA

Na resposta indicar a vossa referência. Em cada ofício tratar só de um assunto



Informação

IPO COIMBRA - FRANCISCO GENTIL, E.P.E.



Exmº Senhor
 Presidente da ESSV
 Prof. João Carvalho Duarte
 Escola Superior de Saúde de
 Viseu
 Rua D. João Crisóstomo Gomes de
 Almeida, nº 102
 3500-843 VISEU

Nossa referência

Escolas/SCA

Assunto:

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR A COLHEITA DE DADOS

Em resposta ao V. ofício N.º 134, Processo 70 de 04/02/2011, sobre o assunto em epígrafe, informa-se V. Ex.º que, de acordo com o parecer da Direcção de Enfermagem, o Conselho de Administração do Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE deliberou indeferir o pedido de autorização para efectuar a colheita de dados.

Com os melhores cumprimentos.

PEL'O CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
 O Vogal Executivo

Carlos Santos
 (Carlos Santos)
 Vogal executivo

cc

Indicar na resposta a referência supra



Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior
Instituto Politécnico de Viseu

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, n.º102
3500-843 VISEU
Telf. 232 419 100
Telem. 961 011 800
Fax 232 428 343

Exmo. Senhor:
Presidente do Conselho de Administração
Hospital Cândido de Figueiredo
Av. General Humberto Delgado
3460-525 Tondela

VOSSA REFERÊNCIA		NOSSA REFERÊNCIA	
Ofício n.º:	Data:	Ofício. n.º	Data:
Processo:		132	04/02/2011
		70	

Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR A COLHEITA DE DADOS

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, está a Escola Superior de Saúde de Viseu e os alunos: Ana Gomes, Lúcia Prior, Paula Machado e Carla Duarte do 1.º CEMEC a desenvolverem um estudo subordinado ao tema "Influência das variáveis: a dor, o estado nutricional, o padrão de sono e do apoio social na depressão em doentes em cuidados paliativos".

O estudo tem como objectivo principal identificar os principais factores determinantes da depressão no doente em cuidados paliativos relacionados com a dor, estado nutricional, padrão do sono e apoio social.

Pretendemos colher dados junto dos utentes no período compreendido entre 07 de Janeiro a 30 de Maio de 2011 na Unidade de Cuidados Paliativos dessa Instituição.

Neste contexto, solicitamos a V. Ex.ª que se digne a autorizar a realização da colheita de dados/informação, através do Instrumento de Colheita de Dados que junto enviamos em anexo.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.ª, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informo que o Professor Olivério de Paiva Ribeiro é responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100 ou fax 232428343.

Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível por forma a cumprir os prazos académicos.

Sem mais assunto de momento e muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos.

O Presidente da ESSV

João Capvalho Duarte
(Prof. Coordenado)

OR/LA

Na resposta indicar a «nossa referência». Em cada ofício tratar só de um assunto



V.^a Ref.^ª: 132
Proc. 70
Data: 04-02-2011

N.^ª Ref.^ª: 0082
Data: 14-02-2011

Exm^o Senhor
Presidente do Conselho Directivo
da Escola Superior de Saúde de Viseu
Rua D. João Crisóstomo Gomes de
Almeida, n^o 102
3500-843 VISEU

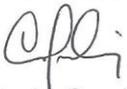
Assunto: Pedido Autorização para efectuar a colheita da dados

Em resposta ao solicitado informamos V.Ex.^a. que não se nos afigura adequado que na actual fase de arranque da Unidade de Cuidados Paliativos se inicie qualquer processo de investigação/questionário, dado que os dados a recolher são insuficientes. Existem unidades que cumprem essa função no Hospital de Cantanhede e Hospital de Seia que já estão consolidados e com histórico de doentes desta tipologia.

Com os nossos melhores cumprimentos.

0.2)
Ao colaborar de
responsores pela investigação,
em anexo.
14/3/11
CP

O Presidente do Conselho de Administração


(Cílio Pereira Correia, Dr.)

ANEXO V

Consentimento informado do doente

**Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica da
Escola Superior de Saúde de Viseu**

Ana Gomes

Consentimento Informado

Exmo(a). Sr(a).

No âmbito do trabalho de Mestrado está-se a realizar uma investigação em que se procura compreender se alguns factores, tais como o estado nutricional, contribuem para a depressão no doente em cuidados paliativos.

Com este trabalho pretende-se contribuir para a melhoria da saúde mental dos doentes em cuidados paliativos, e para que seja cada vez maior e melhor a importância dada ao bem-estar e saúde dos doentes crónicos.

Por isso é muito importante poder contar com a sua colaboração nesta investigação. Pede-se que leia este documento com atenção. Caso não entenda alguma coisa, peça ao responsável pelo estudo os esclarecimentos que desejar.

O tratamento dos dados que se vai recolher serve exclusivamente para fins de investigação e será totalmente salvaguardado o anonimato e confidencialidade na sua divulgação. O investigador é uma pessoa com formação superior e está obrigado a deveres éticos e deontológicos de sigilo que salvaguardam estas situações.

Agradeço muito a sua disponibilidade e colaboração!

Eu _____ fui informado(a) sobre os objectivos e condições de participação nesta investigação. Sinto-me esclarecido(a) e autorizo participar na investigação nas condições acima definidas.

_____, ____/____/____ Rubrica: _____