

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

1º Curso de Mestrado em Enfermagem Medico Cirúrgica

Paula Cristina Morais Machado

A Influência da Dor na Depressão nos Doentes em Cuidados Palíativos



Novembro 2011

1º Curso de Mestrado em Enfermagem Medico Cirúrgica

Paula Cristina Morais Machado

A Influência da Dor na Depressão nos Doentes em Cuidados Paliativos – Volume II

Sob orientação do Professor Olivério Ribeiro



“Nenhuma grande descoberta foi feita jamais sem um palpite ousado”

Isaac Newton

RESUMO

Muitos profissionais de saúde assumem intrinsecamente que é natural a pessoa estar deprimida quando se vê confrontada com a iminência da morte. Mas a depressão é uma condição tratável e cabe aos profissionais estarem capacitados para a sua identificação e tratamento precoce. Em cuidados paliativos a depressão e a dor são duas entidades frequentemente presentes e a sua relação de reciprocidade é controversa. Contudo, ninguém duvida do impacto negativo que causa na qualidade de vida e no sofrimento dos doentes e família.

O presente estudo teve como objectivo identificar qual a influencia da dor na depressão nos doentes em cuidados paliativos.

Estudo de cariz transversal, descritivo-correlacional, com colheita de dados por formulário, recorrendo-se à Escala Visual Analógica para avaliação da intensidade da dor e ao Inventário de Depressão de Beck para determinar a depressão. Foi critério de exclusão os doentes com alterações neurológicas incapacitantes de responder às questões.

Amostra não probabilística, constituída por 50 doentes internados nas Unidades de Cuidados Paliativos de Cantanhede e Seia, no período de 24 Janeiro a 30 Junho de 2011, sendo 26 mulheres e 24 homens com idades compreendidas entre os 41 e os 95 anos. Os dados obtidos permitiram traçar o perfil sócio-demográfico médio dos doentes estudados, caracterizado como indivíduo de 72 anos, reformado, a residir com familiares em meio rural, casado ou a viver em união de facto e com o ensino básico.

A maioria dos doentes apresentou sintomatologia depressiva (92.0%). No momento da recolha de dados 60% dos doentes revelou ter dor e destes 76,7% classificou-a de moderada.

Assim, podemos inferir que a dor e a depressão estão intimamente relacionadas. A presença de dor é preditiva da depressão, no entanto os dados obtidos foram insuficientes para comprovar a relação entre a intensidade da dor e a depressão.

Palavras-chave: Depressão; Dor; Cuidados Paliativos.

ABSTRACT

Many health professionals intrinsically assume that is natural to be depressed when someone is confronted with the imminence of death. However it's important to know that it is a treatable condition and it's up to professionals to be able for their identification and early treatment. In palliative care, depression and pain are two entities often present and their mutual relationship is controversial. But no one doubts about the negative impact on life quality and in patient and family's suffering.

The present study as objective identifies the influence of pain on depression in patients with palliative care.

Cross-sectional study, descriptive and correlational, performed a data collection through a form, where were used the Visual Analog Scale to assess pain intensity and the Beck Depression Inventory to determine depression. Exclusion criteria were patients who presented disabling neurological disorders to answer the questions.

The non-probabilistic sample was composed of 50 patients admitted in the Palliative Care Unit of Cantanhede and Seia from 24 January to 30 June 2011, with 26 women and 24 men aged between 41 and 95 years old. It was possible to trace the average socio-demographic profile of the patients studied, we have a subject with about 72 years old, retired, living with relatives in rural areas, married or living together and with basic education.

The majority of patients had depressive symptoms (92.0%). During the collection of data 60% of patients revealed to be in pain and of these 76.7% classified it as moderate.

So we can infer that the pain and depression are closely related. The presence of pain is predictive of depression however the available data were insufficient to prove the relationship between pain intensity and depression.

Key Words: Depression; Pain; Palliative care.

ÍNDICE

Pág.

ÍNDICE QUADROS

ÍNDICE FIGURAS

ÍNDICE SIGLAS

1 – INTRODUÇÃO.....	17
2 – CUIDADOS PALIATIVOS	19
2.1 – FILOSOFIA DOS CUIDADOS PALIATIVOS	19
2.2 – ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS.....	20
3 – CONTEXTUALIZAÇÃO DA DEPRESSÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS	23
4 – RELAÇÃO ENTRE A DOR E DEPRESSÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS	27
5 – METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO	31
5.1 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....	33
5.2 – ANÁLISE DE DADOS ESTATÍSTICA.....	34
6 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	37
6.1 - CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA.....	37
6.2 - AVALIAÇÃO CLÍNICA.....	39
6.3 - CARACTERIZAÇÃO DA DOR.....	41
6.4 - CARACTERIZAÇÃO DA DEPRESSÃO.....	42
7 - ANÁLISE INFERENCIAL.....	45
8 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	51
9 - CONCLUSÃO	57
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	59
APÊNDICE I – Pedidos de autorização para realizar a investigação.....	67
APÊNDICE II – Consentimento Informado.....	79
APÊNDICE III – Instrumento de Colheita de Dados.....	83
APÊNDICE IV – Documentação referente ao Inventário de Depressão de Beck.....	89
APÊNDICE V – Análise de consistência interna.....	99

ÍNDICE QUADROS

	Pág.
Quadro 1 – Critérios de estratificação dos episódios depressivos.....	24
Quadro 2 – Classificação do grau de dispersão no Coeficiente de Variação.....	35
Quadro 3 – Estatísticas relativas à idade.....	37
Quadro 4 – Características sócio-demográficas em função do sexo.....	38
Quadro 5 – Características clínicas em função do sexo.....	40
Quadro 6 – Características da dor.....	41
Quadro 7 – Estatísticas relativas à dor.....	42
Quadro 8 – Estatísticas relativas à depressão.....	42
Quadro 9 – Caracterização da sintomatologia depressiva segundo o sexo.....	43
Quadro 10 – Dados comparativos entre a nossa amostra e o estudo de Vaz Serra.....	43
Quadro 11 – Análise de regressão linear simples entre a depressão e a idade.....	45
Quadro 12 – Estudo da relação entre as variáveis sócio-demográficas e a depressão	46
Quadro 13 – Estudo entre as variáveis clínicas e a depressão.....	48
Quadro 14 – Estudo entre a dor e a depressão.....	49
Quadro 15 – Análise de regressão linear simples entre a depressão e a dor.....	49

ÍNDICE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 – Representação esquemática da relação prevista entre variáveis.....	32

ÍNDICE SIGLAS

APCP – Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

EVA – Escala Visual Analógica

PNCP – Plano Nacional de Cuidados Paliativos

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

UCP – Unidade Cuidados Paliativos

1 – INTRODUÇÃO

Durante a segunda metade do século XX, muitos foram os progressos alcançados pela medicina. Nos países desenvolvidos, os cuidados em final de vida passaram do seio da família para a esfera hospitalar desenvolvendo-se num ambiente impessoal, praticados por pessoas estranhas ao doente e dominados por procedimentos e dispositivos médicos invasivos.

Nesta perspectiva a maioria dos profissionais de saúde foi educada na valorização da cura e no recurso aos meios de prolongamento da vida, por vezes de forma obstinada, com desrespeito pelo direito do doente a um final de vida com qualidade e conforto. Assim, confrontam-se inúmeras vezes com o insucesso dos tratamentos e da terapêutica o que cria sentimentos de frustração e leva muitas vezes à desistência de cuidar o doente por considerarem que nada mais há a fazer (SILVA; HORTALE, 2006).

Na contramão deste processo, encontram-se os cuidados paliativos. A tendência mundial para a longevidade, conducente a um contexto de surgimento de doenças crónicas, terminais e que provocam a perda progressiva da autonomia, bem como as recentes alterações das estruturas familiares, têm tido impacto crescente na organização dos sistemas de saúde e nos recursos especificamente destinados aos doentes crónicos. Como tal, para centrar a prestação de cuidados nos cidadãos e suas famílias é exigível uma organização de serviços de modo a permitir o acesso a cuidados no tempo certo, no local certo e pelo prestador mais adequado (PLANO NACIONAL CUIDADOS PALIATIVOS, 2010).

Desta forma, surge o interesse por esta área de cuidados, uma vez que sinto uma lacuna na minha formação e ao mesmo tempo um desejo crescente de dar uma resposta mais adequada às situações com que me deparo no dia-a-dia. Pois, mesmo com toda a tecnologia disponível e aplicada no sentido de curar e prolongar a vida, existe um significativo grupo de doentes que em nada beneficiam com a chamada medicina avançada e, portanto, só lhes resta aspirar a um cuidar baseado na filosofia dos cuidados paliativos.

Outro factor que desencadeou a escolha desta temática foi a existência de poucos trabalhos que abordem o tema da depressão nos doentes em cuidados paliativos.

De certa maneira, é intrinsecamente assumindo por muitos profissionais de saúde que é natural a pessoa estar deprimida quando se vê confrontada com a iminência da morte. No entanto, como explicam Silva e Hortale (2006), é importante saber que esta condição é tratável e cabe aos profissionais estarem atentos para a necessidade de a identificar e

capacitados para instituir o melhor tratamento. Pois frequentemente, a depressão causa sofrimento prejudicando a gestão holística de sintomas e diminuindo a qualidade de vida.

Neste contexto é relevante o crescente papel atribuído ao alívio da dor, uma vez que a sua persistência tem uma influência decisiva na deterioração da condição geral do doente. O seu controlo deve ser encarado como uma prioridade, uma vez que se trata de um factor decisivo para a indispensável humanização dos cuidados de saúde. Um reflexo desta realidade foi o facto da Direcção-Geral de Saúde ter instituído a dor como 5º sinal vital.

É neste âmbito que surge a questão central da pergunta em que medida a dor influencia a depressão nos doentes em cuidados paliativos?

Para responder a esta questão, desenvolve-se um estudo de cariz transversal, explicativo descritivo e correlacional através da aplicação de um instrumento de colheita de dados a doentes internados nas Unidades de Cuidados Paliativos de Cantanhede e Seia. A amostra está limitada a estas duas unidades por recusa para aplicação do respectivo formulário por parte das restantes unidades da Região Centro (Fundão, IPO-Coimbra e Tondela). Sintetizando, pretende-se atingir os seguintes objectivos:

- Identificar qual a influência da dor na depressão em doentes em cuidados paliativos;
- Caracterizar sócio-demograficamente a amostra;
- Determinar a depressão nos doentes em cuidados paliativos;
- Avaliar a dor nos doentes em cuidados paliativos.

O presente trabalho encontra-se estruturado em nove capítulos. Os primeiros quatro centram em si o referencial teórico que sustenta o estudo através de uma revisão da literatura relacionada com os cuidados paliativos, a depressão e a dor. No quinto encontra-se descrita a metodologia da investigação, seguida da apresentação dos resultados sua discussão e, por último, são apresentadas as conclusões.

2 – CUIDADOS PALIATIVOS

Os progressos da medicina traduziram-se numa longevidade crescente e no conseqüente aumento das doenças crónicas, conduzindo a um aumento significativo do número de pessoas que não se curam. O modelo curativo centrado no “ataque à doença” não se coaduna com as necessidades deste tipo de doentes, necessidades estas que têm sido frequentemente esquecidas (APCP, 2006).

Somente a partir da segunda metade do século XX, é que os antigos métodos de cuidar foram redescobertos e agregados às novas descobertas da medicina, possibilitando uma nova abordagem nos cuidados aos doentes.

O moderno movimento dos Cuidados Paliativos iniciou-se em Inglaterra na década de 60, e posteriormente foi-se alargando ao Canadá, Estados Unidos e mais recentemente à restante Europa. Teve o indiscutível mérito de chamar a atenção para o sofrimento dos doentes incuráveis, para a falta de respostas por parte dos serviços de saúde e para a especificidade dos cuidados que teriam que ser garantidos a esta população.

Surgiram diversas organizações e associações, bem como inúmeras publicações científicas (livros, teses, periódicos e manuais) e sítios na Internet. Congressos, jornadas, encontros e programas de intercâmbio possibilitaram a troca de experiências entre centros mais avançados e serviços incipientes em diversos países. A Organização Mundial de Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde agregaram cuidados paliativos aos programas de controlo do cancro na década de 80.

Apesar de se verificar um progressivo desenvolvimento dos cuidados paliativos a nível internacional e de serem consagrados pela própria Comunidade Europeia como um direito humano fundamental, o seu desenvolvimento em Portugal é ainda muito tímido. Desde Junho de 2004, o nosso país tem um Programa Nacional de Cuidados Paliativos e há, portanto, o reconhecimento político que esta é uma área altamente carenciada (MEIRELES, 2008).

2.1 – FILOSOFIA DOS CUIDADOS PALIATIVOS

Os cuidados paliativos constituem uma resposta organizada do Serviço Nacional de Saúde à necessidade de tratar, cuidar e apoiar activamente os doentes na fase final da vida. Para a Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (2006), estes definem-se como uma resposta activa 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. São cuidados de saúde activos, coordenados e globais, que incluem o apoio à família, prestados por equipas e unidades específicas, em internamento ou no domicílio, segundo níveis de diferenciação e combinam ciência e humanismo.

Os cuidados paliativos são considerados os cuidados intensivos do conforto, pelo que, no Plano Nacional de Cuidados Paliativos (2004) são realçados os seguintes aspectos:

- Afirmam a vida e aceitam a morte como um processo natural, pelo que não pretendem provocá-la ou atrasá-la, através da eutanásia ou de uma obstinação desadequada;
- Têm como objectivo central o bem-estar e a qualidade de vida do doente, pelo que se deve disponibilizar tudo aquilo que vá de encontro a essa finalidade;
- Promovem uma abordagem global e holística do sofrimento dos doentes, pelo que é necessária formação nas diferentes áreas em que os problemas ocorrem – física, psicológica, social e espiritual – e uma prestação de cuidados de saúde verdadeiramente interdisciplinar;
- São oferecidos com base nas necessidades e não apenas no prognóstico ou no diagnóstico;
- Têm a preocupação de abranger as necessidades das famílias e cuidadores, prolongam-se pelo período do luto. A unidade receptora é sempre doente e família e não devem considerar-se realidades desligadas;
- Pretendem ser uma intervenção rigorosa no âmbito dos cuidados de saúde, pelo que utilizam ferramentas científicas e se integram no sistema de saúde, não devendo existir à margem do mesmo.

Reconhecendo que existem graves deficiências e ameaças ao direito fundamental do ser humano a ser apoiado e assistido na fase final da vida, deve promover-se a possibilidade deste receber cuidados num ambiente apropriado, que promova a protecção da dignidade e a prevenção da solidão e sofrimento.

Assim, a Organização Mundial de Saúde considera os cuidados paliativos como uma prioridade da política de saúde, recomendando a sua abordagem programada e planificada numa perspectiva de apoio global aos múltiplos problemas dos doentes que se encontram na fase mais avançada da doença e no final de vida (PNCP, 2010).

2.2 – ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS

Na Europa, existem diversos modelos de organização de cuidados paliativos bem como diferenças na disponibilidade de serviços e na sua qualidade. Em Portugal, o modelo de organização adoptado, de acordo com a mais recente actualização, no Plano Nacional

Cuidados Paliativos (2010) defende uma organização integrada que inclua hospitais, rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI) e cuidados primários. Deve ser flexível, adaptando-se às características locais e regionais e admitindo que as áreas urbanas com população concentrada, diferem das do interior com população dispersa, no que respeita à organização e ao fornecimento de serviços.

Os cuidados devem ser prestados com base nas necessidades dos doentes com intenso sofrimento resultante de doença avançada, incurável e progressiva, através de um conjunto de serviços, desde estruturas de internamento ao apoio domiciliário, passando por equipas de suporte no hospital e na comunidade.

O Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho, que cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, define a constituição e funções das equipas de Cuidados Paliativos que a integram.

Neste contexto, os cuidados paliativos podem ser prestados em instalações com internamento próprio – Unidades de Cuidados Paliativos – ou por Equipas de Suporte de Cuidados Paliativos. Estas últimas são equipas móveis, sem lugares de internamento dedicados mas que acompanham, de forma estruturada e diferenciada, os doentes que requerem cuidados paliativos, quer internados, quer no domicílio.

As Unidades de Cuidados Paliativos apresentam vantagens pois estão organizados em função do doente. Têm uma estrutura física que permite criar um ambiente acolhedor, agradável e personalizado, podendo a família permanecer continuamente com o doente e colaborar nos cuidados que lhe são prestados. Têm uma equipa pluridisciplinar com formação específica que procura dar resposta às reais necessidades do doente.

Para uma correcta adequação da resposta dos serviços de saúde em cuidados paliativos há que, primeiramente, saber reconhecer quem são os doentes que carecem desta mesma tipologia de cuidados.

Os cuidados paliativos, tal como são definidos no âmbito do Plano Nacional de Cuidados Paliativos (2010), destinam-se a doentes e família que, cumulativamente:

- a. Têm prognóstico de vida limitado;
- b. Têm intenso sofrimento;
- c. Têm problemas e necessidades de difícil resolução que exigem apoio específico, organizado e interdisciplinar.

Portanto, os cuidados paliativos não são determinados pelo diagnóstico mas pela situação e necessidades do doente. No entanto, as doenças que mais frequentemente necessitam de cuidados paliativos são as oncológicas, a SIDA, algumas doenças cardiovasculares e algumas doenças neurológicas e outras insuficiências terminais de

órgãos, rapidamente progressivas. As características próprias destas doenças tornam mais frequente a existência de sintomas e de necessidades que, pela sua intensidade, mutabilidade, complexidade e impactos individual e familiar, são de muito difícil resolução, necessitando de uma intervenção especializada.

Os cuidados paliativos dirigem-se não só ao doente mas também à sua família e aos mais próximos. Estes devem ser apoiados através de cuidados planeados e estruturados, durante a vida do doente e também na fase de luto. Os cuidadores devem também ser activamente envolvidos nos planos de apoio e de tratamento, integrando-se numa perspectiva de equipa mais alargada.

Neste contexto, os cuidados paliativos podem e devem ser oferecidos o mais cedo possível no curso de qualquer doença crónica potencialmente fatal. Uma vez que, para além da dor, outros sintomas acometem os doentes, como: anorexia, depressão, ansiedade, obstipação, disfagia, dispneia, fraqueza, entre outros. Todos diminuem de algum modo a qualidade de vida dos doentes e dos cuidadores, merecendo, portanto, a atenção dos profissionais de saúde (SILVA; HORTALE, 2006).

Em consonância, Higginson e Constantin (2008), num estudo publicado no *Jornal Europeu do Cancro* reforçam a ideia de que o cuidado paliativo deve focar sintomas, e não o tratamento específico das condições subjacentes. Os sintomas mais comuns a serem tratados paliativamente são a dor, dispneia, fadiga, ansiedade, depressão, insónia, delírio, xerostomia, anorexia, obstipação, náusea e vómito.

No quotidiano dos cuidados paliativos, percebe-se que o sofrimento psíquico é tão perturbador quanto o físico e, para muitos doentes, é menos tolerável. Perante esta perspectiva, reconhece-se a depressão como uma doença a valorizar. Uma vez que é subdiagnosticada, são poucos os doentes que recebem tratamento adequado (JUVER; VERÇOSA, 2008).

3 – CONTEXTUALIZAÇÃO DA DEPRESSÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS

A depressão tem um impacto considerável e amplo na vida dos doentes, verificando-se ser um factor de aumento do uso dos serviços de saúde. Interfere negativamente com a adesão aos tratamentos e com a qualidade de vida, nomeadamente dos doentes em cuidados paliativos. Taylor e Ashelford (2008) defendem ainda que, apesar da depressão ser um problema frequente, não deve ser considerada como uma parte necessária ou normal do processo de morrer, mas sim uma condição clínica tratável, ideia corroborada por Irving e Lloyd-Williams (2010).

Bottino et al. (2009) mencionam taxas da prevalência de depressão em doentes com cancro entre 22% e 29%. E reforçam a ideia de que os doentes com depressão aderem pouco aos esquemas de tratamento, podendo mesmo adoptar comportamentos prejudiciais à saúde. Daí a necessidade de ser tratada mesmo na fase avançada da doença oncológica, principalmente se houver perspectiva de melhoria da qualidade de vida.

Para Figueiredo e Pereira (2008), a depressão é um estado mental que se caracteriza por tristeza constante e desinteresse pela maioria dos factos que compõem o dia-a-dia da pessoa. Os doentes com diagnóstico de cancro são particularmente vulneráveis à depressão, sendo que na doença em estado avançado a sua incidência pode chegar a 75%. Por outro lado, os utentes que apresentam dor mal controlada são candidatos certos a apresentarem quadros depressivos.

A depressão é uma doença multidimensional, pois compromete o aspecto físico, o humor e, conseqüentemente, o pensamento. Altera a maneira como o indivíduo vê o mundo, sente a realidade, manifesta as emoções, sente a disposição e o prazer com a vida. Assim, a depressão é uma doença afectiva ou do humor e é considerada como um transtorno psiquiátrico que exige tratamento (CASTRO, 2008). Pode ser episódica, recorrente ou crónica, e conduz à diminuição substancial da capacidade do indivíduo em assegurar as suas responsabilidades do dia-a-dia.

Segundo a Classificação Internacional das Doenças (decima revisão) CID-10, o episódio depressivo pode ser, quanto à intensidade, classificado como: leve, moderado ou grave. Sendo que, a gravidade dos sintomas e o grau de comprometimento funcional também orientam a classificação. A sintomatologia deve ter a duração de pelo menos duas semanas.

Para a estratificação dos episódios depressivos temos:

- Episódio Depressivo Leve: pelo menos dois do quadro A e de pelo menos dois do quadro B.
- Episódio Depressivo Moderado: pelo menos dois do quadro A e de pelo menos três do quadro B.
- Episódio Depressivo Grave: todos os do quadro A e pelo menos quatro do quadro B.

Quadro 1 - Critérios de estratificação dos episódios depressivos

A	B
Humor depressivo. Perda de interesse e prazer. Redução da energia e actividade diminuída.	Redução da concentração e atenção. Redução da auto-estima e confiança. Ideias de culpa e inutilidade. Pensamentos pessimistas. Ideias de auto-flagelação ou suicídio. Perturbação do sono. Diminuição do apetite.

Fonte: TAYLOR, V.; ASHELFORD, S. - Understanding depression in palliative and end-of-life care. *Nursing Standard*. [Em linha]. 23 (2008). [Consult. 8 Dezembro 2010]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19093358>

Em cuidados paliativos a depressão é uma das principais causas de sofrimento, quer para os doentes, quer para os seus cuidadores/família. Para além do comprometimento emocional, os doentes deprimidos também apresentam sintomas físicos que são difíceis de controlar e que podem ser facilmente aliviados quando a depressão é adequadamente tratada com a consequente melhoria da sua qualidade de vida. Dai a importância do diagnóstico em doentes sob cuidados paliativos (NOORANI; MONTAGNINI, 2007).

Diniz et al. (2006) mencionam que a depressão está presente em 25% dos pacientes admitidos em unidades de cuidados paliativos e, apesar dos benefícios observados com o tratamento da depressão, esta ainda permanece frequentemente subdiagnosticada. Também Taylor e Ashelford (2008) fazem referência a uma taxa de prevalência de depressão de 25,7% em doentes admitidos em unidades de cuidados paliativos.

Mais recentemente, Slovacek et al. (2010) encontraram uma incidência de depressão de 71,8% num estudo levado a cabo com uma amostra de pacientes femininas internadas numa unidade de cuidados paliativos. Rayner et al. (2010) num estudo que englobou uma amostra de 300 participantes num serviço de cuidados paliativos chegou a resultados de 36,3% de pacientes que preenchiem critérios para depressão e 19,3% para depressão major.

Reeve (2008) destaca a dificuldade acrescida para a definição e diagnóstico da depressão no contexto dos cuidados paliativos, uma vez que muitos dos sintomas físicos descritos para a depressão também são sintomas presentes na doença subjacente, tal como o cancro: cansaço, perda de peso, alterações do apetite.

No mesmo sentido, Taylor e Ashelford (2008) concluem que para os profissionais de saúde que prestam cuidados paliativos, a depressão tem sido identificada como entidade de difícil diagnóstico. Principalmente devido aos sintomas físicos e psicológicos comuns da depressão, que incluem fadiga, insónia, perda de peso e mudanças de humor, serem frequentemente confundidos com os efeitos colaterais da doença, ou confundidos com tristeza. A depressão tende a não ser identificada e, portanto, não tratada. Esta torna-se grave, quando a vontade da pessoa para viver é substituída por um desejo de apressar a morte. Em função destes efeitos negativos, o reconhecimento oportuno, bem como a avaliação e tratamento são indispensáveis para melhorar a qualidade de vida dos doentes paliativos e suas famílias.

O diagnóstico da depressão não deve ter apenas em conta os sintomas físicos, mas também os psicológicos, os sociais e os existenciais. Figueiredo e Pereira (2008) referem que não devemos esquecer que a dor física não tratada é uma das causas mais frequentes de depressão, pelo que é de extrema importância para o conforto do doente, a existência de uma equipa multi-profissional coesa e com objectivos bem definidos e confluentes.

De facto, é de salientar que a dor surge como uma das razões mais frequentes de incapacidade e sofrimento em doentes com cancro. Em algum momento da evolução da doença irão experimentar dor: 50% a 70% em todos os estádios da doença e cerca de 70% a 90% em fase de doença avançada (PIMENTA et al., 2000).

A depressão e a dor são duas entidades frequentemente presentes em indivíduos em fase avançada da doença. Através de alguma literatura consultada pode-se dizer que existe controvérsia na ligação recíproca ou não entre a depressão e a dor. Esta nem sempre é linear e de fácil compreensão, no entanto, ninguém tem dúvidas sobre o impacto negativo na qualidade de vida e no sofrimento que causa nos doentes e família.

4 – RELAÇÃO ENTRE A DOR E DEPRESSÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS

Ao longo da história o Homem tem procurado compreender a dor, as suas causas, os seus mecanismos e processos, assim como as formas de atenuá-la ou eliminá-la. Pode-se considerar que, na última década, o interesse pela dor tem vindo a aumentar de forma significativa. Hoje, é-lhe atribuída uma dimensão importante enquanto problema de saúde pública, uma vez que todos os tipos de dor induzem sofrimento frequentemente intolerável, contudo evitável, mas que se reflecte negativamente na qualidade de vida dos doentes. O controlo eficaz da dor é um direito dos que dela padecem, um dever dos profissionais de saúde e um passo fundamental na efectiva humanização das unidades de saúde (PORTAL DA SAÚDE, 2005).

Um reflexo desta crescente valorização foi a emissão pela Direcção-Geral de Saúde da Circular Normativa (nº 09/DGCG em 14 de Junho de 2003), que equipara a dor a 5º Sinal Vital. Deste modo, passou a ser considerado como norma de boa prática clínica a avaliação e o registo regular da intensidade da dor em todos os serviços prestadores de cuidados de saúde.

Então, como podemos definir dor?

No Programa Nacional de Controlo da Dor (2008) é utilizada a definição proposta pela *International Association for the Study of Pain* que considera a dor como uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só a componente sensorial mas também a componente emocional e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial ou é descrita em função dessa lesão. Esta tem a capacidade de afectar o indivíduo na sua globalidade pelo que, a sua abordagem, em muitos casos, deve ser multidimensional, tendo em conta não só os aspectos sensoriais da dor mas também as implicações psicológicas, sociais e até culturais associadas à patologia dolorosa.

De facto, a universalidade da experiência da dor é transversal à subjectividade individual, ou seja, é aquilo que a pessoa diz que é e existe sempre que a pessoa diz que existe. Devido à natureza subjectiva da dor, esta pode ser difícil de qualificar ou quantificar de modo totalmente satisfatório. Pelo que, com a avaliação da dor, pretende-se tornar objectivo algo que é iminentemente subjectivo (COSTA et al., 2007).

De acordo com Ribeiro e Cardoso (2007), para proceder à sua avaliação podem ser adoptadas diversas estratégias desde a entrevista, à observação do comportamento e ao auto-relato. Para tal, a utilização sistemática de instrumentos (escalas, inventários, questionários) tem sido entendida como uma mais-valia.

Existem vários instrumentos de avaliação disponíveis e validados, sendo estes de três tipos: unidimensionais, multidimensionais e comportamentais. A escolha deve ter em conta antes de mais, as capacidades do doente. Também não se pode esquecer que existem dimensões da dor que, com ou sem estes instrumentos, devem ser sistematicamente avaliados, como seja a localização, a intensidade e a qualidade da dor (RIBEIRO; CARDOSO, 2007).

São exemplos de escalas unidimensionais: a escala visual analógica, a escala numérica, a escala qualitativa e a escala de faces. Aplicam-se a doentes conscientes, orientados e colaborantes, com idade superior a três anos e são de aplicação simples e económica. Contudo, possuem a desvantagem de simplificarem demasiado o fenómeno doloroso, tendo em conta que este não varia apenas de intensidade (MIGUEL, 2003).

Nos doentes que apresentam alteração do estado de consciência, a valorização da dor pelos profissionais de saúde constitui uma dificuldade acrescida pelo que, a sua avaliação, ainda que subjectiva, deve contemplar expressões não verbais, nomeadamente as expressões faciais, a agitação e o gemido. Assim, surgem as escalas multidimensionais (Brief Pain Inventory, Questionário de Dor de McGill) e ainda as escalas comportamentais (Doloplus – utilizado em idosos). As escalas multidimensionais são elaboradas a partir de adjectivos que analisam de forma mais específica as componentes sensoriais e emocionais. Podem ser considerados instrumentos de avaliação complexos, de difícil aplicação na prática clínica e de difícil entendimento por parte do doente. No entanto, permitem perceber quais as repercussões sobre o comportamento e/ou qualidade de vida (RIBEIRO; CARDOSO, 2007).

A avaliação da dor é um aspecto fundamental para a obtenção do seu alívio. De facto, o controle da dor torna-se mais efectivo quando envolve intervenções que actuem nas suas diversas componentes. Daí a importância de se ter sempre presente o conceito introduzido por Cecily Saunders de “Dor Total”, termo utilizado para realçar o facto de a dor ter origem em múltiplos factores (físico, mental, social e espiritual) que causam um impacto significativo em todos os domínios, com consequências para a qualidade de vida das pessoas. Deste modo, percebe-se a necessidade de englobar múltiplas intervenções, farmacológicas e não farmacológicas, para o tratamento eficaz da dor (SAPETA, 2007).

A dor é um sintoma quase sempre presente nos doentes que necessitam de cuidados paliativos e que acarreta desnecessariamente grande sofrimento e má qualidade de vida. Quando a doença segue um percurso irreversível, o objectivo é proporcionar cuidados multidisciplinares, onde o controle dos sintomas assume particular importância. E, neste contexto a dor é aquela que reflecte maior carga negativa a nível biológico e emocional (VALENTE, 2008).

Como até agora se pode constatar, a dor pode apresenta-se de uma forma multicausal. Oliveira (2000) enfatiza que, mesmo em quadros eminentemente orgânicos, a influência dos aspectos psicológicos tem sido relevante na queixa de dor. Deste modo, as síndromes dolorosas em doença crónica podem favorecer o aparecimento da depressão.

Dor e depressão podem ocorrer concomitantemente. Pimenta et al. (2000) constataram a associação entre dor e estado depressivo, bem como a correlação positiva entre o *score* da depressão e a intensidade da dor. O estudo consistiu na divisão dos doentes com doença oncológica em dois grupos, com e sem dor. Nos doentes com dor foi identificado um valor de 66,7% de depressão contra 28,6% nos doentes sem dor.

Num artigo mais recente, Laird et al. (2009) dão destaque à prevalência da dor e da depressão em doentes com cancro. Encontraram uma média de co-existência de depressão e dor de 36,5%.

Poole et al. (2009) também obtiveram dados consistentes com a visão de que a depressão segue o desenvolvimento da dor crónica. No seu estudo encontraram 26 doentes que estavam deprimidos, correspondendo a 72% da amostra. Destes 25 mencionaram a sua depressão como uma consequência da presença de dor.

Num outro estudo que envolveu 400 doentes acompanhados numa consulta de dor crónica levado a cabo por Castro et al. (2009) obtiveram 29,9% de doentes que manifestaram sofrer de dor intensa e 42% de depressão.

Para Pimenta et al. (2000) os doentes com dor e deprimidos apresentam com maior frequência comportamentos negativos em relação à sua vida diária, daí que dor e depressão frequentemente coexistem e se gravam mutuamente. Neste sentido, a identificação precoce e o tratamento adequado dos factores associados à depressão contribuem para a melhoria da qualidade de vida destes doentes.

5 – METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO

A metodologia consiste em “definir os meios de realizar a investigação”. O investigador determina a sua maneira de proceder para obter as respostas às questões de investigação ou verificar as hipóteses (FORTIN, 2009, p. 53).

Neste capítulo apresenta-se o tipo de investigação realizada, a formulação de hipóteses, as variáveis e sua operacionalização, havendo coerência entre as definições conceptuais e os critérios de mensuração. Refere-se também o processo de selecção da amostra, o instrumento de colheita de dados, os procedimentos de colheita de dados, bem como indica e justifica as técnicas e medidas estatísticas utilizadas.

Começa-se por procurar responder à questão central da investigação: em que medida a dor influencia a depressão nos doentes em cuidados paliativos?

No contexto desta problemática, são delineados alguns objectivos.

Objectivo geral:

- Identificar a depressão nos doentes em cuidados paliativos e o que a influencia.

Objectivos específicos:

- Caracterizar sócio-demograficamente a amostra;
- Determinar a história de saúde dos doentes;
- Avaliar a dor dos doentes.

Após a determinação dos objectivos equacionam-se as seguintes hipóteses:

H₁ – As variáveis sócio-demográficas influenciam a depressão nos doentes em cuidados paliativos;

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

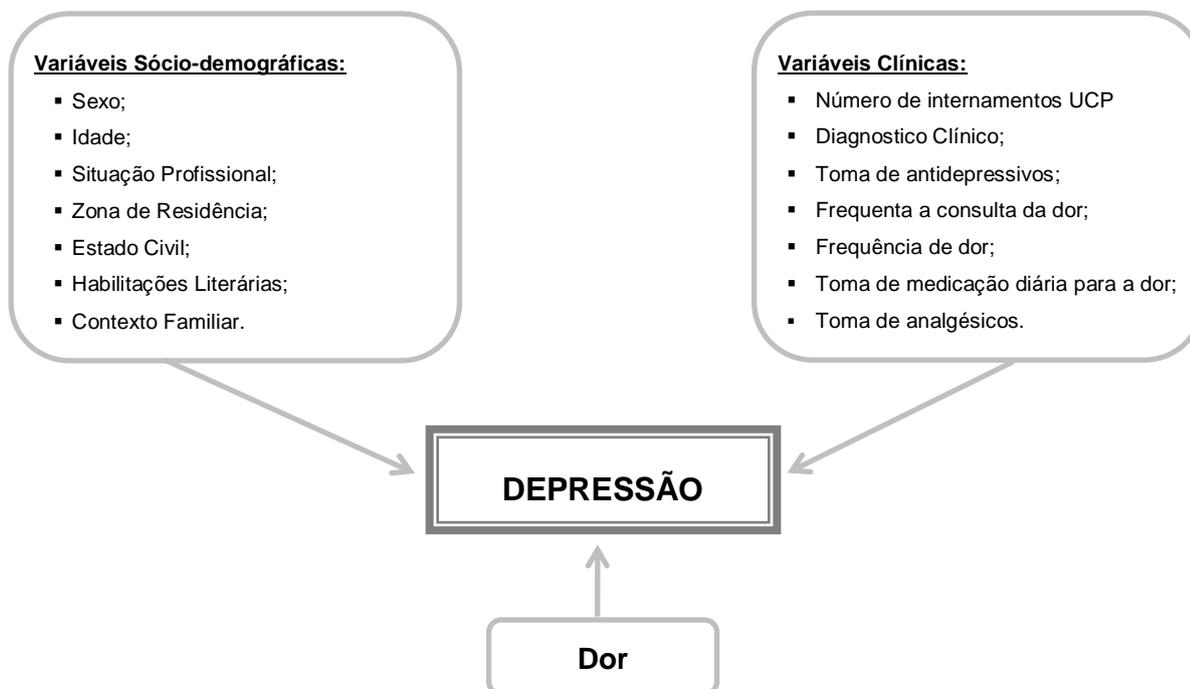
H₃ – A dor influencia a depressão nos doentes em cuidados paliativos.

As variáveis são as unidades de base da investigação. Estas são qualidades ou características às quais se atribuem valores e são susceptíveis de mudar ou variar no tempo. Podem ser classificadas segundo o papel que exercem numa investigação (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 variáveis



O estudo realizado é de cariz transversal, explicativo descritivo, analítico, retrospectivo e correlacional.

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

A amostra em estudo inclui os doentes internados em Unidades de Cuidados Paliativos sendo 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, de 24 Janeiro a 30 de Junho de 2011 e que deram o seu consentimento para o estudo.

Foram excluídos do estudo os doentes com alterações neurológicas incapacitantes de responder às questões.

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 preferível 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).

5.1 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Definido o tipo de estudo bem como, os objectivos a atingir, foi necessário proceder à elaboração do instrumento de recolha de dados que melhor se coadunasse com o tipo de amostra que se pretendia estudar.

Assim a recolha de informação foi efectuada tendo como suporte um formulário (apêndice III) elaborado com base na pesquisa bibliográfica sobre a temática e que contém um conjunto de questões e escalas que permitem avaliar, entre outros aspectos, a intensidade da dor e da depressão nos doentes internados em unidades de cuidados paliativos. A sua apresentação obedece à seguinte disposição:

SECÇÃO A – Caracterização Sócio-demográfica

Os dados biográficos referem-se à caracterização do indivíduo, nomeadamente no que se refere ao sexo, idade, situação profissional, zona de residência, estado civil, habilitações literárias e contexto familiar.

SECÇÃO B – Avaliação Clínica

Conjunto de questões que visam caracterizar algumas variáveis clínicas como: número de internamentos em unidade de cuidados paliativos, diagnóstico clínico, toma de antidepressivos, frequência de consulta da dor, frequência da dor, toma de medicação para a dor e tipo de analgésico.

SECÇÃO C – Escala de Avaliação da Intensidade da Dor

A Escala Visual Analógica consiste numa régua que se encontra dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10. Esta régua pode ser apresentada ao doente na horizontal ou na vertical. Pretende-se que este faça a equivalência entre a intensidade da sua dor e uma classificação numérica, sendo que a 0 corresponde à classificação sem dor e a 10 a classificação dor máxima (dor de intensidade máxima imaginável). A classificação numérica indicada pelo doente é a que deve ser registada (MIGUEL, 2003).

SECÇÃO D – INVENTÁRIO de Depressão de Beck (Vaz Serra e Abreu, 1973)

O Inventário de Depressão de Beck é a versão portuguesa do *Beck Depression Inventory* (BDI) publicado em 1961 por Beck, Mendelson, Mock e Erbaugh. A validação desta escala para Portugal foi feita em 1973 e é da responsabilidade de Vaz Serra e Pio Abreu (apêndice IV).

Trata-se de um questionário de auto-resposta indicado para sujeitos dos 17 aos 80 anos, constituído por 21 grupos de quatro a seis afirmações, das quais o inquirido deve seleccionar aquela que melhor descreve o seu estado no momento da avaliação.

Em cada grupo as afirmações são cotadas de 0 a 3 pontos e estão apresentadas da cotação mais baixa para a mais elevada existindo uma ou mais perguntas com a mesma cotação.

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.

Na validação da escala os autores obtiveram um índice *alfa de Cronbach*² de 0,847. A análise da consistência interna da presente escala nesta investigação, revelou um *alfa de Cronbach* de 0,801 (apêndice V).

Na validação para a população portuguesa do “Inventário Depressivo de Beck” por Vaz Serra e Pio Abreu (1973), determinaram-se os seguintes pontos de corte para classificar os sujeitos quanto à intensidade dos sintomas depressivos:

- **Sem sintomatologia depressiva**, quando o somatório global do Inventário de Depressão de Beck for inferior a 12,85;
- **Depressão leve**, quando pontuarem com Média = 17,40 e Dp = 4,55;
- **Depressão moderada**, quando pontuarem com Média = 24,80 e Dp = 6,48;
- **Depressão grave**, quando pontuarem com Média = 32,20 e Dp = 8,28.

5.2 – ANÁLISE DE DADOS ESTATÍSTICA

Na presente investigação, o tratamento estatístico é processado através da estatística descritiva e inferencial.

A estatística descritiva permite estruturar a informação numérica de modo a obter uma imagem geral das variáveis medidas numa amostra e 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).

² A consistência interna é considerada como boa se o *alfa de Cronbach* se situa entre 0,70 e 0,85 e muito boa se superior a 0,90, (PESTANA; GAGEIRO, 2008).

O coeficiente de variação permite comparar a variabilidade de duas variáveis devendo os resultados obtidos serem interpretados de acordo com Pestana e Gageiro (2008), conforme se apresenta no quadro 2.

Quadro 2 – Classificação do grau de dispersão no Coeficiente de Variação

Coeficiente de variação	Classificação do Grau de dispersão
0% - 15%	Dispersão baixa
16% - 30%	Dispersão moderada
> 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 populações. Os testes paramétricos são considerados 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 (MAROCO, 2007).

Já a estatística não paramétrica constitui alternativa aos testes paramétricos quando as condições de aplicação destes, nomeadamente a homogeneidade de variâncias entre os grupos, não se verificaram (MAROCO, 2007). Isto é: só se deve recorrer a estes testes quando o cociente 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 o seu correspondente paramétrico, deduzindo-se daí que a possibilidade de aceitar H_1 é muito maior.

Quanto à utilização da estatística paramétrica e não paramétrica destaca-se no contexto desta investigação:

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 Whitney – para comparação de médias entre dois grupos independentes.

Quando utilizamos apenas uma variável dependente e uma independente, efectuamos uma **regressão linear simples**. 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 e 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 Statistical 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.

6 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os resultados obtidos após a aplicação do instrumento de colheita de dados e o respectivo tratamento estatístico.

A apresentação dos dados surge em vários quadros precedidos da respectiva análise descritiva.

6.1 – CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

A idade da amostra variou entre os 41 e os 95 anos com uma idade média de 71,96 anos ($Dp=12,392$) e com uma distribuição moderada em torno da média.

Podemos ainda dizer que o sexo feminino apresenta uma média de idades superior comparativamente com o sexo masculino, respectivamente, 74,35 anos e 69,38 anos. No entanto, o teste U de Mann Whitney, revela que as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas ($U=233,0$; $Z=-1,535$; $p=0,125$).

Quadro 3 – Estatísticas relativas à idade

	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 $U=233,0$; $Z=-1,535$; $p=0,125$

Relativamente à **situação profissional**, verificamos que 78,0% é reformado e apenas 22,0% ainda permanecem no activo. Em relação ao sexo observamos valores semelhantes com, respectivamente, 75,0% de homens e 80,8% de mulheres na reforma. Aplicado o teste Qui-Quadrado, verificamos que as diferenças entre os sexos não são significativas ($\chi^2=0,242$; $p=0,623$).

No que se refere à **zona de residência**, temos um maior equilíbrio, visto que 56,0% vive em zona rural e os restantes 44,0% vive em zona urbana. Mais uma vez, usando o mesmo teste estatístico, não encontramos diferenças estatisticamente significativas entre os sexos, no que respeita a esta variável ($\chi^2=0,063$; $p=0,802$).

Reportando-nos ao **estado civil**, observamos que a maioria dos doentes refere que é casado ou a viver em união de facto (54,0%), seguindo-se os viúvos com 32,0%. Os

³ Teste U de Mann Whitney

divorciados são 8% e os solteiros 6%. Apesar de existir uma percentagem superior de pessoas casadas ou em união de facto do sexo masculino (62,4% vs 46,2%) e de no sexo feminino a percentagem de viúvos ser superior (38,4% vs 25,0%), não se verificaram diferenças estatisticamente significativas, ($\chi^2=1,589=$; $p=0,662$).

A maioria dos doentes (68,0%) tem o ensino básico como **habilitação literária**, seguindo-se os que não sabem ler nem escrever (24,0%). Por último, com apenas 8,0% temos os detentores do ensino secundário ou superior. Após a realização do teste respectivo para a relação entre esta variável e o sexo, verificámos diferenças estatisticamente significativas nas habilitações literárias ensino básico e ensino secundário ou superior, ou seja, enquanto que há mais mulheres com o ensino secundário ou superior, há mais homens com o ensino básico ($\chi^2=6,322=$; $p=0,042$).

Relativamente ao **contexto familiar**, a maioria dos doentes vive com familiares (86,0%) enquanto 14,0% vive sozinho. O mesmo acontece se analisarmos cada um dos sexos e, aplicando o teste Qui-Quadrado, verificamos que não há diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=0,272$; $p=0,602$).

Quadro 4 – Características sócio-demográficas em função do sexo

Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
SITUAÇÃO PROFISSIONAL (N=50)						
Reformado	18	75,0	21	80,8	39	78,0
Activo	6	25,0	5	19,2	11	22,0
ZONA DE RESIDÊNCIA (N=50)						
Rural	13	54,2	15	57,7	28	56,0
Urbana	11	45,8	11	42,3	22	44,0
ESTADO CIVIL (N=50)						
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 (N=50)						
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 Superior	-	- -2,0 res	4	15,4 2,0 res	4	8,0
CONTEXTO FAMILIAR (N=50)						
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 ($\chi^2=0,242=$; $p=0,623$)
 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 sócio-demográfico

Se quiséssemos traçar o perfil sócio-demográfico médio dos doentes estudados, teríamos um indivíduo com cerca de 72 anos, reformado (78,0%), a residir em meio rural (56,0%), casado ou a viver em união de facto (54,0%), com o ensino básico (68,0%) e a viver com familiares (86,0%).

6.2 – AVALIAÇÃO CLÍNICA

No que respeita ao **número de internamentos numa Unidade Cuidados Paliativos**, a maioria dos doentes (84,0%) esteve internado apenas uma vez, enquanto 12,0% esteve duas vezes e apenas 4,0% teve três internamentos. Após a aplicação do teste Qui-Quadrado, podemos referir que existem diferenças estatisticamente significativas na relação entre esta variável e o sexo. Consta-se que é entre as mulheres que se verifica uma percentagem mais elevada de primeiros internamentos (96,2%), sendo no entanto nos homens a percentagem mais elevada de reinternamentos ($\chi^2=7,456$; $p=0,024$).

No que respeita à **toma de antidepressivos**, verificámos que 62,0% toma este tipo de medicamentos. Em função do sexo, temos que a maioria das mulheres (73,1%) toma antidepressivos, em contraste com os homens, em que este valor se situa nos 50,0%. No entanto, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=2,821$; $p=0,093$).

Averiguámos que o **diagnóstico** mais frequente foi as neoplasias (86,0%) não havendo diferenças estatisticamente significativas ($p>0,05$).

Neste estudo, a **frequência com que os doentes têm dor** é rara (38,0%), seguindo-se de perto pela resposta frequentemente com 34,0%. Apenas uma pessoa (2,0%) refere ter dores sempre e quatro pessoas (8,0%) referem nunca ter dores. Após a realização do teste estatístico respectivo concluímos que não há relação entre o sexo e a frequência com que os doentes têm dor ($\chi^2=3,883$; $p=0,422$).

Verificamos ainda que apenas 34,0% **frequenta a consulta da dor**, sendo os homens o sexo predominante (45,8% vs 23,1%), contudo o teste Qui-Quadrado revelou que as diferenças são estatisticamente não significativas ($\chi^2=3,426$; $p=0,064$).

Na resposta à pergunta se **toma medicação para a dor diariamente**, verificamos que 90,0% dos doentes responde que sim. Valores idênticos dentro das mulheres e dos homens com, respectivamente, 84,6% e 95,8%. No entanto inexistente relação estatística entre estas duas variáveis ($\chi^2=1,745$; $p=0,187$).

Ainda no que respeita à **toma de analgésicos**, podemos verificar que 36,0% toma não opióides, apenas 22,0% toma opióides fracos e que a maioria (58,0%) toma opióides

fortes. Na relação da toma destes medicamentos com o sexo, não encontramos qualquer relação estatisticamente significativa ($p>0,05$).

Quadro 5 – Características clínicas em função do sexo

	Sexo		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	0	0,0 -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
FREQUÊNCIA DA DOR (N=50)						
Nunca	3	12,5	1	3,8	4	8,0
Raramente	7	29,2	12	46,3	19	38,0
Frequentemente	10	41,7	7	26,9	17	34,0
Muito frequentemente	4	16,6	5	19,2	9	18,0
Sempre	0	0,0	1	3,8	1	2,0
FREQUENTA A CONSULTA DA DOR (N=50)						
Sim	11	45,8	6	23,1	17	34,0
Não	13	54,2	20	76,9	33	66,0
TOMA MEDICAÇÃO PARA A DOR DIARIAMENTE (N=50)						
Sim	23	95,8	22	84,6	45	90,0
Não	1	4,2	4	15,4	5	10,0
TOMA DE ANALGÉSICOS NÃO OPIÓIDES (N=50)						
Sim	8	33,3	10	38,5	18	36,0
Não	16	66,7	16	61,5	32	64,0
TOMA DE ANALGÉSICOS OPIÓIDES FRACOS (N=50)						
Sim	5	20,8	6	23,1	11	22,0
Não	19	79,2	20	76,9	39	78,0
TOMA DE ANALGÉSICOS OPIÓIDES FORTES (N=50)						
Sim	15	62,5	14	53,8	29	58,0
Não	9	37,5	12	46,2	21	42,0
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 ($\chi^2=2,821$; $p=0,093$)

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

Frequência da dor ($\chi^2=3,883$; $p=0,422$)

Frequenta a Consulta da dor ($\chi^2=3,426$; $p=0,064$)

Toma de medicação para a dor diariamente ($\chi^2=1,745$; $p=0,187$)

Toma de analgésicos não opioides ($\chi^2=0,142$; $p=0,706$)

Toma de analgésicos opioides fracos ($\chi^2=0,037$; $p=0,848$)

Toma de analgésicos opioides fortes ($\chi^2=0,384$; $p=0,536$)

Perfil Clínico

O perfil clínico médio da amostra estudada revela um doente com apenas um internamento em Unidades de Cuidados Paliativos (84,0%), com o diagnóstico dominante de neoplasia (86,0%), que toma antidepressivos (62,0%) e medicação para a dor diariamente (90,0%), com predominância dos opióides fortes (58,0%). É uma pessoa que maioritariamente manifesta dor (54,0%), sendo apenas 34,0% os que frequentam a consulta da dor.

6.3 – CARACTERIZAÇÃO DA DOR

Neste particular, podemos verificar que 60,0% dos doentes apresentam dor no momento da recolha da informação e que destes 76,7% referia dor moderada. Segue-se a dor intensa com 13,3% e, por fim, a dor ligeira com 10,0%. No entanto, verificamos também que não há relação entre o sexo e as variáveis presença de dor ($\chi^2=0,120$; $p=0,729$) e intensidade da dor ($\chi^2=4,725$; $p=0,094$).

Quadro 6 – Características da dor

	Sexo	Masculino		Feminino		Total	
		n	%	n	%	n	%
APRESENTA DOR NO MOMENTO DA RECOLHA DE INFORMAÇÃO (N=50)							
Sim		15	62,5	15	57,7	30	60,0
Não		9	37,5	11	42,3	20	40,0
Total		24	48,0	26	52,0	50	100,0
INTENSIDADE DA DOR (N=30)							
Ligeira		2	13,3	1	6,8	3	10,0
Moderada		13	86,7	10	66,8	23	76,7
Intensa		0	0,0	4	26,4	4	13,3
Total		15	50,0	15	50,0	50	100,0

Apresenta dor no momento da recolha de informação ($\chi^2=0,120$; $p=0,729$)
Intensidade da dor ($\chi^2=4,725$; $p=0,094$)

Tratando a dor como uma variável contínua e seleccionando apenas os doentes que responderam afirmativamente ao facto de terem dor, observamos que apresentaram uma média de 4,73 ($Dp=1,856$) sendo o valor mínimo de 2 e o máximo de 9, assim como as mulheres têm, em média, mais dor que os homens 5,20 e 4,27 respectivamente. Devemos

ainda relatar uma dispersão elevada em torno da média e o facto de não terem sido encontradas diferenças estatisticamente significativas entre esta variável e o sexo ($U=92,5$; $Z=-0,855$; $p=0,392$), ou seja, as duas variáveis são independentes.

Quadro 7 – Estatísticas relativas à dor

	N	Min	Max	\bar{x}	Dp	Sk _{erro}	K _{erro}	CV (%)
DOR SEGUNDO A EVA								
Masculino	15	2	7	4,27	1,335	0,105	0,390	31,26
Feminino	15	2	9	5,20	2,210	0,840	-1,040	42,50
Total	30	2	9	4,73	1,856	1,712	-0,030	39,24

Dor segundo EVA: $U=92,5$; $Z=-0,855$; $p=0,392$

Perfil da dor

O perfil médio da amostra estudada revela um doente com dor (60,0%) no momento da aplicação do formulário, sendo que essa dor é moderada (76,7%) com um valor médio de 4.73 na Escala Visual Analógica.

6.4 – CARACTERIZAÇÃO DA DEPRESSÃO

No que concerne à depressão, podemos verificar que os doentes apresentam, em média, um score de 25,98 ($Dp=8,639$), com um mínimo de 7 e um máximo de 44, sendo a dispersão elevada em torno da média.

Ainda no mesmo quadro observamos que a sintomatologia depressiva é mais grave nas mulheres ($\bar{x}=27,23$) do que nos homens ($\bar{x}=24,63$), revelando o teste estatístico respectivo que a depressão é independente do sexo ($U=251,0$; $Z=-1,186$; $p=0,235$).

Quadro 8 – 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 e Pio.Abreu (1973) e, procedemos ao estudo da gravidade da depressão, verificamos que 60,0% apresenta uma depressão grave, 20,0% uma depressão moderada, 12,0% apresentam depressão leve e, por fim, apenas 8,0% não têm sintomatologia depressiva. Os valores em ambos os sexos são semelhantes à amostra total, sendo que as diferenças encontradas não são significativas ($\chi^2= 1,723$; $p=0,632$).

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 8.0% 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 unidades de cuidados paliativos.

Na análise por sexo, observamos que 95,8% dos homens e 88,5% das mulheres apresentam sintomatologia depressiva. No entanto, através da aplicação do teste Qui-Quadrado constatou-se não existirem diferenças significativas ($\chi^2=0,921$, $p=0,337$).

Quadro 9 – Caracterização da sintomatologia depressiva segundo o sexo

Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	N	%
GRAVIDADE DA DEPRESSÃO (POR GRUPOS) (N=50)						
Ausência	1	4,2	3	11,5	4	8,0
Depressão Leve	4	16,7	2	7,7	6	12,0
Depressão Moderada	5	20,28	5	19,3	10	20,0
Depressão Grave	14	58,3	16	61,5	30	60,0
PRESENÇA DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA (N=50)						
Sem depressão (< 12.85)	1	4,2	3	11,5	4	8,0
Com depressão (≥12.85)	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 ($\chi^2=0,921$; $p=0,337$)

Verificamos que em todos os níveis de depressão os valores obtidos na presente investigação são mais baixos que os que Vaz Serra (1973) obteve na população em geral.

Quadro 10 – Dados comparativos entre a nossa amostra e o estudo de Vaz Serra (1973)

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

Perfil da Depressão

O perfil médio da depressão, indica doentes na sua esmagadora maioria com sintomatologia depressiva (92,0%) e com uma depressão grave (60,0%).

7 – ANÁLISE INFERENCIAL

Após a análise descritiva dos dados obtidos, procedemos ao teste das hipóteses formuladas. Para o efeito, relacionámos a variável dependente depressão com as variáveis independentes em estudo, sendo que foram estudados apenas os doentes que apresentavam sintomatologia depressiva 46 doentes (92,0%) (cf. quadro 9).

H₁ – As variáveis sócio-demográficas influenciam a depressão nos doentes em cuidados paliativos

Iniciando o estudo da influência das variáveis sócio-demográficas na depressão, verificamos que o **sexo** não é uma variável influenciadora da variável dependente (U=251,0; Z=-1,186; p=0,235) (cf. Quadro 8).

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=0,081). Observa-se que quando aumenta a idade aumenta a sintomatologia depressiva, o valor de t (t=1,783; p=0,081), evidencia que as diferenças não são significativas entre as variáveis em estudo.

Quadro 11 – Análise de regressão linear simples entre a depressão e a idade

	R	r ² (%)	p	t	p
Idade	0,260	6.76	0,081	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 (28,03 vs 25,55). No entanto, constatamos que as duas variáveis são independentes (U=146,0; Z=-1,200; p=0,230).

No que respeita à influência da **zona de residência** na sintomatologia depressiva, constatou-se que os doentes do meio rural tendem a apresentar mais sintomatologia depressiva que os do meio urbano (\bar{x} =28,04 vs \bar{x} =26,77), (Teste U de Mann-Whitney U=243,0; Z=-0,463; p=0,644), ou seja, a zona de residência não influencia a depressão.

No que concerne à influência do **contexto familiar** na sintomatologia depressiva, verificamos que não há relação entre as variáveis, visto que as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas (U=123,5; Z=-0,398; p=0,697).

Os doentes solteiros são os que apresentam maior sintomatologia depressiva (\bar{x} =33,33) e o inverso acontece nos divorciados (\bar{x} =23,33), contudo observa-se que o **estado civil** não influencia a depressão ($H=4,681$; $p=0,322$).

Respeitante 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 o contrário acontece com os que possuem ensino secundário ou superior (\bar{x} =31,67). O teste estatístico utilizado para testar a relação entre estas duas variáveis revelou que as diferenças são estatisticamente não significativas ($H=1,553$; $p=0,460$), ou seja, as variáveis são independentes.

Desta forma, infere-se que nenhuma das variáveis sócio-demográficas exerce influência na depressão no doente internado em unidades de cuidados paliativos.

Quadro 12 – Estudo da relação entre as variáveis sócio-demográficas e a depressão

	\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	0,644n.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 ou Superior	31,37	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 depressão ($\bar{x}=29,00$), sendo as diferenças estatisticamente não significativas ($H=0,037$; $p=0,982$).

Deduzimos também que os doentes que têm mais que um **diagnóstico** têm maior sintomatologia depressiva ($\bar{x}=32,67$), contudo, em termos estatísticos as diferenças encontradas não são significativas ($H=2,117$; $p=0,549$).

Respeitante **frequência com que os doentes têm dor** e à exceção do nunca, verificamos que há uma tendência crescente para que à medida que os doentes têm dor, também aumentem os valores médios dos *scores* da depressão, observamos ainda que a relação entre estas duas variáveis é estatisticamente significativa ($H=12,535$; $p=0,014$).

No que respeita à **toma de antidepressivos**, verificamos que, os doentes que tomam este tipo de medicamentos apresentam maior sintomatologia depressiva ($\bar{x}=29,22$), no entanto, mais uma vez não há relação entre estas duas variáveis ($U=163,5$; $Z=-1,846$; $p=0,065$).

Respeitante ao facto dos doentes **frequentarem a consulta da dor**, verificamos que os doentes que responderam afirmativamente apresentam uma média superior de sintomatologia depressiva comparativamente com os que não frequentam a consulta ($\bar{x}=28,60$ vs $\bar{x}=27,39$). No entanto podemos inferir que as variáveis são independentes ($U=192,0$; $Z=-0,462$; $p=0,646$).

Podemos ainda constatar que a **toma de analgésicos**, quer sejam não opióides, opióides fracos ou opióides fortes, não influencia a presença de sintomatologia depressiva, ou seja, as duas variáveis são independentes ($p>0,05$).

Infere-se que das variáveis clínicas, apenas a frequência com que os doentes sentem dor exerce influência na depressão nos doentes internados em unidades de cuidados paliativos.

Quadro 13 – Estudo entre as variáveis clínicas e a depressão

	\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			
FREQUÊNCIA DA DOR					
Nunca	26,00	7,071	12,535	0,014*	
Raramente	24,29	5,382			
Frequentemente	26,59	8,024			
Muito frequentemente	34,33	4,950			
Sempre	36,00	-			
	\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 n.s
Não	25,22	5,036			
FREQUENTA A CONSULTA DA DOR					
Sim	28,60	9,077	192,0	-0,460	0,646 n. s
Não	27,39	6,196			
TOMA MEDICAÇÃO PARA A DOR DIARIAMENTE					
Sim	27,63	7,575	88,50	-0,495	0,621 n.s
Não	25,80	5,357			
TOMA DE ANALGÉSICOS NÃO OPIÓIDES					
Sim	25,53	7,577	186,5	-1,080	0,280 n.s
Não	28,35	7,167			
TOMA DE ANALGÉSICOS OPIÓIDES FRACOS					
Sim	27,90	6,574	169,5	-0,280	0,779 n.s
Não	27,31	7,623			
TOMA DE ANALGÉSICOS OPIÓIDES FORTES					
Sim	28,81	7,726	187,0	-1,554	0,120 n.s
Não	25,47	6,450			

H₃ – A dor influencia a depressão nos doentes em cuidados paliativos

Na relação entre a **presença de dor** e a depressão inferimos que as duas variáveis têm relação estatística significativa, na medida em que os doentes que apresentaram dor no momento da recolha dos dados apresentam também sintomatologia depressiva (U=138,0; Z=-2,474; p=0,013).

No entanto quanto à relação entre a sua intensidade e a depressão, inferimos a independência entre as duas variáveis (H=1,830; p=0,401).

Quadro 14 – Estudo entre a dor e a depressão

	\bar{x}	Dp	Teste de U Mann-Whitney		
			U	Z	p
SENTE DOR NESTE MOMENTO					
Sim	29,38	7,618	138,0	-2,474	0,013*
Não	24,12	5,611			
	\bar{x}	Dp	Teste de Kruskal-Wallis		
			H	P	
INTENSIDADE DA DOR (N=30)					
Ligeira	26,67	2,517	1,830	0,401	
Moderada	29,05	8,364			
Intensa	33,25	4,425			

O estudo da relação entre a depressão e a **escala da dor (EVA)** foi efectuado através da regressão linear simples, observando-se associação baixa e positiva (r=0,332; p=0,078). Observa-se que quando aumenta a intensidade da dor aumenta a sintomatologia depressiva, contudo o valor de t (t=1,833; p=0,078), evidencia que não existem diferenças significativas entre as variáveis em estudo, ou seja, a intensidade da dor não influencia na depressão nos doentes internados em cuidados paliativos.

Quadro 15 – Análise de regressão linear simples entre a depressão e a dor

	R	r ² (%)	p	t	P
Dor (segundo a EVA)	0,332	11,02	0,078	1,833	0,078

Inferese-se que a manifestação de dor está intimamente relacionada com a presença de sintomatologia depressiva.

E pode-se sugerir que conforme aumenta a intensidade da dor, também aumentam os sintomas da depressão nos doentes internados em unidades de cuidados paliativos. Contudo não se obtiveram diferenças estatísticas significativas entre as variáveis em estudo.

8 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Uma vez apresentados os resultados obtidos, segue-se a necessária reflexão e discussão dos mesmos, evidenciando os seus possíveis significados e mencionando algumas limitações do estudo.

Ao caracterizar o perfil sócio-demográfico médio dos 50 doentes estudados, temos um indivíduo reformado com cerca de 72 anos, a residir com familiares em meio rural, casado ou a viver em união de facto e tendo o ensino básico como habilitações literárias.

De acordo com a resposta ao Inventário de Depressão de Beck a esmagadora maioria dos participantes estudados evidenciaram sintomatologia depressiva.

Atentando agora ao papel das variáveis sócio-demográficas podemos verificar que o sexo não é uma variável influenciadora na depressão. Tal facto foi igualmente comprovado por Gagliese et al. (2007) e Carvalho (2010).

No entanto, entra em oposição com os resultados apurados por Rayner et al. (2010), em cujo estudo foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na relação entre o sexo e a depressão, sendo que os homens estavam mais deprimidos que as mulheres. Já Mystakidou et al. (2006), por sua vez, relatam uma associação para os níveis de depressão com o sexo feminino.

Assim, o sexo parece ser um factor de controvérsia. Apesar de na população em geral a depressão estar muito conectada como factor de risco entre as mulheres, tal não parece ser tão evidente entre doentes em cuidados paliativos.

A idade dos participantes variou entre os 41 e os 95 anos, com uma média de 71,96. Ao relacionar a depressão com a idade não se obteve uma diferença estatisticamente significativa, apenas se observa uma associação baixa e positiva, o que poderá traduzir um aumento da sintomatologia depressiva à medida que o indivíduo envelhece. Relação semelhante foi encontrada por Mystakidou et al. (2006), reportam uma associação entre os níveis de depressão e idade avançada.

Todavia, Gagliese et al. (2007), num estudo de revisão sistemática da literatura, concluíram haver pouca evidência que apontasse para diferenças de idade na prevalência ou intensidade da depressão, tese também corroborada por Carvalho (2010).

Uma possível explicação para este facto pode passar pelo pressuposto de que as pessoas mais velhas possuem maior maturidade, o que lhes confere melhores mecanismos adaptativos face ao processo de doença que os indivíduos jovens.

Numa outra perspectiva, estes factores que seriam de protecção, podem não se encontrar funcionais. Devido ao processo de envelhecimento, os sujeitos com mais idade podem manifestar uma limitação gradual das capacidades físicas, diminuição sensorial e deterioração cognitiva (GAGLIESE et al., 2007).

O estudo da relação entre situação profissional, zona de residência, habilitações literárias e a presença de depressão não revelou diferenças estatísticas significativas.

Assim, pode-se intuir que, a indivíduos maioritariamente reformados, a viver em meio rural e com baixo nível de escolaridade, estará associado um baixo poder económico e uma dificuldade acrescida para compreender indicações, por exemplo, sobre regime terapêutico. Isto poderá contribuir para um deficitário acesso a recursos de saúde e também levar a um comprometimento no controlo eficaz de sintomas, nomeadamente da dor. Pelo explanado, pode-se inferir a sua influência negativa na qualidade de vida correspondendo assim a níveis elevados de depressão.

Os indivíduos estudados vivem maioritariamente acompanhados por familiares. Interessante será verificar que um nível superior de depressão se encontra associado aos que vivem sós: solteiros e viúvos. Ainda assim, no que diz respeito ao contexto familiar e ao estado civil, também não se encontraram diferenças estatisticamente significativas.

Contudo, pode-se indagar que quem vive sozinho poder-se-á sentir mais vulnerável, desamparado e desprotegido do que quem é casado ou tem apoio de familiares. É uma etapa em que se conjugam diversas fragilidades físicas, emocionais e sociais tornando-se fundamental o apoio e ajuda de um familiar. Estes resultados encontram-se em consonância com outros estudos (CARVALHO, 2010; RAYNER et al., 2010).

Examinando a influência que as variáveis clínicas exercem na depressão no contexto dos doentes estudados, verificamos que o diagnóstico dominante foi a neoplasia. Sob outro ponto de vista, são os indivíduos com associação de mais do que um diagnóstico que evidenciam níveis mais elevados de depressão, seguidos das patologias por insuficiência de órgãos. No entanto, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

Resultados semelhantes foram também encontrados por Rayner et al. (2010), em que apenas 8% da sua amostra teve um diagnóstico que não de neoplasia e foram também estes doentes que apresentaram níveis de depressão mais elevados.

Não é de estranhar a posição dominante assumida neste âmbito pelas doenças oncológicas pois, de acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística, estas ocupam a segunda posição como principal causa de morte. Por outro lado, ainda está muito enraizada a noção de que são os doentes com cancro que necessitam de cuidados paliativos, talvez pelo facto de as primeiras unidades terem surgido associadas aos

Institutos de Oncologia. Constata-se também, pela revisão da literatura, que os estudos desenvolvidos se centram esmagadoramente em torno da doença oncológica.

Assim sendo, é lícito levantar a dúvida se os doentes não oncológicos não sofreram de sintomas mais graves, ou mesmo se esses sintomas são menos bem controlados.

Relativamente à toma de antidepressivos constatou-se que está prescrita na maior parte dos doentes e que a sua toma aparece associada a maior sintomatologia depressiva. No entanto, não se estabeleceu uma relação estatisticamente significativa entre estas duas variáveis.

Na literatura foi encontrada uma revisão sistemática levada a cabo por Rayner et al. (2011) que fornece evidências de que os antidepressivos devem ser considerados no tratamento da depressão em cuidados paliativos, devendo-se ter em atenção que o seu efeito aumenta com a continuidade do tratamento.

Carvalho (2010), no seu estudo, encontrou 7,5% de doentes a tomar antidepressivos concomitantemente com ansiolíticos. Sendo que foram estes os que apresentaram valores mais elevados de depressão.

O que foi possível observar durante a colheita de dados, foi que o tipo de antidepressivo e respectiva posologia se direccionam para o alívio da dor neuropática. Talvez assim se justifique, juntamente com o curto período de toma, que se encontre uma média de níveis de depressão superior em quem se encontra sob terapêutica antidepressiva, o que pode indiciar que não estejam a beneficiar de um tratamento eficaz.

No que respeita à frequência com que os doentes têm dor, verificou-se uma tendência crescente para que, na medida em que a frequência da dor aumenta, também aumentem os valores médios dos *scores* da depressão, sendo esta relação estatisticamente significativa.

Na literatura não foram encontradas referências a esta variável. Entende-se, todavia, facilmente que os doentes que sentem menos alívio da sua dor estejam mais susceptíveis a desenvolver sintomas depressivos. Estes têm uma tendência crescente ao isolamento social que se pode traduzir numa incapacidade funcional mais elevada e, conseqüentemente numa pior qualidade de vida.

Por outro lado, a toma de analgésicos, sejam não opióides, opióides fracos ou opióides fortes, não influencia a presença de sintomatologia depressiva, bem como o facto de frequentarem ou não uma consulta de dor.

No entanto, é de realçar que o perfil clínico médio da amostra estudada revela um doente que toma medicação para a dor diariamente predominantemente opióides fortes.

Ainda assim, a maioria manifesta dor e apenas cerca de um terço frequentam uma consulta da dor.

Somos levados a reflectir e ponderar sobre o que faltará para diminuir a percentagem de doentes que manifestam dor. Sabe-se o quão complexo pode ser um processo de alívio da dor, daí querer relembrar o conceito de *Dor Total* que manifestamente deve ser uma constante no dia-a-dia de uma unidade de cuidados paliativos.

A relação estatisticamente significativa entre presença de dor e depressão foi igualmente comprovada por Pimenta et al. (2000). Estes investigadores desenvolveram um estudo comparativo entre dois grupos de doentes: grupo 1 – não sentiram dor na semana anterior à entrevista e grupo 2 – sentiram dor na semana anterior à entrevista.

Neste sentido, também Noorani e Montagnin (2007) e Iliffe et al. (2009) fazem referência a uma associação positiva entre a presença de dor crónica e a depressão. E ainda, numa revisão da literatura, Laird et al. (2009) destacam que em 9 de 14 estudos analisados foi demonstrada uma associação estatisticamente significativa entre a dor e a depressão.

A dor continua a ser o sintoma predominante nos doentes que necessitam de cuidados paliativos e, desnecessariamente, faz-se acompanhar de grande sofrimento e má qualidade de vida. Perante os dados obtidos, é de supor que ainda existe um importante défice no controlo eficaz da dor.

No que concerne ao estudo da relação entre a depressão e a intensidade da dor, observou-se uma associação baixa e positiva não existindo, porém, diferenças estatisticamente significativas. Constata-se, assim, que a intensidade da dor não prediz a depressão nos doentes internados em cuidados paliativos.

Outros estudos obtiveram resultados semelhantes, nomeadamente, Carvalho (2010) que encontrou dados segundo os quais doentes com dor mais intensa expressam um nível de ansiedade e de depressão superior, ainda que não se tenha verificado evidência estatística significativa. No mesmo sentido, Iliffe et al. (2009) concluíram que a intensidade da dor não parece ter um valor preditivo de sintomas depressivos.

Já Pimenta et al. (2000) observaram uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre a intensidade da dor e a variável estado depressivo.

Como já referido, possivelmente estes doentes necessitavam de uma reavaliação do regime terapêutico de forma a torná-lo mais eficaz. Nomeadamente a inclusão de medidas não farmacológicas associadas ao regime farmacológico vigente, já que se observou que a grande maioria faz medicação analgésica diária.

A evidência existente acerca da problemática da dor e da sua relação com a depressão contínua envolve em controvérsia. Através da revisão da literatura reconhece-se a necessidade de explicar o porque da dor e depressão coexistirem. Assim, alguns autores indagam que a presença de dor, por si só, pode influir na determinação da depressão. Mas também o inverso: a depressão pode desempenhar um papel causal na intensidade e percepção da dor.

Neste sentido, pretende-se chamar a atenção para a importância acrescida da eficácia do controlo da dor. Este é um sintoma quase sempre presente nos doentes que necessitam de cuidados paliativos e acarreta desnecessariamente grande sofrimento. Os doentes com dor e deprimidos apresentam com maior frequência comportamentos negativos face à sua situação. A identificação precoce e o tratamento adequado dos factores associados à depressão contribuem decisivamente para a melhoria da qualidade de vida.

Este estudo revela algumas limitações, desde logo a sua pequena dimensão, reduzindo o seu poder estatístico e a força das suas conclusões. Por outro lado uma amostra não probabilística de conveniência impõe sempre algumas reservas na generalização dos resultados obtidos.

No entanto, não deixou de ser um primeiro esforço direccionado para o melhor entendimento dos factores que mais directamente influenciam a depressão nos doentes em cuidados paliativos.

De uma forma geral, os resultados obtidos corroboram a evidência da literatura científica prévia, que realça que a presença de dor é preditiva de depressão entre os doentes em cuidados paliativos. Fica ainda a impressão que a frequência e intensidade da dor também podem ser factores a ter em consideração.

Finalizada que está a discussão dos resultados mais relevantes do estudo o capítulo seguinte é dedicado a desenvolver algumas considerações finais.

9 – CONCLUSÃO

Apesar da importância da resposta oferecida pelos cuidados paliativos para as questões em torno da humanização dos cuidados de saúde e do seu inequívoco interesse público, penso que estes ainda não se encontram suficientemente divulgados e acessíveis.

Em Portugal, os serviços qualificados e devidamente organizados são escassos e insuficientes para as necessidades detectadas. Basta lembrar que o cancro é a segunda causa de morte e tem tendência a aumentar.

Através da pesquisa efectuada fundamenta-se a ideia de que a depressão é uma entidade presente nos doentes em cuidados paliativos, constituindo uma das principais causas de sofrimento. Para além do comprometimento emocional, os doentes deprimidos também apresentam sintomas físicos que são difíceis de controlar e que podem ser aliviados quando a depressão é tratada.

A dor é o sintoma mais temido e referenciado pelos doentes, é sinónimo de incapacidade e sofrimento e, a maioria da bibliografia consultada enfoca a associação entre dor e estado depressivo. Em diversos estudos foi encontrada uma correlação positiva entre a depressão e a dor, assim como no presente trabalho, onde também se alcançaram resultados que corroboram os encontrados na literatura.

Dos dados obtidos emerge um perfil sócio-demográfico médio dos doentes estudados: um indivíduo com cerca de 72 anos, reformado, a residir com familiares em meio rural, casado ou a viver em união de facto e com o ensino básico.

No mesmo sentido, obteve-se um perfil clínico: um indivíduo com apenas um internamento em Unidades de Cuidados Paliativos, com o diagnóstico dominante de neoplasia, que toma medicação diária para dor (predominantemente opióides fortes) e antidepressivos. A esmagadora maioria dos doentes (92%) apresentou sintomatologia depressiva. No momento da recolha de dados 60% dos doentes revelou ter dor, sendo que destes 76,7% classifica essa dor de moderada. Apenas 34% frequentam a consulta da dor.

Pela análise inferencial pode concluir-se que a manifestação de dor e a frequência com que os doentes sentem dor exercem influência na depressão.

Algumas limitações devem ser levadas em conta na apresentação dos resultados, nomeadamente a escassa existência de estudos acerca da temática, o facto de não se ter abrangido uma amostra mais significativa, pois apenas dois hospitais aceitaram participar no estudo, pelo curto espaço de tempo para aplicação do formulário e às limitações impostas

pelos próprios doentes internados, muitas vezes incapazes de responder pela sua acentuada debilidade física e mental.

Contudo, considera-se ser possível retirar importantes implicações para melhorar a prestação dos cuidados. Reconhece-se a necessidade de uma maior consciencialização e atenção para a prevenção, gestão e tratamento específico da depressão em doentes em cuidados paliativos.

Outro ponto-chave é a gestão e controlo da dor, é fundamental que os profissionais de saúde a valorizem, avaliem e quantifiquem correctamente para se poder implementar o tratamento mais adequado. É necessário adoptar a integração de regimes terapêuticos individuais e centrados na necessidade de cada doente.

A presença de reacções adaptativas adequadas ao processo de doença, aliado a uma gestão eficaz e efectiva da dor, serão os pilares para a redução substancial do sofrimento e conseqüente aumento da qualidade de vida do doente.

Por tudo o que foi exposto revela-se importante continuar a investir no desenvolvimento de futuras investigações no âmbito desta temática, preferencialmente com amostras mais alargadas e integrando outras variáveis que possam contribuir para a melhoria dos cuidados prestados aos doentes em cuidados paliativos.

Considero que foi possível atingir os objectivos a que me propus. E perfeitamente consciente das limitações enquanto investigadora, estas constituíram importantes momentos de reflexão e de aprofundamento de conhecimentos que penso serem de inegável valia no ajustamento da nossa acção profissional face aos cuidados prestados a doentes paliativos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE CUIDADOS PALIATIVOS - **Cuidados paliativos o que são?** [Em linha]. 2006. [Consult. 8 Dezembro 2010]. Disponível em WWW:<c:\users\tmn\documents\paliativos\cuidados paliativos apcp - associação portuguesa de cuidados paliativos.mht>.

BOTTINO, Sara Mota Borges; [et al.] - Depressão e câncer. Rev Psiq Clín. [Em linha]. 36:3 (2009), 109-115. [Consult. 8 Dezembro 2010]. Disponível em WWW:<<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol36/s3/pdfs/103.pdf>>.

CARVALHO, Sandra Marisa Sousa – **Intensidade da dor, níveis de ansiedade e de depressão em doentes oncológicos.** [Em linha]. Universidade do Porto. Dissertação de Mestrado em Oncologia. (2010). [Consult. 8 Julho 2011]. Disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/48247/2/Intensidade%20da%20dor%20nveis%20de%20ansiedad%20e%20de%20depresso%20em%20do.pdf>

CASTRO, M; [et al.] – Comorbid anxiety and depression disorders in patients with chronic pain. Arquivos de Neuro-Psiquiatria. [Em linha]. 67:4 (2009), 982-5. [Consult. 8 Julho 2011]. Disponível em <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=8&hid=10&sid=885330f9-6362-43a2-bb09-7bcec4bfe1cb%40sessionmgr11&bdata=Jmxhbm9cHQtYnlmc2l0ZT1laG9zdCsaXZI#db=mnh&AN=20069205>

CASTRO, Stela Meiz de Jesus de – **Teoria de resposta ao item: aplicação na avaliação da intensidade de sintomas depressivos.** [Em linha]. Porto Alegre: Universidade Federal Rio Grande do Sul, 2008. Tese de doutoramento apresentada à Universidade Federal. [Consult. 6 Julho 2010]. Disponível em WWW:<<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/17457/000675484.pdf?sequence=>

COSTA, Carla Alves; [et al.] - Dor Oncológica. Revista Portuguesa de Pneumologia. Lisboa. vol. XIII, Nº 6 (2007), P. 855-867.

DINIZ, R. W. [et al] – O conhecimento do diagnóstico de câncer não leva à depressão em pacientes sob cuidados paliativos. Rev. Assoc.Med.Bras. [Em linha]. 52:5 (2006) 298-303. [Consult. 8 Dezembro 2010]. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302006000500014&script=sci_arttext

FIGUEIREDO, António; PEREIRA, Manuel – **Impacto psicológico do cancro no doente e no cônjuge**. Lisboa. Climepsi Editores. 2008.

FORTIN, Maria-Fabienne – **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Lusodidacta, 2009. ISBN: 978-989-8075-18-5.

FREIXO, Manuel João Vaz – **Metodologia Científica: Fundamentos, métodos e técnicas**. Lisboa: Instituto Piaget, 2009. ISBN: 978-659-020-8.

GAGLIESE, L; [et al.] – Cancer pain and depression: a systematic review of age related patterns. Jornal of Canadian Pain Society. [Em linha]. 12:3 (2007), 205-211. [Consult. 8 Julho 2011]. Disponível em <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=10&hid=107&sid=0a2621f5-67e6-410c-94f2-422b4e446b89%40sessionmgr114&bdata=Jmxhbmc9cHQYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=mnh&AN=17717612>

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 Dezembro 2010]. Disponível em http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIimg&_imagekey=B6T68-4S26RNN-2-&_cdi=5024&_user=2465353&_pii=S095980490800124X&_orig=search&_coverDate=07%2F31%2F2008&_sk=999559989&view=c&wchp=dGLzVzb-zSkWA&md5=7fdaf78174d7729587b0500a2607e4cc&ie=/sdarticle.pdf.

ILIFFE, S; [et al.] – The relationship between pain intensity and severity and depression in older people: exploratory study. BMC Family Practice [Em linha]. 10:54 (2009). [Consult. 8 Setembro 2011]. Disponível em <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&hid=25&sid=890de5cf-2b9c-440b-869a-45612c45f799%40sessionmgr14>

IRVING, G; LLOYD-WILLIAMS, M - Depression in advanced cancer. European Journal Of Oncology Nursing. [Em linha]. (2010). [Consult. 10 Setembro 2011]. Disponível em <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=11&hid=126&sid=e48cdd68-bce1-41fb-96da-93bc3fd04780%40sessionmgr11&bdata=Jmxhbmc9cHQtYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=mnh&AN=20299283>

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 Dezembro 2010]. Disponível em WWW:< <http://www.scielo.br/pdf/rba/v58n3/12.pdf>>.

LAIRD, Barry [et al.] – Are câncer pain and depression interdependent? A systematic review. Psycho-Oncology. [Em linha]. 18 (2009) 459-464. [Consult. 8 Julho 2011]. Disponível em <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&hid=10&sid=885330f9-6362-43a2-bb09-7bcec4bfe1cb%40sessionmgr11>

MAROCO, João – **Análise estatística com utilização do SPSS**. 3º edição. Lisboa. Edições Silabo, 2007. 822p. ISBN 978-972-618-452-2.

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

MIGUEL, José – **A dor como 5º sinal vital: circular normativa, registo sistemático da intensidade da dor**. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2003. [Consult. 8 Julho 2010]. Disponível em WWW:www.admedic.pt/bo/pub_docs/71/PC_Mar_113.pdf.

MYSTAKIDOU, Kyriaki; [et al] – Psychological Distress of Patients With Advanced Cancer: influence and contribution of pain severity and pain. Cancer Nursing, [Em linha]. 29:5 (2006) 400-405 [Consult. 10 Setembro 2011]. Disponível em <http://web.ebscohost.com/ehost/resultsadvanced?sid=ec0f084d-b493-4594-8ea1-63eb1db>

NOORANI, Nazneen; MONTAGNINI, Marcos – Recognizing Depression in Palliative Care Patients. Journal Of Palliative Medicine. [Em linha]. Volume 10, numero 2 (2007).458-464 [Consult. 10 Julho 2011]. Disponível em h

OLIVEIRA, J. T. – Aspectos comportamentais das síndromes de dor crônica. Arq Neuro-Psiquiatria [Em linha]. 58:(Suppl2A) (2000) 360-365. [Consult. 8 Dezembro 2010]. Disponível em [http://www.google.pt/#hl=pt-PT&rlz=1W1GGLL_pt-PT&q=Arq+NeuroPsiquiatria%2C+2000%3B58%3A\(Suppl2A\)%3A360365.&aq=f&aqi=&aql=&oq=&gs_rfai=&fp=67b16b75f9757709>](http://www.google.pt/#hl=pt-PT&rlz=1W1GGLL_pt-PT&q=Arq+NeuroPsiquiatria%2C+2000%3B58%3A(Suppl2A)%3A360365.&aq=f&aqi=&aql=&oq=&gs_rfai=&fp=67b16b75f9757709>).

PESTANA, Maria Helena; GAGEIRO, João Nunes – **Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS**. 5^o edição. Lisboa: Edições Silabo, 2008. 692p.. ISBN 978-972-618-498-0.

PIMENTA, Cibele Andrucioli de Matos; [et al.] - Dor crônica e depressão: estudo em 92 doentes. Revista da Escola de Enfermagem USP. São Paulo. Vol. 34, nº 1 (2000), p. 76-83.

PLANO NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS – **Plano Nacional de Cuidados Paliativos**. [Em linha]. 2004. [Consult. 8 Dezembro 2010]. Disponível em http://www.hsm.min-saude.pt/contents/pdfs/cuidados_continuados_integrados/Programa%20Nacional%20de%20Cuidados%20Paliativos.pdf 2004

PLANO NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS - **Plano Nacional de Cuidados Paliativos – revisão**. [Em linha]. 2010. [Consult. 8 Dezembro 2010]. Disponível em http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/PNCP_REVISAO_19Maio_2010+NotaPrevia.pdf

POOLE, H. [et al.] - **Depression in chronic pain patients: prevalence and measurement**. Pain pract. [Em linha]. 9 (2009) 173-180. [Consult. 8 Dezembro 2010]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19298363>

PORTAL DA SAÚDE – **Dor**. [Em linha]. 2005. [Consult. 8 Dezembro 2010]. Disponível em <http://www.portaldasauade.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/cuidados+paliativos/dor.htm>

PORTAL DA SAÚDE – **Depressão**. [Em linha]. 2006. [Consult. 8 Dezembro 2010]. Disponível em <http://www.portaldasauade.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/saude+mental/depressao.htm>

PORTAL DA SAÚDE – **Cuidados paliativos**. [Em linha]. 2010. [Consult. 8 Dezembro 2010]. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/cuidados+paliativos/cuidadospaliativos.htm>

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLO DA DOR - **Programa nacional de controlo da dor**. [Em linha]. 2008. [Consult. 8 Dezembro 2010]. Disponível em <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/6861126B-C57A-46E1-B065-316C0CF8DACD/0/ControlodaDor.pdf>

RAYNER, Lauren, [et al.] - The clinical epidemiology of depression in palliative care and the predictive value of somatic symptoms: cross-sectional survey with four-week follow-up. Palliative Medicine [Em linha]. 25(3) (2010) 229-241. [Consult. 8 Setembro 2011]. Disponível em <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&hid=126&sid=ced8458f-196a-4630-8bbc-45ddf0420bfe%40sessionmgr115>

RAYNER, Lauren, [et al.] - Antidepressants for the treatment of depression in palliative care: systematic review and meta-analysis. Palliative Medicine [Em linha]. 25(1) (2011) 36-51. [Consult. 8 Setembro 2011]. Disponível em <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=885330f9-6362-43a2-bb09-7bcec4bfe1cb%40sessionmgr11&vid=5&hid=10>

REEVE, J. L. - Revisiting depression in palliative care settings: the need to focus on clinical utility over validity. Palliative Medicine [Em linha]. 22 (2008) 383-391. [Consult. 8 Dezembro 2010]. Disponível <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18541643>

RIBEIRO, Ana L.; CARDOSO, Alexandrina - **Dor: um Foco da Prática dos Enfermeiros**. *DOR*. Lisboa.2007. Vol.15, nº1, p.6-15.

SAPETA, Paula – **Dor total vs Sofrimento: a Interface com os Cuidados Paliativos**. *DOR*. Lisboa. 2007. Vol.15, nº1, p.16-21.

SILVA, R. C. F.; HORTALE, V. A. - Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de directrizes nesta área. Cadernos Saude Publica. [Em linha]. 22 (2006). [Consult. 8 Dezembro 2010]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n10/04.pdf>

SLOVACEK, L. [et al] – Incidence and relevance of depression among palliative care female inpatients. European Journal of Cancer Care. [Em linha]. (2010). [Consult. 8 Setembro 2011]. Disponível em <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&hid=15&sid=b907ca30-40f9-4f5b-a358-0de8c8e84673%40sessionmgr15>

TAYLOR, V.; ASHELFORD, S. - Understanding depression in palliative and end-of-life care. Nursing Standard. [Em linha]. 23 (2008). [Consult. 8 Dezembro 2010]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19093358>

VALENTE, Isabel Cristina Rodrigues - **Os Enfermeiros dos Hospitais Centrais perante o doente terminal**. [Em linha]. Universidade do Porto. Dissertação de Mestrado em Oncologia. (2008). [Consult. 8 Julho 2011]. Disponível em <http://repositório-aberto.up.pt/bitstream/10216/19349/2/TESECuidados%20paliativosJulho2008.pdf>

VAZ SERRA, A; PIO ABREU, J – Aferição dos quadros clínicos depressivos: I Ensaio de aplicação do “Inventário Depressivo de Beck” a uma amostra portuguesa de doentes deprimidos. Coimbra Médica. Coimbra. Vol. 10, n.º 6 (1973) p.623-644.