

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

## THE INFLUENCE OF NUTRITIONAL STATUS IN DEPRESSION IN PATIENTS IN PALLIATIVE CARE

ANA MARIA DA CONCEIÇÃO DE SÁ GOMES <sup>1</sup>

OLIVÉRIO RIBEIRO <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Enfermeira da UCIP (Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente) do Centro Hospitalar Tondela – Viseu, EPE;

Aluna do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu – Portugal. (e-mail: aamcsgomes@gmail.com)

<sup>2</sup> Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde e investigador do Centro de Estudos em Educação, Tecnologias e Saúde (CI&DETS) do Instituto Politécnico de Viseu – Portugal.

(e-mail: oribeiro@essv.ipv.pt ou oliverioribeiro@hotmail.com)

### Resumo

O estudo analisa a influência do estado nutricional na depressão em doentes em cuidados paliativos. É filosofia dos cuidados paliativos proporcionar cuidados de suporte global, visando o controlo de sintomas e a melhoria da qualidade de vida dos doentes e dos seus familiares. A avaliação realizada na triagem nutricional permitiu identificar o risco do doente e os seus resultados tornam possível o enquadramento de um plano nutricional, que contribuirá para o seu bem-estar a nível físico, psíquico e social. Sendo o diagnóstico de depressão cada vez mais frequente, é impreterível a sua deteção precoce, tratamento e monitorização.

Optou-se por um estudo quantitativo, transversal, descritivo e correlacional, recorrendo a uma amostra não probabilística, constituída por 50 doentes, dos quais 52% do sexo feminino e 48% do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 41 e os 95 anos, 84% internados uma vez na UCP e 62% dos doentes medicados com antidepressivos. O diagnóstico mais frequente é a neoplasia com 86%. Nos últimos meses, 62% apresentou perda de apetite e 40% vômitos. Da aplicação da escala MUST

(Malnutrition Universal Screening Scale), resultou um IMC de 22.61, com peso médio de 69.80Kg, verificando-se uma perda de peso médio de 13.83%, caracterizando um risco elevado de desnutrição (70%).

Através do Inventário de Depressão de Beck constatou-se que, na amostra, 92% apresentavam depressão e que a sintomatologia depressiva era mais grave no sexo feminino do que no sexo masculino ( $\bar{X}$  =27.23 Vs  $\bar{X}$  =24.63), não sendo, contudo, este valor estatisticamente significativo; Identificou-se ainda que 60% apresentam depressão grave.

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

Verificou-se, ainda, que o risco do estado nutricional não tem influência na depressão, observando-se uma associação muito baixa e positiva ( $r=0.035$ ;  $p=0.817$ ), não existindo diferenças estatisticamente significativas.

**Palavras-chave:** depressão, cuidados paliativos, estado nutricional.

### **Abstract**

This study analyses the influence of nutritional status on depression in patients in Palliative Care. The philosophy of Palliative Care is to provide global support, in order to control symptoms and improve the quality of life of patients and their families. The evaluation on nutritional screening identifies the risk of the patient and their results make possible the composition of a nutritional plan that will contribute to the physical, psychological and social welfare of the patient.

As depression diagnosis becomes more frequent, early detection, treatment and monitoring are imperative.

A quantitative, cross-sectional, descriptive and correlational study was chosen recurring to a non-probabilistic sample, comprising 50 patients, of whom 52% were female and 48% male, aged between 41 and 95 years, 84% had been hospitalized in a PCU and 62% were medicated with antidepressants. The most frequent diagnosis is neoplasm with 86%. In the last months 62% had loss of appetite and 40% vomits. Applying the MUST scale, a BMI (Body Mass Index) of 22.61 was obtained, with an average weight of 69.80 kg and

an average weight loss of 13.83%, characterizing a high risk of malnutrition (70%).

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

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

It appears that the risk of nutritional status does not influence depression, being noted a very low positive association ( $r=0.035$ ;  $p=0.817$ ), but without statistically significant differences.

**Keywords:** depression, palliative care, nutritional status.

## Introdução

O movimento de Cuidados Paliativos faz-se notório por procurar a dignidade e a autonomia no processo de morrer, respeitando inquestionavelmente o valor e a inviolabilidade da vida humana. A Circular Normativa n.º14/DGCG, de 13 de julho de 2004, da Direção Geral de Saúde, refere que a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera os cuidados paliativos como uma prioridade da política de saúde, recomendando a sua abordagem programada e planificada. Refere ainda que o Conselho da Europa reconhece existirem graves deficiências e ameaças ao direito fundamental do ser humano em ser apoiado e assistido na fase final da vida, recomendando, assim, a maior atenção para as condições de vida dos doentes que vão morrer, nomeadamente para a prevenção da sua solidão e sofrimento (Circular Normativa n.º14, 2004).

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

Nesta vertente, o conceito de cuidados paliativos está centrado no cuidar, que é entendido como o cuidado integral voltado para o doente em condições terminais, com ênfase nos aspetos físico, psicossocial e espiritual do doente e família; qualidade de vida;

cuidado baseado numa abordagem humanística e de valorização da vida; (Silva & Sudigurski, 2008). A filosofia dos cuidados paliativos para a enfermagem não é totalmente nova, mas vem aprimorar o que já está intrínseco na profissão, que é o cuidar. Cerqueira (2005) refere que os cuidados paliativos podem considerar-se uma evolução do cuidar, pois, quando confrontados com a incapacidade de curar e com a morte evidente, quando as metas do curar estão exaustas, só as metas do cuidar podem ser reforçadas. Perante esta filosofia, a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem passa pela aplicação de conhecimentos ligados à espiritualidade, ao amor, à responsabilidade nas relações com os doentes (Santos, 2009).

Na perspetiva ética, a relação entre quem cuida e é cuidado modula-se por princípios e valores (Vieira, 2000). No Código Deontológico dos Enfermeiros, o artigo 87º, especificamente dedicado aos deveres subordinados ao respeito pelo doente terminal, preconiza que o enfermeiro, ao acompanhar o doente nas diferentes etapas da fase terminal, assume o dever de defender e promover o direito do doente à escolha do local e das pessoas que deseja que o acompanhem na fase terminal da vida, respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pelo doente, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas e respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte (Ordem dos Enfermeiros, 2009). Os cuidados paliativos são, sem dúvida, o exercício da arte do cuidar aliado ao conhecimento científico, em que a associação entre ciência e arte proporciona o alívio do sofrimento relacionado com a doença. O cuidar está fundamentado em referenciais teóricos, imprimindo nas atividades profissionais, o planeamento das intervenções, para o alívio do desconforto, da dor e de outros sintomas angustiantes que, por vezes, levam o doente terminal a apresentar sintomatologia depressiva.

Higginson & Constantin (2008), num estudo publicado no *Jornal Europeu do Cancro*, identificaram que os utentes com o diagnóstico de cancro apresentam em média onze sintomas: dor, fadiga, depressão, ansiedade, insónia, confusão, dispneia, náusea, obstipação, diarreia e anorexia.

Perante esta perspetiva, Juver & Verçosa (2008) reconhecem que a depressão emerge como uma doença a valorizar, uma vez que é subdiagnosticada, pelo que poucos doentes recebem tratamento adequado.

Sendo assim, a depressão tem um impacto considerável e amplo na vida dos doentes, uma vez que altera o seu estado de ânimo, indo desde as sensações de tristeza, passando pelos pensamentos negativos até às alterações da sensação corporal como dores e náuseas, verificando-se ser um fator de aumento do uso dos serviços de saúde. Esta é talvez uma das formas mais frequentes de psicopatologia, uma perturbação que afeta o funcionamento psíquico e de algum modo afeta a personalidade do doente.

Consultando a classificação de transtornos mentais e de comportamento da Classificação Internacional de Doenças, edição 10 (ICD-10, 2008), constata-se que os

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

Relativamente à sua sintomatologia, a gravidade, frequência e duração podem variar, dependendo do doente e da sua doença particular. Os sintomas incluem, entre outros: persistente tristeza, ansiedade, irritabilidade, agitação; perda de interesse em atividades ou passatempos; fadiga e diminuição da energia; comer demais ou perda de apetite; ou problemas digestivos que não se resolvem, mesmo com tratamento (National Institute of Mental Health, 2010).

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

Quanto à etiologia da depressão, verifica-se que as causas diferem muito de pessoa para pessoa. Porém, é possível afirmar-se que há fatores que influenciam o aparecimento e a permanência de episódios depressivos, tais como: doenças crónicas; episódios de depressão no passado; história familiar de depressão; o sexo, já que a depressão é mais frequente nas mulheres (Portal da Saúde, 2006).

A OMS refere que a depressão foi a principal causa de incapacidade e a quarta principal entidade nosológica contribuinte para a carga global de doença em 2000 e relata ainda que, até ao ano 2020, a depressão venha a alcançar o segundo lugar, calculada para todas as idades, em ambos os sexos. Hoje, a depressão é já a segunda causa na faixa etária 15-44 anos para ambos os sexos (WHO, 2010). Sendo a principal causa de incapacidades e a segunda causa de perda de anos de vida saudáveis entre as 107 doenças e problemas de saúde mais relevantes, os custos pessoais e sociais da doença são muito elevados. Uma em cada quatro pessoas em todo o mundo sofre, sofreu ou vai sofrer de depressão. Um em cada

cinco utentes dos cuidados de saúde primários portugueses encontra-se deprimido no momento da consulta. A depressão pode ser episódica, recorrente ou crónica e conduz à diminuição substancial da capacidade do indivíduo em assegurar as suas responsabilidades do dia a dia. Um estudo realizado pela Organização Mundial de Saúde, em 2000, mostrou que a prevalência de episódios de depressão unipolar é de 1,9% nos homens e de 3,2% nas mulheres (Portal da Saúde, 2006).

A deteção e tratamento precoce da depressão pode otimizar o conforto físico no final de vida e proporcionar a oportunidade para se conformarem e se prepararem para a morte (Braun *et al.*, 2009). Rayner *et al.* (2009) referem que a depressão é prevalente nos doentes que recebem cuidados paliativos. Embora as estratégias de gestão sejam eficazes, a depressão muitas vezes não é reconhecida e, portanto, não é tratada. A capacidade de detetar casos de transtorno depressivo pode ser menos importante do que a capacidade de detetar sintomas depressivos remediáveis com o tratamento. Neste contexto e reforçando a ideia deste autor, Gruneir (2005), cit. Por Braun *et al.* (2009), refere que, nos doentes terminais, o subdiagnóstico e o subtratamento da ansiedade e da depressão são comuns. Taylor *et al.* (2008) referem que a depressão em doentes paliativos é difícil de distinguir da dor e da tristeza. No entanto, é uma condição clínica que é tratável e não deve ser considerada uma parte necessária ou normal do processo de morrer. O American College of Physicians (2008) emanou algumas recomendações para se aplicarem em doentes em cuidados paliativos, tais como: “(...) em doentes com doença grave no final de vida, os médicos devem avaliar regularmente a dor, dispneia e depressão.”; “(...) em doentes com doença grave no final de vida, os médicos devem utilizar terapêuticas de eficácia comprovada para controlar a ação da serotonina e as intervenções psicossociais.”; “(...) Os clínicos devem assegurar antecipadamente o planeamento de cuidados avançados, incluindo diretivas para todos os doentes com doença grave.”

Devido à doença multifatorial, muitos doentes têm uma ingestão alimentar insuficiente e necessitam de uma avaliação precoce para prevenir o risco de desnutrição. A American Dietetic Association (2010) descreve risco nutricional como presença de fatores que podem acarretar e/ou agravar a desnutrição em doentes hospitalizados. Uma triagem nutricional, além da indicação precoce de sinais de desnutrição, pode medir indiretamente o risco acrescido de morbilidade e mortalidade.

A maioria dos doentes na esfera dos cuidados paliativos evidencia perda de peso, de apetite, redução da sua energia, fadiga e fraqueza, fatores geradores de alterações psíquicas, emocionais e sociais, contribuindo para o desconforto do doente e alterando-lhe a qualidade de vida (Capelas, 2010). Deve ser valorizado o facto de os doentes deprimidos com medicação apresentarem por vezes sintomas gastrointestinais, decorrentes dos efeitos secundários, pelo que vão apresentar risco de desnutrição, caso a situação se prolongue no tempo.

Smoliner *et al.* (2009) descrevem que a desnutrição e a depressão são altamente prevalentes em idosos institucionalizados ( $r = 0,313$ ,  $p = 0,006$ ), o que pode levar a resultados desfavoráveis. Os resultados do estudo apontam para uma associação entre a desnutrição e os sintomas depressivos. German *et al.* (2008) exploraram a associação entre sintomas depressivos e o risco de desnutrição em idosos hospitalizados e concluíram que a desnutrição está associada à depressão (OR = 2,23, IC 95%: CI:1,04-4,8), pelo que sugerem a avaliação e tratamento para ambos os transtornos. Couto *et al.* (2007) referem que a desnutrição contribui para o aumento do risco de complicações, podendo levar a estados depressivos, por reduzir drasticamente a capacidade funcional, comprometendo a qualidade de vida, com reflexo na mortalidade. Twycross (2003) apresenta os sintomas agrupados em doentes em cuidados paliativos; referindo-nos só aos que têm pertinência neste estudo: sintomas alimentares (anorexia, caquexia, obstipação, dispepsia, estase gástrica, náuseas e vômitos); e perturbações mentais secundárias (*delirium*, perturbações amnésicas, perturbações da ansiedade, perturbações do humor, perturbações da personalidade, psicoses). Distúrbios emocionais e algum grau de depressão induzem muitas vezes a anorexia ou recusa alimentar, sintomas descritos como mais prevalentes neste tipo de doentes (Silveira, 2008).

A nível hospitalar estima-se que cerca de 30% a 60% dos doentes possuam algum grau de desnutrição na ocasião da admissão, o qual tende a agravar-se durante o internamento (Tavares, 2010). De acordo com a Resolução ResAp (2003) do Conselho da Europa, todos os doentes devem ser regularmente submetidos à avaliação do risco nutricional, desde o período prévio à admissão hospitalar até ao final do seu internamento.

No entanto, a European Nutrition for Health Alliance (2010) recomenda um suporte nutricional que pode incluir: orientação nutricional e aconselhamento, dieta com suplementação oral, alimentação por sonda enteral e nutrição parenteral. Refere ainda que a deteção e o tratamento imediato são fundamentais para a reversibilidade da desnutrição (Pichard, 2010).

Toma-se pertinente abordar alguns conceitos relativamente ao estado nutricional / avaliação nutricional. Duarte *et al.* (2007) referem que o estado nutricional é influenciado pelo consumo e utilização de nutrientes e pelas necessidades individuais, sendo identificado pela correlação de informações obtidas do exame clínico, dietético, dados físicos e bioquímicos. A alteração do estado nutricional, por deficiência ou por excesso de ingestão, está relacionada com o aparecimento de diversas doenças. A avaliação nutricional surge como um instrumento de diagnóstico que determina o estado nutricional do doente, que é resultante do equilíbrio entre a ingestão e a perda de nutrientes. É um processo dinâmico e fornece um quadro das condições nutricionais do doente no momento da avaliação e perspectiva as condições nutricionais futuras (Keith *et al.* 2007).

Existem diversos métodos que podem ser utilizados na realização de uma avaliação nutricional. Tradicionalmente, o estado nutricional é avaliado por parâmetros objetivos, incluindo os exames laboratoriais (albumina, transferrina, pré-albumina, proteína transportadora do retinol) e as medições antropométricas (peso, altura, pregas cutâneas, perímetros) (Keith *et al.*, 2007). O objetivo da avaliação nutricional é assegurar a ingestão alimentar, conforme as necessidades e recomendações nutricionais, de forma a orientar a dieta, a avaliação e monitorização do estado nutricional. Uma deteção precoce de distúrbios nutricionais através da avaliação do risco nutricional é imperativa na conceção de protocolos de intervenção nutricional de qualidade. Devemos, contudo, ter em consideração que os objectivos do suporte nutricional em cuidados paliativos se modificam à medida que a doença progride.

Quanto ao risco nutricional, é definido por Cardoso *et al.* (2009) como sendo qualquer situação em que há presença de fatores, condições ou diagnósticos que possam afetar o estado nutricional do doente. Salienta que a presença de um ou mais fatores que comprometam o estado nutricional do doente requer uma assistência nutricional especializada. As recomendações da European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) e da American Society of Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN), (2009) propõem algumas ferramentas que poderão ser utilizadas no rastreio e avaliação nutricional, com vista à identificação e monitorização dos doentes identificados em risco nutricional ou com desnutrição associada à doença.

Em cuidados paliativos é comum o doente apresentar inapetência, desinteresse pelos alimentos e mesmo recusa por aqueles da sua maior preferência. Consequentemente podem ocorrer: baixa na ingestão alimentar, perda ponderal com frequências que podem variar de 31% a 87%, depleção de tecido magro e adiposo e caquexia. Outro aspeto a ter em conta são os efeitos colaterais dos tratamentos medicamentosos que podem causar náuseas, vômitos, diarreia, saciedade precoce, má absorção, obstipação intestinal, xerostomia, disfagia, entre outros (Huhmann (2005) e Strasser (2003), cit. por Corrêa & Shibuya (2007)). Nesta área, a nutrição tem um especial papel preventivo, possibilitando meios e vias de alimentação e reduzindo os efeitos adversos provocados pelos tratamentos. Auxilia no controle de sintomas, mantém hidratação satisfatória, preserva o peso e a composição corporal.

Acreman (2009) relata que o objetivo do cuidado nutricional é minimizar o desconforto ligado à alimentação e maximizar o prazer do alimento. Nesta perspetiva, Sloane *et al.* (2008) salientam que a qualidade nutricional na prática de cuidados de longo prazo implica uma avaliação cuidada das barreiras a uma alimentação adequada, tais como: a redução de fatores de risco, atenção à dieta especializada, apresentação dos alimentos e suplementos, tendo consciência da importância das questões psicossociais e ambientais e tendo em consideração os efeitos dos medicamentos, tanto como uma causa como um

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

### **Material e métodos**

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

Assim, tivemos como objetivos gerais deste estudo identificar a depressão nos doentes em cuidados paliativos e verificar se há influência do estado nutricional na depressão desses doentes. Como objetivos específicos, a caracterização sociodemográfica da amostra, determinar a história de saúde e avaliar o risco nutricional dos doentes em cuidados paliativos.

A amostra é uma amostra não probabilística, constituída por 50 doentes internados em duas unidades de cuidados paliativos (UCP), com aplicação do formulário entre 24 de Janeiro e 30 de Junho de 2011. Como critérios de inclusão de doentes na amostra, tivemos em conta: serem doentes internados nas UCP, classificados com depressão e terem aceite participar no estudo, tendo sido excluídos doentes com alterações neurológicas incapacitantes para poderem responder ao formulário. O instrumento de colheita de dados foi o supracitado Formulário, que foi construído pelos autores deste artigo, sendo estruturado em quatro partes: Caracterização sociodemográfica, Avaliação Clínica, Triagem do Estado Nutricional (Malnutrition Universal Screening Tool – MUST (BAPEN, 2003) e Inventário de Depressão de Beck (Vaz Serra & Abreu, 1973).

A parte respeitante aos dados sociodemográficos inclui os dados biográficos do doente, em termos de sexo, idade, situação profissional, zona de residência, estado civil, habilitações literárias e contexto familiar. Relativamente à avaliação clínica, procedeu-se à caracterização de algumas variáveis de saúde, nomeadamente o número de internamentos numa UCP, diagnósticos clínicos, toma de antidepressivos, sintomatologia no último mês e toma de suplementos alimentares ou vitamínicos.

Quanto à Triagem do Estado Nutricional (Malnutrition Universal Screening Tool – MUST), foi avaliado pela escala de “Triagem do estado nutricional”. Para a avaliação do risco de desnutrição foi calculado o Índice da Massa Corporal (IMC), classificado como desnutrição se a relação entre o peso e a altura do doente for inferior a  $18.5 \text{ kg/m}^2$ . Na componente do IMC, a pontuação atribuída é de 0 pontos para  $\text{IMC} > 20 \text{ kg/m}^2$ , 1 ponto para

IMC entre 18.5 e 20kg/m<sup>2</sup> e 2 pontos se o IMC <18.5 kg/m<sup>2</sup>. Na componente de percentagem de perda de peso nos últimos 3 a 6 meses, a pontuação é 0 se <5%, 1 se 5-10% e 2 se > 10%. Por último, a componente relativa ao efeito agudo da doença é pontuada com 2 pontos, caso não se verifique ingestão alimentar nos últimos 5 dias ou com 0, caso se tenha verificado. Estes três parâmetros são pontuados de 0 a 2 individualmente. O resultado final é o somatório da classificação dos 3 parâmetros e permite classificar o grau de risco de desnutrição em baixo (0), médio (1), ou elevado (2) ou mais) (Cruz *et al.*, 2009; BAPEN, 2003).

Com o objetivo de avaliar a variável “depressão”, utilizámos o Inventário de Depressão de Beck (BDI – Beck Depression Inventory), versão portuguesa aferida por Vaz Serra & Pio de Abreu em 1973. Este instrumento é constituído por 21 grupos de 4, 5 ou 6 afirmações respeitantes a toda a sintomatologia depressiva. Dos 21 conjuntos de afirmações, 11 relacionam-se com aspetos cognitivos, 5 com sintomas somáticos, 2 com comportamentos observáveis, 2 com o afeto e 1 com sintomas interpessoais (Vaz Serra, 1994). Cada conjunto apresenta as afirmações por ordem crescente de gravidade do sintoma, para que o sujeito que responde a este inventário escolha facilmente aquela (e apenas uma) que melhor descreve a forma como se sente no momento do preenchimento. A cada afirmação corresponde um valor (0, 1, 2 ou 3). O total da soma das 21 pontuações varia no intervalo de 0 a 63, permitindo diferenciar os níveis de depressão, desde “ausente” a “grave”. Foi considerada uma pontuação de 12 como ponto de corte que divide os indivíduos em deprimidos e não deprimidos. Deste modo, no nosso estudo, considerámos como valores de referência os dos autores acima referidos, ou seja, os doentes não apresentam sintomatologia depressiva quando o somatório global do Inventário de Depressão de Beck for inferior a 12.85, apresentam depressão leve se pontuarem com valores entre os 12.85 e os 18.32, apresentam depressão moderada se pontuarem com valores entre os 18.33 e os 23.92, e, finalmente depressão grave, se pontuarem com valores superiores ou iguais a 23.93.

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

### **Apresentação e discussão de resultados**

Procurando pautar a sua atuação em todo o processo metodológico de investigação por uma rigorosa conduta ética, foi solicitada autorização formal às entidades, por meio de ofícios, para aplicar o instrumento de colheita de dados para o estudo, assim como pedido o consentimento informado ao doente para a aplicação do formulário e escalas. Foram pedidas autorizações aos autores das escalas MUST e Inventário de Depressão de Beck para poderem ser utilizadas.

A análise efetuada às características psicométricas do instrumento de colheita de dados, no que respeita à sua fidelidade, permitiu apurar que a consistência interna para o

inventário de depressão de Beck revelou um alfa de Cronbach de 0,801. Considerando os valores referenciados por Pestana & Gageiro (2008) - valores entre 0,7 e 0,8 são razoáveis, entre 0,8 e 0,9 são classificados como bons, e superiores a 0,9 são excelentes - podemos inferir que o instrumento utilizado na nossa investigação, face à consistência interna, denota características psicométricas razoáveis.

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

No sexo masculino a idade variou entre os 48 e os 87 anos, com um valor médio de 69.38 anos (Dp=11.806), e uma dispersão moderada em torno da média. Quanto ao sexo feminino, variou entre os 41 e os 95 anos, com uma idade média de 74.35 (Dp=12.665) e uma dispersão moderada em torno da média. O teste U de Mann-Whitney revela que, apesar de as mulheres terem idades superiores aos homens, as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas (U=233,0; Z=-1.535; p=0.125), (cf. Quadro 1).

**Quadro 1 – Estatística da distribuição da amostra por sexo**

	n	Min	Max	$\bar{x}$	Dp	Sk <sub>erro</sub>	K <sub>erro</sub>	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

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

No quadro 2 expressam-se os resultados obtidos, relativamente à situação profissional, os quais evidenciam que a maioria da amostra (78%) se encontra na situação de reforma, com valores semelhantes tanto no sexo masculino como feminino, (75% e 80.8%, respetivamente), não se verificando, pela aplicação do teste Qui-Quadrado, diferenças estatisticamente significativas entre ambos ( $\chi^2=0.242=$ ; p=0.623).

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

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

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

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

**Quadro 2 – Características biográficas em função do sexo**

(N=50)	Sexo		Total			
	Masculino	Feminino	n	%	n	%
<b>SITUAÇÃO PROFISSIONAL</b> ( $\chi^2=0,242=$ ; $p=0,623$ )						
Reformado	18	75,0	21	80,8	39	78,0
Ativo	6	25,0	5	19,2	11	22,0
<b>ZONA DE RESIDÊNCIA</b> ( $\chi^2=0,063=$ ; $p=0,802$ )						
Rural	13	54,2	15	57,7	28	56,0
Urbana	11	45,8	11	42,3	22	44,0
<b>ESTADO CIVIL</b> ( $\chi^2=1,589=$ ; $p=0,662$ )						
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
<b>HABILITAÇÕES LITERÁRIAS</b> ( $\chi^2=6,322=$ ; $p=0,042*$ )						
Não sabe ler nem escrever	4	16,7	8	30,8	12	24,0
		-1,2 res		1,2 res		
Ensino Básico	20	83,3	14	53,8	34	68,0
		2,2 res		-2,2 res		
Ensino Secundário e Ensino Superior	-	-	4	15,4	4	8,0
		-2,0 res		2,0 res		
<b>CONTEXTO FAMILIAR</b> ( $\chi^2=0,272=$ ; $p=0,602$ )						
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

### **Avaliação Clínica**

A maioria dos doentes esteve internado na UCP “uma vez” (84%), 12% esteve “duas vezes” e 4% têm “três internamentos”. Entre ambos os sexos, o grupo mais representado é o de “um único internamento”, sendo que a percentagem no sexo feminino é mais elevada (96.2% Vs 70.8%). Verificamos ainda que 25% do sexo masculino refere “dois internamentos” e 4.2% “três” e, no sexo feminino, existem apenas 3.8% com “três internamentos”. O teste de Qui-Quadrado revela diferenças estatísticas significativas ( $\chi^2=7.456$ ;  $p=0.024$ ), nomeadamente quanto a terem tido “um ou dois internamentos”, pois o sexo masculino apresenta em maior número “dois internamentos”, enquanto o feminino tem maior número de “um internamento”.

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

O diagnóstico mais frequente na UCP foi a “neoplasia” (86%), com valores semelhantes ao da amostra total em ambos sexos. Viana *et al.* (2010), no seu estudo em doentes em cuidados paliativos, também verificaram que a patologia mais frequente é a neoplasia, tendo registado 97 doentes (82,9%) com esse diagnóstico. Contudo poderemos verificar que o número de óbitos por cancro mostra ainda tendência de crescimento com um aumento de 15,8% entre os triénios de 1993-1995 e 2003-2005, tendo sido registados 22.682 óbitos em 2005. (Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007/2010).

Relativamente à existência de sintomatologia no último mês, verificamos que 62% teve “perda de apetite”, 40% “vómitos” e 10% “diarria”. Estes valores são corroborados pela literatura pesquisada, a qual refere que as náuseas e vómitos constituem sintomas que interferem de forma significativa na qualidade de vida do doente, ocorrendo em cerca de 30% dos doentes. A sua etiologia pode ser multifatorial e a prevalência destes sintomas no doente oncológico é da ordem dos 62% nos últimos 2 meses de vida (Ferraz Gonçalves, 2011). Também Twycross (2003) refere que as náuseas e vómitos ocorrem em 50% dos doentes com cancro avançado. Benarroz *et al.* (2009) referem que diversos doentes com cancro avançado passam pela experiência da perda de peso associada às mudanças de hábitos alimentares, sendo a anorexia um sintoma comumente referido por eles, o que está de acordo com Higginson & Constantin (2008).

Verificamos, ainda, que 76% “não toma suplementos vitamínicos ou alimentares”, não existindo diferenças estatisticamente significativas entre os sexos ( $\chi^2=0.254$ ;  $p=0.614$ ), (cf. Quadro 3), o que contradiz a literatura pesquisada; McCarthy *et al.* (1999), cit. por João (2007), recorrendo a dois grupos de doentes em radioterapia, um exclusivamente a dieta oral e outro com alimentação oral associada a suplementos, verificou que o segundo grupo

apresentava um aumento significativo da ingestão calórico-proteica, comparativamente ao primeiro grupo, sem, no entanto, reduzir a ingestão oral. Benarroz *et al.* (2009) salienta que uma abordagem comum para evitar a desnutrição e a perda de peso é o aumento de ingestão calórica com suplementos orais, para garantir as necessidades diárias em casos de baixa ingestão alimentar, independentemente dos motivos.

**Quadro 3 – Características clínicas em função do sexo**

Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
<b>NÚMERO DE INTERNAMENTOS NUMA UCP (N=50)</b>						
Um	17	70,8(-2,4 res)	25	96,2(2,4 res)	42	84,0
Dois	6	25,0(2,7 res)	-	- (-2,7 res)	6	12,0
Três	1	4,2(0,1 res)	1	3,8(-0,1 res)	2	4,0
<b>TOMA DE ANTIDEPRESSIVOS (N=50)</b>						
Sim	12	50,0	19	73,1	31	62,0
Não	12	50,0	7	26,9	19	38,0
<b>DIAGNOSTICO CLÍNICO (N=50)</b>						
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
<b>SINTOMATOLOGIA NO ÚLTIMO MÊS <sup>(1)</sup></b>						
Vómitos	8	33,3	12	46,2	20	40,0
Diarreia	2	8,3	3	11,5	5	10,0
Perda de Apetite	14	58,3	17	65,4	31	62,0
<b>TOMA DE SUPLEMENTOS ALIMENTARES OU VITAMÍNICOS (N=50)</b>						
Não	19	79,2	19	73,1	38	76,0
Sim	5	20,8	7	26,9	12	24,0
Total	24	48,0	26	52,0	50	100,0

Número de Internamentos numa UCP ( $\chi^2=7,456$ ;  $p=0,024^*$ ); Toma de antidepressivos ( $\chi^2=2,821$ ;  $p=0,093$ ); Diagnóstico Clínico ( $\chi^2=5,138$ ;  $p=0,162$ ); Toma suplementos alimentares/vitamínicos ( $\chi^2=0,254$ ;  $p=0,614$ )

<sup>(1)</sup> Estatística percentual face à existência ou não do sintoma.

### Triagem do estado nutricional (MUST)

Avaliando pela escala de triagem nutricional, Malnutrition Universal Screening Tool (MUST), que é uma recomendação da European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN), da American Society of Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN, 2009) e da British Association for Parenteral and Enteral Nutrition (BAPEN, 2003), no que diz respeito ao Índice de Massa Corporal (IMC), podemos dizer que a amostra se encontra dentro do peso dito normal com 22.61, sendo que o sexo feminino tem um índice ligeiramente superior ao do sexo masculino ( $\bar{x}=23.96$  Vs  $\bar{x}=21.15$ ). A OMS adota uma tabela que indica os graus de obesidade e, segundo essa referência, a nossa amostra

encontra-se no peso normal que é entre 18.5 e 25. Os valores de referência abaixo de 18.5 correspondem a magreza, entre 18.5 e 25 a peso normal, entre 25 e 30 correspondem a acima do peso e valores acima de 30 correspondem a obeso (Portal da Saúde, 2006).

Pelo teste U de Mann-Whitney verificamos não existirem diferenças estatisticamente significativas (U=238.5; Z=-1.427; p=0.153). Relativamente ao peso habitual, o peso médio é de 69.80Kg (Dp=14.305) e apresenta uma distribuição moderada em torno da média. O sexo masculino apresenta um peso superior (74.42Kg) relativamente ao sexo feminino (65.53Kg), sendo as diferenças estatisticamente significativas (U=206.0; Z=-2.063; p=0.039), ou seja, o sexo influencia o peso habitual dos doentes.

Face à perda de peso, constata-se que os doentes perderam, em média, 13.83% (Dp=9.118), sendo que os do sexo masculino apresentam um valor médio de perda de peso superior ao sexo feminino (16.44% Vs 11.42%); contudo, as diferenças entre os sexos não são estatisticamente significativas, (U=217.5; Z=-1.838; p=0.066) (cf. Quadro 4). Estes resultados são concordantes com os de Ferraz Gonçalves (2011), que salienta que as náuseas persistentes são muitas vezes associadas a perda de peso. O autor refere ainda que uma perda de peso involuntária de pelo menos 10% é usada como critério de caquexia, mas uma perda de peso de 5% a 10% já se associa a diminuição da sobrevivência e a um aumento do risco de infeções (Fainsinger (2004), cit. por Ferraz Gonçalves (2011). Antoun (2006), cit. por Reiriz *et al.* (2008), e Capelas (2010), verificam que a má nutrição é comum em doentes com cancro, sendo que muitos fatores contribuem para a perda de peso, como a diminuição da ingestão alimentar, as mudanças metabólicas induzidas pela resposta inflamatória da doença e as alterações psíquicas e emocionais. Com a perda de peso, estes doentes apresentam menor capacidade de tolerância ao tratamento e verifica-se uma menor sobrevida e qualidade de vida, podendo ir até 10% do peso habitual, sendo consequência da depleção das reservas de gordura e proteínas com consequente perda da massa muscular (Neto *et al.*, 2011), Huhmann (2005) e Strasser (2003), cit. por Corrêa *et al.* (2007)).

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

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

Analisando as características da escala de triagem MUST, podemos referir que a maioria dos doentes da nossa amostra tem um peso normal (60%), sendo que 20% está abaixo do peso ideal e 8% é obeso. Contudo, Thoresen *et al.* (2002) refere que pode acontecer que doentes com peso normal ou até elevado tenham tido uma grande perda de peso, situação que alerta os profissionais para a necessidade de regularmente procederem à avaliação do peso.

A análise revelou que no sexo masculino 70.8% tem peso normal e 8.4% estão acima do peso normal. Quanto ao sexo feminino, apenas 50% têm peso normal, 15.4% têm peso acima do ideal e 15.4% são obesas. As diferenças não são estatisticamente significativas ( $\chi^2=5.128$ ;  $p=0.163$ ), (cf. Quadro 5).

No que diz respeito à triagem do estado nutricional, 76% da amostra apresenta  $IMC > 20.0$  e 18% apresenta  $IMC < 18.5$ . Averiguando a perda de peso nos últimos 3 a 6 meses, verificamos que 66% apresentou uma perda de peso de 10%, sendo o sexo masculino o que perdeu mais peso (70.9%) face ao feminino (61.5%). Contudo, as diferenças não são estatisticamente significativas ( $\chi^2=4.844$ ;  $p=0.089$ ).

Quanto à “presença de doença aguda e com ausência\diminuição significativa de ingestão alimentar superior a 5 dias”, verificamos que esta não se verifica em 94% dos doentes ( $\chi^2=0.275$ ;  $p=0.600$ ).

Face ao risco do estado nutricional, observamos que 70.0% dos doentes têm um “risco elevado”, 16% “baixo risco” e 14% “médio risco”, sendo que relativamente ao “risco baixo”, o sexo feminino tem valores percentuais superiores comparativamente ao masculino (26.9% vs 4.2%), e, inversamente, no “risco elevado”, o sexo masculino (75% vs 65.4%). O teste Qui-Quadrado revelou existirem diferenças estatisticamente significativas entre os sexos ( $\chi^2=5.743$ ;  $p=0.049$ ), ou seja, o sexo feminino tem um menor risco quanto ao estado nutricional, (cf. Quadro 5).

Os resultados por nós obtidos são concordantes com os obtidos por Caro *et al.*, (2007), os quais referem que mais de metade dos doentes sofrem de desnutrição (64%), aumentando até 81% para doentes em tratamento paliativo, sugerindo-se a aplicação de um protocolo que pode ajudar a detetar a desnutrição em doentes oncológicos, tal como recomendado pela American Dietetic Association (2010), a European Nutrition for Health Alliance(2010) e Pichard, (2010).

A nível hospitalar estima-se que cerca de 30 a 60% dos doentes possuam algum grau de desnutrição na ocasião da admissão, que tende a agravar-se durante o internamento (Tavares, 2010). A malnutrição em doentes oncológicos é multifatorial e frequente, estando relacionada com o aumento da morbilidade e da toxicidade do tratamento, com as diminuições das respostas ao tratamento e à qualidade de vida, piorando o prognóstico e aumentando os custos de saúde (João, 2007; Couto *et al.*, 2007). Estes autores corroboram a necessidade urgente de implementar um método de avaliação de risco nutricional, validado e

adequado à realidade e rotina de cada serviço, de modo a identificar eficazmente os doentes que necessitam de avaliação detalhada e intervenção individualizada urgente. Tal recomendação foi enfatizada no Relatório de Peritos “Resolution ResAP (2003) on food and nutritional care in hospitals 2003” publicado pelo Conselho da Europa e aprovado em Conselho de Ministros em Novembro de 2003. Consegue-se identificar precocemente os doentes desnutridos ou em risco de desnutrição se tivermos ao nosso dispor uma ferramenta de aplicação fácil, rápida, de baixo custo e com resultados reprodutíveis, tal como a MUST. Neto *et al.* (2011) salientam que, em primeira instância, sempre que possível, deve haver um aconselhamento nutricional especializado, favorecendo o contacto com o grupo de nutrição, o que também é recomendado na escala aplicada MUST quando surge um risco moderado a elevado de desnutrição.

**Quadro 5 – Características da triagem do estado nutricional**

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

IMC (por grupos) ( $\chi^2=5,128=$ ;  $p=0,163$ ); Triagem nutricional -- IMC ( $\chi^2=0,470=$ ;  $p=0,790$ ); -- % perda de peso nos últimos 3 a 6 meses ( $\chi^2=4,844=$ ;  $p=0,089$ ); Presença doença aguda com ausência/diminuição significativa de ingestão alimentar superior a 5 dias ( $\chi^2=0,275=$ ;  $p=0,600$ ); Risco do estado Nutricional  $\chi^2=5,743=$ ;  $p=0,049*$ )

### Caracterização da Depressão

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

A sintomatologia depressiva é mais grave no sexo feminino ( $\bar{x}=27.23$ ) do que no sexo masculino ( $\bar{x}=24.63$ ), revelando o teste U de Mann Whitney que as diferenças face ao sexo são estatisticamente não significativas ( $U=251.0$ ;  $Z=-1.186$ ;  $p=0.235$ ), ou seja o sexo não influencia na sintomatologia depressiva, (cf. Quadro 6). Estes resultados vão ao encontro dos dados da OMS, a qual refere que a depressão é mais comum nas mulheres do que nos homens. Um estudo realizado pela Organização Mundial de Saúde, em 2000, mostrou que a prevalência de episódios de depressão unipolar é de 1.9% nos homens e de 3.2% nas mulheres (Portal da Saúde, 2006).

**Quadro 6 – Estatísticas relativas à depressão na amostra**

	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 & Abreu (1973) e procedemos ao estudo da gravidade da depressão, verificamos que na amostra total 8.0% dos doentes “não apresentam depressão”, 12.0% apresentam “depressão leve”, 20.0% “depressão moderada” e 60.0% manifestam “depressão grave”. A análise, segundo o sexo, revela que 58.3% do sexo masculino apresenta “depressão grave”, e apenas 4.2% apresentam “ausência de depressão”. Por sua vez, 61.5% do sexo feminino têm “depressão grave” e 7.7% manifestam “depressão leve”, sendo que as diferenças encontradas não são significativas ( $\chi^2= 1.732$ ;  $p=0.632$ ), (cf. Quadro 7).

Para aprofundar o estudo da gravidade da Depressão agrupámos os doentes em duas classes: a primeira, diz respeito aos doentes que obtiveram *scores* inferiores a 12.85, isto é, “sem depressão”, constituído por 8% da amostra, e a segunda é constituída pelos doentes cujo *score* foi superior ou igual a 12.85 e, portanto, “com depressão”, representando 92% dos doentes internados em cuidados paliativos.

Os valores analisados superam os valores obtidos por um estudo efetuado por Lloyd (2001) que mostra que a depressão está presente em 25% dos doentes admitidos nas unidades de cuidados paliativos. Na nossa amostra, um fator de risco para que o valor de doentes com depressão seja alto está relacionado com o facto de os doentes serem portadores de doença crónica, podendo provocar ou facilitar a ocorrência de episódios depressivos ou a evolução para depressão crónica (Portal da Saúde, 2006). Num estudo efetuado no Medical College of Wisconsin, cit. por Noorani *et al.* (2007), refere-se que

alguns estudos de prevalência de depressão em doentes com doença avançada mostram que estes são afetados em 75%, salientando ainda que a depressão pode afetar significativamente a qualidade de vida do doente em fase final, retirando-lhe o sentido da vida, a paz e a esperança. Estes valores aproximam-se dos valores por nós obtidos.

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

**Quadro 7 – Caracterização da sintomatologia depressiva segundo sexo**

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

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

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

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

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

Relativamente aos 92% dos doentes com depressão constituintes da amostra, tivemos interesse em verificar a percentagem dos que se encontravam medicados com antidepressivos. Verificou-se que 60.9% “toma antidepressivos” e 39.1% não se encontra medicado. Na análise por sexos, observamos que 69.6% do sexo feminino e 52.2% do sexo masculino tomam medicação antidepressiva, contudo dos que “não tomam” 47.8%

são do sexo masculino (cf. Quadro 9). Os resultados dos doentes que não estão medicados mas que apresentam depressão, vão de encontro ao referido por Juver & Verçosa (2008), quando referem que a depressão é subdiagnosticada, pelo que poucos doentes recebem tratamento adequado. Reforçam a ideia Gruneir (2005), cit. por Braun *et al.* (2009) e Lloyd *et al.* (2010) quando referem que, nos doentes terminais, o subdiagnóstico e o subtratamento da ansiedade e da depressão são comuns. A deteção precoce da depressão pode otimizar o conforto físico no final de vida e proporcionar a oportunidade para se conformarem e prepararem para a morte (Braun *et al.*, 2009).

Salientamos que nestes 39.1% não se cumprem as já referidas recomendações emanadas pelo American College of Physicians (2008) e que devem ser aplicadas em doentes em cuidados paliativos, tal como é também referido por Taylor *et al.* (2008). Contudo, os antidepressivos são eficazes no tratamento da depressão na população fisicamente saudável, mas há menos clareza sobre o seu uso em doentes fisicamente doentes. Rayner *et al.* (2010) estudaram o uso de antidepressivos em pessoas com doença física, tendo efetuado um ensaio clínico randomizado, comparando a eficácia dos antidepressivos e placebo no tratamento da depressão em adultos com uma doença física, chegando á conclusão que surgiram evidências de que os antidepressivos são superiores ao placebo no tratamento desta patologia; contudo, referem serem necessários mais estudos acerca desta temática. Fournier *et al.* (2010), num estudo randomizado que efetuaram, concluíram que a magnitude do benefício da medicação antidepressiva em comparação com placebo aumenta com a severidade de sintomas de depressão e pode ser mínima ou inexistente, em média, em doentes com sintomas leves ou moderados. Para doentes com depressão muito grave, o benefício de medicamentos em relação ao placebo é substancial.

**Quadro 9 – Toma de antidepressivos nos doentes com sintomatologia depressiva**

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

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

### **Análise Inferencial**

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

H<sub>1</sub> – As variáveis sociodemográficas influenciam a depressão nos doentes de cuidados paliativos

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

**Quadro 10 – Análise de regressão linear simples entre a depressão e a idade**

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

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

No que respeita à relação entre a sintomatologia depressiva e a zona de residência, os doentes do meio rural não se distinguem dos do meio urbano ( $\bar{x}=28.04$  Vs  $\bar{x}=26.77$ ). O ( $U=243.0$ ;  $Z=-0.463$ ;  $p=0.644$ ) evidencia que a zona de residência é independente da depressão nos doentes internados em cuidados paliativos.

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

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

No que concerne à relação entre as habilitações literárias e a depressão, depreendemos que os doentes com ensino básico pontuaram em média com menor sintomatologia depressiva ( $\bar{x}=26.65$ ) e os que apresentam o ensino secundário e ensino superior com maior sintomatologia depressiva ( $\bar{x}=31.67$ ). O teste de Kruskal-Wallis revelou que as diferenças não são estatisticamente significativas ( $H=1.553$ ,  $p=0.460$ ), ou seja, as variáveis são independentes, (cf. Quadro 11). Estes resultados corroboram o estudo efetuado por Amálio *et al.* (2004), cit por Campos (2009), no qual, nos sujeitos

com menos escolaridade, há uma tendência para a diminuição da sintomatologia depressiva.

**Quadro 11 – Relação entre a Depressão e as variáveis sociodemográficas**

	$\bar{x}$	Dp	Teste de U Mann-Whitney		
			U	Z	p
<b>SITUAÇÃO PROFISSIONAL</b>					
Reformado	28,03	7,160	146,0	-1,200	0,230 n.s.
Activo	25,55	7,942			
<b>ZONA DE RESIDÊNCIA</b>					
Rural	28,04	8,249	243,0	-0,463	0,644 n.s.
Urbana	26,77	6,332			
<b>CONTEXTO FAMILIAR</b>					
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
<b>ESTADO CIVIL</b>					
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			
<b>HABILITAÇÕES LITERÁRIAS</b>					
Não sabe ler nem escrever	28,42	7,728	1,553		0,460 n.s.
Ensino Básico	26,65	7,163			
Ensino secundário e Ensino Superior	31,67	8,505			

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

H<sub>2</sub> – As variáveis clínicas influenciam a depressão nos doentes em cuidados paliativos

Pela análise dos resultados evidenciados no quadro 12, constatamos que os doentes com maior número de internamentos possuem maior sintomatologia depressiva ( $\bar{x} = 29,00$ ), sendo as diferenças estatisticamente não significativas, (Kruskal-Wallis:  $H=0,037$ ;  $p=0,982$ ); assim, estes resultados são concordantes com os de Rayner *et al.* (2009) quando referem que a depressão é prevalente nos doentes que recebem cuidados paliativos. De acordo com os resultados por nós obtidos, Bottino *et al.* (2009) salientam que as taxas da prevalência da depressão associada ao cancro podem variar de acordo com a evolução do mesmo e com os tratamentos utilizados: 14% dos doentes em ambulatório, 28% dos doentes em unidade de cuidados paliativos. Diniz (2006) também constatou, no seu estudo, que 68% dos doentes sob cuidados paliativos tinham algum grau de depressão.

Inferimos 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 ( $H=2.117$ ;  $p=0.549$ ).

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

Na toma de suplementos alimentares ou vitamínicos, os doentes que não os tomam têm maior depressão face aos que tomam ( $\bar{x}=28.18$  vs  $\bar{x}=25.55$ ). No entanto, constatamos que as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas ( $p>0,05$ ), (cf. Quadro 12). Neto *et al.* (2011) salientam que a nutrição oral, sempre que possível, deve ser iniciada com alimentos correntes e/ou com suplementos hiperproteicos/hipercalóricos, no sentido de minimizar o risco de desnutrição. Conforme descrito na fundamentação teórica, Scur (2005) refere que a alimentação pode afetar o humor das pessoas, porque muitos dos seus componentes atuam como percursores de neurotransmissores, como, por exemplo, a serotonina; por este motivo, uma dieta equilibrada e variada é indispensável para auxiliar na manutenção da saúde global do indivíduo. Neto *et al.* (2011) assinalam ainda que, para além do estado nutricional, devem-se avaliar as preferências, os hábitos e intolerâncias, a determinação do aporte calórico-proteico, a distribuição diária das refeições e a presença de sintomas que possam impedir uma alimentação normal.

**Quadro 12 – Estudo da depressão com as variáveis de saúde, n.º internamentos e diagnóstico clínico**

	$\bar{x}$	Dp	Teste de Kruskal-Wallis		
			H	Z	P
NÚMERO DE INTERNAMENTOS					
Um	27,54	7,615	0,037		0,982 n.s.
Dois	26,50	6,535			
Três	29,00	-			
DIAGNOSTICO CLÍNICO					
Neoplasia	27,18	7,373	2,117		0,549 n.s.
Insuficiência de órgãos	28,50	9,192			
Outro	23,50	10,607			
Mais de 1 diagnóstico	32,67	4,726			
	$\bar{x}$	Dp	Teste de U Mann-Whitney		
			U	Z	p
TOMA DE ANTIDEPRESSIVOS					
Sim	29,22	8,201	163,5	-1,846	0,065
Não	25,22	5,036			
TOMA DE SUPLEMENTOS ALIMENTARES OU VITAMÍNICOS					
Não	28,18	7,222	149,0	-0,883	0,391 n.s.
Sim	25,55	8,067			

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

H<sub>3</sub> – O estado nutricional influencia a depressão nos doentes em cuidados paliativos

Face à relação entre o risco do estado nutricional e a depressão, observamos que as diferenças encontradas entre os grupos não são estatisticamente significativas ( $p > 0.05$ ), ou seja, o risco do estado nutricional não influencia a depressão do doente internado em cuidados paliativos, (cf. Quadro 13). Apesar de, no nosso estudo esta relação não se traduzir estatisticamente, alguns estudos revelam o contrário. Cabrera *et al.* (2007) salientam que os resultados do seu estudo mostraram que houve uma associação independente entre défice nutricional e depressão numa população de idosos, o que enfatiza a importância da identificação precoce de depressão em pessoas com distúrbios nutricionais. German *et al.* (2008) investigaram a associação entre sintomas depressivos e o risco de desnutrição em idosos hospitalizados. Depois de controlar idade, estado cognitivo, capacidade funcional e número de doenças, a desnutrição foi significativamente associada com depressão (OR = 2.23, IC 95%: 1,04-4,8), concluindo que o risco nutricional está associado com a depressão em idosos internados. Smoliner *et al.* (2009) chegaram à mesma conclusão.

**Quadro 13 – Relação entre a depressão e o risco do estado nutricional**

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

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

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

	r	r <sup>2</sup> (%)	p	t	p
Estado nutricional	0,035	0,12	0,817	0,233	0,817

O estudo da relação entre a depressão e o IMC foi efetuado através da regressão linear simples, observando-se associação muito baixa e positiva ( $r=0.001$ ;  $p=0.747$ ). Observa-se que quando aumenta o IMC aumenta a depressão, contudo o valor de  $t$  é ( $t=0.324$ ;  $p=0.747$ ) evidencia que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis em estudo, ou seja, o IMC não influencia a depressão dos doente internados em cuidados paliativos, (cf. Quadro 15).

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

	r	r <sup>2</sup> (%)	p	t	p
IMC	0,049	0,24	0,747	0,324	0,747

### **Conclusão**

O ser humano é alimentado para se desenvolver, manter o seu equilíbrio e para viver. A alimentação faz, igualmente, parte da vida social e afetiva, de forma tão natural que facilmente esquecemos que este é um ato necessário à sobrevivência e que mesmo em cuidados paliativos o suporte nutricional poderá ser questionável.

Contudo, o período que antecede a morte de um ser humano portador de uma doença crónica avançada, progressiva e incurável, é talvez um dos períodos mais importantes da sua vida, caso esteja no uso das suas faculdades mentais. A ideia de uma morte mais digna, menos sofrida, próxima das pessoas que se amam e que nos são queridas, proporcionou a criação de um movimento de cuidados mais humanizados e integral (Meireles, 2008).

A tecnologia indispensável para um cuidar qualificado dos doentes tem de ser escrava de uma dinâmica humanizadora que deve impregnar o agir profissional. Os cuidados paliativos transcendem um modelo assistencial, pois descrevem uma abordagem holística e são pautados pela humanização. É neste contexto do cuidar que surge a avaliação do estado nutricional do doente em cuidados paliativos. Face ao risco de desnutrição elevado de 70%, encontrado na nossa amostra torna-se de extrema importância a triagem nutricional e a implementação de medidas nutricionais, de acordo com o estado e a situação clínica do doente. Nos cuidados paliativos, o apoio nutricional visa melhorar a qualidade de vida do doente, controlando os sintomas, como náuseas, vômitos e dor relacionadas com a ingestão de alimentos, e perda da autonomia. A revisão da literatura defende que os cuidados nutricionais devem ser integrados no atendimento de oncologia global devido à sua contribuição significativa para a qualidade de vida (Caro *et al.* 2007).

Reconhecer a depressão numa fase final de vida poderá não ser tarefa fácil, uma vez que o doente terminal apresenta um quadro complexo, em que sintomas físicos e psicológicos coexistem e podem confundir o diagnóstico. Contudo, os 60% da amostra com depressão grave revelam que deve ser efetuado um rastreio e uma avaliação regular no sentido de não subdiagnosticar a depressão nestes doentes, tendo sempre presente as recomendações nacionais e internacionais.

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

Com o presente estudo pretendemos alertar os profissionais para a necessidade de oferecer mais e melhores cuidados de saúde especializados em cuidados paliativos, numa mudança premente de atitudes que dignifique o final de vida, mesmo atendendo a que o tamanho da amostra não permita a generalização dos resultados. Assim, seria desejável que o estudo fosse replicado numa amostra aleatória, com maior representatividade.

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

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acreman, S. (2009). Nutrition in palliative care. *Br J Community Nurs*. [Em linha]. [Consult. 12 Dezembro 2010] Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19966682>>.
- American College of Physicians (2008). *Evidence-Based Interventions to Improve the Palliative Care of Pain, Dyspnea, and Depression at the End of Life: A Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians*. [Em linha]. [Consultado. 12 Dezembro 2010]. Disponível em: <[https://www.acponline.org/clinical\\_information/guidelines/guidelines/](https://www.acponline.org/clinical_information/guidelines/guidelines/)>.
- American Dietetic Association (2010). *Nutrition Care Manual*. [Em linha]. [Consult. 12 Dezembro de 2010]. Disponível em: <<http://www.nutritioncaremanual.org/vault/NCM%202010%20Full%20UPDATES.pdf>>.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)*. Washington, DC: American Psychiatric Association. Disponível em: <<http://allpsych.com/disorders/dsm.html>>. Texto do DSM-IV disponível em: <<http://justines2010blog.files.wordpress.com/2011/03/dsm-iv.pdf>>.
- ASPEN - American Society of Parenteral and Enteral Nutrition (2009). [Em linha]. [Consult. 13 Janeiro 2011]. Disponível em: <URL <http://www.nutritioncare.org/>>.

- BAPEN - The British Association for Parenteral and Enteral Nutrition (2003). *The 'MUST' Toolkit* [Em linha]. [Consult. 24 Novembro 2010]. Disponível em: <<http://www.BAPEN.org.uk/musttoolkit.html>>.
- Benaroz, Monica de Oliveira *et al.* (2009). Bioética e nutrição em cuidados paliativos oncológicos em adultos. *Caderno Saúde Pública*, 25(9): 1875-1882. Rio de Janeiro. [Em linha]. [Consult. 12 Dezembro 2010]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n9/02.pdf>>.
- Bottino Sara Mota Borges & Fráguas, Renério (2009). Depression and câncer. *Rev. psiquiatr. clín. vol.36(supl.3)*: 109-115. São Paulo. [Em linha]. [Consult. 10 Julho 2011]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v36s3/07.pdf>>.
- Braun, Ursula K. *et al.* (2009). A detecção de depressão em cuidados paliativos - Reconhecimento e tratamento da depressão no final da vida. *Revista Geriatrics*, vol 5, nº 26 (mar/abr).
- Cabrera, M.; Mesas, A. E.; Garcia, A. R. & Andrade, S. M. (2007). Malnutrition and depression among community-dwelling elderly people. *J Am Med Dir Assoc*. 8(9):582-4 (Nov). [Em linha]. [Consult. 10 Julho 2011]. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17998114>>.
- Campos, Rui (2009). *Depressivos Somos Nós*. Coimbra: Editora Almedina. ISBN 978-972-40-4054-7.
- Capelas, Manuel Luís (2010). Cuidados Paliativos. *Revista APNEP, Vol IV, n.º 1* (Junho). Porto. ISSN 1646-7183.
- Cardoso, Elisabeth *et al.* (2009). *Manual Dietoterapia e Avaliação Nutricional Sistematização do Atendimento Nutricional*. S.Paulo: Ed.Atheneu. ISBN 978-85-388-0048-4.
- Caro, Mónica Maria Marín; Laviano Pichard; *et al.* (2007). Nutritional intervention and quality of life in adult oncology patients. *Clinical Nutrition, Volume 26, Issue 3* (June): 289-301. [Em linha]. [Consult. 12 Junho 2010]. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0261561407000301>>.
- Cerqueira, Maria Manuela Amorim (2005). O cuidador e o doente paliativo: análise das necessidades - dificuldades do cuidador para o cuidar do doente paliativo no domicílio. Coimbra: Formasau. ISBN 972-8485-49-2.
- Circular Normativa N.º 14/DGCG, de 13/07/04 (2004). *Programa Nacional de Cuidados Paliativos*. [Em linha]. [Consult. 12 Dezembro 2010]. Disponível em: <[http://www.hsm.minsaude.pt/contents/pdfs/cuidados\\_continuadosintegrados/Programa%20Nacional%20de%20Cuidados%20Paliativos.pdf](http://www.hsm.minsaude.pt/contents/pdfs/cuidados_continuadosintegrados/Programa%20Nacional%20de%20Cuidados%20Paliativos.pdf)>.
- Corrêa, Priscilla Hiromi & Shibuya, Edna (2007). Administração da Terapia Nutricional em Cuidados Paliativos. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Vol. 53. Brasil.
- Council of Europe (2003). *Resolution Resap, on food and nutritional care in hospitals*. [Em linha]. [Consult. 12 Dezembro 2010]. Disponível em: <<https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=85747>>.
- Couto, Bruno Paulo *et al.* (2007). Avaliação nutricional: aspectos clínicos e laboratoriais. *Semiologia Nutricional no Câncer*. (Cap 33). S.Paulo: Ed.Atheneu. ISBN 978-85-7379-907-1.
- Cruz, C. *et al.* (2009). Validação do MUST em oncologia: mobilização multidisciplinar. *Revista APNEP, Vol III, nº 1* (Junho). Porto. ISSN 1646-7183.
- Diniz, Renata Wanderley *et al.* (2006). O conhecimento do diagnóstico de câncer não leva à depressão em Pacientes sob cuidados paliativos [Em linha]. 2006 *Rev Assoc Med Bras*. 52(5): 298-303. [Consult. 12 Julho 2011]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v52n5/a14v52n5.pdf>>.
- Duarte, António Claudio Goulart *et al.* (2007). *Avaliação nutricional: aspectos clínicos e laboratoriais. Semiologia Nutricional*. S.Paulo, Brasil: Ed.Atheneu, CAP.4. ISBN 978-85-7379-907-1.
- ESPEN - European Society for Clinical Nutrition and metabolism (2009). *Clinical Nutrition*, 28: 359-479. [Em linha]. [Consult. 29 Julho 2010]. Disponível em: <<http://www.espen.org/espenguidelines.html>>.
- European Nutrition for Health Alliance(2010) [Em linha]. [Consult. 8 Dezembro 2010]. Disponível em WWW: <<http://www.european-nutrition.org/>>.
- Ferraz Goncalves, José (2011). *Controlo de sintomas no cancro avançado*. Lisboa: Coisas de ler edições. ISBN 978-989-8218-50-6.
- Fournier, Jay C. & DeRubeis, Robert J. *et al.* (2010). Antidepressant Drug Effects and Depression Severity A Patient-Level Meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, Vol 303, N.º 1. [Em linha]. January 6. Disponível em: <<http://www.jama.ama-assn.org/JAMA>>.
- German, L. *et al.* (2008). Depressive symptoms and risk for malnutrition among hospitalized elderly people. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 12: 5313-318. [Em linha]. [Consut. 8 Julho 2010]. Disponível em: <<http://www.springerlink.com/content/bh654115356u4882/fulltext.pdf>>.

- Higginson, Irene J. & Costantini, Massimo (2008). Dying with cancer, living well with advanced cancer. *European Journal of Cancer*, 44: 1414-1424. [Em linha]. [Consult. 8 Julho 2010]. Disponível em: <[http://www.sciencedirect.com/science?\\_ob=MIimg&\\_imagekey=B6T68-4S26RNN-2-C&\\_cdi=5024&\\_user=2465353&\\_pii=S095980490800124X&\\_orig=search&\\_coverDate=07%2F31%2F2008&\\_sk=999559989&view=c&wchp=dGLzVzb-zSkWA&md5=7fdaf78174d7729587b0500a2607e4cc&ie=/sdarticle.pdf](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIimg&_imagekey=B6T68-4S26RNN-2-C&_cdi=5024&_user=2465353&_pii=S095980490800124X&_orig=search&_coverDate=07%2F31%2F2008&_sk=999559989&view=c&wchp=dGLzVzb-zSkWA&md5=7fdaf78174d7729587b0500a2607e4cc&ie=/sdarticle.pdf)>.
- ICD-10 (2008). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da ICD-10, classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à Saúde*. [Em linha]. [Consult. 12 Dezembro 2010]. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>>.
- João, Dina Raquel Fernandes (2007). *Protocolo de intervenção nutricional em oncologia: evidência internacional adaptada à realidade Portuguesa*. Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto. [Em linha] Marco de 2010. [Consult. 20 Julho 2011]. Disponível em: <<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/23455/2/TesedeMestradoDinaJoao.pdf>>.
- Juver, Jeane Pereira & Verçosa, Núbia (2008). Depressão em pacientes com dor no câncer avançado. *Rev Bras Anesthesiol*. 58: 3287-298. [Em linha]. [Consult. 8 Julho 2010]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rba/v58n3/12.pdf>>.
- Keith, Mary *et al.* (2007). *Nutrição Clínica - Avaliação Nutricional*. Rio de Janeiro: Koogan. ISBN 85-277-1252-0.
- Lloyd, Williams M. & Irving, G (2010). Depression in advanced cancer [Em linha]. *Eur J Oncol Nurs*. 14(5): 395-9. [Consult. 20 Agosto 2011]. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20299283>>.
- Lloyd, Williams, M. (2001). Screening for depression in palliative care patients: a review. *Eur J Cancer Care*, 10(1): 31-5. [Em linha (Engl). Mar.]. [Consult. 20 Agosto 2011]. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11827265>>.
- Meireles, Ana Catarina (2008). *Cuidados Paliativos... e seu triângulo de excelência*. [Em linha]. Portal de Saúde pública. [Consult. 13 Out. 2010]. Disponível em: <[http://www.saudepublica.web.pt/TrabCatarina/CuidadosPaliativos\\_CMeireles.htm](http://www.saudepublica.web.pt/TrabCatarina/CuidadosPaliativos_CMeireles.htm)>.
- National Institute of Mental Health (NIMH) (2010). *Depression*. [Em linha]. [Consult. 8 Dezembro 2010]. Disponível em: <<http://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression/index.shtml>>.
- Neto, Isabel Galriça & Barbosa, A. I. *et al.* (2011). *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ªEd. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. ISBN 978-972-9349-22-5.
- Noorani, Nazneen Hyder & Montagnini, Marcos (2007). Recognizing Depression in Palliative Care Patients. *Journal of palliative medicine, Volume 10, Number 2*. [Em linha]. [Consult. 8 Julho 2011]. Disponível em: <<http://www.cuidadospaliativos.org/archives/Depression%20en%20CP.pdf>>.
- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Código Deontológico do enfermeiro, Lei n. 111/2009*, de 16 de Setembro de 2009. [em linha], [consult. 20/07/2011] Disponível em: <<http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>>.
- Pestana, Maria Helena & Gageiro, João Nunes (2008). *Análise de dados para ciências sociais – a complementaridade do SPSS*. (5ª ed. Rev. e corrigida). Lisboa: Edições Sílabo. ISBN 978-972-618-498-0.
- Pichard (2010). European Nutrition for Health Alliance - ENHA. *Press Release: MEP calls for mandatory screening for malnutrition across the EU*. [Em linha]. [Consult. 8 Dezembro 2010]. Disponível em: <<http://www.european-nutrition.org/>>.
- Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007/2010. [Em linha]. [Consult. 24 Julho 2010] Disponível em: <[http://www.wacs.min-saude.pt/files/2008/06/pnpcco\\_2007\\_versao-final.pdf](http://www.wacs.min-saude.pt/files/2008/06/pnpcco_2007_versao-final.pdf)>.
- Portal da saúde (2006). *Depressão*. [Em linha]. [Consult. 27 Dezembro 2010]. Disponível em WWW: <<http://www.portaldasauade.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/saude+mental/depressao.htm>>.
- Rayner L. *et al.* (2010). *Antidepressants for depression in physically ill people*. [Em linha]. Department of Palliative Care, Policy and Rehabilitation, King's College London. London. [Consult. 5 Julho 2011]. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20238354>>.
- Rayner, L. *et al.* (2009). *The detection of depression in palliative care*. *Curr Opin Support Palliat Care*. [Em linha]. [Consult. 12 Dezembro 2010]. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19365162>>.

- Reiriz, André Borba, Motter Carine, Buffon, Viviane Raquel *et al.* (2008). Palliative care - Are there benefits on end-stage-disease-patient nutrition? *Rev Soc Bra Clin Med*. [Em linha]. [Consult. 5 Julho 2011]. Disponível em: <<http://www.files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2008/v6n4/a150-155.pdf>>.
- Santos, Franklin Santana (2009). *Um sentido para a vida e para a morte*. S. Paulo: Ed. Atheneu.
- Santos, Graça (2006). Ansiedade e depressão no doente com cancro em fase terminal. *Revista Psiquiatria Clínica*, Vol. 27, n.º 1: 31-35. Coimbra.
- Scur, Eda Maria Arruda (2005). *Depressão na nutrição*. Curitiba, [em linha]. [consult. 28 Dezembro 2010]. Disponível em: <<http://rubs.up.edu.br/arquivos/rubs/RUBS%20I/Depressão%20na%20nutrição.pdf>>.
- Silva, Ednamare Pereira & Sudigursky, Dora (2008). Concepções sobre cuidados paliativos: revisão bibliográfica [Em linha]. *Acta Paul Enferm*;21 (3): 504-8. [Consult. 28 Dezembro 2010]. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n3/pt\\_20.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n3/pt_20.pdf)>.
- Silveira, Débora (2008). *Avaliação nutricional do doente oncológico pela AGS-GD*. Tese de mestrado em nutrição clínica, Faculdade de ciências da nutrição e alimentação, Universidade do Porto [em linha]. [Consult. 28 Dezembro 2010]. Disponível em: <<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/9170/2/tese.pdf>>.
- Sloane, P. *et al.* (2008). Nutritional issues in long-term care. *J Am Med Dir Assoc*. [Em linha]. [Consult. 28 Dezembro 2010]. Disponível em: <[www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18755420](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18755420)>.
- Smoliner, C. *et al.* (2009). Malnutrition and depression in the institutionalized elderly. *Bristh Journal of Nutrion*, 102(11): 1663-1667. [Em linha]. Resumo do artigo. [Consult.8 Julho 2010]. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19622192>>.
- Tavares, Lourdes (2010). *Nutrição no Plano Nacional de Saúde 2011-2016*. [Em linha]. [Consult. 2 Janeiro 2011]. Disponível em: <<http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2010/11/apnep.pdf>>.
- Taylor, V. *et al.* (2008). *Understanding depression in palliative and end-of-life care*. *Nursing Standard*. [Em linha]. [Consult. 12 Dezembro 2010]. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19093358>>.
- Thoresen, L. *et al.* (2002). Nutritional status of patients with advanced cancer: the value of using the subjective global assessment of nutritional status as a screening tool. *Palliat Med*. 16(1): 33-42 (Jan). [Em linha]. [Consult. 2 Julho 2011]. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11963449>>.
- Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. 2ª Ed. Lisboa: Climepsi. ISBN 972-796-093-6.
- Vaz Serra, A. & Pio Abreu, J. L. (1973). Aferição dos quadros depressivos. I – Ensaio de aplicação do Inventário Depressivo de Beck a uma amostra portuguesa de doentes deprimidos. *Coimbra Médica*, 20, 623-644.
- Vaz Serra, A. (1994). Inventário de Avaliação Clínica da Depressão. *Rev. Psiquiatria Clínica*, Janeiro, Coimbra.
- Viana, Andreia *et al.* (2010) *Avaliação da esperança em cuidados paliativos* [Em linha]. 2010 [Consult. 2 Julho 2011]. Disponível em: <[http://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/335/1/AVALIA%3%87%3%83O%20DA%20ESPERAN%3%87A%20EM%20CUIDADOS%20PALIATIVOS\\_%20Tradu%3%A7%3%A3o%20e%20Adapta%3%A7%3%A3o%20Transcultural%20do%20Herth%20Hope%20Index\\_\\_pdf](http://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/335/1/AVALIA%3%87%3%83O%20DA%20ESPERAN%3%87A%20EM%20CUIDADOS%20PALIATIVOS_%20Tradu%3%A7%3%A3o%20e%20Adapta%3%A7%3%A3o%20Transcultural%20do%20Herth%20Hope%20Index__pdf)>.
- Vieira, Margarida (2000). Aspectos Ético-Legais dos cuidados paliativos: qual o papel do enfermeiro. (*Dossier sinais vitais*; 4). *Cuidados paliativos: comunicações / Simpósio de Enfermagem Cuidados Paliativos*. Porto: Formasau - ISBN 972-8485-16-6.
- WHO - World Health Organization (2010). *Depression*. [Em linha]. [Consult. 12 Dezembro 2010]. Disponível em: <<http://www.who.int/topics/depression/en/>> e <[http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/definition/en/](http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/) - 20k>.

Recebido: 15 de fevereiro de 2012.

Aceite: 23 de julho de 2012.