

**U. PORTO**



INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR  
UNIVERSIDADE DO PORTO

# **SINTOMAS EM CUIDADOS PALIATIVOS: DA AVALIAÇÃO AO CONTROLO**

AURORA DANIELA ALMEIDA DE SOUSA

Dissertação de Mestrado em Oncologia

2012



AURORA DANIELA ALMEIDA DE SOUSA

## **SINTOMAS EM CUIDADOS PALIATIVOS: DA AVALIAÇÃO AO CONTROLO**

Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em Oncologia, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.

Orientador – Prof. Doutor Ferraz Gonçalves

Categoria – Coordenador da Unidade de Cuidados Paliativos da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Afiliação – Instituto Português de Oncologia do Porto



“You matter because you are you, and you matter to the end of your life. We will do all we can, not only to help you die peacefully, but also to live until you die.”

Cicely Saunders



## **AGRADECIMENTOS**

Quero expressar a minha gratidão a todos aqueles que contribuíram para a realização deste trabalho.

Ao orientador desta tese, Prof. Doutor Ferraz Gonçalves, pela orientação, apoio e disponibilidade que sempre demonstrou.

Ao IPO-Porto por terem autorizado a colheita de dados. À Paula, administrativa da UCP-R, que me ajudou a aceder aos processos clínicos.

Aos meus Pais que durante toda a minha vida me apoiaram e incentivaram.

Ao meu noivo Sérgio pelo apoio e incentivo constantes, pela compreensão nos dias em que estive envolta em papéis, pela ajuda e revisão da escrita e pela paciência.

Às minhas amigas pelo apoio, em especial à Maria João que me deu dicas preciosas e me incentivou na elaboração desta Tese.

Aos meus colegas de mestrado e aos colegas de trabalho que me apoiaram.

E a todos que de algum modo contribuíram para que este Estudo se tornasse uma realidade.

A todos o meu **Muito Obrigada!**



## RESUMO

Os cuidados paliativos visam a redução do sofrimento dos doentes, suas famílias e pessoas significativas, proporcionando-lhes uma qualidade de vida que não seria possível de outra forma. Uma avaliação adequada e intervenções corretas para o controlo dos sintomas são aspetos fundamentais na prestação de cuidados paliativos.

Saber quais os sintomas e intervenções realizadas pelos profissionais de saúde com o intuito de os controlar nos doentes internados na Unidade de Cuidados Paliativos da Rede (UCP-R) foi a questão desta investigação. De forma a dar resposta a esta questão considerou-se que o melhor desenho de estudo seria observacional, descritivo, longitudinal e retrospectivo, com a metodologia quantitativa. A amostra é constituída por 87 doentes que faleceram durante o ano de 2011 na UCP-R e que cumpriram os critérios de inclusão e exclusão do estudo. Os dados foram colhidos a partir dos seus processos clínicos. Esta investigação tem como objetivos caracterizar os doentes, identificar os seus sintomas e determinar as intervenções realizadas com a intenção de os controlar. Optou-se pela aplicação de um formulário em quatro momentos: dia de admissão, sete dias após o internamento, quarenta e oito horas antes do óbito e no dia do óbito. Procedeu-se à análise dos resultados através da estatística descritiva.

Resultados obtidos: os sintomas variam e a sua frequência total diminui durante os quatro momentos; na admissão e sete dias após o internamento os mais frequentes foram a astenia e a dor, quarenta e oito horas antes da morte a astenia e a sonolência e no dia do óbito os sinais de desconforto; as intervenções realizadas foram em maior número farmacológicas; nos quatro momentos o fármaco mais utilizado foi a morfina e a via de administração mais frequente foi a subcutânea; administrou-se mais medicação de resgate na dor nos três primeiros momentos e nos sinais de desconforto no último; constatou-se o recurso à oxigenoterapia nos quatro momentos para o controlo da dispneia, sinais de dificuldade respiratória e sinais de desconforto; das quatro intervenções não farmacológicas registadas a mais frequente foi a prestação de apoio emocional e foram implementadas em sete sintomas, nomeadamente a ansiedade, tristeza, xerostomia, sede, halitose, dor e confusão.

Da análise dos resultados conclui-se ser pertinente a otimização das intervenções através, por exemplo, de ações de formação. Durante a realização desta investigação verificou-se a relevância da realização de estudos para aprofundar esta e outras áreas, como a melhoria da gestão de recursos.



## **ABSTRACT**

Palliative care aimed at reducing the suffering of patients, their families and significant others, providing them a quality of life that would not be possible otherwise. A proper assessments and correct interventions for symptom control are fundamental aspects in the provision of palliative care.

Know what symptoms and interventions performed by health professionals in aiming to control them in hospitalized patients in the Palliative Care Unit Network (UCP-R) was the question of this investigation. In order to answer this question was considered that the best study design was observational, descriptive, longitudinal and retrospective, with quantitative methodology. The sample consisted of 87 patients who died during the year 2011 in UCP-R and who fulfill the criteria for inclusion and exclusion. Data were collected from their medical records. This research aims to characterize patients, identify their symptoms and determine interventions realized with the intent to control them. It was decided apply a form in four moments: the day of admission, seven days after hospitalization, forty-eight hours before death and in the day of death. Proceeded to analyze the results through descriptive statistics.

Results: the symptoms vary and their total frequency decreases during the four moments; at the admission and seven days after the hospitalization the most frequent were asthenia and pain, forty-eight hours before death were asthenia and somnolence and in the day of death were the signs of discomfort; the interventions realized in the largest number were pharmacological; in the four moments the most utilized drug was morphine and the most frequent route of administration was the subcutaneous; the rescue medication was administered more for pain in the first three moments and in signs of discomfort in the last; it was found the use of oxygen therapy in the four stages for the control of dyspnea, signs of respiratory distress and signs of discomfort; of the four non-pharmacological interventions recorded the most frequent was the provision of emotional support and were implemented in seven symptoms, including anxiety, sadness, xerostomia, polydipsia, halitosis, pain and confusion.

From the analysis of the results it is concluded to be relevant optimization interventions through, for example, formation actions. While performing this research verified the relevance of studies to deepen this and other areas, such as improved resource management.



## **ABREVIATURAS E SIGLAS**

APCP – Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

DC – Diário Clínico

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

DSM- IV-TR – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 4ª Edição, Texto Revisto.

EAPC – Associação Europeia de Cuidados Paliativos

ECOG – Eastern Cooperative Oncology Group

EDPNCP – Estratégia para o Desenvolvimento do Programa Nacional de Cuidados Paliativos

ESAS – Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton

EV – Via Endovenosa

FA – Folha de Admissão

FS – Folha de Seguimento

IL – Interleucinas

IM – Via Intramuscular

IPO-Porto – Instituto Português de Oncologia do Porto

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNCP – Plano Nacional de Cuidados Paliativos

RE – Registos de Enfermagem

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SC – Subcutânea

SPSS – Statistical Package for Social Sciences

TNF- $\alpha$  – Fator de necrose tumoral

UCP-R – Unidade de Cuidados Paliativos da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

UMCCI – Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

WGO – Organização Mundial de Gastroenterologia



## ÍNDICE

AGRADECIMENTOS.....	VII
RESUMO.....	IX
ABSTRACT.....	XI
ABREVIATURAS E SIGLAS.....	XIII
ÍNDICE.....	XV
ÍNDICE DE FIGURAS.....	XIX
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	XIX
ÍNDICE DE QUADROS.....	XXI
ÍNDICE DE TABELAS.....	XXI
0. INTRODUÇÃO.....	1
<b>PARTE I-ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....</b>	<b>3</b>
1. CUIDADOS PALIATIVOS.....	5
1.1. O ENFERMEIRO EM CUIDADOS PALIATIVOS.....	10
2. CONTROLO DE SINTOMAS.....	13
3. SINTOMAS EM CUIDADOS PALIATIVOS.....	21
3.1. DOR.....	23
3.2. SINTOMAS RESPIRATÓRIOS.....	26
3.3. SINTOMAS DIGESTIVOS.....	29
3.4. SINTOMAS PSICOLÓGICOS.....	40
3.5. INSÓNIA E SONOLÊNCIA DIURNA.....	44
3.6. ASTENIA.....	46
3.7. PRURIDO.....	47
3.8. ÚLTIMOS DIAS DE VIDA.....	48
<b>PARTE II-MATERIAL E MÉTODOS.....</b>	<b>53</b>
1. METODOLOGIA.....	55
2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	61
3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	77



4. CONCLUSÃO .....	87
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	91
<b>ANEXOS .....</b>	<b>103</b>
ANEXO A-AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO .....	105
ANEXO B-INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS .....	109
ANEXO C-FOLHA DE ADMISSÃO .....	115
ANEXO D-FOLHA DE SEGUIMENTO .....	119
ANEXO E-AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA .....	123
ANEXO F-PROTOCOLO DE CONTROLO DA AGITAÇÃO DA UCP-R .....	127



## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>FIGURA 1 – ESCALA VISUAL ANALÓGICA</b> .....	17
<b>FIGURA 2 – ESCALA NUMÉRICA</b> .....	17
<b>FIGURA 3 – ESCALA VERBAL</b> .....	17
<b>FIGURA 4 - ESCADA ANALGÉSICA DA OMS</b> .....	25

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>GRÁFICO 1 – AMOSTRA</b> .....	61
<b>GRÁFICO 2 – MOTIVO DA EXCLUSÃO</b> .....	61
<b>GRÁFICO 3 – PROVENIÊNCIA DOS DOENTES</b> .....	62
<b>GRÁFICO 4 – SEXO</b> .....	62
<b>GRÁFICO 5 – MOTIVO DE INTERNAMENTO</b> .....	63
<b>GRÁFICO 6 – DIAGNÓSTICO PRIMÁRIO POR SEXO</b> .....	64
<b>GRÁFICO 7 – METASTIZAÇÃO</b> .....	65
<b>GRÁFICO 8 – COMORBILIDADES</b> .....	65
<b>GRÁFICO 9 – SINTOMAS NOS 4 MOMENTOS</b> .....	69
<b>GRÁFICO 10 – FORMA DE REGISTO</b> .....	70
<b>GRÁFICO 11 – INTERVENÇÕES</b> .....	71
<b>GRÁFICO 12 – INTERVENÇÕES FARMACOLÓGICAS POR SINTOMA</b> .....	73
<b>GRÁFICO 13 – OXIGENOTERAPIA E OS SINTOMAS</b> .....	74
<b>GRÁFICO 14 – INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS POR SINTOMA</b> .....	75



## ÍNDICE DE QUADROS

<b>QUADRO 1</b> – PRINCÍPIOS DA PRÁTICA DE CUIDADOS PALIATIVOS .....	7
<b>QUADRO 2</b> – PRINCÍPIOS GERAIS DO CONTROLO SINTOMÁTICO .....	14
<b>QUADRO 3</b> – ESCALA DE AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DE EDMONTON .....	18
<b>QUADRO 4</b> – CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO DE DEPRESSÃO DSM-IV-TR.....	42
<b>QUADRO 5</b> – ECOG PERFORMANCE STATUS .....	58
<b>QUADRO 6</b> – ESCALA DE CONSCIÊNCIA PARA CUIDADOS PALIATIVOS.....	59

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>TABELA 1</b> – IDADE DA AMOSTRA.....	62
<b>TABELA 2</b> – TEMPO DE INTERNAMENTO .....	63
<b>TABELA 3</b> – DIAGNÓSTICO PRIMÁRIO .....	64
<b>TABELA 4</b> – ECOG.....	66
<b>TABELA 5</b> – NÍVEL DE CONSCIÊNCIA.....	67
<b>TABELA 6</b> – SINTOMAS NOS 4 MOMENTOS .....	68
<b>TABELA 7</b> – LOCAL DA INFORMAÇÃO.....	69
<b>TABELA 8</b> – INTERVENÇÕES FARMACOLÓGICAS (MEDICAÇÃO DE RESGATE).....	72
<b>TABELA 9</b> – VIA DE ADMINISTRAÇÃO DOS FÁRMACOS.....	73
<b>TABELA 10</b> – INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS .....	74



## 0. INTRODUÇÃO

Este estudo iniciou-se em Outubro de 2010 e decorreu até Setembro de 2012, data em que será submetido a Dissertação para candidatura ao grau de Mestre em Oncologia, no âmbito do Curso de Mestrado em Oncologia do Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.

Existem diversas áreas de interesse na investigação em Oncologia. Os Cuidados Paliativos são considerados atualmente indispensáveis à prática da Oncologia o que justifica a importância de estudos nesta área. Dentro do vasto campo de atuação dos Cuidados Paliativos optámos por estudar a avaliação e o controlo de sintomas. Este trabalho de investigação possui como tema: “Sintomas em cuidados paliativos: da avaliação ao controlo”.

Há diversas definições de cuidados paliativos mas em todas elas é possível verificar a importância do controlo adequado dos sintomas para a prestação de cuidados de excelência. Neto (2010) refere-se ao controlo de sintomas como uma das quatro áreas fundamentais para a aplicação de cuidados paliativos e no Plano Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP, 2010) o alívio dos sintomas é descrito como uma das componentes essenciais para estes cuidados.

Firmino (2009) menciona que as intervenções de enfermagem devem estar direcionadas para a avaliação sistemática dos sinais e sintomas e para as intervenções, tanto farmacológicas como não farmacológicas, para o seu controlo.

Pelos aspetos referidos considera-se que esta é uma área de grande interesse, sendo importante a investigação para que se possam otimizar as intervenções.

Considerou-se pertinente a elaboração de um estudo observacional, descritivo, longitudinal e retrospectivo, com a metodologia quantitativa, que permita saber quais os sintomas e as intervenções realizadas pelos profissionais de saúde com o intuito de os controlar, nos doentes internados na Unidade de Cuidados Paliativos da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados do Instituto Português de Oncologia do Porto (UCP-R). Neste estudo obteve-se uma amostra constituída por 87 doentes que faleceram

durante o ano de 2011 na UCP-R, todos com diagnóstico do foro oncológico, mais de 11 dias de internamento e com sintomas a controlar. Os dados foram colhidos a partir dos seus processos clínicos e analisados através da estatística descritiva.

Os objetivos desta investigação são:

- Caracterizar os doentes internados na UCP-R;
- Identificar os seus sintomas;
- Determinar as intervenções realizadas com a intenção de os controlar.

Para melhor compreensão e objetivação do tema, optou-se por dividir o trabalho em duas partes. Na primeira parte desenvolveu-se a revisão da literatura onde se descreveu o quadro teórico de suporte à investigação, que é resultado da leitura exploratória de diferentes obras e estudos de investigação que se efetuou e que permitiu fundamentar e clarificar diferentes aspetos relacionados com a temática e a alargar o campo de conhecimentos. A segunda parte constitui uma descrição fundamentada dos diferentes passos do processo de investigação, onde também serão apresentados e interpretados os dados obtidos e se fará a sua discussão. Por último, estão apresentadas as conclusões deste estudo, dando resposta aos objetivos traçados neste estudo e enunciadas algumas sugestões para futuras investigações e intervenções que se julga irem melhorar a prática clínica e a qualidade dos cuidados.

Este estudo tem como finalidade contribuir para a obtenção de conhecimentos acerca dos sintomas em cuidados paliativos, de forma a otimizar a sua avaliação e as intervenções visando o controlo dos mesmos, sensibilizando os profissionais de saúde para esta temática.

**PARTE I**

**ENQUADRAMENTO TEÓRICO**



## 1. CUIDADOS PALIATIVOS

Com o aumento da esperança média de vida, decorrente de melhores condições de vida e de melhores cuidados de saúde, as doenças crónicas e progressivas aumentaram. Ao mesmo tempo também a rede familiar se alterou, nomeadamente com a entrada das mulheres no mercado de trabalho e a redução do número das famílias alargadas, o que teve um impacto no sistema de saúde e nos recursos necessários para dar resposta a esta problemática. Enquanto inicialmente os serviços de saúde eram vocacionados para a elevada tecnologia com o intuito de tratar a doença, atualmente cada vez mais há um esforço para colmatar a necessidade de oferecer cuidados específicos aos doentes que não necessitam de cuidados curativos mas paliativos. (Neto, 2010)

Os cuidados paliativos emergiram da necessidade verificada por alguns profissionais de saúde de continuar a tratar os doentes oncológicos incuráveis, pois apesar de o objetivo nesta fase não ser a cura da patologia muito haveria a fazer pelo seu bem-estar, nomeadamente o controlo de sintomas. Apesar de desde o século XIX existirem os “hospices” para prestar cuidados aos moribundos, o movimento moderno dos cuidados paliativos surgiu na década de sessenta do século XX com Cicely Saunders que fundou o Saint Christopher’s Hospice, em Londres. Cicely Saunders que incluiu os cuidados médicos na prestação de cuidados aos doentes com cancro avançado e incurável, nomeadamente no que se refere ao controlo da dor e de outros sintomas, introduziu o conceito de “dor total”. No conceito de dor total abrangia não só a dor física, mas também o sofrimento social, psicológico e espiritual que acompanha a dor do doente no final da vida. (Twycross, 2003) Este movimento estendeu-se ao Canadá, Estados Unidos e no último quartel do século XX à restante Europa (APCP, 2006) e, atualmente, existe em praticamente todo o mundo embora estádios de desenvolvimento diferentes.

Ocorreram diversas alterações tanto na sociedade como nos progressos científicos o que levou a um aumento da esperança média de vida com o conseqüente aumento gradual da prevalência e incidência de algumas doenças crónicas. Desta forma a morte ocorre, predominantemente, após uma doença crónica evolutiva prolongada. Os cuidados paliativos surgiram então como resposta à necessidade de proporcionar cuidados adequados aos doentes terminais. (Neto, 2010)

As características dos doentes terminais são descritas por vários autores, mas salientamos a definição referida por Neto (2010) citando os Estándards de Cuidados Paliativos, do Servei Catalá de la Salut (1995) que refere que um doente terminal apresenta uma doença avançada, incurável e evolutiva, com intensos problemas de saúde devido ao sofrimento associado e que em média tem uma sobrevida esperada de três a seis meses. Os doentes agónicos são os que pelas características clínicas que apresentam estão, previsivelmente, nas últimas horas ou dias de vida. A mesma autora refere que os últimos três meses, nos doentes oncológicos, correspondem a um período de degradação progressiva.

Os doentes terminais, habitualmente, têm múltiplos sintomas, por vezes intensos e debilitantes pelo que se torna fundamental a avaliação das suas características e frequência, de forma a serem instituídas intervenções adequadas que visem o seu controlo.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define os cuidados paliativos como uma abordagem holística que tem o intuito de melhorar a qualidade de vida dos doentes com problemas associados a doenças potencialmente fatais e à sua família, recorrendo à prevenção e alívio do sofrimento através da identificação precoce, avaliação adequada e tratamento dos diversos problemas, sejam eles físicos, psicológico, sociais ou espirituais. Referindo que os cuidados paliativos: providenciam o alívio da dor e de outros sintomas; afirmam a vida e vêem a morte como um processo natural; não têm a intenção de apressar nem de adiar a morte; integram os aspetos psicológicos e espirituais nos cuidados aos doentes; oferecem um sistema de suporte para ajudar dos doentes a viverem tão ativamente quanto possível até à morte; utilizam uma abordagem multidisciplinar para atender às necessidades dos doentes e das suas famílias, incluindo o apoio no luto, se indicado; melhoram a qualidade de vida, e podem até influenciar positivamente o curso da doença; e são aplicáveis mais precocemente, em conjunção com outras terapias que são destinados a prolongar a vida, tais como quimioterapia ou radioterapia, e incluem as investigações necessárias para compreender melhor e gerir complicações. (OMS, 2002).

A avaliação e controlo dos sintomas estão assim incluídos nos princípios dos cuidados paliativos descritos por esta organização, referindo que têm uma grande influência na promoção da qualidade de vida podendo mesmo interferir positivamente no curso da doença.

A Associação Europeia de Cuidados Paliativos (EAPC, 2010) complementa esta definição referindo estes cuidados como sendo ativos, totais e com uma abordagem interdisciplinar incluindo o doente, a família e a comunidade com o propósito de satisfazer as necessidades do doente.

O PNCP de 2010 da Direção Geral de Saúde identifica os cuidados paliativos como uma área prioritária de intervenção, referindo diversos princípios da sua prática que refletem a sua essência e que devem ser tidos em consideração na prática clínica. Estes princípios têm presentes alguns dos aspetos já referidos na definição de cuidados paliativos da OMS mas acrescentam outros importantes daí considerarmos importantes referi-los seguidamente no quadro 1.

#### **QUADRO 1 – PRINCÍPIOS DA PRÁTICA DE CUIDADOS PALIATIVOS**

- Afirmam a vida e encaram a morte como um processo natural;
- Encaram a doença como causa de sofrimento a minorar;
- Consideram que o doente vale por quem é e que vale até ao fim;
- Reconhecem e aceitam em cada doente os seus próprios valores e prioridades;
- Consideram que o sofrimento e o medo perante a morte são realidades humanas que podem ser clínica e humanamente apoiadas;
- Consideram que a fase final da vida pode encerrar momentos de reconciliação e de crescimento pessoal;
- Assentam na conceção central de que não se pode dispor da vida do ser humano, pelo que não antecipam nem atrasam a morte, repudiando a eutanásia, o suicídio assistido e a futilidade diagnóstica e terapêutica;
- Abordam de forma integrada o sofrimento físico, psicológico, social e espiritual;
- São baseados no acompanhamento, na humanidade, na compaixão, na disponibilidade e no rigor científico;
- Centram-se na procura do bem-estar do doente, ajudando-o a viver tão intensamente quanto possível até ao fim;
- Só são prestados quando o doente e a família os aceitam;
- Respeitam o direito do doente escolher o local onde deseja viver e ser acompanhado no final da vida;
- São baseados na diferenciação e na interdisciplinaridade.

Fonte: Direção Geral de Saúde (2010) Programa Nacional de Cuidados Paliativos

Os cuidados paliativos não se podem cingir aos doentes oncológicos uma vez que há várias patologias, em que os doentes não apresentam resposta à terapêutica de intuito curativo, que beneficiarão destes cuidados e que por questões éticas de equidade, justiça e acessibilidade aos cuidados de saúde os devem receber.

A maioria dos trabalhos publicados acerca do controlo de sintomas em cuidados paliativos refere-se a doentes oncológicos mas existem também vários em doentes com outras patologias, nomeadamente na síndrome da imunodeficiência adquirida, insuficiências avançadas de órgão como cardíaca, renal, hepática e respiratória, e doenças neurológicas degenerativas, entre outras, em que se verificam algumas diferenças entre as patologias, nomeadamente na evolução e na trajetória da fase final da doença (OMS, 2004) assim como na prevalência de sintomas (Solano, Gomes e Higginson, 2006). Segundo a OMS (2004) apesar de estas diferenças não inviabilizarem a aplicação dos princípios e práticas comuns mais importantes dos cuidados paliativos é necessário ponderar algumas especificidades.

No estudo de Kutner et al (2001) também é possível verificar diferenças significativas entre a presença dos sintomas em doentes com diagnóstico de cancro em relação aos doentes com outras patologias, assim como na frequência e severidade dos sintomas relativamente ao local de prestação de cuidados.

No estudo Bruera et al (1999) denotam-se diferenças significativas entre a frequência de sintomas em doentes com cancro em fase terminal relativamente ao local de tratamento. Verificam-se também discrepâncias relacionadas com o local onde foram efetuados os estudos, nomeadamente entre diferentes centros e países, como, por exemplo, no de Laugsand et al (2009) onde se verificou que diversos sintomas e tratamentos variaram consoante o diagnóstico oncológico, a localização das metástases, o país e o género, e que as práticas de prescrição variaram quanto à medicação administrada e à percentagem de pacientes que recebem o tratamento específico.

O PNCP (2010) refere que os cuidados paliativos têm como “componentes essenciais: o alívio dos sintomas; o apoio psicológico, espiritual e emocional; o apoio à família; o apoio durante o luto; e a interdisciplinaridade”. Em concordância com os aspetos anteriores, Neto (2010) menciona quatro áreas fundamentais para a aplicação de cuidados paliativos, nomeadamente: o controlo de sintomas, comunicação adequada, apoio à família e trabalho em equipa. Estas quatro áreas são de igual importância, não sendo possível a prática de cuidados paliativos de qualidade se alguma delas for depreciada. A

mesma autora refere-se a estas áreas como “instrumentos básicos em que se apoia a aplicação dos conhecimentos atuais dos cuidados paliativos” e acrescenta as mudanças organizativas para que seja possível um trabalho interdisciplinar e uma adaptação flexível às necessidades dos doentes.

O carácter múltiplo dos sintomas destes doentes requer a sua avaliação inicial sistemática e a monitorização da sua evolução, incluindo a intensidade, o impacto nas atividades da vida quotidiana, o impacto emocional e a probabilidade de controlo dos diferentes sintomas.

A comunicação adequada é essencial, independentemente do âmbito dos cuidados a prestar, contudo assume uma importância particular no doente terminal. O diálogo, a atenção e o acompanhamento destes doentes são fundamentais, e deve-se estabelecer uma relação de ajuda, de forma a apoiar-los na fase final da vida e a vivê-la o mais serenamente possível até ao momento da morte. O doente deve sentir-se acompanhado, compreendido e apoiado nesta fase da sua vida. (Twycross, 2003)

A família deve estar envolvida na prestação dos cuidados, tendo muitas vezes até de ser ela própria objeto de cuidados, quer durante a doença, quer durante o período de luto. A família tem um papel fundamental no apoio aos doentes terminais, uma vez que é efetivamente significativa para estes, e sofre também o impacto dessa doença. Apesar disto deve-se ter sempre em consideração que o doente tem sempre prioridade, pois os interesses da família podem não ser coincidentes com os do doente. (Neto, 2010)

Tendo em conta o carácter complexo desta situação clínica é necessária uma abordagem interdisciplinar, associando profissionais com formação e treinos diferenciados. Todos estes profissionais necessitam de formação específica e de uma constante atualização de conhecimentos. (APCP, 2006)

Como se pode verificar o controlo de sintomas não pode ser descurado, apesar de não ser o único aspeto que se deve ter em consideração, até porque se este for a única preocupação na prestação de cuidados paliativos não há garantia de que se está a atuar devidamente.

### 1.1. O ENFERMEIRO EM CUIDADOS PALIATIVOS

A prestação de cuidados de qualidade é da responsabilidade de todos os profissionais de saúde, mas cada um foca-se em aspetos diferentes de acordo com sua formação e especialidade. A enfermagem tem uma relação privilegiada porque acompanha o doente durante as vinte e quatro horas, estando atenta e avaliando todos os sintomas, ajudando a prevenir complicações indesejáveis e a lidar com as limitações que vão surgindo, além de poder direcionar e pedir o apoio de outros grupos profissionais.

O Conselho Internacional de Enfermeiros refere que os “enfermeiros têm uma preparação única para prestar cuidados compassivos aos doentes terminais e respetivas famílias” e ainda que “são membros chave das equipas multidisciplinares” uma vez que têm formação especializada nesta área. Reforçam, no entanto, a importância desta classe profissional se manter informada, atualizada e envolvida nas questões que vão surgindo e que os seus cuidados devem ser holísticos, tendo respeito pela cultura e crenças religiosas e espirituais.

A competência relacional tem particular importância nos cuidados paliativos, uma vez que é necessário que o profissional tenha competências de comunicação, de modo a que se possa assegurar o melhor desenvolvimento da sua prática clínica. Este aspeto tem uma importância acrescida para o enfermeiro, porque tem em relação direta e privilegiada na prestação de cuidados ao doente.

A atuação dos enfermeiros abrange cuidados e relações que vão desde a interação com cada doente e com os seus familiares até às intervenções com a equipa multidisciplinar e é transversal desde a entrada até à saída do doente, seja pela alta hospitalar, seja pelo óbito. As intervenções de enfermagem devem estar direcionadas para: a avaliação sistemática dos sinais e sintomas; as intervenções farmacológicas e não farmacológicas para o seu controlo, com a avaliação, monitorização e registo das mesmas; auxiliar a equipa interdisciplinar no estabelecimento de prioridades para cada doente, bem como para a própria equipa e para a instituição; intervir na dinâmica familiar, de forma a ajudar o doente e a família nesta fase de vida. (Firmino, 2009)

A qualidade dos cuidados durante a fase terminal da vida contribui em grande parte para uma morte pacífica e digna. É fundamental não esquecer a família e mesmo após a

morte do doente apoiar os seus membros, para que consigam lidar com a sua perda e com o processo de luto. (Loney, 2003)

A formação profissional nesta área específica vai proporcionar um menor sofrimento ao doente e à sua familiar, além de minimizar o custo dos cuidados prestados, uma vez que evita consultas e internamentos hospitalares desnecessários para o controlo de sintomas. (Firmino, 2009)

Outro facto que se considera importante é o dos enfermeiros não registarem muitas das intervenções que realizam, o que pode ser verificado no estudo observacional de Silve (2000). A importância de se registar e valorizar os cuidados de enfermagem prestados também é reforçada pela OMS (1999) que refere que a equipa de enfermagem demonstra a sua competência através do seu trabalho, mas que esta só terá visibilidade quando, através de uma linguagem consistente e universal, descreverem as suas intervenções e os seus resultados, dando como exemplo o tempo que passam com os doentes e a satisfação dos mesmos.

O trabalho em cuidados paliativos pressupõe uma equipa interdisciplinar, em que todos os elementos são fundamentais. Não obstante este aspeto a enfermagem tem uma função primordial porque acompanha o doente durante vinte e quatro horas e cria com ele uma relação particularmente próxima o que a torna uma profissão essencial na avaliação, monitorização e controlo dos sintomas.



## 2. CONTROLO DE SINTOMAS

A progressão da doença oncológica terminal envolve, normalmente, múltiplos sintomas não só físicos, mas também psicológicos, espirituais e sociais e que advêm não só da progressão da doença primária mas também do seu tratamento e das comorbilidades. Como já foi referido anteriormente o controlo destes sintomas é fundamental para a qualidade de vida dos doentes. Nas diversas definições de cuidados paliativos é evidente a preocupação com a prevenção e controlo dos sintomas, através da identificação, avaliação e tratamento dos mesmos.

O termo paliativo deriva do latim *pallium* que significa manto ou capa, por isso os cuidados paliativos pretendem como que “encobrir” os sintomas, não só os físicos como os psicológicos e espirituais, com o intuito de promover o conforto e a qualidade de vida. (Twycross, 2003)

O mesmo autor resume a abordagem científica ao controlo de sintomas em cinco categorias, nomeadamente a avaliação do sintoma, explicação dos procedimentos antes do tratamento, controlo (através do tratamento individualizado), observação contínua com a avaliação do impacto do tratamento e a atenção aos pormenores, não fazendo juízos não fundamentados.

O controlo de sintomas, segundo Neto (2010), consiste em saber reconhecer, avaliar e tratar adequadamente os múltiplos sintomas que surgem no decorrer da doença e que têm repercussões diretas no bem-estar do doente, sendo um dos objetivos básicos dos cuidados paliativos. Este está expresso em múltiplos trabalhos de investigação que demonstram que o controlo adequado da dor e de outros sintomas é um fator central na qualidade de vida de doentes com doença avançada. (Singer, Martin e Kelmer, 1999; Steinhäuser et al, 2000)

O controlo inadequado dos sintomas ao longo da trajetória da doença não só produz mais sofrimento como pode ter um efeito adverso na progressão da própria doença (MacDonald, 2002). Assim, ao se controlarem adequadamente os sintomas pode-se, para além de estar a favorecer a qualidade de vida, estar a aumentar a quantidade da mesma. Sem nunca esquecer que os cuidados paliativos valorizam a vida e consideram que a

morte é um fenómeno natural pelo que não a aceleram nem a retardam e que o seu objetivo central é a redução do sofrimento e a promoção da máxima qualidade de vida possível.

Neto (2010) refere ainda que as doenças crónicas e avançadas, apresentam frequentemente “complexos multissintomáticos”, uma vez que os doentes raramente apresentam um só sintoma, o que aumenta a dificuldade da avaliação. A multiplicidade de sintomas resulta na necessidade de usar vários fármacos, tornando mais complicada a prescrição pelas possíveis interações e por poder dificultar a adesão ao regime terapêutico. A tarefa de avaliação e controlo de sintomas é complexa pelo que a autora descreve alguns princípios gerais do controlo sintomático que estão descritos no quadro 2.

#### **QUADRO 2 – PRINCIPIOS GERAIS DO CONTROLO SINTOMÁTICO**

- Avaliar antes de tratar: determinar a causa ou causas dos sintomas;
- Explicar as causas dos sintomas e as medidas terapêuticas de forma clara e acessível ao doente e à família;
- Não esperar que o doente se queixe mas perguntar e observar de forma a antecipar, tanto quanto possível, o aparecimento dos sintomas;
- Adotar uma estratégia terapêutica mista, com recurso a medidas farmacológicas e não farmacológicas.
- Estabelecer prazos para o cumprimento dos objetivos terapêuticos e adotar estratégias de prevenção de sintoma que possam surgir, como deixar medicação de resgate prescrita.
- Monitorizar os sintomas: utilizando instrumentos de medida standardizados e recorrendo a métodos de registo adequados;
- Reavaliar regularmente as medidas terapêuticas;
- Dar atenção ao detalhe: de forma a otimizar o controlo dos sintomas e a minimizar os efeitos secundários adversos das medidas terapêuticas instituídas.

Adaptado: Neto e Barbosa (2010) Manual de Cuidados Paliativos

Um controlo de sintomas adequado só se consegue com um trabalho interdisciplinar e uma adaptação flexível às necessidades múltiplas dos doentes. O trabalho em equipa

interdisciplinar é a única forma de responder integralmente às diferentes carências de cada paciente, sendo que os profissionais deverão ter formação na área de cuidados paliativos. É imprescindível que toda a equipa de cuidados discuta e assuma os objetivos terapêuticos. Os profissionais de enfermagem, pela sua maior proximidade com o doente, detêm um papel fundamental na monitorização dos sintomas e por consequência no sucesso do processo terapêutico, como já foi referido anteriormente. (Neto, 2010)

O controlo de sintomas tem na sua base alguns pontos comuns a todos os sintomas, tanto na avaliação como na monitorização e no tratamento.

A **avaliação** de sintomas deve ser realizada de forma sistemática na admissão e nas evoluções diárias, tendo em consideração as discrepâncias encontradas entre o que o doente refere e o que os profissionais e até a própria família referem como sintomas e intensidade dos mesmos. (Kurtz et al, 1996)

É fundamental acreditar sempre no que o doente diz e ter em consideração que os sintomas subjetivos são influenciados por muitos fatores. A subjetividade é inerente à avaliação de sintomas e deve-se ter em atenção que uma causa de sofrimento num doente pode não o ser noutra, ou num seu familiar, ou no profissional de saúde. Deve-se tentar determinar as características e o início dos sintomas, fatores de alívio e de exacerbação, os sinais e sintomas associados, impacto no dia a dia e resposta a terapêuticas anteriores. Deve-se ter em consideração a causa dos sintomas que podem advir da própria doença, do tratamento, da debilidade e da comorbilidade. É importante verificar qual o mecanismo patológico subjacente a um determinado sintoma, para o poder tratar adequadamente, e registar a resposta obtida, seja positiva ou negativa, o que vai ajudar no planeamento da estratégia de controlo eficaz. Por último é fulcral determinar o impacto do sintoma na vida do doente. (Twycross, 2003)

Ao longo dos anos foram desenvolvidos diversos instrumentos para a avaliação de sintomas, entre os quais alguns específicos para determinados sintomas. Apesar destes instrumentos Dennis, Librach e Chow (2011) referem que em qualquer avaliação a principal ferramenta envolve múltiplas conversas com o doente e os familiares em que o profissional deverá conhecer os antecedentes do doente antes de se concentrar na avaliação dos sintomas, de forma a poder responder às questões colocadas e conseguir lidar com as emoções demonstradas pelo doente e a sua família, e em que se deve ter em consideração:

- A posição do doente e do profissional, visto que se o doente estiver virado de forma a não ver o profissional, por exemplo, ou se o profissional se mantiver em pé, distante, virado para a porta não vai ser possível estabelecer uma conversa produtiva entre os dois;
- O tempo disponível para a conversa, pois o doente poderá ter dificuldade em comunicar ou até querer esclarecer alguns aspetos acerca dos sintomas o que exige tempo;
- A presença de familiares, que podem ajudar na avaliação dos sintomas quando estão presentes diariamente e conhecem a situação clínica. Esta presença deverá ser desejada pelo doente e não deverá perturbar a conversa;
- O desejo do doente em comunicar, pois o doente deverá querer participar na conversa que pode decorrer noutra altura se assim o desejar.

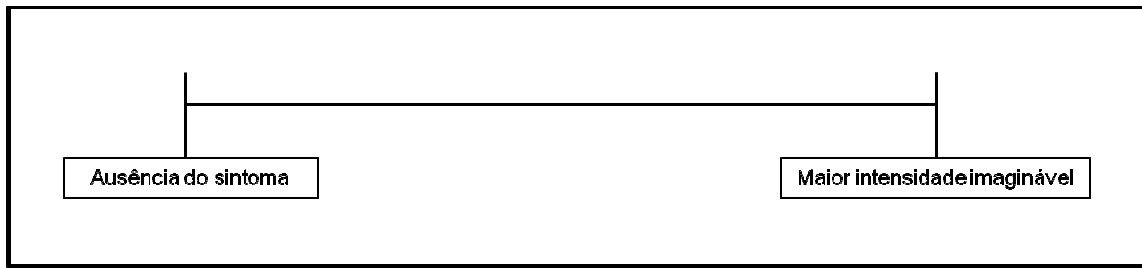
Encontram-se diversas escalas para avaliar a intensidade dos sintomas. Destacamos a Escala Visual Analógica, a Escala Numérica e a Escala Verbal pois são simples de serem utilizadas em todos os sintomas do doente no dia a dia e permitem a avaliação e a monitorização dos sintomas. Estas escalas são referidas para a avaliação da dor por Gonçalves (2011) mas segundo o mesmo autor pode-se utilizar na avaliação de outros sintomas.

A Escala Visual Analógica (figura 1) é considerada sensível, simples, reproduzível e universal, e é representada por um segmento de reta com 10 cm, onde um dos extremos é identificado como “ausência do sintoma” e o outro como “a maior intensidade imaginável”, ou expressões equivalentes; o doente marca no segmento o ponto que corresponde à intensidade do seu sintoma e a intensidade corresponde à distância em milímetros desde da extremidade identificada como “ausência de dor” e o ponto marcado.

Na Escala Numérica (figura 2) já estão presentes os números, que podem ser de 0 a 10 como o exemplo representado na figura 3 ou de 0 a 4 por exemplo, e o doente escolhe entre estes a intensidade da sua dor.

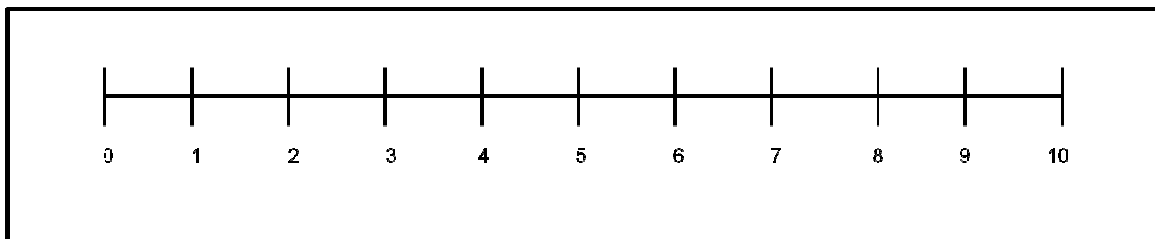
Nas Escalas Verbais (figura 3) a intensidade é representada em palavras, como por exemplo: ausente, ligeira, moderada, intensa e a maior intensidade imaginável.

**FIGURA 1 – ESCALA VISUAL ANALÓGICA**



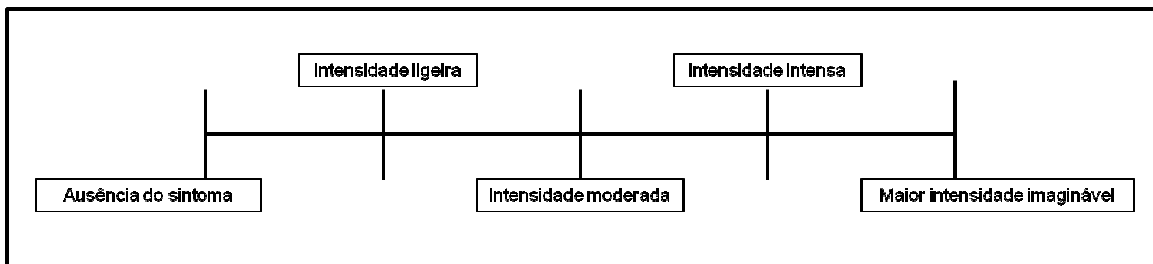
Adaptado de: Gonçalves (2011) Controlo de Sintomas em Cancro Avançado

**FIGURA 2 – ESCALA NUMÉRICA**



Adaptado de: Gonçalves (2011) Controlo de Sintomas em Cancro Avançado

**FIGURA 3 – ESCALA VERBAL**



Adaptado de: Gonçalves (2011) Controlo de Sintomas em Cancro Avançado

Existem múltiplos instrumentos para a avaliação de sintomas como a Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS) (quadro 3), que podem providenciar uma visão geral dos sintomas dos doentes, mas por outro lado podem levar à desvalorização de sintomas que não constem da lista.

**QUADRO 3 – ESCALA DE AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DE EDMONTON**

Doente: _____												
Sem dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior dor possível
Sem cansaço	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior cansaço possível
Sem náusea	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior náusea possível
Sem depressão	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior depressão possível
Sem ansiedade	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior ansiedade possível
Sem sonolência	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior sonolência possível
Muito bom apetite	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior apetite possível
Muito boa sensação de bem-estar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior sensação de bem-estar possível
Sem falta de ar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior falta de ar possível
_____	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	_____

Adaptado: Neto e Barbosa (2010) Manual de Cuidados Paliativos

A ESAS consiste em pequeno questionário com nove sintomas e um décimo, que o doente pode acrescentar. A cada sintoma é atribuída um valor de 0 a 10, sendo o 0 a ausência do sintoma e 10 a intensidade máxima. O profissional deve manter-se imparcial e permitir que o doente expresse a sua própria avaliação. A ESAS deve ser usada criteriosamente todos os dias e servir como base para as ações necessárias para o alívio de sintomas.

É de ressaltar o impacto dos sintomas na qualidade de vida dos doente pelo que é legítimo recorrer à aplicação de escalas de qualidade de vida devidamente validadas na população em estudo, de forma a poder ter uma noção, tão objetiva quanto possível, da repercussão das manifestações clínicas na vida do doente.

A avaliação não fazendo juízos injustificados é transversal a todas as fases da abordagem ao controlo de sintomas, pois todos os sintomas são vivenciados por cada doente de forma diferente e podem ser potenciados por emoções negativas.

No **tratamento** de qualquer sintoma em cuidados paliativos fazem-se intervenções farmacológicas e não farmacológicas. As intervenções devem ser direcionadas às causas

dos sintomas, mas muitas vezes tal não é possível por estas serem múltiplas ou não identificáveis.

Os procedimentos clínicos na medicina paliativa são os mesmos da prática clínica em geral, no entanto o objetivo são o bem-estar e o conforto do doente, o que pressupõe que não se deve recorrer a exames complementares de diagnóstico se não for importante para o alívio de um sintoma ou o controlo de situação potencialmente reversível. Especialmente na fase final da vida estes devem ser evitados, principalmente se implicarem algum desconforto ao doente. (Neto, 2010)

O tratamento de qualquer sintoma deve-se iniciar pela explicação das razões que justificam os sintomas, de forma a reduzir o seu impacto psicológico e, sempre que possível, deve-se incluir o doente no processo de decisão terapêutica, fazendo com que este se sinta respeitado, aumentando a sua autoestima. (Twycross, 2003)

Em cuidados paliativos estão incluídos os tratamentos específicos de certos sintomas, que devem ser práticos e pouco agressivos, os tratamentos não farmacológicos e o tratamento profilático. Após a implementação de um plano terapêutico é fundamental a monitorização e o ajuste da medicação, tanto por poderem ocorrer efeitos secundários indesejáveis como pela progressão da doença com a possível exacerbação dos sintomas ou o surgimento de novos que devem ser controlados precoce e rapidamente.

A **monitorização** dos sintomas permite sistematizar o seguimento, clarificar os objetivos e validar os resultados das terapêuticas instituídas, de modo a promover a reavaliação contínua das intervenções utilizadas. (Neto, 2010)

Esta reavaliação constante permite não só avaliar a eficácia terapêutica mas também identificar a progressão da doença, desenvolvimento da tolerância aos fármacos e o aparecimento de efeitos adversos dos mesmos. (Twycross, 2003)

Seguidamente iremos apresentar os sintomas conjuntamente com as intervenções farmacológicas e não farmacológicas que visam o seu controlo.



### 3. SINTOMAS EM CUIDADOS PALIATIVOS

Como já referido anteriormente os sintomas no doente com cancro avançado são múltiplos. Realizou-se uma revisão crítica da literatura para determinar a prevalência dos diversos sintomas, assim como as intervenções farmacológicas e não farmacológicas com o intuito de os controlar.

Começaremos por mostrar os sintomas mais frequentes na literatura e estudos que demonstram as alterações dos sintomas ao longo da fase final de vida. Ao longo do trabalho iremos referir a prevalência dos diversos sintomas.

Strömngren et al (2002) apresenta a dor como o sintoma mais prevalente com uma percentagem de 92%, seguida pela astenia com uma percentagem de 43%, a anorexia com 36% e a depressão/tristeza com 32%.

No estudo de Walsh, Donnely e Rybicki (2000) mostram a prevalência de diversos sintomas, entre 1000 doentes, e a dor é também neste artigo o sintoma mais frequente com 84%, a astenia e a anorexia com 66%, a xerostomia com 57% e a obstipação com 42% de prevalência.

O artigo de Vainio et al (1996) descreve um estudo realizado com 1640 doentes, onde se verificou que, dentro dos sintomas estudados, os mais frequentes são a dor (57%), astenia (51%), caquexia (39%), anorexia (30%) seguidos pela obstipação (23%), náuseas (21%) e dispneia (19%).

Pode-se verificar pelos artigos supracitados que a dor, a astenia e a anorexia são os sintomas mais prevalentes na grande maioria dos estudos publicados. Verifica-se também nos estudos efetuados que há uma alteração dos sintomas e da sua prevalência no decurso da doença.

No estudo de Seow et al (2011) pode-se verificar a oscilação de diversos sintomas ao longo dos últimos seis meses de vida dos doentes com doença oncológica terminal. De forma decrescente de prevalência no início os sintomas estudados foram a astenia, bem-estar, anorexia, dor, sonolência, dispneia, ansiedade, depressão e náuseas. Os sintomas

estudados vão-se mantendo com poucas alterações ao longo dos seis meses, com um aumento ligeiro da astenia, anorexia e sonolência sete semanas antes da morte. No último dia de vida, à exceção da sonolência que aumenta, os restantes sintomas diminuem.

Conill et al (1997) desenvolveram um estudo para a avaliação da prevalência de sintomas na última semana de vida, em que avaliaram dezoito sintomas em duas avaliações, a primeira na primeira consulta do doente e a segunda na sua última semana de vida, sendo que a maioria, 56,2%, foram realizadas nas últimas 48 horas de vida. Verificaram que os sintomas mais frequentes foram em ambas as avaliações a astenia (76,7% e 81,8%), anorexia (68,2% e 80,1%) e xerostomia (61,4 e 69,9%), com um aumento nos últimos dias. A prevalência da dor diminui da primeira para a segunda avaliação de 52,3% para 30,1%. Na segunda avaliação a confusão tem um aumento de 30,1% para 68,2%, a obstipação de 49,4% para 55,1%, a dispneia de 39,8% para 46,6% e a disfagia de 27,8% para 46,6%. A ansiedade e a depressão que na primeira avaliação apresentavam respetivamente 50,6% e 52,8% diminuem a sua prevalência para 45,5% e 38,6%.

Teunissen et al (2007) desenvolveram um estudo de revisão da prevalência de sintomas em cancro incurável em que separaram os estudos em dois grupos, um grupo era composto por estudos gerais da prevalência de sintomas e outro dos estudos realizados uma ou duas semanas antes da morte dos doentes. Pretendiam que os resultados deste estudo fosse utilizado como guia para médicos e enfermeiras para o controlo de sintomas. Verificaram que a perda de peso, caquexia, acontecia significativamente mais no grupo nas últimas duas semanas de vida (86% comparativamente com 46% no primeiro grupo), e que a dor e as náuseas eram muito menos frequentes (dor decresceu de 71% para 45% e as náuseas de 31% para 17%).

Para a descrição dos sintomas optou-se por dividi-los em grupos quando são em grande número, de modo a facilitar a exposição da informação. Este foi o caso dos sintomas respiratórios, digestivos e psicológicos. Como sintomas respiratórios iremos descrever a dispneia, tosse e hipersecreções brônquicas. Os sintomas digestivos incluem a xerostomia, sede, halitose, disfagia, caquexia, anorexia, dispepsia, estase gástrica, náuseas, vômitos, obstipação e diarreia. Nos psicológicos referimos o delirium, depressão/tristeza e ansiedade. Isoladamente vão-se mencionar a dor, insónia e sonolência diurna, astenia e prurido. No final vêm referidos os sintomas nos últimos dias,

nomeadamente: dor e os sinais de desconforto, dispneia e os sinais de dificuldade respiratória, a respiração ruidosa ou estertor, delirium, anorexia e desidratação.

### 3.1. DOR

A **dor** é descrita pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (1994) como “uma experiência sensitiva e emocional desagradável, associada a dano real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos de tais danos”. Esta definição reforça que a dor é uma experiência única, individual, modificada pelo conhecimento prévio de um dano que pode ser existente ou presumido. Devemos, independentemente da situação, considerar a dor e acreditar no doente sempre que este a refere, da forma como a descreve e com a intensidade que menciona.

A prevalência da dor é alta mas varia consoante o estudo, sendo um dos sintomas mais prevalentes. Verifica-se no entanto oscilações entre 52,3% e os 92%. (Conill et al, 1997; Strömngren et al, 2002)

Este sintoma tem um grande impacto na qualidade de vida dos doentes. Gonçalves (2011) refere que a dor pode ser classificada, relativamente à sua base temporal, como aguda ou crónica. A dor aguda tem um início bem definido e geralmente está relacionada com sinais físicos e objetivos, com ativação do sistema nervoso simpático, e a duração pode ser de horas a semanas. Na dor crónica o padrão temporal normalmente é menos bem definido, persistindo por meses ou até mesmo anos, estando associada a alterações da qualidade de vida do doente.

O mesmo autor, tendo por base Portenoy (1992), refere que a dor pode ser dividida em três grandes categorias, relativamente aos mecanismos responsáveis pela sua sustentação, nomeadamente em nociceptiva, neuropática e idiopática.

A dor nociceptiva está relacionada com o dano tecidual e pode ser subdividida em dor somática ou visceral consoante seja causada por lesões somáticas ou viscerais.

A dor neuropática está associada a alterações no sistema nervoso central ou periférico. Pode afetar um só nervo, mononeuropatia, ou vários, mononeuropatia múltipla, ou ser difusa designando-se por polineuropatia. Pode ainda ser constante ou intermitente, em

queimadura ou lancinante e pode acompanhar-se de alodinia, quando a dor advém de um estímulo que normalmente não seria doloroso, e de hiperpatia, em que a dor ocorre por reação exagerada a um estímulo, no local da alteração.

Quando a dor é desproporcionada em relação à lesão observada, em comparação com a dor que a maioria das pessoas com uma lesão semelhante, ou aparece sem qualquer lesão observável é classificada como dor idiopática. Nos doentes com esta alteração normalmente há indícios que indicam um predomínio dos fatores psicológicos.

Na avaliação da dor, para além dos aspetos já mencionados para a avaliação de todos os sintomas, deve-se ter em atenção a localização da dor e se existir dor em vários locais estes devem ser avaliados individualmente. Deve ser feito um exame físico e se necessário exames complementares de diagnóstico de forma a ser tratada uma possível causa. Se na avaliação da resposta do tratamento este não for adequado deve-se reavaliar a situação. (Gonçalves, 2011)

Para o controlo da dor é necessário o recurso a tratamento farmacológicos, que habitualmente são suficientes uma vez que, segundo Gonçalves (2011), somente cerca de 10 a 20% dos doentes não consegue obter o controlo deste sintoma com os tratamentos convencionais.

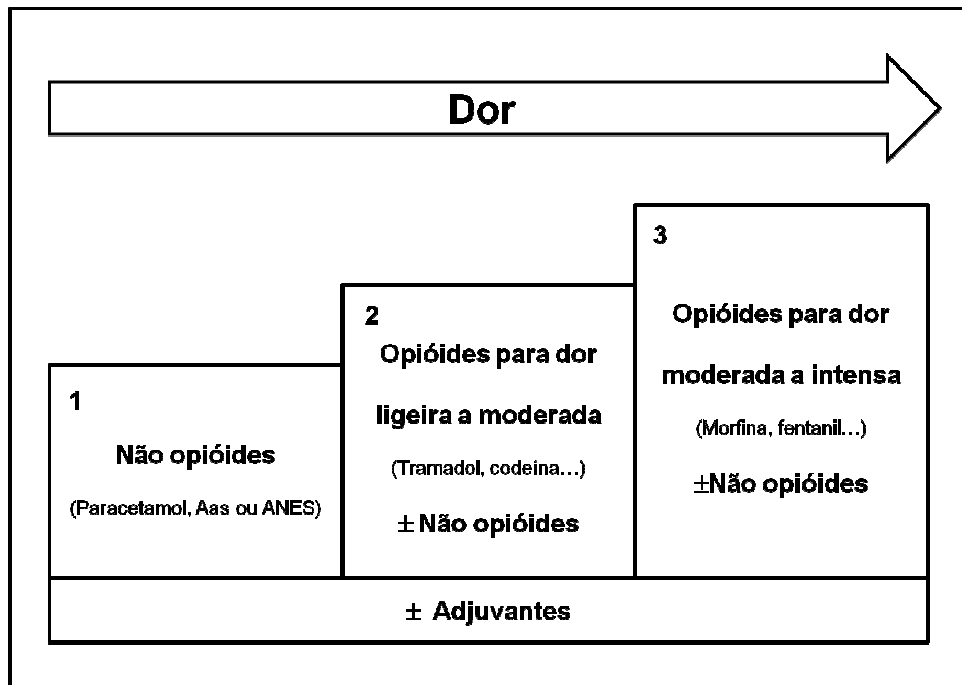
A OMS (1996) refere quatro pontos fundamentais para o tratamento da dor crónica. Primeiramente menciona a importância da escolha da via de administração, preferindo a via oral, seguidamente a importância da medicação de base, a horas certas, e segundo a Escada analgésica (figura 4), tendo em consideração a especificidade de cada indivíduo.

A via de administração da medicação é preferencialmente a via oral pois é menos invasiva e dá uma maior independência aos doentes e à sua família. Mas Gonçalves (2011) refere que quando esta recomendação foi feita ainda não havia os sistemas transdérmicos e que estes podem ser uma boa solução em algumas situações, concluindo-se assim que o mais importante é que sempre que possível se devem evitar os fármacos injetáveis. Quando não é possível e se tem de se recorrer a injetáveis a via subcutânea (SC) é a mais utilizada em cuidados paliativos. (Gonçalves, Alvarenga e Silva, 2003)

A terapêutica farmacológica deve estar prescrita a horas certas e não apenas para quando há uma exacerbação da dor. Mas a medicação de resgate é fundamental e deve estar prevista, não devendo ser, no entanto, a base do tratamento. (Pereira, 2010)

A escada analgésica proposta pela OMS demonstra que se deve progredir dos analgésicos não-opioides para os opioides para dor ligeira a moderada e destes para os opioides para dor moderada a intensa tendo por base a intensidade da dor e a resposta ao tratamento. No entanto, se a intensidade da dor o justificar deve-se começar pelo segundo ou mesmo pelo terceiro degrau. Como se pode verificar na figura podem-se utilizar adjuvantes, em cada degrau, para indicações específicas. (OMS, 1996)

**FIGURA 4 - ESCADA ANALGÉSICA DA OMS**



Adaptado de: World Health Organization. (1996) Cancer pain relief.

A terapêutica farmacológica deve utilizar as doses adequadas para cada indivíduo de forma a controlar a sua dor e deve-se ter em consideração os aspetos práticos de utilização dos analgésicos como, por exemplo, os horários, para que não perturbem o sono. (Gonçalves, 2011)

Apesar das recomendações existentes para um tratamento eficaz da dor é necessário que os profissionais de saúde estejam motivados e que tenham os conhecimentos adequados e atualizados, verificando-se que cada vez mais estes investem nesta área. No entanto, ainda há muito a fazer no controlo deste sintoma como o demonstram

diversos estudos dos quais salientamos o de Goldberg e Morrison (2007) e os de Van den Beuken-van Everdingen M.H. et al (2007)

Como intervenções não farmacológicas são importantes o apoio emocional proporcionado aos doentes com recurso a diálogo e escuta ativa que os pode ajudar a abstrair da dor e a relaxar assim como massagens de conforto e recurso a distrações como a música, televisão e familiares. Pode existir uma posição de conforto que ajude a diminuir a dor enquanto a medicação de resgate não surte efeito pelo que é importante, se for possível, encontrar essa posição.

### 3.2. SINTOMAS RESPIRATÓRIOS

Os sintomas respiratórios são múltiplos, mas pela sua maior prevalência na literatura iremos referir três sintomas, nomeadamente dispneia, tosse e secreções brônquicas.

A **dispneia** é descrita como um sintoma subjetivo de sensação de dificuldade em respirar. É particularmente angustiante e perturbador e vai depender da sensibilidade individual de cada doente que condiciona o grau de tolerância e aceitação, podendo causar um grande sofrimento tanto ao doente como aos seus familiares. (Azevedo, 2010)

A prevalência deste sintoma segundo os estudos aumenta nos últimos dias de vida, sendo um sintoma de mau prognóstico. (Conill et al, 1997) A sua prevalência pode ir de 19 % (Vainion et al, 1997 e Strömngren et al, 2002) até 50% (Malsh, Donnely e Rybicki, 2000).

A avaliação deste sintoma depende da história clínica, exame físico e por vezes de exames complementares de diagnóstico na tentativa de se identificar as suas causas e determinar se são ou não reversíveis. (Azevedo, 2010) Gonçalves (2011) refere que estas causas podem ser múltiplas e podem estar ou não relacionadas com a doença primária.

O tratamento deve, sempre que possível, ser dirigido à causa. Se houver uma causa tratável como um derrame pleural, a dispneia é mais fácil e rapidamente tratável. Se for de origem oncológica pode ser necessário o recurso a radioterapia ou quimioterapia. Pode ser também necessário o tratamento de comorbilidades como a insuficiência

cardíaca ou DPOC, ou o recurso a transfusões sanguíneas, no caso de anemia, ou a paracenteses, no caso das ascites. (Gonçalves, 2011)

Se não for possível identificar ou intervir sob a causa da dispneia (por exemplo se o estado de saúde do doente não permitir intervenções invasivas), ou ainda se este fator não reverter com as intervenções realizadas, até porque as causas, como já referido anteriormente, tendem a ser múltiplas, o tratamento passa a incidir sobre o alívio da dispneia. A escolha das intervenções farmacológicas também vão depender da gravidade do sintoma, impacto no doente e do seu prognóstico. Estas baseiam-se predominantemente na utilização de opióides e benzodiazepinas. (Azevedo, 2010)

Os opióides são a primeira opção no tratamento da dispneia. No entanto a ansiedade é uma componente importante porque para além de advir da dispneia pode aumentá-la, pelo que os ansiolíticos devem ser utilizados nas crises. (Azevedo, 2010; Simon et al, 2010)

Os opióides quando administrados por via oral ou parenteral têm um efeito reconhecido e provado no controlo dos sintomas respiratórios, no entanto por via inalatória são diversos os estudos contraditórios. (Carvalho, 2009; Bruera et al, 2005)

A colocação de aporte adicional de oxigénio pode ter um efeito tranquilizador em doentes hipoxémios mas a sua eficácia não está devidamente comprovada. (Abernethy, 2010; Booth, 2004; Cranston, Crockett e Currow, 2009). O objetivo é o controlo do sintoma e não a correção de parâmetros analíticos, mas uma vez que os estudos não são conclusivos deve-se avaliar a saturação de oxigénio e no caso de o doente estar hipoxémio recorrer à oxigenoterapia para atingir saturações superiores 90%, mas se o oxigénio não for eficaz não há necessidade de se manter a sua utilização. Se o recurso a oxigénio se justificar este pode ser utilizado também apenas de forma intermitente, por exemplo em casos em que o doente apenas refere dispneia durante esforços. (Gonçalves, 2011) É preferível recorrer à utilização de sonda nasal em detrimento das máscaras faciais para o doente manter o contato social e alimentar-se enquanto recebe o oxigénio. Em doentes que necessitam de aporte adicional de oxigénio por longos períodos deve-se incentivar a manter a boca húmida e quando administrado por cânula nasal proteger a mucosa nasal com creme para prevenir a secura e a irritação.

As medidas não farmacológicas que se devem adotar são permitir que o doente expresse o que está a sentir e dar respostas tranquilizadoras mas honestas, se houver questões, e

transmitir a intenção de aliviar ao máximo todo o sofrimento que o doente possa vir a sentir; incentivar a presença constante de alguém que apoie e ajude a tranquiliza-lo; arejar o quarto com o recurso a uma ventoinha ou abrir uma janela; possibilitar a utilização de um leque; levantar a cabeceira do leito a 45° ou consoante a vontade do doente; e outras intervenções que ajudem o doente a relaxar e a sentir-se melhor. Estas medidas são muito importantes para assegurar o bem-estar do doente e devem acompanhar as farmacológicas.

A **tosse** consiste numa expiração forçada contra a glote parcialmente fechada, podendo ser um ato reflexo ou voluntário. É um mecanismo de defesa das vias aéreas mas pode ter efeitos desagradáveis quando é prolongada ou intensa. A sua prevalência em alguns artigos é baixa mas no de Walsh, Donnely e Rybick (2000) é de 38%.

A sua classificação quanto à duração e características pode ter um interesse prático para tentar determinar a sua etiologia. Pode ter múltiplas causas como os processos inflamatórios, as causas mecânicas como a presença de secreções brônquicas, derrames pleurais, os agentes poluentes como gases tóxicos, irritantes ou fumos, os fatores térmicos como o ar frio ou quente e causas neuro psíquicas, psicóticas ou neuróticas. (Azevedo, 2010)

O tratamento tem como intuito principal a identificação e correção da causa, mas se tal não for possível é importante assegurar ao doente o máximo conforto possível. Como terapêutica farmacológica recorre-se aos antitússicos, mucolíticos e muitos outros fármacos incluindo os opióides. (Gonçalves, 2011)

As **secreções brônquicas** quando abundantes provocam muito desconfortam aos doentes e às suas famílias o que requer intervenções para o seu controlo.

As intervenções farmacológicas visam a redução das secreções através do recurso a corticóides, antibióticos ou anticolinérgicos dependendo da causa e das características das mesmas. (Carvalho, 2009)

O recurso à aspiração de secreções deve ser bem ponderado uma vez que é uma intervenção agressiva, desconfortável e dolorosa.

Como intervenções não farmacológicas deve-se adequar o posicionamento do doente, tendo uma atenção particular à cabeça, de forma a facilitar a drenagem das secreções, evitando a sua acumulação, o desconforto e a respiração ruidosa.

### 3.3. SINTOMAS DIGESTIVOS

Os sintomas digestivos são múltiplos. Seguidamente iremos descrever os mais frequentes como a xerostomia, sede, halitose, disfagia, caquexia, anorexia, dispepsia, estase gástrica, náuseas, vômitos, obstipação e diarreia.

Para que a alimentação possa ser uma atividade prazerosa, primeiramente temos de ter em atenção a boca, por onde tudo se inicia, sendo que os cuidados orais são primordiais para o controlo da maioria destes sintomas. (Gonçalves, 2011)

A **xerostomia** é referida como a sensação subjetiva de boca seca e é normalmente acompanhada pela redução da secreção salivar, mas pode também resultar de alterações na composição da saliva secretada. (Davies, Broadley e Beight, 2001) Associado com este sintoma podem surgir infeções, cáries e úlceras que provocam um desconforto acrescido. (Gonçalves, 2011)

A prevalência deste sintoma no estudo de Conill et al (1997) é de 61,4% e aumenta para 69,9% na última semana de vida. No estudo de Teunissen et al, com 6359 doentes de, foi de 40%.

Deve-se tentar encontrar a etiologia da xerostomia que pode ser múltipla, com o intuito de intervir na causa. A literatura refere que a causa mais frequente são os efeitos laterais de fármacos e neste caso deve-se se possível alterar os fármacos ou reduzir a sua dose. (Davies, Broadley e Beight, 2001)

As intervenções farmacológicas implicam o recurso a substitutos ou estimulantes da saliva. Mas a saliva artificial não tem os fatores antibacterianos presentes na saliva, pelo que não cumpre as mesmas funções, e há estudos, nomeadamente o de Cooke, Ahmedzai e Mayberry (1996), que concluíram que o alívio do sintoma proporcionado pela saliva artificial é de uma a duas horas e que muitos doentes consideram que pequenos goles de água têm a mesma eficácia. Gonçalves (2011) refere que também se pode

recorrer à pilocarpina, tanto em comprimidos como em solução oftálmica administrada por via oral.

O mesmo autor refere que as intervenções não farmacológicas incluem o recurso a pastilhas elásticas sem açúcar, rebuçados de limão e pedaços de ananás que podem estimular a produção de saliva. O ananás, inclusive o ananás de conserva, contém enzimas proteolíticas que ajudam a manter a boca limpa.

O recurso a líquidos frios também tem um efeito benéfico e deve ser aumentado, os alimentos devem ser pastosos e deve-se evitar o consumo de álcool e tabaco. Pode-se inclusivamente recorrer a pedaços de gelo. (Gonçalves, Rosado e Custódio, 2010)

A **sede** está muitas vezes associada ao sintoma anterior e as intervenções não farmacológicas supracitadas vão ser eficazes também neste caso. A sua prevalência é muito pequena, no estudo de Strömngren et al (2002) é de 1%, e em vários artigos não é referida.

Nos últimos dias de vida é frequente haver desidratação e, quando a via oral não está disponível, pode ponderar-se o recurso à hidratação artificial, através da via enteral, com recurso a uma sonda nasogástrica ou gastrostomia, se estiverem presentes, ou da administração de fluidos por via endovenosa (EV) ou por via SC (hipodermoclise). A via SC é a mais utilizada em cuidados paliativos por trazer poucos riscos para o doente e, enquanto técnica, ser cómoda, prática e com um impacto mínimo uma vez que cateterizar um acesso venoso torna-se muitas vezes complicado e doloroso, mas há a exceção dos doentes com acesso venoso central. (Querido e Guarda, 2010)

Gonçalves (2011) refere que a hidratação artificial é um assunto controverso em cuidados paliativos, e por não haver estudos conclusivos é uma decisão subjetiva, que deve ter em consideração as necessidades individuais, não se devendo recorrer á hidratação rotineiramente. Querido e Guarda (2010) complementam que esta é uma decisão que deve “ser fruto de uma reflexão interdisciplinar centrada no doente, acompanhada pela família”.

A controvérsia que envolve este assunto advém de alguns autores, como Dunphy et al (1995) defenderem que sintomas como a xerostomia, sede e confusão podem ser melhorados com recurso a este método e Fainsinger e Bruera (1994) referirem os efeitos da toxicidade provocada pela acumulação de fármacos, devido à insuficiência renal,

como um motivo importante para o recurso à hidratação artificial. Querido e Guarda (2010) referem que a xerostomia e a sede podem ser aliviadas com os cuidados locais já descritos e Fainsinger e Bruera (1994), apesar de defenderem os pontos anteriormente descritos, referem que a desidratação pode ser vantajosa, uma vez que induz a redução do número de micções, com menor necessidade de colocação da aparadeira ou troca da fralda que podem causar desconforto, redução dos edemas, ascite, vômitos e secreções brônquicas, assim como diminuição do nível de consciência e do sofrimento.

A **halitose** pode ter múltiplas e diversas etiologias mas segundo Gonçalves (2011) na maioria das vezes tem “origem na boca”. O tratamento vai depender da causa mas o mesmo autor refere alguns aspetos como a boa higiene oral; os cuidados com as próteses dentárias; evitar certos alimentos (cebola e alho) e fármacos (como os anticolinérgicos e dinitrato de isosorbido por via sublingual, se tal for possível); reduzir a ingestão de bebidas alcoólicas; tratar infeções (periodontite, gengivite, entre outras); e no caso de esta ser provocada por estase gástrica recorrer-se a procinéticos como a metoclopramida e a domperidona.

A **disfagia** é definida pela Organização Mundial de Gastroenterologia (WGO) (2007) como a “perceção de que há um impedimento à passagem normal do material deglutido”. Este sintoma tem uma prevalência de 20% no estudo de Grond et al (1994) e no estudo comparativo da prevalência entre a primeira consulta e a última semana de vida é descrita uma prevalência de 27,8% no primeiro momento e de 46% no último.

Leal e Carvalho (2010) referem que este sintoma define-se como a dificuldade, ou a sensação de dificuldade, em fazer passar os alimentos através da faringe ou do esófago, que ocorre na altura ou dez a vinte segundos após a deglutição. A obstrução pode ser a nível da faringe, que pode resultar de pressão intrínseca ou extrínseca do tumor ou por edema, ou a nível do esófago, que pode ser intrínseca por carcinomatose ou estenose ou extrínseca por nódulos mediastínicos de grandes dimensões.

Esta distinção está também presente nas diretrizes da WGO (2007) que salienta a importância desta distinção uma vez que vai influenciar a decisão terapêutica. Recomenda que na avaliação deste sintoma deve-se perceber a localização, com que consistência dos alimentos ocorre (líquidos, sólidos ou ambos) e se é de forma permanente ou intermitente.

Na disfagia orofaríngea há dificuldade em transferir o bolo alimentar para o esófago e os sintomas incluem regurgitação nasal, tosse aquando da deglutição e dificuldade em iniciar a deglutição. Na disfagia esofágica os doentes conseguem deglutir os alimentos mas sentem como que se a comida parasse antes de chegar ao estômago.

A escolha da intervenção a desenvolver deve ter em consideração as características anatómicas e a localização do tumor, as preferências do doente, a disponibilidade e a capacidade do local de assistência.

Na disfagia orofaríngea em caso da existência de compressão extrínseca ou de disfunção dos pares cranianos deve-se recorrer à corticoterapia. Em caso de sialorreia, o que pode levar à aspiração, deve-se recorrer a um anticolinérgico. Na esofágica, se for causada por uma obstrução derivada de um tumor responde muito bem à corticoterapia e à posterior radioterapia. (Leal e Carvalho, 2010)

Existem outras opções de tratamento para a disfagia esofágica como a cirurgia, quimio e radioterapia, dilatação endoscópica, termocoagulação com laser ou coagulador de plasma de argónio, colocação de próteses esofágicas por via endoscópica, colocação de uma sonda nasogástrica ou de gastrostomia. O estudo de Thuler, Forones e Ferrari (2006) avaliou estes diferentes tratamentos e verificou que a colocação da prótese de esófago melhorou a disfagia de forma estatisticamente significativa em relação às outras terapias paliativas e que ocorreu a melhoria do índice médio de disfagia em trinta dias em todos os grupos, exceto no da gastrostomia, contudo não houve diferença quanto à qualidade de vida, número e tempo de internamento, nem na sobrevivência.

Maluf-Filho, Cheng e Luz (2006) referem que a taxa de sucesso na colocação de próteses em estenoses malignas encontra-se próxima dos 100% e que a taxa de efeito paliativo a longo prazo na disfagia aproxima-se dos 80%, o que faz com que esta opção seja, até o momento, o tratamento paliativo de escolha para os sintomas de obstrução causados pelo cancro esofágico. Os mesmos autores tendo por base os estudos de Chan et al (1999) e de Ramirez et al (1997) afirmam que “a colocação de próteses endoscópicas por obstrução esofágica maligna apresenta a vantagem de alívio instantâneo da disfagia e controle de fístula traqueoesofágica”.

Leal e Carvalho (2010) referem que deve ser feita uma avaliação do estado do doente para a decisão e instituição de medidas, uma vez que pode só se justificar uma alteração da dieta, alterando a sua consistência, volume, sabor e temperatura da alimentação.

Relativamente ao ensino alimentar o doente deve ser incentivado a comer sentado, com refeições fracionadas e frequentes, ingerindo devagar os alimentos, em pequenos pedaços e em pequena quantidade. Se o doente tiver uma prótese dentária, que esteja bem adaptada, não deve ser retirada e os alimentos devem ser muito bem mastigados e engolindo devagar.

A **caquexia** consiste na perda de peso acentuada e na perda de massa muscular (Twycross, 2003). Outras definições acrescentam a perda não intencional de mais de 10% do peso (Gonçalves, 2011). Existem ainda definições que acrescentam outras características para além das supracitadas mas que incluem estes factos. A sua prevalência varia de estudo para estudo, como acontece com todos os sintomas, mas no de Walsh, Donnely e Rybicki (2000), a perda de peso especificamente maior do que 10% foi de 50%. No estudo de Teunissen et al (2007) a perda de peso no grupo de pacientes uma ou duas semanas antes da morte a perda de peso foi o segundo sintoma mais prevalente com 86%, em 1149 doentes, só ultrapassado pela fadiga com 88%.

Este sintoma esta habitualmente associado à anorexia, na síndrome anorexia – caquexia (SAC). Gonçalves (2011), citando Blum et al (2010), refere que há doentes com caquexia que não têm anorexia e se alimentam normalmente e que alguns doentes com anorexia não apresentam caquexia, mantendo-se sem perda de peso.

Gonçalves, Rosado e Custódio (2010) referem que a SAC é complexa e caracterizada por um marcado estado de malnutrição, devido à diminuição de ingestão de alimentos e de alterações metabólicas e hormonais, resultantes da resposta do organismo ao cancro.

As manifestações clínicas desta síndrome são a anorexia, astenia e acentuada perda de peso, podendo estar também associadas a palidez resultante da anemia, edemas devido a hipoalbuminemia, úlceras de pressão, alterações nas próteses dentarias que podem ficar desadaptadas causando dor e dificuldade na mastigação e atrofia muscular. Todas estas características conduzem a uma profunda alteração da imagem corporal do doente o que lhe vai causar um grande sofrimento e também podem originar vivências de perda de identidade e de pertença ao meio sociofamiliar, levando ao isolamento e dificuldade ou recusa no relacionamento com os outros. (Twycross, 2003 e Gonçalves, Rosado e Custódio, 2010)

As intervenções para a SAC visam a melhoria da qualidade de vida, uma vez que segundo Gonçalves (2011) o impacto na sobrevivência é muito reduzido senão mesmo

inexistente e o sintoma alvo é a anorexia, aumentando o apetite e a ingestão alimentos. Deve-se iniciar a avaliação pela tentativa de identificação de causas para a anorexia de forma a intervir nestas. Existem também fármacos que podem levar a este sintoma e que, sempre que possível, devem ser alterados.

As intervenções são as mesmas para a anorexia que serão discutidas seguidamente.

A **anorexia** é um sintoma comum na fase avançada da doença oncológica. (Twycross, 2003) Pode ser induzida pelo cancro, pela terapêutica ou por anormalidades no metabolismo intermediário. Pode causar um impacto quer no doente quer na família, por estar associada à deterioração da saúde e morte. (Gonçalves, Rosado e Custódio, 2010) Como já referido anteriormente é um dos sintomas mais frequentes, vindo referida na literatura a prevalência de 66% (Walsh, Donnely e Rybicki, 2000), aumentando com a progressão da doença como já anteriormente mencionado. No mesmo estudo a saciedade precoce tem uma prevalência de 51%.

Este sintoma tem múltiplos fatores etiológicos mas apenas alguns são reversíveis o que torna fundamental a ajuda ao doente e à família de forma a aceitarem e a adaptarem-se a esta situação. (Twycross, 2003)

As intervenções devem ter em consideração a fase da doença, porque em fases mais avançadas a anorexia é natural e deve ser aceite, favorecendo a adaptação a uma redução na ingestão e mantendo o prazer e a satisfação na comida e bebidas ingeridas. Desta forma os objetivos devem ser adequados ao doente e podem ser manter o peso e a funcionalidade, ou manter o prazer na ingestão de alimentos e bebidas conforme o gosto e a vontade do doente ou até mesmo apenas o conforto. Deve-se proporcionar informação adequada à família e ao doente de forma a minimizar a ansiedade. (Gonçalves, 2011)

Existem diversos estudos que demonstram que devido às alterações metabólicas, as dietas hipercalóricas, com recurso à alimentação entérica ou parentérica, não trazem benefícios nestas situações. (Kotler, 2000; Bruera, 1997) Deve-se tentar maximizar a via oral flexibilizando o tipo, a quantidade e o horário das refeições. (Bruera e Higginson, 1996) A nutrição por via oral é a primeira opção na dieta individualizada, sempre que possível iniciada por alimentos correntes e se necessário com suplementos hipercalóricos e hiperproteicos. As refeições devem ser mais frequentes, em menor volume e com conteúdo calórico e proteico superior.

Gonçalves (2011) sugere que para se melhorar a nutrição deve-se aumentar a ingestão calórica sem aumentar a quantidade de alimento, servindo refeições fracionadas, segundo as preferências alimentares, os hábitos e as intolerâncias, aproveitando os momentos de desejo de comer, não limitando as opções e evitando odores intensos a comida. Com a evolução natural da doença a ingestão oral tem tendência a diminuir e pequenos pedaços de gelo, bebidas frias ou até humedecer a mucosa oral pode ser suficiente para alguns doentes.

Gonçalves (2011) refere que as medidas farmacológicas garantem habitualmente pouco sucesso pelo que deve ser dada ênfase à explicação do sintoma, às medidas de adaptação à situação e ao reforço de que a ingestão alimentar forçada não traz qualquer benefício para o doente. As intervenções têm como objetivo o bem-estar do doente e devem ser definidas de forma a favorecer a adaptação a uma redução na ingestão com a manutenção no prazer e satisfação na comida e bebidas. Se este sintoma for um problema para o doente e/ou família e se a sobrevivência esperada for razoável justifica-se o recurso a fármacos.

O mesmo autor refere que as intervenções farmacológicas podem incluir a prescrição de estimulantes do apetite, como o acetato de megestrol e corticosteróides. O acetato de megestrol é um estimulante de apetite com atividade glucocorticóide e diminuição das citocinas. Em ensaios clínicos revelou estimular o apetite, aumentar o peso corporal e promover uma sensação de bem-estar, embora com efeito não imediato. Quanto aos corticosteróides, pelo seu efeito inibitório da atividade das prostaglandinas e da síntese do fator de necrose tumoral (TNF- $\alpha$ ) e interleucinas (IL), levam a uma melhoria transitória do apetite e ingestão alimentar e a uma sensação de bem-estar. No entanto, o seu uso deve, tanto quanto possível, fazer-se transitoriamente e pelo menor período possível. Pode-se também recorrer à metoclopramida por acelerar o esvaziamento gástrico e também por ter um efeito antiemético central.

As citocinas são produzidas pelo organismo em resposta ao crescimento tumoral e conduzem a alterações metabólicas e nutricionais nos doentes com cancro. O TNF-  $\alpha$  e as IL são citocinas que desempenham uma função importante no estado nutricional uma vez que regulam o apetite e o consumo de energia. Têm atividades sobrepostas e nenhuma é individualmente responsável pela caquexia. (Kowata et al, 2009) O TNF- $\alpha$  e a IL-1 são secretadas pelos macrófagos e têm a capacidade de iniciar a caquexia pois levam a uma redução da ingestão alimentar uma vez que têm um efeito direto no sistema nervoso central, induzindo saciedade. (Kowata et al, 2009; Gonçalves, Rosado e

Custódio, 2010) A IL-1 produz os mesmos efeitos do que os TNF- $\alpha$  mas não tem uma ação sobre os músculos e os seus efeitos são menos potentes sobre a caquexia. A IL-6 tem semelhanças ao TNF- $\alpha$  e a IL-1 e é produzida pelos macrófagos, monócitos e fibroblastos. Kowata et al (2009) refere que esta interleucina juntamente com outras, sozinha ou combinadas conduz à redução alimentar e interfere no balanço energético.

A **dispepsia** é caracterizada por um mau estar ou até mesmo dor na região abdominal superior pós-prandial. (Twycross, 2003) Apesar de não ser dos sintomas mais frequentes no estudo de Walsh. Donnely e Rybicki (2000) a sua prevalência é de 19%.

Twycross (2003) classifica a dispepsia em quatro categorias, nomeadamente a pequena capacidade do estômago, a gasosa, a ácida e a dismotilidade, em que as intervenções vão ser diferentes. O sintoma pode estar relacionado com a diminuição da capacidade do estômago, por presença de ascite de grande volume ou por cancro volumoso, e nesta situação deve-se ensinar o doente a separar a ingestão de alimentos sólidos dos líquidos e a fazerem refeições pequenas e frequentes. Como intervenção farmacológica neste tipo de dispepsia o mesmo autor refere que um antiflatulente pode ser benéfico, na gasosa está também indicado um antiflatulente mas em associação com um antiácido, para a ácida um antiácido e para a dispepsia por dismotilia a prescrição de um fármaco procinético, como por exemplo a metoclopramida, de forma a normalizar a motilidade gástrica.

A **estase gástrica** em que ocorre um atraso no esvaziamento gástrico é comum e muitas vezes precursor das náuseas e vômitos. Este sintoma pode ocorrer devido à dispepsia por dismotilidade, à obstipação, a alguns fármacos administrados e até mesmo a comorbilidades. Como intervenções farmacológicas pode-se recorrer a fármacos procinéticos, como a metoclopramida. (Twycross, 2003)

As **náuseas** são descritas como uma sensação desagradável de vontade e necessidade em vomitar e os **vômitos** como o esvaziamento forçado do conteúdo gástrico. (Maciel e Bettega, 2009)

A prevalência das náuseas é superior à dos vômitos, no estudo de Walsh, Donnely e Rybicki (2000) é de 36% e 23% respetivamente. É possível também verificar que decrescem ao longo do percurso da doença como no estudo de Teunissen et al (2007) em que uma ou duas semanas antes da morte a prevalência é de 17% e 13%, enquanto

em qualquer outra altura em doentes com cancro incurável, a prevalência é de 31% e 20% para as náuseas e vómitos respetivamente.

A náusea é um sintoma subjetivo e na sua manifestação podem interferir vários fatores, nomeadamente os de carácter psicológico. A náusea crónica é definida como o sintoma que persiste num período superior a uma semana, na ausência de uma causa bem definida e limitada, como por exemplo a quimioterapia ou a radioterapia. (Querido e Bernardo, 2010))

Quanto à etiologia das náuseas e dos vómitos pode ser única ou múltipla. De forma a sistematizar a avaliação Querido e Bernardo (2010) propõem quatro etapas. A primeira etapa consiste na caracterização do episódio de náuseas e vómitos, recorrendo ao registo e monitorização de forma sistemática e rigorosa da evolução dos sintomas e da sua resposta à terapêutica. Seguidamente deve-se verificar se os episódios estão ou não relacionados com outros sintomas. Para determinar a etiologia, como terceira etapa, é fundamental a história clínica, um exame físico e se necessário recorrer a exames complementares de diagnóstico. A caracterização destes sintomas inclui frequência e ritmo, variação ao longo do tempo, fatores desencadeantes, de agravamento e de alívio, sintomas acompanhantes e resposta às intervenções clínicas, assim como o volume e o aspeto do vómito. É fundamental esclarecer alterações do trato gastrointestinal, como regurgitações, hematemeses, obstipação, oclusão intestinal, e considerar as consequências da sintomatologia, como a interferência com o aporte oral, estado de hidratação e estado de consciência. A quarta e última etapa referem-se à reavaliação, uma vez que só com a avaliação periódica, diária, ou mesmo várias vezes ao longo do dia se necessário, e atenta dos sintomas é possível uma correta identificação do problema e a definição da melhor estratégia para o seu controlo.

Como intervenções não farmacológicas deve-se manter um ambiente confortável, tranquilo, com ar fresco e evitando odores fortes, incluindo os dos alimentos. As refeições devem ser em pequena quantidade, frequentes, em intervalos regulares, com boa apresentação, ajustadas aos hábitos e gostos do doente, mas preferencialmente compostas por alimentos com baixo teor de gordura, frios, com poucos condimentos e picantes, uma vez que habitualmente são melhor tolerados. Deve-se garantir uma ingestão adequada de líquidos e no caso de intolerância oral pode-se recorrer à via SC para hidratação. A correta higiene oral é fundamental mas também pode ser necessário incentivar banhos regulares de forma a evitar maus odores, o que pode desencadear a náusea. (Gonçalves, 2011; Querido e Bernardo, 2010)

A posição corporal é muito importante para prevenir a aspiração do vômito. O recurso à entubação nasogástrica deve reservar-se para os casos em que não se consegue alívio sintomático com meios farmacológicos, o que ocorre com mais frequência nas obstruções intestinais altas. (Querido e Bernardo, 2010)

As medidas farmacológicas consistem na administração de antieméticos, mas deve-se saber a causa para se recorrer aos mais específicos a cada situação. (Gonçalves, 2011)

As alterações dos hábitos intestinais são queixas frequentes dos doentes em cuidados paliativos, e podem advir da patologia de base e/ou do tratamento. A obstipação é muito mais frequente e prevalente do que a diarreia como pode ser verificado seguidamente.

A **obstipação** é um sintoma definido pela WGO (2010) como uma dificuldade persistente para evacuar, uma sensação de esvaziamento incompleto e/ou movimentos intestinais pouco frequentes, a cada três ou quatro dias ou com menor frequência, na ausência de sintomas de alarme ou causas secundárias.

A prevalência deste sintoma eleva-se a 52% no estudo de Walsh, Donnelly e Rybicki (2000) e é frequente em doentes oncológicos, especialmente na fase de doença avançada, por diminuição da atividade física, permanência na cama, medicamentos, hidratação e alimentação deficitária.

A obstipação deve ser prevenida para evitar situações mais complicadas como a oclusão intestinal. Pacheco, Matos e Madureira (2010) referem que quanto mais precoces forem as intervenções, maiores são as possibilidades de se evitar o instalar de uma obstipação/occlusão.

Os mesmos autores referem que de forma a prevenir a obstipação deve-se controlar diariamente a hidratação, estimulando a ingestão hídrica, e verificar a dieta para que esta favoreça os alimentos ricos em fibras e com propriedades laxantes e restrinja os com propriedades obstipantes. Devem ser criadas condições favoráveis ao respeito dos hábitos de eliminação, como a privacidade. A imobilidade deve ser evitada, reforçando e incentivando a prática do exercício físico realçando os seus benefícios e se tal não for possível favorecer as mudanças de posição.

Como medidas farmacológicas reforça-se a importância dos laxantes, uma vez que, segundo Gonçalves (2011), “mesmo com as medidas profiláticas, quase 80% dos

doentes internados em unidades de cuidados paliativos necessitam de laxante”. A seleção dos laxantes baseia-se no seu modo de ação e nas características da obstipação, como a consistência das fezes e na sua presença ou não na ampola retal.

Pode ocorrer a impactação fecal ao nível do reto e cólon distal. Neste caso, e se o tratamento com laxantes não foi eficaz, deve-se proceder à remoção manual de fezes recorrendo sempre à analgesia, com lubrificante anestésico e/ou mesmo à sedação. (Pacheco, Matos e Madureira, 2010)

A massagem abdominal visa o conforto e a diminuição da dor local provocada pelas cólicas, ajudando também à progressão do bolo fecal e das fezes no tubo digestivo. Deve ser feita com movimentos circulares efetuados no sentido dos ponteiros do relógio e o próprio doente pode fazer isto, se tiver força para isso, ou pode-se ensinar à família. Esta intervenção pode favorecer uma relação do doente com a família e com os profissionais que o ajude a reencontrar conforto e segurança num momento em que o corpo emite ruídos ou odores muitas vezes vividos com embaraço. (Ahya, 2000)

A **diarreia** consiste em dejeções líquidas e frequentes. Segundo Sykes (1997) tem sido definida objetivamente pela passagem de mais de três dejeções de fezes líquidas durante um dia. A sua prevalência é de 8% no estudo de Walsh, Donnely e Rybicki (2000) e é muito inferior à da obstipação no mesmo estudo (52%).

As causas de diarreia em doentes em cuidados paliativos podem ser os fármacos, como os laxantes em dose elevada para o doente em questão, os fármacos como os antibióticos, antiácidos, entre outros, a impactação fecal, os tratamentos como a radioterapia abdominal ou pélvica, a má absorção que pode ocorrer por gastrectomia, ressecção ileal, colectomia, entre outros, alguns tipos de neoplasias que influenciam a motilidade intestinal, a infeção do trato gastrointestinal ou até hábitos alimentares. Quando a causa é identificável o tratamento deve ser, sempre que possível, dirigido à mesma. (Hatanaka, 2009)

A mesma autora refere que no caso em que a diarreia é persistente ou a causa é desconhecida ou ainda se não é possível intervir diretamente sobre ela, recorrem-se a antidiarreicos, sendo o cloridrato de loperamida o fármaco de eleição.

Relativamente às alterações alimentares deve-se recorrer a dietas sem fibras e sem lactose, e o número de refeições deve ser aumentado, assim como o aporte de líquidos.

### 3.4. SINTOMAS PSICOLÓGICOS

Os sintomas do foro psicológico são comuns nos doentes em cuidados paliativos, sendo os mais frequentes o delirium, a depressão e a ansiedade. O impacto inicial de um doente e família que tem conhecimento do seu prognóstico pode ser resolvido num curto espaço de tempo e é um erro associar a depressão e a ansiedade à reação natural a uma doença incurável. Se os sintomas físicos forem valorizados em detrimento dos psicológicos não vai ser possível um tratamento adequado. (Bernardo, Leal e Barbosa, 2010).

O **delirium** é definido pelo Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 4ª Edição, Texto Revisto (DSM- IV-TR), como uma perturbação da consciência com uma alteração da cognição que se desenvolve num curto espaço de tempo, com flutuações durante o dia. Ocorrem alterações do nível de consciência, da atividade psicomotora, que pode estar aumentada ou diminuída, da atenção e do ciclo sono-vigília. Quando a atividade psicomotora está aumentada designa-se por delirium hiperativo e quando esta diminuída por hipoativo.

Os sintomas do delirium incluem desorientação, ansiedade, irritabilidade, agitação, falta de atenção e perturbações do sono. O delirium é muitas vezes designado como **confusão** e efetivamente os doentes podem-se apresentar com desorientação para o tempo, espaço e pessoa, com discurso confuso, dispersivo e incoerente, e inclusivamente podem ter ilusões e alucinações, predominantemente visuais. (Gonçalves, 2011)

Gama e Barbosa (2010), com base em Cohen (1998), referem as características do delirium hiperativo, hipoativo e misto, em que consta sempre a confusão. No delirium hiperativo a confusão está associada à agitação psicomotora, podendo também ocorrer alucinações, estado hiperalerta e mioclonias. O hipoativo está associado à sonolência, prostração e letargia. O delirium misto tem as características de ambos, com alternância de períodos de prostração com os de agitação.

A prevalência da confusão aparece no estudo de Vainion et al (1996) com uma percentagem de 8% mas nos estudos de Conill et al (1997) e de Teunissen et al (2007)

pode-se verificar um aumento uma ou duas semanas antes da morte, no primeiro aumenta de 30,1% para 68,2% e no último de 16% para 24%.

Nos doentes com cancro avançado na fase final a etiologia da delirium é maioritariamente multifatorial. A avaliação inclui a história e exame físico, excluindo retenção urinária e de fezes, podendo ser necessária a revisão da medicação e o estudo analítico dirigido. (Gonçalves, 2011)

O tratamento envolve a correção das possíveis causas subjacentes, no entanto muitas vezes tal não é possível.

Como intervenções farmacológicas pode ser necessário recorrer a medicação neuroléptica ou sedativa. No caso de o doente apresentar **agitação** torna-se habitualmente necessário recorrer primeiramente a fármacos por via parentérica para o controlo no imediato da situação. As benzodiazepinas podem agravar o delirium mas pode ser necessário o recurso a estes fármacos para o controlo da agitação, normalmente em conjunto com o haloperidol. (Gonçalves, 2011) No delirium hipoativo tem sido utilizado metilfenidato com algum sucesso. (Gagnon, Low, e Scheier, 2005)

As medidas não farmacológicas implicam a participação de toda a equipa multidisciplinar, incluindo a família. Na interação com o doente deve-se favorecer a comunicação, assegurando um ambiente calmo, utilizando tons de voz suave, evitar confrontos diretos com valores e crenças, transmitir confiança e segurança, promover a autonomia e a orientação para tempo, espaço e pessoas, manter uma rotina diária estruturada e evitar recorrer à restrição física. No entanto, esta pode ser necessária se não for possível uma presença contínua junto do doente para a sua própria proteção, como as grades de proteção da cama. O ambiente que rodeia o doente deve transmitir segurança e ser confortável, tentando-se diminuir os estímulos, ter um calendário e um relógio no quarto para ser possível preservar a orientação tempo-espacial, colocar objetos familiares como fotografias de familiares e manter iluminação mesmo durante o período noturno. Em períodos de ilusões ou alucinações não argumentar, tentando tranquiliza-lo e desviar-lhe a atenção. (Gonçalves, 2011 e Gama e Barbosa, 2010)

A **depressão** segundo DSM-IV-TR caracteriza-se pelos critérios de diagnóstico, referidos no quadro 4, que incluem sintomas psicológicos e físicos. Verifica-se uma dificuldade na adaptação à doença e um sofrimento intenso e evidente que interfere no dia a dia de doente com depressão. Por vezes na bibliografia consultada a depressão e a **tristeza**

vêm descritos como o mesmo sintoma, como no estudo de Strömngren et al (2002), apresentando uma prevalência de 31-38%. Em estudos onde são estudados isoladamente a prevalência da depressão foi de 41% (Walsh, Donnelly e Rybicki, 2000).

#### QUADRO 4 – CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO DE DEPRESSÃO DSM-IV-TR

Nas duas últimas semanas devem ter estado presentes cinco das seguintes características, das quais uma das duas primeiras deve estar sempre presentes:

1. Humor deprimido a maior parte do dia e quase todos os dias, indicado por relato subjetivo ou por observação de terceiros;
2. Perda de interesse ou prazer em relação à maior parte das atividades a maior parte do dia e quase todos os dias;

As restantes (até perfazer um total de pelo menos cinco) devem estar entre:

3. Perda ou aumento de peso significativos ou de apetite, quase todos os dias;
4. Insónia ou hipersónia quase todos os dias;
5. Agitação ou lentificação psicomotora, quase todos os dias (observável pelos outros, não meramente subjetivos);
6. Fadiga ou perda de energia, quase todos os dias;
7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada, quase todos os dias;
8. Capacidade de pensar ou de concentração diminuída, ou indecisão e dúvida, quase todos os dias;
9. Pensamentos de morte recorrentes (não apenas medo de morrer), ideação suicida recorrente sem que haja um plano específico, ou tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.

Adaptado de: DSM-IV-TR (2002) Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais Texto Revisto

A avaliação da depressão é importante porque o tratamento tem uma boa resposta em cerca de 80% dos casos. Mas encontram-se algumas dificuldades nesta avaliação por falta de formação específica na área dos profissionais, subjetividade do sintoma e sobreposição de sintomas, como a tristeza por conhecimento do prognóstico e os

sintomas físicos como por exemplo a anorexia, obstipação e perda de peso. (Bernardo, Leal e Barbosa, 2010)

Nos doentes oncológicos em estágio avançado deve-se ter em consideração que os sintomas somáticos da depressão não podem ser elementos de avaliação, uma vez que são inerentes a esta fase. Devido a este fato alguns autores substituíram estes sintomas somáticos por sintomas psicológicos, como foi o caso de Endicott (1984). Outros autores, de modo a evitarem o subdiagnóstico de depressão, utilizam um critério inclusivo, em que integram todos os sintomas, e existem ainda outros autores que utilizam um critério exclusivo em que não integram nenhum sintoma somático. (Bernardo, Leal e Barbosa, 2010)

Da não correta avaliação e tratamento da depressão podem advir diversas consequências como a diminuição da qualidade de vida, agravamento de outros sintomas, sobrecarga emocional e física para a família, redução da adesão ao tratamento e maior tempo de internamento, entre outros.

Bernardo, Leal e Barbosa (2010) mencionam que as medidas não farmacológicas requerem que se estabeleça uma relação de empatia entre os profissionais e o doente, criando-se disponibilidade para uma escuta ativa. Com uma comunicação honesta, em que é fornecida informação atualizada sobre o tratamento e prognóstico (consoante a vontade do doente), corrigem-se preconceitos e ideias erradas e estabelecem-se expectativas e finalidades a curto prazo. É também importante identificar e reforçar experiências difíceis do passado, já superadas, e as formas como foram ultrapassadas para que se possam aplicar a esta situação. Se o doente consentir, os familiares devem ser informados acerca do sintoma e de como podem influenciar positivamente, podendo inclusivamente permanecer um cuidador junto do doente de forma a reduzir o sentimento de isolamento.

Os mesmos autores referem que os fármacos utilizados no tratamento da depressão de um doente em cuidados paliativos são os mesmos do que noutras situações mas os doentes com neoplasia à qual se associa este sintoma respondem em doses mais baixas que os doentes sem outra patologia de base. Os fármacos antidepressivos têm também efeito no controlo da dor nos doentes oncológicos.

A **ansiedade** é distinta da ansiedade fisiológica, necessária para a realização das atividades do dia a dia, por ser uma reação exagerada aos estímulos. Pode ser definida

como um estado desconfortável vivenciado como sentimento difuso de medo e apreensão. Esta ansiedade patológica deve ser reconhecida precocemente para que se possam iniciar as intervenções adequadas. (Guimarães, 2009) No estudo de Walsh, Donnely e Rybicki (2000) a sua prevalência é de 24%.

Na avaliação da ansiedade deve-se fazer uma revisão detalhada das possíveis causas, melhorar ou eliminar as reversíveis, tendo em consideração que esta tem a particularidade de, por si só, se poder tornar um fator agravante do sintoma. (Bernardo, Leal e Barbosa, 2010)

As intervenções visam identificar os problemas que causam a ansiedade, desenvolvendo estratégias e técnicas para os diminuir ou eliminar. Como terapêutica farmacológica normalmente recorre-se às benzodiazepinas mas pode-se também recorrer a neurolépticos, antidepressivos, à hidroxizina ou a opióides (quando a ansiedade está associada à dispneia ou à dor). Os doentes com antecedentes de consumo crónico de benzodiazepinas, álcool ou drogas exigem doses mais elevadas de fármacos para o controlo da ansiedade. (Gonçalves, 2011)

Como intervenções não farmacológicas deve-se: permitir e incentivar o doente a verbalizar os seus problemas, medos e preocupações; oferecer informação, se o doente assim o quiser, sobre a doença e tratamentos, permitindo um maior controlo sobre as situações; induzir atitudes positivas que visem expectativas realistas; incitar o desenvolvimento de estratégias para assumir o controlo das suas reações ansiosas. (Bernardo, Leal e Barbosa, 2010)

### 3.5. INSÓNIA E SONOLÊNCIA DIURNA

As alterações no sono são classificadas pelo DSM-IV-TR em três grupos: dissónias, parassónias e alterações do sono secundárias a doenças médicas ou psiquiátricas. As dissónias envolvem alterações primárias que têm origem nas alterações da qualidade, quantidade ou ritmo de sono noturno ou que estão relacionadas com a sonolência diurna devidas a fatores intrínsecos, como a síndrome de apneia do sono, narcolepsia, hipersónia, entre outros, ou a fatores extrínsecos como por exemplo medicação, condições ambientais ou com fatores do ritmo circadiano como é o caso da mudança do

fuso horário. As parassónias consistem em acontecimentos que ocorrem durante o sono, como os pesadelos ou a enurese.

Em cuidados paliativos as perturbações do sono são comuns, com estudos a mostrar uma prevalência de 49% (Walsh, Donnelly e Rybicki, 2000), sendo as mais frequentes e relevantes a insónia e a sonolência diurna. A prevalência destes dois sintomas varia consoante o estudo, a prevalência apresentada pelo de Teunissen et al (2007) é de 36% para a insónia e de 20% para a sonolência.

A **insónia** é definida como uma sensação subjetiva de “dormir mal” que pode resultar de tempo de sono insuficiente, dificuldade em iniciar ou manter o sono ou por o sono não ter sido reparador. Palma e Salazar (2010) referem que antes de se intervir diretamente neste sintoma deve-se verificar se advém de sintomas associados que necessitem de tratamento como a dor, ansiedade, prurido, entre outros, ou se está relacionada com fatores ambientais, como as interrupções frequentes do sono, os barulhos, a temperatura ambiental ou a ingestão de bebidas estimulantes.

Os mesmos autores referem que a sonolência excessiva é um sintoma muitas vezes desvalorizado, ou não avaliado, pelos profissionais de saúde por estar associado à doença terminal mas que tem de ser abordado como potencialmente tratável e não como inevitável. Nas fases mais avançadas pode não ser fácil distinguir sonolência de alterações da consciência. Nunca se deve presumir o significado deste sintoma, uma vez que alguns doentes se sentem bem com alguma sonolência.

A **sonolência diurna** pode ter múltiplas causas, nomeadamente a insónia, a inversão do ciclo sono-vigília, doenças metabólicas e fármacos como os opióides, antidepressivos e anticonvulsivantes. (Gonçalves, 2011)

A avaliação destes sintomas deve ser feita como a de qualquer outro sintoma. As intervenções devem ter uma abordagem geral, tendo em conta a possível presença de outros sintomas. (Palma e Salazar, 2010)

As intervenções não farmacológicas devem visar manter o doente o mais possível ativo durante o dia, incluindo contatos sociais e se possível exercício físico ligeiro, evitar tempo desnecessário no leito durante o dia e nos doentes acamados providenciar estímulos, físicos e cognitivos, durante o dia. Deve-se igualmente manter um ciclo sono-vigília tão

regular quanto possível, evitar substâncias estimulantes, principalmente próximo da hora de deitar e minimizar as interrupções noturnas do sono. (Gonçalves, 2011)

As intervenções farmacológicas direcionadas à insónia só devem existir após uma correta avaliação da situação clínica e passam pelo recurso a benzodiazepinas e a antidepressivos. Como em todas as medidas farmacológicas deve-se considerar que estes doentes podem ter o metabolismo significativamente alterado e os riscos de acumulação serem maiores. Estes fármacos podem levar a uma sedação diurna excessiva, à lentificação psicomotora, à diminuição da capacidade em realizar tarefas, aumentando o risco de queda e a alterações cognitivas. (Palma e Salazar, 2010)

### 3.6. ASTENIA

A **astenia** ou fadiga caracteriza-se por uma sensação persistente de cansaço e esgotamento, desproporcional à atividade realizada, sem causa aparente, e debilidade generalizada. Diferencia-se da fadiga do dia a dia porque esta é temporária e reverte com o repouso. Contribui para a perda progressiva da capacidade funcional. (Nascimento, 2010)

Este sintoma pode ter várias etiologias, podendo estar relacionada com comorbilidades, alterações bioquímicas e hematológicas ou até com o próprio tratamento. (Gonçalves, 2011)

A sua prevalência é elevada em diversos estudos de investigação. O estudo de Conill et al (1997) demonstra que além de a sua presença ser elevada na primeira avaliação, com 76,7%, aumenta com a progressão da doença sendo de 81,8% na última semana de vida.

As intervenções farmacológicas devem, sempre que possível, ser dirigidas à causa, podendo-se necessitar de corrigir situações de anemia, por exemplo. Numa fase mais avançada da doença a astenia é um sintoma inevitável e até mesmo protetor, pelo que não se justifica o seu tratamento, e deve-se inclusivamente suspender algum que esteja em curso. Quando justificável o tratamento, os fármacos dirigidos ao sintoma são os corticóides, com efeito a curto prazo, o megestrol, que para além deste sintoma melhoram o apetite e o bem-estar geral, o metilfenidato e o modafinil, melhor tolerado do que o anterior por apresentar menores efeitos laterais. (Gonçalves, 2011)

As medidas gerais visam: a investigação da etiologia do sintoma, corrigindo causas não relacionadas com o cancro; informar o doente e a família acerca do sintoma e dos objetivos realista, favorecendo a verbalização de dúvidas e receios; ajudar a estabelecer estratégias para adaptações às atividades de vida diária, como fornecer equipamento necessário à autonomia. (Nascimento, 2010)

A mesma autora reforça que mesmo que não seja possível eliminar na totalidade este sintoma, a sua redução é muito relevante para o doente e este facto deve ser reforçado também pela equipa multidisciplinar. O estabelecimento de objetivos realistas e acessíveis é fundamental para não causar frustração.

### 3.7. PRURIDO

O **prurido** é descrito como uma sensação cutânea desagradável que provoca o desejo de coçar, podendo ser localizado ou generalizado. É uma função fisiológica, protetora, que alerta para uma possível agressão quando agudo, mas que quando crónica se torna numa situação patológica que cria sofrimento e morbidade significativa. (Neto e Carvalho, 2010) Embora não seja muito frequente pode ser muito perturbador para o doente, no estudo de Walsh, Donnely e Rybicki (2000) a sua prevalência é de 9%.

Com base na sua fisiopatologia o prurido foi classificado em quatro categorias, que não são mutuamente exclusivas, por Twycross et al (2003) e Yosipovitch, Greaves e Schmelz (2003). O prurido pruritoceptivo originado na pele e que ocorre normalmente devido a uma inflamação, pele seca ou outros processos patológicos como a urticária, sarna ou reações a picadas de insetos. O neuropático causado por lesões dos nervos centrais ou periféricos, como em tumores cerebrais, neuropatia pós-herpética ou esclerose múltipla. O neurogénico com origem no sistema nervoso central mas sem evidência de patologia neural, como acontece na colestase. E o quarto tipo de prurido é o psicogénico que está associado a fatores psicológicos.

O prurido é um sintoma subjetivo, o que deve ser tido em consideração na avaliação do sintoma, avaliando a perceção do doente, a tolerância e a resposta. O prurido localizado normalmente não resulta de uma doença sistémica. As possíveis causas sistémicas são a insuficiência renal crónica, doenças hepáticas crónicas, doenças endócrinas, deficiência de ferro e fármacos como os opióides (mais frequente se a administração for por via epidural) e resultam em prurido generalizado e de evolução crónica. Pelo que

para a avaliação deste sintoma é necessária a história, exame físico (excluindo lesões cutâneas) e exames complementares de diagnóstico se necessário. (Gonçalves, 2011)

Neto e Carvalho (2010) e Gonçalves (2011) referem como medidas gerais de ação tópica visam corrigir a pele seca, devendo-se hidratar a pele regularmente com agentes hidratantes, manter a temperatura ambiente fresca, reduzindo a transpiração e também porque manter a pele fria reduz o limiar do prurido. Devem-se eliminar os alergénicos cutâneos como perfumes e sabonetes, e no banho evitar água quente e substituir o sabão e o sabonete por compostos de aveia ou semelhantes. Outras medidas não farmacológicas importantes são ensinar que a pele deve secar-se sem esfregar com uma toalha macia ou com um secador de cabelo sem aquecer e a que não deve utilizar roupas ásperas. Alertar para que não é aconselhável coçar mas pode esfregar ligeiramente e as unhas devem estar curtas e limpas.

Os mesmos autores referem que as medidas farmacológicas visam hidratar a pele e ter um efeito antipruriginoso, podem ser tratamentos tópicos ou sistémicos com recurso a corticosteróides, anti-histamínicos ou outros fármacos para situações específicas.

### 3.8. ÚLTIMOS DIAS DE VIDA

Com a progressão da doença ocorre uma deterioração gradual e generalizada do estado do doente devido a alterações clínicas e fisiológicas, proporcionando o surgimento de novos sintomas ou o agravamento dos já existentes, que culmina na agonia. Nos dias que antecedem a morte, diferentes sintomas podem surgir ou ocorrer uma exacerbação dos anteriormente identificados, sendo necessária uma particular atenção nesta fase. (Emanuel, 2008)

O doente em fase agónica é um doente paliativo que, com base na evidência clínica e sintomatologia, se encontra nos últimos dias ou horas de vida. Neto (2010) refere algumas características fisiológicas comuns na fase da agonia das quais se salientam o agravamento progressivo do estado físico, acompanhada de alterações do nível de consciência, que pode atingir o coma, alguma desorientação e dificuldade na comunicação, a redução na ingestão e dificuldade na deglutição resultante da debilidade progressiva, das alterações do estado de consciência e/ou do desinteresse pelos alimentos e a falência de múltiplos órgãos em que o doente está acamado a maior parte do tempo. Gonçalves (2011) acrescenta ainda a astenia profunda e a sonolência.

Nesta fase devido à deterioração progressiva do estado do doente acontecem alterações clínicas e fisiológicas, pelo que podem surgir novos sintomas ou verificar-se um agravamento dos sintomas existentes. Os sintomas presentes quando o momento da morte se aproxima podem perturbar o doente, mas principalmente a família, se não forem explicados e compreendidos e estão muitas vezes diferentes e exacerbados pelo que necessitam de uma atenção particular por parte dos profissionais de saúde. (Emanuel, 2008)

É muitas vezes necessário, na fase agónica, rever os objetivos terapêuticos e redefini-los, sendo muitas vezes necessário simplificar os cuidados, de forma a não sobrecarregar o doente, e adequar as vias de administração dos fármacos. Mas mantêm-se os princípios gerais do controlo de sintomas já referidos. (Twycross e Lichter, 1997)

Num doente na fase da agonia o controlo da **dor** não pode ser descorado. Gonçalves (2011) refere que se a dor estava controlada nesta altura apenas pode ser necessário ajustar os fármacos às condições do doente, nomeadamente a via de administração, e que mesmo em doentes inconscientes não se deve diminuir as doses dos analgésicos, se não houver sinais de toxicidade, uma vez que pode haver perda do controlo da dor. Nesta fase o doente poderá não conseguir expressar-se oralmente, mas apenas pelos **sinais de desconforto** que demonstra e que devem ser valorizados e deve-se manter a administração de doses de resgate nestes casos. (Neto, 2010)

Existem sintomas respiratórios frequentes durante a agonia, nomeadamente a dispneia e a respiração ruidosa. A **dispneia** é dos sintomas com maior dificuldade de controlo, e deve-se ter sempre em consideração que um doente não pode morrer em asfixia pelo que se a situação for refratária aos opióides deve-se optar pela sedação. Nesta fase o doente pode não conseguir referir dispneia mas apresentar **sinais de dificuldade respiratória**, tais como taquipneia, adejo nasal ou tiragem respiratória onde se deve intervir de igual forma. (Neto, 2010)

As intervenções farmacológicas são as mesmas para outras fases da doença, sendo que se recorre aos opióides como primeira opção e pode-se recorrer às benzodiazepinas e ao oxigénio. O recurso a oxigenoterapia não é obrigatório na agonia e não substitui as intervenções farmacológicas. (Neto, 2010) As medidas não farmacológicas são também as já referidas noutra fase da doença, são fundamentais e devem acompanhar as farmacológicas.

A **respiração ruidosa** ou **estertor** é muito comum nos doentes na fase da agonia e produzem normalmente desconforto nos familiares por o associarem à dificuldade respiratória ou à sufocação. É fundamental explicar que o doente não tem consciência desta situação e que os ruídos são produzidos pela passagem do ar, durante a inspiração e a expiração, e pela incapacidade em mobilizar as secreções da orofaringe e traqueia. (Gonçalves, 2011)

Neto (2010) e Gonçalves (2011) reforçam que o doente deve ser corretamente posicionado de forma a não acumular secreções e se as secreções forem muito abundante pode-se recorrer à sua aspiração, tendo sempre em mente que esta técnica pode causar desconforto e que só deve ser utilizada em situações extremas.

Os mesmos autores referem que as intervenções farmacológicas são fundamentalmente o recurso aos anticolinérgicos, tipo escopolamina ou butilescopolamina, que devem ser iniciados numa fase precoce pois não atuam quando as secreções já estão presentes. Quando as secreções estão já presentes Neto (2010) refere que se pode administrar furosemida e proceder-se a uma aspiração suave e posteriormente continuar o tratamento farmacológico já descrito. Gonçalves (2011) menciona ainda que se pode recorrer a antibioterapia, com a ceftriaxona por via SC, no caso de secreções brônquicas infetadas, uma vez que nestas situações é difícil controlar os sintomas com os fármacos primeiramente mencionados.

O **delirium** é frequente nesta fase, recorrendo-se às intervenções, farmacológicas e não farmacológicas, já referidas para outra fase da doença. (Neto, 2010) Emanuel (2008) salienta a importância de se verificar se estas situações são características de uma situação terminal ou são uma situação reversível em que se deve intervir. Gonçalves (2011) refere ainda que na fase da agonia se houver agitação, e após ser excluída a dor ou a retenção urinária, é geralmente preferível sedar o doente.

A **anorexia** é muito frequente nos últimos dias, mas segundo Gonçalves (2011) “esta não deve ser vista como um sintoma, mas como um fenómeno protetor num organismo que já não tem capacidade para lidar com a ingestão de alimentos”. Esta situação deve ser explicada à família, compreendendo e respeitando os sentimentos destes mas reforçando que forçar o doente a comer só lhe vai dar causar desconforto. A desidratação, como já referido anteriormente, segundo alguns autores como Fainsinger e Bruera (1994) pode ser benéfica e a hidratação artificial pode trazer desconforto por aumento de edemas

periféricos e aumento das secreções das secreções brônquicas induzindo a tosse e estertor.

Emanuel (2008) refere ainda que muitos dos sintomas relacionados com a desidratação como a xerostomia, sede, astenia, náuseas, anorexia, sonolência e confusão são frequentes em doentes em fim de vida, mesmo quando não estão desidratados. Além de que a xerostomia e a sede podem resultar de por exemplo do doente respirar essencialmente pela boca.

Seguidamente iremos abordar as decisões metodológicas tomadas neste estudo, no que se refere à seleção da amostra, ao instrumento e procedimentos de colheita de dados, ao tratamento e à discussão de dados.



## **PARTE II**

### **MATERIAL E MÉTODOS**



## 1. METODOLOGIA

Gauthier (2003) refere que um trabalho de investigação exige uma abordagem refletida onde cada decisão deve ser justificada com vista a produzir conhecimentos mais válidos e o mais úteis possível. Em concordância com o autor iremos descrever todas as etapas que realizamos no decorrer desta investigação.

Nesta parte do trabalho considera-se pertinente apresentar a questão de investigação, os objetivos e o desenho de investigação.

Após se ter efetuado o referencial teórico do tema em estudo, baseado numa revisão bibliográfica constante durante todo o processo de investigação, torna-se pertinente enunciar a questão de investigação, uma vez que qualquer investigação se inicia com uma questão que o investigador desejaria solucionar. (Polit e Hungler, 1995)

Este estudo foi desenvolvido com o intuito de responder à seguinte questão de investigação: “Quais os sintomas e as intervenções realizadas pelos profissionais de saúde com o intuito de os controlar nos doentes internados na UCP-R?”

Os objetivos desta investigação são: caracterizar os doentes internados na UCP-R, identificar os seus sintomas e determinar as intervenções realizadas com a intenção de os controlar.

Fortin (1999) refere que definir o desenho de investigação implica determinar o meio (local da recolha de dados e que inclui as autorizações necessárias), o tipo de estudo, a seleção dos sujeitos e o tamanho da amostra, o instrumento de colheita de dados e o tratamento dos dados. Iremos descrever todos estes elementos seguidamente.

Optou-se por desenvolver este estudo na UCP-R por esta ser uma Unidade que desenvolve programas de formação regulares, com atividade de investigação e que tem na sua composição profissionais com formação específica em cuidados paliativos. A UCP-R definiu como missão: “proporcionar a prestação de cuidados paliativos com a máxima qualidade, humanismo e eficiência, ao doente e à sua família, em fase avançada da sua doença” o que revela a vontade em evoluir e otimizar conhecimentos e intervenções. Esta opção decorreu também de ser o local onde desempenho funções, o

que facilita o acesso à informação e diminui o tempo e os encargos financeiros envolvidos na deslocação para outro local.

Após se ter feito a revisão da literatura e tomadas as decisões metodológicas foi elaborado um projeto de investigação onde constava toda a informação acerca do estudo que se pretendia desenvolver e foi pedida a autorização ao Conselho de Administração do IPO para a sua realização.

Considera-se que para a investigação pretendida a metodologia deve ser a quantitativa e o estudo que mais se adequa é: observacional, porque o investigador se limita a observar sem ter uma intervenção direta; descritivo, pois consiste numa recolha sistemática de dados, de forma a descrever o problema com o maior nível de detalhe possível; longitudinal, dado que se pretende fazer várias observações repetidas ao longo do tempo; e retrospectivo, pois a informação e os dados já existiam antes do início do estudo. (Oliveira, 2009)

Segundo Fortin (1999) a população corresponde a um conjunto de todos os casos que compartilham certas características comuns, definidas por critérios. A mesma autora refere que é importante definir a população alvo que “é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de seleção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações” e a população acessível que “é constituída pela porção da população alvo que é acessível ao investigador”. Tendo por base estes aspetos considera-se que a população alvo deste estudo é constituída por todos os doentes em cuidados paliativos e a população acessível por todos os doentes internados na UCP-R.

Depois de definida a população, na impossibilidade de estudar toda a população, necessitamos de selecionar uma parte da população na qual seria aplicado o instrumento de colheita de dados. (Carmo e Ferreira, 1998) A amostra constitui uma parte da população que Fortin (1999) define com uma “réplica em miniatura da população alvo”. Optou-se por uma amostra não probabilística (Fortin, 1999), constituída pelos doentes que faleceram durante o ano de 2011 na UCP-R, que cumpram os critérios de inclusão e exclusão. Os dados foram colhidos a partir dos seus processos clínicos.

Os resultados não podem ser generalizados mas podem fornecer informações relevantes que podem ser utilizadas com prudência.

Foram definidos critérios na definição da amostra, nomeadamente:

– Critérios de inclusão:

- Doentes do foro oncológico internados na UCP-R;
- Internamento igual ou superior a onze dias.

– Critério de exclusão:

- Doentes que tenham sido internados no UCP-R por falta de vagas no IPO mas que não pertenciam a esta Unidade.

Foram incluídos apenas doentes oncológicos pois, como já foi referido no enquadramento teórico, verificam-se diferenças entre as patologias do foro oncológico e as do foro não oncológico, nomeadamente na evolução e na trajetória da fase final da doença assim como na prevalência de sintomas (OMS, 2004 e Solano, Gomes e Higginson, 2006). O internamento de pelo menos 11 dias resulta da decisão de aplicar o instrumento de colheita de dados em quatro momentos distintos ao longo do tempo de internamento (descritos mais à frente).

Tendo por base uma revisão bibliográfica elaborou-se um instrumento de colheita (anexo B) quantitativo que está subdividido em duas partes. A primeira parte consiste na recolha de dados gerais do doente, nomeadamente data de internamento, do óbito e de nascimento, sexo, proveniência, motivo de internamento, diagnóstico primário, metastização, comorbilidades, grau do Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) Performance Status e nível de consciência. A segunda parte do instrumento é composta por uma tabela em que serão colocados os sintomas do doente, o local onde foram registados (folha de avaliação (FA), diário clínico (DC), folha de seguimento (FS) e/ou folha de registos de enfermagem (RE)), a forma de avaliação do sintoma (presente e/ou intensidade) e quais as intervenções farmacológicas (medicação de resgate), e/ou recurso à oxigenoterapia, e/ou não farmacológicas adotadas para o controlo dos sintomas.

A segunda parte do instrumento foi aplicada em quatro momentos do internamento: no dia do internamento, sete dias após o mesmo, quarenta e oito horas antes do óbito e no dia do mesmo. Os quatro momentos definidos devem-se à opção de avaliar o

aparecimento de sintomas ao longo do internamento. O momento de admissão justifica-se por ser quando se faz a avaliação dos sintomas antes da intervenção dos profissionais da unidade e o segundo momento, uma semana após o primeiro, porque permitiria avaliar o nível do seu controlo pelas intervenções levadas a cabo. Optou-se por realizar a segunda avaliação sete dias após a admissão, uma vez que na literatura consultada (Strömngren et al, 2004) esta é uma altura importante para se verificar o controlo dos sintomas e também porque após este tempo nesta Unidade os sintomas são revistos pelos médicos, podendo igualmente obter-se dados nos registos de enfermagem que os confirmem ou completem, o que validaria a informação obtida. A avaliação antes do óbito pretendia verificar a informação que advém de alguns artigos referirem que os sintomas existente se podem intensificar ou surgirem novos sintomas com o aproximar da morte, nomeadamente quarenta e oito horas antes. (Conill et al, 1997) A avaliação no dia do óbito pretende avaliar a forma como o doente faleceu e a existência de novos sintomas, bem como a verificação do controlo dos anteriores.

É possível avaliar a progressão da doença e de que forma esta está a afetar as atividades de vida diárias dos doentes através da ECOG Performance Status (quadro 5)

**QUADRO 5 – ECOG PERFORMANCE STATUS**

<b>Grau</b>	<b>Descrição</b>
0	Completamente ativo, capaz de realizar todas as tarefas como antes da doença, sem restrições.
1	Limitado em atividades físicas intensas mas em ambulatório e capaz de realizar trabalhos de natureza leve ou sedentária. Por exemplo: trabalhos domésticos leves, trabalho de escritório.
2	Ambulatório e capaz de auto-cuidar-se mas incapaz de realizar qualquer trabalho. Ativo mais de 50% das horas em que está acordado.
3	Apenas capaz de auto-cuidar-se limitadamente, confinado ao leito ou cadeira mais de 50% das horas em que está acordado.
4	Completamente incapacitado. Não consegue auto-cuidar-se. Totalmente confinado à cama ou à cadeira.
5	Morto

Adaptado de: Oken et al (1982) Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group.

A avaliação da consciência é feita através da Escala de Consciência para Cuidados Paliativos (quadro 6) validada por um estudo de Gonçalves, et al (2008) e que foi desenvolvido especificamente para a população em cuidados paliativos.

**QUADRO 6 – ESCALA DE CONSCIÊNCIA PARA CUIDADOS PALIATIVOS**

<b>Nível</b>	<b>Descrição</b>
1	Acordado/a
2	Acorda quando chamado/a pelo seu nome e permanece acordado durante a conversação.
3	Acorda quando chamado/a pelo seu nome mas adormece durante a conversação.
4	Reage com movimentos ou abrindo brevemente os olhos, mas sem contato visual, quando chamado/a pelo seu nome.
5	Reage a beliscão no trapézio.
6	Não reage

Adaptado de: Gonçalves, F. et al (2008) *Validation of a Consciousness Level Scale for Palliative Care*.

Para a aplicação desta escala na avaliação do estado de consciência são referidos procedimentos relativamente à estimulação nomeadamente: se “está acordado/a espontaneamente, calmo ou agitado, sem necessidade de qualquer estímulo externo” é classificado como nível 1; se “não está acordado/a espontaneamente. É chamado/a pelo nome em voz alta e é classificado segundo a sua reação” nos níveis 2, 3 e 4; se “não está acordado/a espontaneamente e não reage à voz deve pinçar-se firmemente o músculo trapézio entre o polegar e o indicador e classifica-se de acordo com a reação observada” nos níveis 5 e 6.

A avaliação da ECOG e da escala de consciência é habitualmente feita aquando da admissão do doente e depois semanalmente ou quando ocorre uma alteração do estado clínico do doente.

Como já referido anteriormente a recolha de dados foi realizada através dos processos clínicos dos doentes mas mais especificamente em quatro locais de registo, pois verifica-se que existem vários momentos em que são avaliados os sintomas na Unidade, nomeadamente pelos médicos aquando do internamento na FA (anexo C) e no DC, pelos enfermeiros nos diversos registos que efetuam em folhas próprias (RE) e por ambos na FS (anexo D) em que se registam diariamente os sintomas. Utiliza-se na avaliação uma escala numérica entre zero e quatro (sendo zero a ausência do sintoma e quatro a máxima intensidade imaginável) ou se o doente não conseguir quantificar o sintoma a classificação será efetuada com recurso a X quando presente e a 0 se ausente.

A FS é preenchida aquando da admissão, no início do turno da manhã e sempre que necessário, uma vez que os sintomas podem ser acrescentados a qualquer altura do dia.

É usual também ser registada nesta folha a medicação administrada como resposta a sintomas, e para isto coloca-se a hora, a avaliação do sintoma e um círculo a vermelho para indicar que foi administrada medicação de resgate com o intuito de controlar o sintoma. Por este método é mais facilmente identificável o número de tomas de medicação de resgate necessárias e consequentemente se os diversos sintomas estão ou não controlados, otimizando o seu controlo.

O instrumento de recolha de dados foi preenchido apenas pelo investigador.

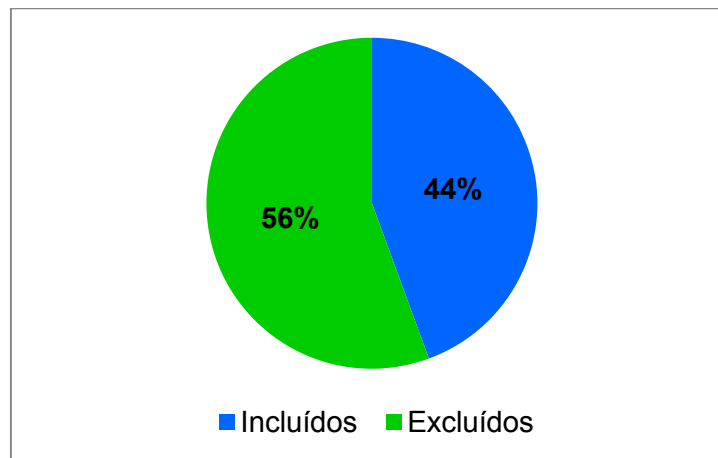
Foram salvaguardadas as questões éticas relacionadas com a consulta dos processos individuais dos doentes, tendo o estudo sido aprovado pela Comissão de Ética da instituição (anexo E). De modo a proteger o anonimato dos participantes e a confidencialidade dos dados ao longo de todo o estudo, foram retiradas todas as informações que de alguma forma pudessem identificar os participantes, como o nome e o número de observação dos doentes. Teve-se também em consideração a autenticidade dos resultados, pelo que se foi fiel aos dados e não houve distorção dos mesmos. Os dados colhidos foram trabalhados apenas pelo investigador pelo que a confidencialidade foi protegida e conservada.

A análise dos dados constitui a fase em que se reúne a informação de forma a facilitar a sua interpretação. (Polit e Hungler, 1995) Recorreu-se à estatística descritiva que permite descrever e sintetizar os dados, com tabelas e gráficos de frequência. Para avaliar a existência ou não de diferença entre variáveis categóricas usou-se o teste do qui-quadrado. O nível de significância considerado foi o  $<0,05$ . Utilizou-se o programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 17.0.

## 2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

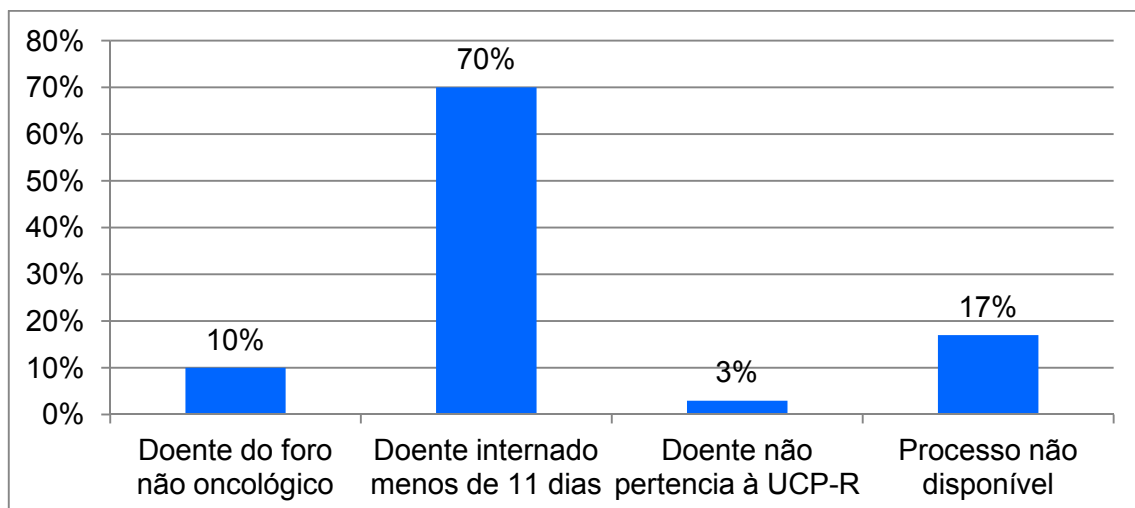
Dos doentes que faleceram em 2011, no total de 196, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, obtivemos 87 doentes (44%), sendo esta a amostra deste estudo (gráfico 1).

**GRÁFICO 1 – AMOSTRA**



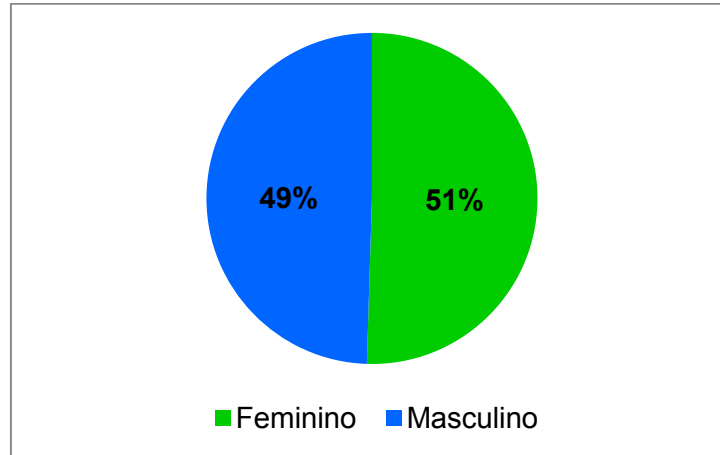
Excluíram-se 109 doentes, dos quais 11 (10%) eram doentes do foro não oncológico, 76 (70%) estiveram internados menos do que 11 dias, 3 (3%) doentes não pertenciam à UCP-R e 19 (17%) processos não puderam ser obtidos pelo que não foi possível a colheita de dados. (gráfico 2)

**GRÁFICO 2 – MOTIVO DA EXCLUSÃO**



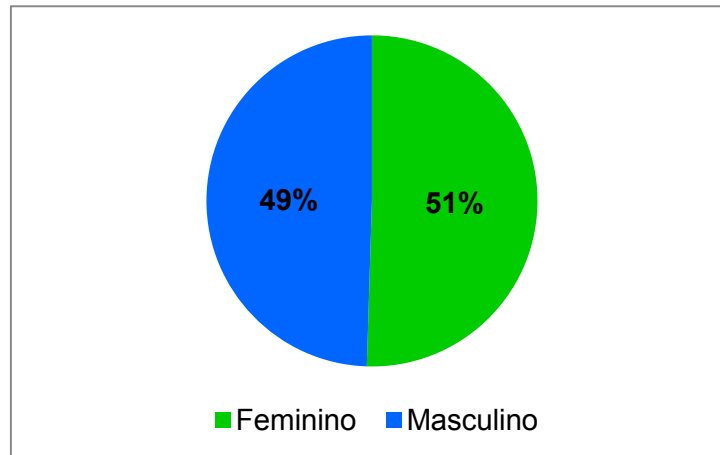
Os doentes foram na sua maioria (78%) provenientes de Hospitais sendo que apenas 22% doentes vieram do domicílio (gráfico 3).

**GRÁFICO 3 – PROVENIÊNCIA DOS DOENTES**



Relativamente ao sexo (gráfico 4) a amostra está dividida em 44 mulheres e 43 homens.

**GRÁFICO 4 – SEXO**



A idade da amostra, como se pode verificar na tabela 1, varia entre o mínimo de 24 anos e um máximo de 93 anos, com uma média de 64, desvio padrão ( $\sigma$ ) de 16,072 e com uma mediana de 62 anos.

**TABELA 1 – IDADE DA AMOSTRA**

Idade da Amostra (anos)	
Média	64 ( $\sigma=16,07$ )
Mediana	62 (24 a 93)

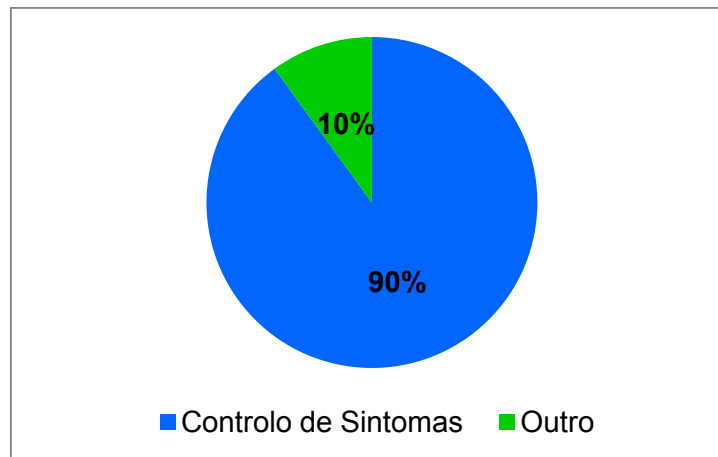
O tempo de internamento (tabela 2) foi um dos critérios de inclusão e o mínimo foram 11 dias, o que se verifica. O tempo máximo de internamento dos doentes da amostra foram 158 dias, com uma média de 37 dias, desvio padrão de 30,0173 e uma mediana de 26 dias.

**TABELA 2 – TEMPO DE INTERNAMENTO**

Tempo de Internamento (dias)	
Média	37 ( $\sigma=30,17$ )
Mediana	26 (11 a 158)

O motivo de internamento dos doentes da amostra foi em 90% (78 casos) o controlo de sintomas, apenas 9 doentes foram internados por outro motivo.

**GRÁFICO 5 – MOTIVO DE INTERNAMENTO**



Optou-se por apresentar os dados acerca do diagnóstico primário no total da amostra na tabela 3 e também subdividi-los pelo sexo do doente no gráfico 6. Para além de facilitar a compreensão dos dados pode-se comparar com os dados do Registo Oncológico Regional do Norte (RORENO) por sexo.

Após uma revisão da literatura optou-se por basear a divisão dos diagnósticos na Classificação Internacional ICD-10, versão de 2010, simplificando as denominações utilizadas.

O diagnóstico mais frequente foram neoplasias do sistema digestivo, presente em 25 casos (29%), seguido das do pulmão com 17 (20%) e do tumor de cabeça e pescoço com

15 casos (17%). O diagnóstico menos frequente, apenas com 1 caso, foi o dos órgãos genitais masculinos.

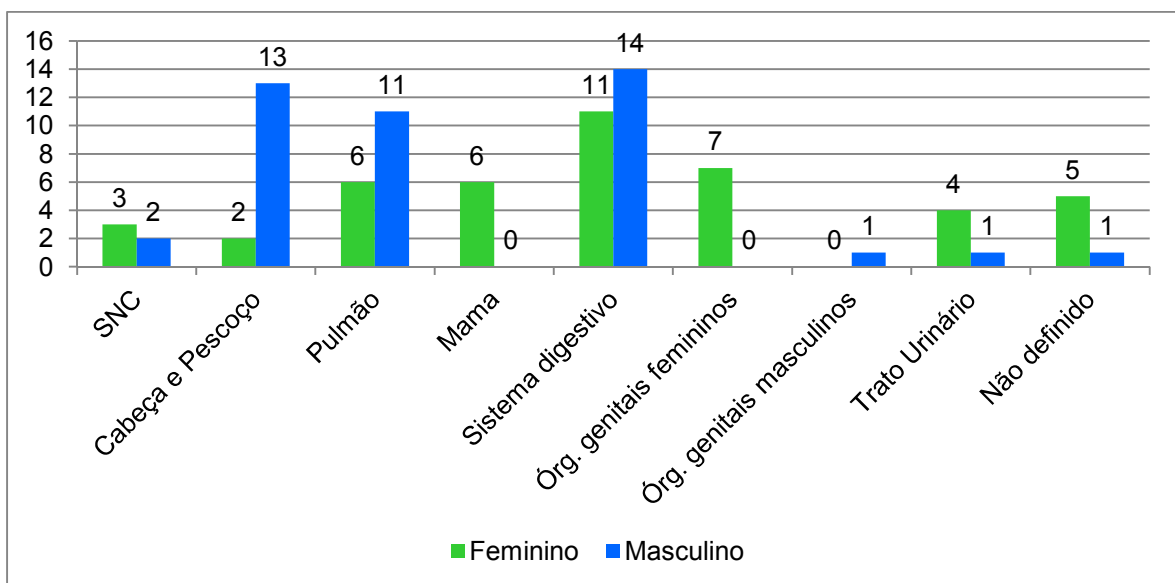
**TABELA 3 – DIAGNÓSTICO PRIMÁRIO**

(N é o número de doentes e % a percentagem dos que têm o diagnóstico)

Diagnóstico Primário	N (%)
Aparelho digestivo	25 (29)
Pulmão	17 (20)
Cabeça e Pescoço	15 (17)
Órgãos genitais femininos	7 (8)
Mama	6 (7)
SNC	5 (6)
Trato Urinário	5 (6)
Órgãos genitais masculinos	1 (1)
Não definido	6 (7)

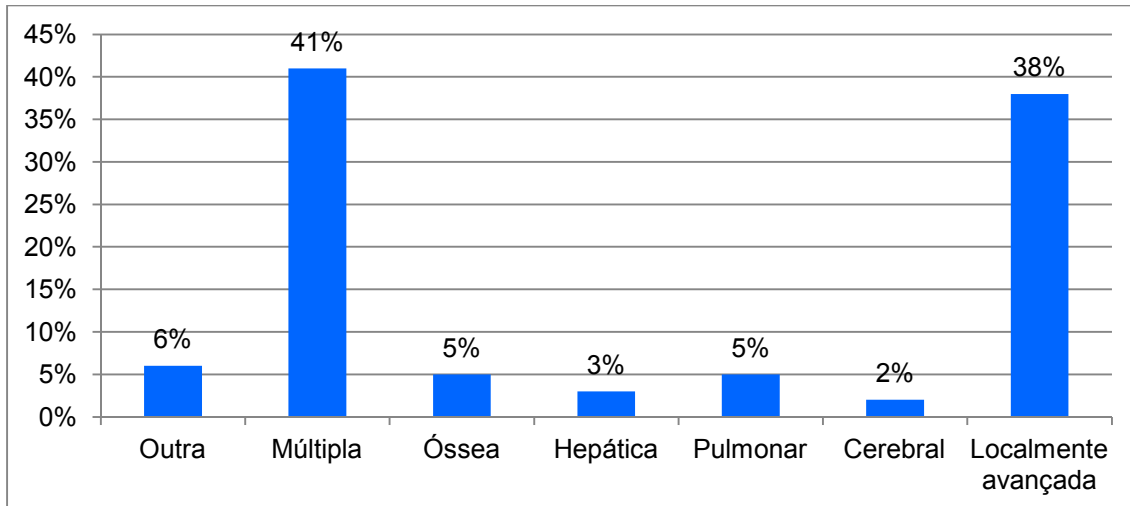
Quando se subdivide o diagnóstico por sexo (gráfico 6) é possível verificar a maior desproporção na frequência do diagnóstico de neoplasia de cabeça e pescoço no sexo masculino relativamente ao sexo feminino, o que é concordante com a literatura. O sexo masculino tem também maior frequência no cancro do pulmão.

**GRÁFICO 6 – DIAGNÓSTICO PRIMÁRIO POR SEXO**



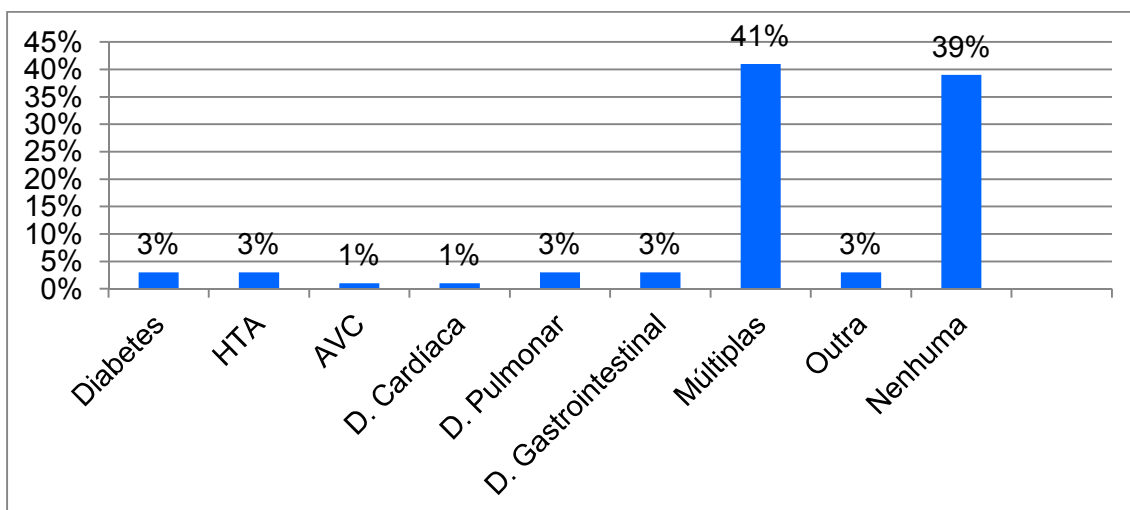
Na análise da metastização da neoplasia primária (gráfico 7) verifica-se que com maior frequência, 41% (36 casos), têm metastização múltipla, mais do que duas das descritas, seguido da metastização localmente avançada com 38% (33 casos).

**GRÁFICO 7 – METASTIZAÇÃO**



Verificou-se que 61% (53) dos casos os doentes da amostra tinham comorbilidades e 39% (34) não tinham nenhuma comorbilidade. Dividindo a amostra pela mediana de idades (62 anos) observou-se que os mais novos tinham comorbilidades com menos frequência do que os mais velhos, 18 e 35 respetivamente ( $p=0,001$ ), como era de esperar. O acidente vascular cerebral (AVC) e a doença cardíaca foram as menos frequentes com apenas 1 caso cada uma e as restantes tiveram 3 casos cada.

**GRÁFICO 8 – COMORBILIDADES**



Na avaliação do grau do ECOG dos doentes (tabela 4) verifica-se que os graus 0 e 2 nunca foram identificados. O grau mais frequente foi o 4 nos quatro momentos e a frequência do “não avaliado” aumenta ao longo dos momentos sendo de 94% no último momento. Nos dois primeiros momentos foram identificados 3 graus (1, 3 e 4), enquanto nos últimos momentos só foi identificado o grau 4. Foram efetuadas 82 avaliações no primeiro momento, 68 no segundo, 19 no terceiro e apenas 5 no último.

**TABELA 4 – ECOG**

Grau ECOG	Primeiro Momento	Segundo Momento	Terceiro Momento	Quarto Momento
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
0	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
1	2 (2)	1 (1)	0 (0)	0 (0)
2	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
3	22 (25)	23 (26)	0 (0)	0 (0)
4	58 (67)	44 (51)	19 (22)	5 (6)
Não avaliado	5 (6)	19 (22)	68 (78)	82 (94)

Pode-se verificar que na avaliação do nível de consciência (tabela 5) no primeiro momento o número de doentes com nível de consciência 1 é muito superior aos outros níveis (78%). Em nenhum momento foi referido o nível 6 de consciência. Em 7 momentos os doentes apresentavam oscilação do nível de consciência.

Assim como no caso do ECOG a “não avaliação” do nível de consciência vai aumentando ao longo dos quatro momentos, sendo que no último momento é de 94%.

**TABELA 5 – NÍVEL DE CONSCIÊNCIA**

Nível de Consciência	Primeiro Momento	Segundo Momento	Terceiro Momento	Quarto Momento
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
1	68 (78)	48 (55)	5 (6)	1 (1)
2	2 (2)	2 (2)	3 (3)	0 (0)
3	6 (7)	9 (10)	5 (6)	0 (0)
4	1 (1)	3 (3)	3 (3)	2 (2)
5	3 (3)	2 (2)	1 (1)	2 (2)
6	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Oscilou entre 1/2	1 (1)	1 (1)	0 (0)	0 (0)
Oscilou entre 3/4	1 (1)	1 (1)	2 (2)	0 (0)
Oscilou entre 5/6	0 (0)	1 (1)	0 (0)	0 (0)
Não avaliado	5 (6)	20 (23)	68 (78)	82 (94)

O número de sintomas decresceu ao longo dos 4 momentos, sendo no primeiro de 401, no segundo de 336, reduzindo para 278 no terceiro momento e no último de 162 sintomas. A avaliação dos sintomas nos 4 momentos está descrita na tabela 6, onde se pode verificar que no primeiro momento os sintomas mais frequentes foram a astenia (69%) e a dor (68%) e o menos frequente as regurgitações com 1,1%. No segundo momento os sintomas mais frequentes foram também a astenia (62%) e a dor (55%), os menos frequentes foram com 1% as regurgitações, o prurido e os sinais de dificuldade respiratória. Os sintomas sonolência e astenia foram os mais frequentes no terceiro momento com a mesma frequência de 47% e o menos frequente foi a halitose com apenas 1 caso (1%). No quarto momento os sinais de desconforto são mais frequentes com 33% e os sintomas halitose, disfagia, náuseas e vômitos foram os menos frequentes (2%).

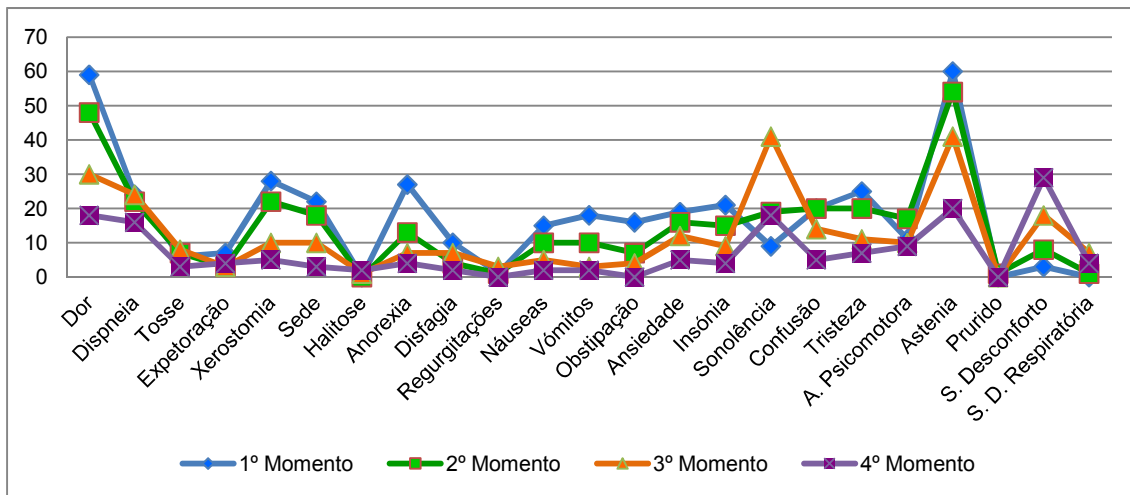
Verifica-se que alguns sintomas têm uma pequena frequência durante os 4 momentos, como o prurido que apenas tem 1 caso no segundo momento, a halitose com 3 registos (1 no terceiro momento e 2 no quarto) e as regurgitações com 4 registos (1 no primeiro momento, outro no segundo e 3 no terceiro momento).

TABELA 6 – SINTOMAS NOS 4 MOMENTOS

Sintomas	Primeiro	Segundo	Terceiro	Quarto
	Momento	Momento	Momento	Momento
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Dor	59 (68)	48 (55)	30 (35)	18 (21)
Dispneia	24 (28)	22 (25)	24 (28)	16 (18)
Tosse	6 (7)	7 (8)	8 (9)	3 (3)
Expetoração	7 (8)	3 (3)	3 (3)	4 (5)
Xerostomia	28 (32)	22 (25)	10 (12)	5 (6)
Sede	22 (25)	18 (21)	10 (12)	3 (3)
Halitose	0(0)	0 (0)	1 (1)	2 (2)
Anorexia	27 (31)	13 (15)	7 (8)	4 (5)
Disfagia	10 (12)	4 (5)	7 (8)	2 (2)
Regurgitações	1 (1)	1 (1)	3 (3)	0 (0)
Náuseas	15 (17)	10 (12)	5 (6)	2 (2)
Vómitos	18 (18)	10(12)	3 (3)	2 (2)
Obstipação	16 (18)	7 (8)	4 (5)	0 (0)
Ansiedade	19 (22)	16 (18)	12 (12)	5 (6)
Insónia	21 (24)	15 (17)	9 (10)	4 (5)
Sonolência	9 (10)	19 (22)	41 (47)	18 (18)
Confusão	20 (23)	20 (23)	14 (16)	5 (6)
Tristeza	25 (29)	20 (23)	11 (13)	7 (8)
Agitação Psicomotora	11 (13)	17 (20)	10 (12)	9 (10)
Astenia	60 (69)	54 (62)	41 (47)	20 (23)
Prurido	0 (0)	1 (1)	0 (0)	0 (0)
Sinais de desconforto	3 (3)	8 (9)	18 (18)	29 (33)
Sinais de dificuldade respiratória	0 (0)	1 (1)	7 (8)	4 (5)

No gráfico 9 pode-se verificar a evolução dos sintomas ao longo dos 4 momentos e a sua variação. Pode-se visualizar que a dor e a astenia são mais frequentes no primeiro momento e vão diminuindo nos restantes momentos, enquanto os sinais de desconforto são mais frequentes no quarto momento. A sonolência é mais frequente no terceiro momento.

**GRÁFICO 9 – SINTOMAS NOS 4 MOMENTOS**



Na tabela 7 é possível observar a informação recolhida relativamente ao local onde os sintomas estavam registados). Pode-se verificar que em todos os momentos os sintomas estão, por vezes, registados em mais do que um local como se pode verificar. Os dados da FA, como folha de avaliação inicial, existem apenas no primeiro momento. Daqui resulta que no primeiro momento os dados se encontram mais frequentemente na FA. Nos últimos três momentos estão em maior número nos RE e em segundo lugar na FS.

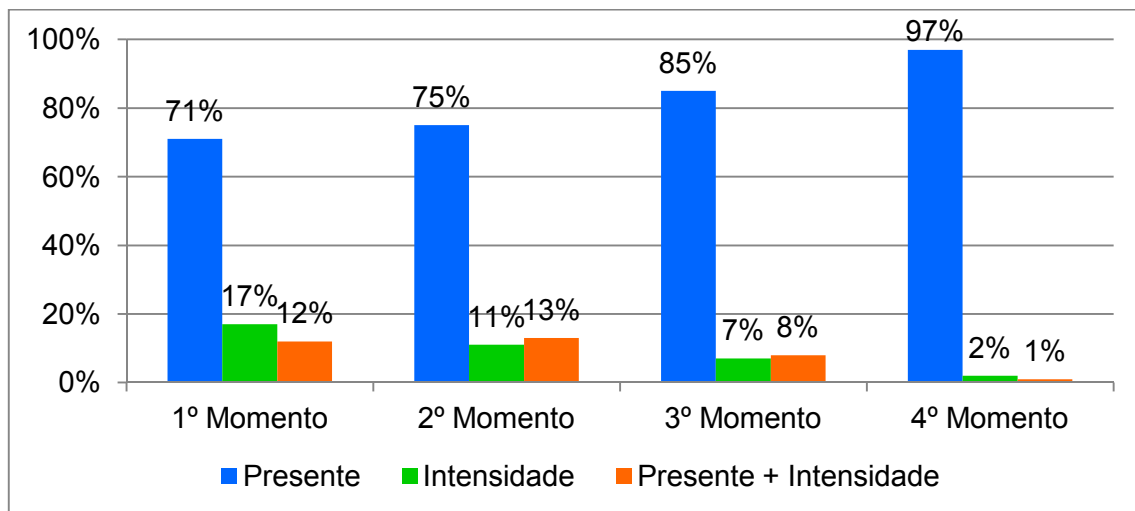
**TABELA 7 – LOCAL DA INFORMAÇÃO**

(S é o número de sintomas registado e % a percentagem de sintomas por local de informação)

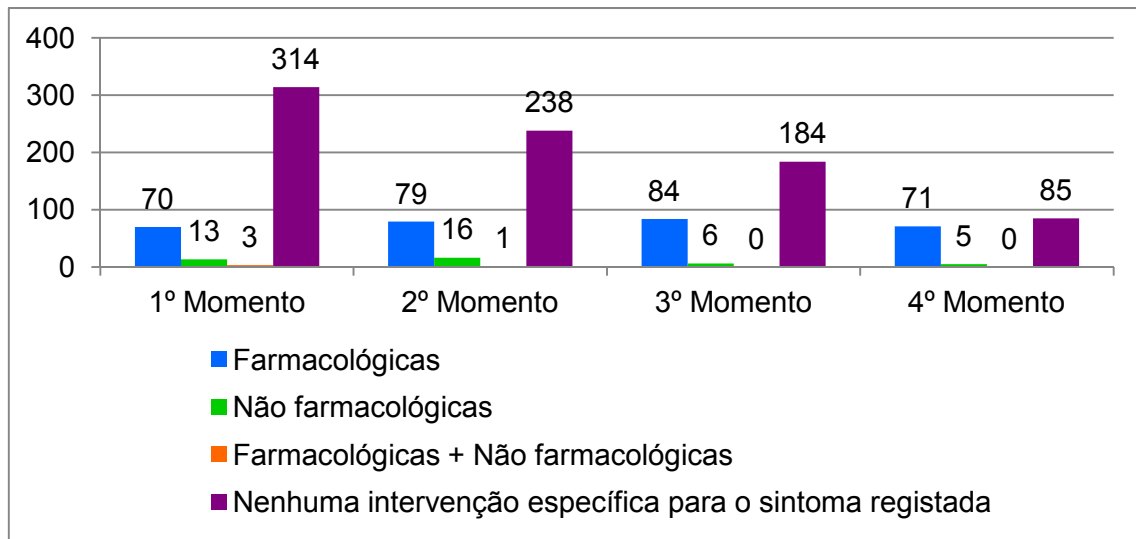
Local da Informação	Primeiro Momento	Segundo Momento	Terceiro Momento	Quarto Momento
	S (%)	S (%)	S (%)	S (%)
FA	74 (19)	---	---	---
FS	13 (3)	58 (17)	41 (15)	27 (17)
DC	1 (0)	25 (7)	12 (4)	10 (6)
RE	92 (23)	142 (42)	155 (56)	103 (64)
FA + FS	120 (30)	---	---	---
FA + RE	29 (7)	---	---	---
FA + FS + RE	67 (17)	---	---	---
FA + DC+ RE	2 (1)	---	---	---
FS + DC	1(0)	35 (10)	10 (4)	2 (1)
FS + RE	2 (1)	25 (7)	27 (10)	11 (7)
FS + DC + RE	0 (0)	25 (7)	16 (6)	2 (1)
DC + RE	0 (0)	26 (8)	17 (6)	7(4)

Na análise da forma de registo (gráfico 10) pode-se verificar que nos quatro momentos os sintomas são registados em maior número como “presentes”, isto é, sem serem quantificados. Em algumas situações estão em mais do que um local com formas de registo diferentes, nomeadamente em 12% dos casos no primeiro momento, 13% no segundo momento, 8% das situações no terceiro momento e no quarto momento apenas em 1%. O registo por intensidade também vai diminuindo ao longo dos quatro momentos, começando no primeiro com uma frequência de 17% e no quarto momento em 2% dos casos.

**GRÁFICO 10 – FORMA DE REGISTO**



Foi recolhida informação acerca das intervenções descritas dirigidas a cada sintoma. No gráfico 11 pode-se verificar que nos quatro momentos o número de sintomas para os quais não foi descrita nenhuma intervenção específica é elevado. O número de intervenções farmacológicas é superior ao das intervenções não farmacológicas. No primeiro momento há registo de 3 sintomas onde houve intervenções farmacológicas e não farmacológicas e no segundo momento há 1 caso em que esta situação também ocorre.

**GRÁFICO 11 – INTERVENÇÕES**

A medicação de resgate administrada para o controlo dos sintomas pode ser visualizada na tabela 8. Verifica-se que a morfina foi o fármaco mais utilizado nos quatro momentos. O lorazepam não foi utilizado no quarto momento, mas no primeiro e no terceiro foi o segundo fármaco mais utilizado. A metoclopramida é o segundo fármaco mais utilizado no segundo e no quarto momento e o terceiro mais frequente nos restantes dois momentos.

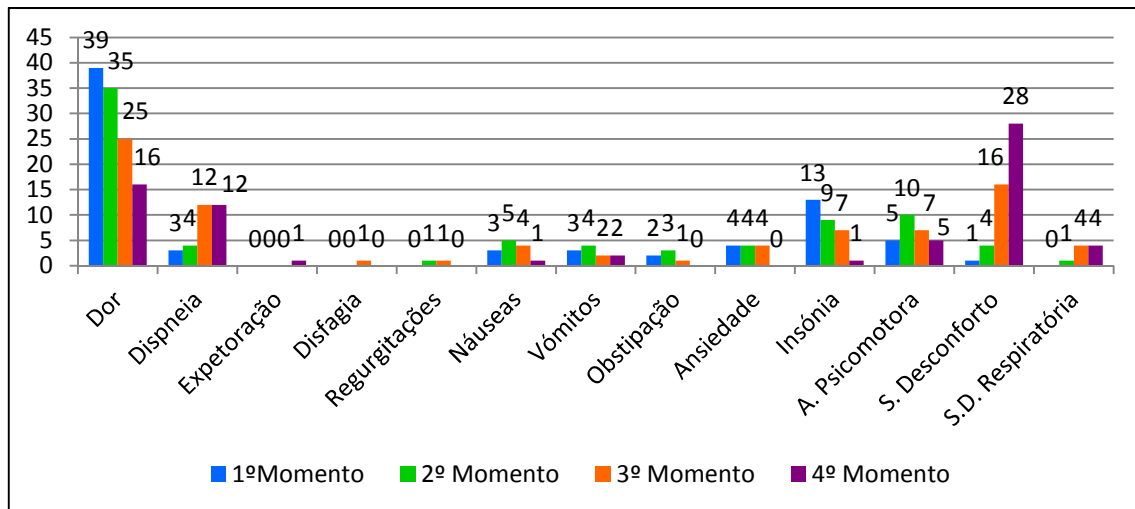
**TABELA 8 – INTERVENÇÕES FARMACOLÓGICAS (MEDICAÇÃO DE RESGATE)**

(A é o número de administrações e % a percentagem de administrações de cada fármaco)

Intervenções Farmacológicas	Primeiro Momento	Segundo Momento	Terceiro Momento	Quarto Momento
	A (%)	A (%)	A (%)	A (%)
Morfina	41 ( 56)	41 (51)	57 (68)	59 (84)
Paracetamol	1 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Tramadol	1 (1)	2 (3)	0 (0)	0 (0)
Morfina + Midazolam	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (1)
Hidrocortisona	0 (0)	1 (1)	0 (0)	0 (0)
Metoclopramida	6 (8)	10 (13)	7 (8)	3 (4)
Lorazepam	14 (19)	9 (11)	10 (12)	0 (0)
Trazodona	2 (3)	3 (4)	1 (1)	1 (1)
Clorpromazina	1 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Midazolam	3 (4)	3 (4)	3 (4)	3 (4)
Midazolam + Haloperidol	1 (1)	8 (10)	4 (5)	2 (3)
Lorazepam + Midazolam + Haloperidol	1 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Nebulização com Soro Fisiológico	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (1)
Espessante alimentar	0 (0)	0 (0)	1 (1)	0 (0)
Citrato de Sódio e Laurilsulfoacetato de Sódio	2 (3)	3 (4)	1 (1)	0 (0)

No gráfico 12 está representado o recurso a fármacos por sintoma e verifica-se que a dor nos três primeiros momentos foi o sintoma para o qual foi administrada mais medicação de resgate enquanto no quarto momento foram os sinais de desconforto. É possível observar que a administração de fármacos para a dor diminui ao longo dos 4 momentos à medida que a administração para os sinais de desconforto aumenta. A administração de fármacos para a dispneia é maior no terceiro e quarto momento do que nos mesmos momentos para os sinais de dificuldade respiratória.

**GRÁFICO 12 – INTERVENÇÕES FARMACOLÓGICAS POR SINTOMA**



A via mais frequente é a SC (tabela 9) nos quatro momentos, mas a sua frequência vai aumentando sendo que no quarto momento é de 87%. A via oral tem uma frequência de 36% no primeiro momento e vai diminuindo nos momentos seguintes, até que no quarto momento é de 4%. Em três sintomas verificou-se a necessidade de recorrer a duas vias, sendo que no primeiro momento se recorreu à via oral e intramuscular (IM) e no segundo e quarto momento houve necessidade de se utilizar a via IM e via SC para o controlo de um sintoma. Recorreu-se à via retal 6 vezes e há inalatória apenas em uma situação no quarto momento. A via EV foi utilizada em 7 casos.

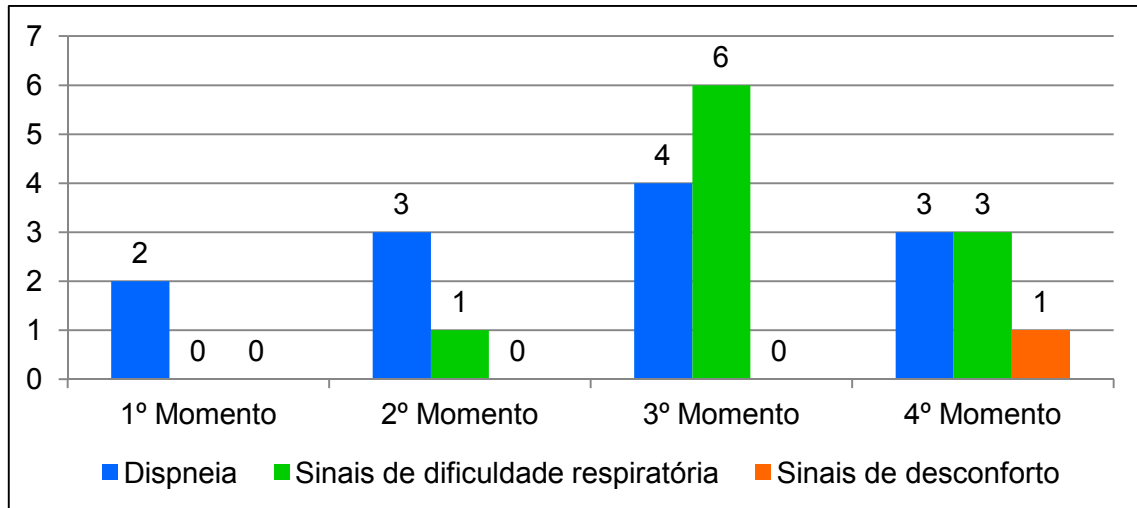
**TABELA 9 – VIA DE ADMINISTRAÇÃO DOS FÁRMACOS**

(V é o número de administrações e % a percentagem por via de administração)

Via de Administração	Primeiro Momento	Segundo Momento	Terceiro Momento	Quarto Momento
	V (%)	V (%)	V (%)	V (%)
Via Oral	26 (36)	17 (21)	14 (17)	3 (4)
Via Retal	2 (3)	3 (4)	1 (1)	0 (0)
Via Inalatória	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (1)
Via SC	43 (59)	50 (63)	63 (75)	61 (87)
Via IM	1 (1)	7 (9)	4 (5)	1 (1)
Via EV	0 (0)	2 (3)	2 (2)	3 (4)
Via Oral + Via IM	1 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Via IM + Via SC	0 (0)	1 (1)	0 (0)	1 (1)

Verificou-se o recurso à oxigenoterapia nos quatro momentos (gráfico 13) como intervenção no caso da dispneia e de sinais de dificuldade respiratória e também em uma situação nos sinais de desconforto. Recorreu-se mais a esta intervenção no terceiro e no quarto momento.

**GRÁFICO 13 – OXIGENOTERAPIA E OS SINTOMAS**



Como intervenções não farmacológicas (tabela 10) identificaram-se quatro intervenções, nomeadamente a prestação de apoio emocional, providenciar líquidos frescos, humedecer a mucosa oral e a prestação de cuidados orais. A prestação de apoio emocional foi a intervenção mais frequente nos quatro momentos, mas no segundo momento teve a mesma frequência do que a providenciar líquidos frescos. Foram descritas mais intervenções não farmacológicas no primeiro e no segundo momento.

**TABELA 10 – INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS**

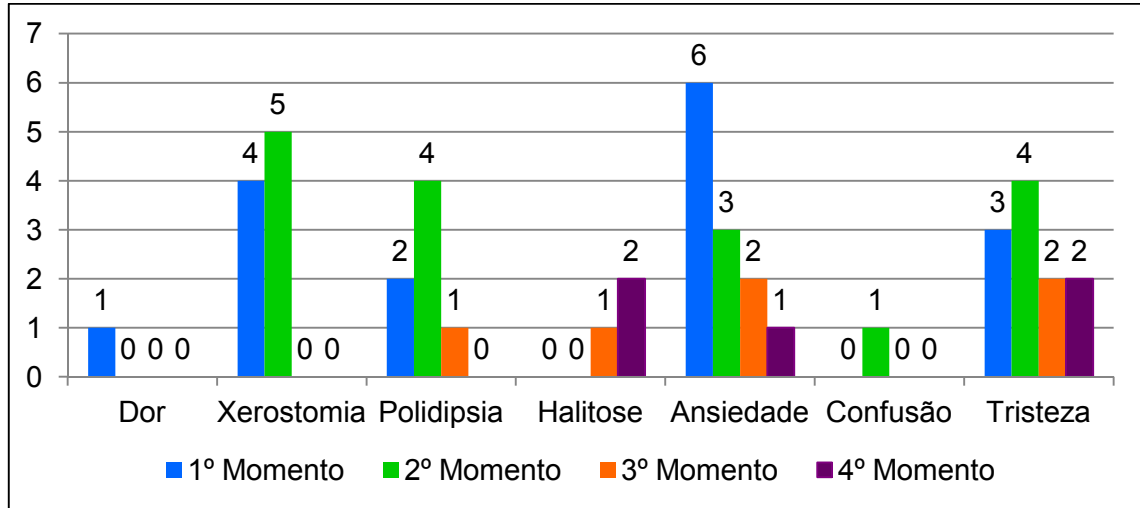
(I é o número de intervenções não farmacológicas e % a percentagem das registadas)

Intervenções Não Farmacológicas	Primeiro Momento	Segundo Momento	Terceiro Momento	Quarto Momento
	I (%)	I (%)	I (%)	I (%)
Apoio Emocional	10 (63)	8 (47)	4 (67)	3 (60)
Providenciar Líquidos frescos	6 (38)	8 (47)	1(17)	0 (0)
Humedecer a mucosa oral	0 (0)	1 (6)	0 (0)	0 (0)
Cuidados Oraís	0 (0)	0 (0)	1 (17)	2(40)

O gráfico 14 mostra as intervenções não farmacológicas realizadas por sintoma. No primeiro momento as intervenções visaram em maior número a ansiedade, no segundo a

xerostomia, no terceiro a ansiedade e a tristeza e no quarto momento a halitose e a tristeza.

**GRÁFICO 14 – INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS POR SINTOMA**





### 3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A amostra desta investigação é constituída por 87 doentes que faleceram no ano de 2011 na UCP-R. Foram excluídos, dos 196 doentes, 90 doentes que não cumpriam os critérios de inclusão e de exclusão predeterminados e 19 processos não se encontravam disponíveis pelo que não puderam ser incluídos.

O motivo de exclusão em maior número (76) foi o tempo de internamente inferior a 11 dias, o que corresponde a 39% da amostra, seguido de 6% dos doentes com diagnóstico do foro não oncológico (11). Estes dados estão em concordância com os dados publicados pelo Relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) de 2011 que refere que nas unidades de cuidados paliativos os óbitos nos primeiros 10 dias de internamento correspondem a 37,4%, salientando a importância de compreender os fatores que levam a esta realidade. A Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI) refere que em 2010 os diagnósticos mais comuns eram oncológicos com 87% o que é concordante com os dados obtidos e com a revisão da literatura.

Um tempo de internamento curto pode significar que os doentes são referenciados muito tarde. Esta opinião é partilhada no documento de Estratégia para o Desenvolvimento do Programa Nacional de Cuidados Paliativos (EDPNCP) 2011-2013 que realça a importância de intervir de forma a alterar esta situação, não limitando os cuidados paliativos à fase final das doenças, mas intervindo mais precocemente. O relatório da RNCCI (2011) refere também que se preconiza uma referência precoce e que este facto pode levar a um aumento do tempo de internamento. Este aspeto pode ser colmatado com formação dos profissionais que referenciam os doentes e com o estabelecimento de uma relação mais próxima destes com as unidades de cuidados paliativos. De facto, o aspeto relevante não é o pouco tempo de internamento dos doentes por morte, mas o poderem não ter tido anteriormente apoio de cuidados paliativos, quer a nível do internamento no hospital de origem, quer a nível de consulta externa ou de cuidados domiciliários. No entanto, transferir de outros hospitais doentes obviamente agónicos, que acabam por morrer dentro de poucas horas, não é uma prática adequada.

Os doentes foram maioritariamente referenciados pelos hospitais, o que está de acordo com os dados do relatório da RNCCI de 2011 e que são semelhantes aos obtidos pela mesma entidade em 2010. Embora seja mais frequente a referência por hospitais do que pelos centros de saúde esta diferença acentua-se na região Norte em que os hospitais referenciam cerca de três vezes mais utentes. Este aspeto pode-se dever a uma maior necessidade de cuidados específicos por parte dos doentes já internados ou pelo desconhecimento dos cuidados de saúde primária da intervenção destas unidades para o controlo de sintomas. Este é um aspeto que beneficiaria de um estudo mais incisivo nesta área para se recorrer às intervenções mais adequadas.

A distribuição por sexo na amostra foi semelhante, apenas com a diferença de mais um elemento feminino. Nos dados do relatório da RNCCI de 2011, que são iguais aos de 2010, pode-se verificar que a frequência do sexo feminino é de 54% e a do sexo masculino de 46% ( $p=0,67$ ), pelo que se considera que os dados da amostra estão em concordância com estes.

A média de idade foi de 64 anos e é inferior à apresentada pela UMCCI que em 2010 foi de 76. Verifica-se que as idades da amostra variam desde adultos jovens (24 anos) até idades muito avançadas (93 anos). Esta informação está de acordo com a EDPNCP 2011-2013 que refere que os cuidados paliativos se destinam a pessoas de qualquer idade que deles necessitem. Há, porém, uma lacuna grave a nível nacional que é a dos cuidados paliativos pediátricos.

O tempo de internamento máximo da amostra foi de cerca de 158 dias, com uma média de cerca de 37 dias. Verifica-se que apesar de uma parte da população ser internada em fase agónica, com 76 doentes (39%) com menos de 11 dias de internamento até à morte, há também alguns que permanecem internados por um grande período. O relatório da RNCCI (2011) refere que a média do tempo de internamento é de 30 dias a nível nacional, e na região Norte é de 22 dias, que é inferior à média da amostra desta investigação. Este tempo prolongado de internamento pode significar uma dificuldade na alta clínica/transferência, o que deve ser estudado de modo a que, se tal se verificar, se possam criar estratégias para solucionar esta situação e a que os doentes internados estejam realmente a necessitar de cuidados especializados.

Maioritariamente os doentes da amostra são internados para controlo sintomático o que reforça a importância de uma correta avaliação e das intervenções para os controlar. O controlo de sintomas não aparece como motivo de referência no relatório da RNCCI

(2011), mas existe a “gestão regime terapêutico” que será, provavelmente, o equivalente a este, no entanto este não foi o motivo mais frequente a nível nacional, apresentando uma frequência de 56%. O motivo mais frequente foi a “dependência nas atividades de vida diárias” com 81%.

O diagnóstico primário mais frequente é o de neoplasia do sistema digestivo com 25 casos (29%), seguido das do pulmão com 17 (20%) e do tumor de cabeça e pescoço com 15 casos (17%). Optou-se por comparar os dados obtidos nesta investigação com os dados disponibilizados pelo Registo Oncológico Regional do Norte (RORENO) de 2007 por ser uma informação recolhida na região norte de Portugal e os doentes internados na UCP-R serem na sua maioria desta região. Verifica-se que a taxa de incidência do cancro da mama na região norte de Portugal é de 52,9/100 000, sendo o tumor mais frequente, o que nesta amostra não se verificou, estando em quinto lugar com uma frequência 7%. Devido à opção de basear a divisão dos diagnósticos na Classificação Internacional ICD-10, todas as neoplasias do sistema digestivo foram agrupadas pelo que o facto de este ser o diagnóstico mais comum na amostra está em concordância com os dados do RORENO (2007). O tumor do pulmão é o segundo mais frequente nesta amostra e é o quarto tumor mais frequentes nesses dados. O diagnóstico de tumor primário da cabeça e pescoço é o terceiro mais frequente na amostra não se podendo comparar com os dados do RORENO porque não se encontram aí classificados desse modo.

Para além dos dados já referidos considerou-se pertinente observar os diagnósticos primários em relação ao sexo e é possível observar diferenças, principalmente no diagnóstico de tumor primário da cabeça e pescoço e no do pulmão. No primeiro verifica-se que há uma diferença estatisticamente significativa ( $p=0,008$ ), em que 13 homens têm este diagnóstico em relação a apenas 2 mulheres. Na neoplasia do pulmão verifica-se também uma predominância masculina com 11 diagnósticos enquanto o sexo feminino tem 6 casos, o que está de acordo com os dados do RORENO (2007) em que o cancro do pulmão está em segundo lugar nos homens enquanto nas mulheres é o sétimo mais frequente. Mas neste diagnóstico a diferença de sexos não é estatisticamente significativa, com  $p=0,25$ .

As comorbilidades, como era de esperar, foram mais frequentes nos doentes mais idosos (maiores de 62 anos, que é a mediana de idades da amostra), diferença que foi estatisticamente significativa ( $p=0,001$ ).

Verifica-se uma diminuição do número de avaliações do grau de ECOG e do nível de consciência, pois em ambos no primeiro momento o número de registos é de 94% e no quarto é de 6%, possivelmente relacionado com a altura em que estas avaliações são usualmente efetuadas (aquando da admissão e quando se inicia uma folha de seguimento). Há um aumento do grau do ECOG e do nível na escala de consciência ao longo dos quatro momentos, significando deterioração da situação de mobilidade e do estado de consciência, o que está de acordo com a bibliografia, pois sendo um estudo em doentes em cuidados paliativos é de esperar que a evolução da doença venha a afetar progressivamente as suas capacidades.

Na avaliação dos sintomas verifica-se que o número total dos sintomas vai diminuindo ao longo dos quatro momentos, de 401 para 162. Este facto pode dever-se ao controlo dos sintomas, porque apesar de o doente na maioria das situações não conseguir manifestar-se ou especificar os sintomas, qualquer desconforto é assinalado como sinal de desconforto e apesar de haver um aumento deste “sintoma” o número total é muito menor.

A astenia foi o sintoma mais frequente nos três primeiros momentos, embora a sonolência no terceiro momento apresente a mesma percentagem. A dor é o segundo mais frequente nos primeiros dois momentos. Esta informação é concordante com os resultados do estudo de Conill et al (1997), que apresenta a astenia como sintoma mais frequente tanto na avaliação de sintomas na primeira consulta do doente como na da última semana de vida (a maioria dos dados foram obtidos nos últimos dois dias), apesar de aparecer em maior percentagem nesse estudo com 77% e 82% respetivamente e neste estudo com 69%, 62% e 47% nos 3 primeiros momentos. No entanto não está de acordo com a maioria da bibliografia consultada porque a dor nessas é o sintoma mais frequente, nomeadamente nos estudos de Strömngren et al (2002), Walsh, Donnelly e Rybicki (2000) e Vainio et al (1996), sendo a astenia que vem em segundo nestes estudos. Apesar de ser o mais frequente nos estudos mais referidos e apresentar uma frequência elevada nos dois primeiros, no estudo de Vainio et al (1996) a frequência da dor é de 57% enquanto no nosso trabalho no primeiro momento é de 68%.

Verificou-se que no terceiro momento o sintoma sonolência tem a mesma frequência que a astenia, sendo com este os mais frequentes deste momento. Este dado vai de encontro à informação obtida no estudo de Seow et al (2011) em que há um aumento da sonolência no último dia de vida.

Os sintomas dor, dispneia, xerostomia, sede, anorexia, regurgitações, náuseas, vômitos, obstipação, ansiedade, insónia, confusão, tristeza e astenia (apesar de ser o mais frequente nos três primeiros momentos) diminuem ao longo dos quatro momentos, o que não se verifica na revisão da bibliografia para a maioria dos sintomas, à exceção da dor e das náuseas que no estudo de Teunissen et al (2007) eram também muito menos frequentes nas últimas duas semanas do que antes. Alguns sintomas como a anorexia e astenia podem decrescer por serem sintomas associados ao agravamento da situação clínica, pois são características descritas na literatura e porque o estado do doente, muitas vezes, não permite avaliá-los. (Neto, 2010 e Gonçalves, 2011) Este facto pode também justificar o aumento da sonolência no terceiro momento que decresce no último, pois é um sintoma frequente na fase agónica mas que no quarto momento pode não ser registado por ser comum e característico. De facto, sendo inerentes ao processo de morrer a sua avaliação na fase agónica é irrelevante e no caso da astenia e da anorexia é mesmo contraindicada. Na fase agónica é necessário continuara a avaliar e a tratar sintomas como a dor, a dispneia ou as náuseas, mas não a astenia ou a anorexia que fazem parte do processo de morrer e são mesmo protetoras.

Os sinais de desconforto vão aumentando a sua frequência ao longo dos quatro momentos, sendo em maior frequência no terceiro momento com 18 e no quarto com 29 casos, sendo o mais frequente deste momento. Este aumento da frequência pode estar relacionado com a incapacidade do doente em comunicar oralmente, o que é descrito por Neto (2010), pelo que se torna a única forma de avaliação.

Quando se analisa o local onde os sintomas estavam registados verifica-se que, por vezes, estão registados em mais do que um local, inclusivamente alguns estão registados em três locais. Este aspeto demonstra que há repetição de registos o que se torna desnecessário. Esta repetição é mais frequente no primeiro momento e vai diminuindo ao longo das avaliações mas está sempre presente. O local mais frequente no segundo, terceiro e quarto momento foi a folha de RE e, como já foi referido anteriormente, os enfermeiros podem acrescentar sintomas na folha de seguimento pelo que seria de esperar que pelo menos estivessem repetidos nestes dois locais, o que não ocorre. A folha de seguimento deve ser a base da avaliação de sintomas, no entanto verifica-se que em nenhum dos 4 momentos é o local mais frequente. Considera-se que poderá ser necessário reforçar as informações acerca da importância do preenchimento desta folha. Para além disto poderia também ser importante incluir na FS os sintomas mais frequentes, mantendo espaço para acrescentar outros, de forma a ajudar a avaliação

sistemática de alguns sintomas. A existência de um só documento em que os sintomas estão agrupados e sistematizados pode ser um elemento facilitador.

Verifica-se uma predominância da forma de registo “presente” nos quatro momentos em detrimento do registo por “intensidade”. Observou-se o recurso às duas formas para o mesmo sintoma em diversas situações e esta repetição de registo dos dados, sem avaliar a sua intensidade, pode-se dever não a incapacidade do doente em classificar o seu sintoma mas a opção do profissional. Formação adequada que reforce a importância do recurso a escalas de avaliação dos sintomas para um melhor controlo dos mesmos pode ser pertinente e ajudar a colmatar este aspeto. O registo por intensidade vai diminuindo ao longo dos quatro momentos, começando com uma frequência de 69 (79%) casos no primeiro momento e decrescendo no quarto momento para 3 casos, o que pode demonstrar as alterações características do agravamento da situação clínica do doente que não lhe permite avaliar os seus sintomas.

Em relação às intervenções registadas observou-se que durante os quatro momentos o número de sintomas para os quais não foi descrita nenhuma intervenção é elevado. O número de intervenções farmacológicas registadas é superior, nos quatro momentos, relativamente às intervenções não farmacológicas. Este aspeto pode estar relacionado com o registo que é feito e não necessariamente com as intervenções realizadas. Este facto é reforçado porque como intervenções não farmacológicas apenas estão referidas quatro e, como referido no enquadramento teórico, existem muitas pelo que possivelmente o que acontece é que não se registam. Deve-se, por isto, incentivar o registo das intervenções porque valoriza o trabalho efetuado. O facto de os enfermeiros poderem não estar a registar as suas intervenções e da importância desta alteração de procedimentos é concordante com o estudo de Silve (2000) e com as indicações da OMS (1999).

Verifica-se que a morfina foi o fármaco de resgate mais utilizado em todas as avaliações, tendo a sua frequência aumentado ao longo dos quatro momentos o que está de acordo com a bibliografia consultada. (OMS, 1996, Azevedo, 2010, Neto, 2010) Estes dados estão de acordo com a frequência da utilização por sintomas em que se verifica que a dor foi o sintoma para o qual mais se utilizaram fármacos nos três primeiros momentos, enquanto no quarto momento foram os sinais de desconforto. O recurso à morfina na dispneia e nos sinais de dificuldade respiratória vai de encontro ao preconizado por Azevedo (2010) e Neto (2010).

O lorazepam não foi utilizado no quarto momento mas no primeiro e no terceiro foi o segundo fármaco mais utilizado o que está em concordância com o recurso a benzodiazepinas como intervenção farmacológica para o controlo da insónia e da ansiedade. (Palma e Salazar, 2010 e Gonçalves, 2011)

A metoclopramida foi o antiemético utilizado e a sua frequência diminuiu para 3 utilizações no quarto momento, o que pode estar relacionado com a diminuição da frequência das náuseas e dos vómitos.

A via mais utilizada nos quatro momentos é a SC o que está de acordo com um estudo de Gonçalves, Alvarenga e Silva (2003) realizado no Serviço de Cuidados Paliativos do IPO, em que os autores referem que esta via foi “extensivamente utilizada”. Esta via de acordo com Neto (2008) traz os benefícios de uma via parentérica sem as possíveis complicações associadas a via IM ou EV, além de que é uma via menos invasiva e com um menor desconforto associado. A mesma autora refere que se deve recorrer a esta via em situações em que estão presentes a incapacidade de deglutição, náuseas e/ou vómitos, redução da absorção gastrintestinal ou quando haja necessidade de um rápido início de ação. O diagnóstico primário pode interferir com a absorção dos fármacos ou com a capacidade em deglutir pelo que o facto de 29% terem cancro do sistema digestivo, 17% de tumor de cabeça e pescoço e 6% do SNC pode ter influenciado a frequência da administração por via SC. Este aspeto também pode ter sido influenciado pelos sintomas, porque por exemplo a dispneia necessita de uma atuação rápida e os opióides por via SC têm um efeito mais rápido do que por via oral. O recurso à via SC chega a 87% no quarto momento, o que está em concordância com a mesma autora que refere que uma das principais indicações é a fase da agonia.

A frequência com que se recorre à via oral vai decrescendo ao longo dos quatro momentos. A OMS (1996) preconiza o recurso preferencial a esta via por ser menos invasiva e dar maior independência aos doentes e à sua família, mas como já referido anteriormente tal não é possível em algumas situações daí a maior frequência da via SC, que vai aumentando paralelamente ao agravamento da situação clínica.

A via IM foi utilizada para o controlo da agitação psicomotora através do protocolo da Unidade (anexo F) em que o primeiro passo consiste na administração de midazolam e haloperidol por esta via. A utilização da via IM e da SC correspondeu ao ter de se recorrer aos passos terapêuticos seguintes do protocolo referido. O recurso à via oral e à via IM ocorreu para o controlo da agitação, em que se recorreu primeiro ao lorazepam,

por via oral, que não surtiu efeito pelo que se iniciou o primeiro passo do protocolo de agitação.

Verificou-se o recurso à oxigenoterapia para a dispneia nos quatro momentos, para os sinais de dificuldade respiratória no segundo, terceiro e quarto momentos e no último momento registou-se também o recurso a esta intervenção para os sinais de desconforto. Recorreu-se mais a esta intervenção no terceiro e no quarto momento. Esta intervenção está referida 2 vezes no primeiro momento para o controlo da dispneia, que tem uma frequência de 24 casos nesse momento. No segundo momento está referida 3 vezes na dispneia e 1 vez nos sinais de dificuldade respiratória, tendo esses sintomas sido identificados 22 e 1 vezes respetivamente. No terceiro momento a dispneia foi identificada 24 vezes e o recurso ao oxigénio ocorreu em 4 situações, os sinais de dificuldade respiratória estiveram presentes em 7 casos e o recurso à oxigenoterapia verificou-se 6 vezes. No último momento há também uma diferença entre o número de vezes que o sintoma foi identificado e o recurso à oxigenoterapia, em que se recorreu 3 vezes para a dispneia e sinais de dificuldade respiratória e 1 vez para os sinais de desconforto e os sintomas apresentam uma frequência de 16, 4 e 29 respetivamente. Devido aos aspetos supracitados considera-se que possivelmente os resultados estão de acordo com as indicações da bibliografia em que não se deve recorrer à oxigenoterapia de forma indiscriminada e que só deve ser utilizada se tiver um efeito benéfico para o doente. (Neto, 2010) Este aspeto é reforçado também pela utilização nos sinais de desconforto, em que não foi utilizado para correção de parâmetros mas com o objetivo de trazer tranquilidade e bem-estar, o que está de acordo com Cranston, Crockett e Currow (2009).

A “prestação de apoio emocional” foi a intervenção não farmacológica mais frequente em todos os momentos, apesar de no segundo momento ter a mesma frequência de “providenciar líquidos frescos”, e apesar de não ter uma frequência muito elevada, na folha de registos de enfermagem tem um local específico para esta intervenção o que poderia ter influenciado, no entanto a diferença para o número das outras intervenções é pequeno. Como já referido anteriormente é importante reforçar as intervenções não farmacológicas, porque são uma parte importante no controlo sintomático e também incentivar o seu registo.

Foram sete os sintomas em que se recorreu a intervenções não farmacológicas, mas para a dor e a confusão apenas se recorreu a uma intervenção. Na ansiedade e na

tristeza as intervenções verificaram-se nos quatro momentos e em maior número, o que está relacionado com a frequência da intervenção “prestação de apoio emocional”.

Este estudo tem as limitações inerentes a qualquer estudo retrospectivo. A principal resulta de os registos nem sempre conterem os dados que o estudo previa colher. De facto, os registos da atividade clínica de rotina não contêm as informações que os estudos requerem. Daí, por exemplo, aparecerem sintomas para os quais não se encontra nenhuma ação específica registada, o que não significa que não tenha sido realizada. Por outro lado, a ação pode mesmo não se ter realizado por motivos justificados, não estando registada a razão por que não o foi. Acresce também que algumas ações e o registo de certos sintomas não são apropriados em certas fases da doença avançada, sobretudo na fase agónica, em que interrogar os doentes sobre sintomas que são inerentes ao processo ou avaliar certos parâmetros pode ser uma sobrecarga para os doentes sem que possam daí retirar qualquer benefício.

Dito isto, o facto de ter sido retrospectivo permitiu ter uma visão mais clara sobre a prática habitual dos registos médicos e de enfermagem, porque um estudo prospetivo teria, pela sua própria natureza, modificado o processo de registo. Assim, os resultados deste estudo podem vir a servir de ponto de partida para uma reavaliação dos métodos de registo dos dados referentes à prática clínica nesta unidade de cuidados paliativos.



#### 4. CONCLUSÃO

Dado que o controlo destes sintomas é fundamental para a qualidade de vida do doente e nas diversas definições de cuidados paliativos ser evidente a preocupação com esta área, considera-se que a identificação, avaliação e tratamento dos sintomas se tornam fundamentais.

Decorrido o estudo proposto com o intuito de se responder à questão de investigação, vai-se apresentar as conclusões que emergiram da análise dos resultados. Tendo por base a questão de investigação: “Quais os sintomas e as intervenções realizadas pelos profissionais de saúde com o intuito de os controlar, nos doentes internados na UCP-R?” Considerou-se que para lhe dar resposta seria importante saber quais os sintomas presentes e quais os mais frequentes, qual o local e a forma de registo dos mesmos e quais as intervenções, farmacológicas e não farmacológicas, realizadas com a intenção de os controlar.

Com base na análise dos resultados desta investigação salientam-se as seguintes conclusões:

- Os sintomas vão-se alterando e a sua frequência total vai diminuindo durante os quatro momentos avaliados (de 401 para 162 no quarto momento).
- Os sintomas mais frequentes no momento da admissão na UCP-R são a astenia (69%) e a dor (68%) e o menos frequente as regurgitações (1%). Sete dias após o internamente os sintomas mais frequentes continuam a ser a astenia (62%) e a dor (55%) e os menos frequentes foram com a mesma percentagem de 1% as regurgitações, o prurido e os sinais de dificuldade respiratória. Quarenta e oito horas antes da morte a astenia mantém-se como sintoma mais frequente com 47%, mas com a mesma frequência encontra-se também a sonolência e o menos frequente foi a halitose (1%). No dia do óbito os sinais de desconforto (33%) foram os mais frequentes e a halitose, disfagia, náuseas e vômitos são os menos frequentes com a mesma frequência de 2%.

- O registo dos sintomas foi no primeiro momento em maior número em dois locais em conjunto, na FA e na FS, e nos restantes nos RE. A repetição de registo em diferentes locais é mais frequente no primeiro momento, com 221 dados em mais do que um sítio, estando 69 sintomas registados em três sítios mas ocorre nos quatro momentos.
- Relativamente à forma de registo verificou-se uma maior frequência em todos os momentos do registo como presente em detrimento da intensidade, e em algumas situações o mesmo sintoma tem as duas formas em locais diferentes.
- As intervenções realizadas nos quatro momentos foram em maior número as farmacológicas, em que se recorreu a medicação de resgate.
- Nas intervenções farmacológicas o fármaco a que mais se recorreu foi a morfina, em todos os momentos, aumentando o recurso a este opióide até os 84% no quarto momento. Nos primeiros 3 momentos o sintoma para o qual se administraram mais fármacos foi a dor e no último momento foram nos sinais de desconforto. A via de administração mais frequente nos 4 momentos foi a via SC e a sua frequência foi aumentando sendo que no quarto momento foi de 87%. A frequência do recurso à via oral foi diminuindo ao longo das avaliações e no quarto momento foi de apenas 4%.
- Observou-se o recurso à oxigenoterapia durante os quatro momentos como intervenção no caso da dispneia, sinais de dificuldade respiratória e também em uma situação nos sinais de desconforto. Recorreu-se mais a esta intervenção no terceiro e no quarto momento.
- As intervenções não farmacológicas registadas foram quatro e a mais frequente em todas as avaliações foi a prestação de apoio emocional. Recorreu-se a esta intervenção nos quatro momentos para os sintomas ansiedade e tristeza. O sintoma em que mais intervenções não farmacológicas foram implementadas foi no primeiro momentos a ansiedade (6), no segundo a xerostomia (5), no terceiro a ansiedade e a tristeza com a mesma frequência (2) e no último momento, também com a mesma frequência (2), a tristeza e a halitose.

Consideramos que os objetivos propostos foram atingidos assim como a questão de investigação foi respondida.

Da análise dos resultados desta investigação pode-se verificar que a área do controlo sintomático constitui parte integrante dos cuidados paliativos e que mesmo numa Unidade de referência há sempre aspetos que podemos e devemos otimizar.

Após uma reflexão acerca dos resultados obtidos, considera-se que as conclusões retiradas deste estudo são pertinentes para a melhoria da prática clínica na medida que conhecendo a realidade da nossa população pode-se intervir de forma personalizada otimizando as intervenções, nomeadamente a nível do registo das mesmas.

As dificuldades sentidas na realização deste estudo foram essencialmente por falta de experiência no campo da Investigação, que foram superadas com orientação de profissionais mais experientes e uma revisão bibliográfica constante.

Durante a realização deste estudo verificou-se a pertinência da realização de estudos para aprofundar algumas áreas de interesse e cujos resultados poderão levar à melhoria da gestão de recursos como o tempo de internamento, em que 39% faleceram antes de completarem os 11 dias e há internamentos que chegam aos 158 dias, com uma média de 37 dias.

A implementação de ações de formação seria uma forma pertinente de melhorar aspetos já avaliados neste trabalho como o registo de sintomas, a forma de registo e a importância de registar as intervenções realizadas, em especial as não farmacológicas.

A investigação é fundamental para fundamentar a prática clínica e este trabalho demonstrou ser uma fonte de reflexão acerca da prática clínica, e pretende despertar os profissionais para a necessidade de todos contribuírem para a melhoria dos cuidados prestados.

Os dados provenientes deste estudo, como já mencionado, não podem ser generalizados mas considera-se que são a base para a realização de outros sobre a mesma temática que sem a “pressão do tempo” que se pretendem realizar. Seria igualmente importante fazerem-se estudos a nível nacional para se ter um panorama alargado da situação e também desta forma seria possível obter uma amostra mais representativa para se poder generalizar e retirar conclusões que levem a alterações marcadas das práticas clínicas.

Ao finalizar este estudo verifica-se que a sua elaboração permitiu um enriquecimento em conhecimentos teórico-práticos tanto acerca da temática como sobre a metodologia científica de um trabalho de Investigação.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abernethy, A. P. et al (2010). *Effect of palliative oxygen versus medical (room) air in relieving breathlessness in patients with refractory dyspnea: a doubleblind randomized controlled trial*. Lancet, 376 (9743), 784–793, doi:10.1016/S0140-6736(10)61115-4.

Ahya, P. et al. (2000). *Desafios da enfermagem em cuidados paliativos: cuidar ética e práticas*. Loures: Lusociências.

APCP- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (2007). *Critérios de Qualidade para Serviços de Cuidados Paliativos*. Consultado em 6 de Dezembro de 2010, de: <http://www.apcp.com.pt>.

Associação Nacional de Cuidados Paliativos (2006) *Organização de Serviços em Cuidados Paliativos: Recomendações da ANCP*.

Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. (2006). Consultado em 3 de Dezembro de 2010, de <http://www.apcp.com.pt>.

Azevedo, P. Dispneia. In Barbosa, A., Neto, I (editores) (2010). *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Azevedo, P. Tosse. In Barbosa, A., Neto, I (editores) (2010). *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Barbosa, A., Neto, I (editores) (2010). *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Bernardo, A. (2003) *O delírio em cuidados paliativos*. Revista Portuguesa Clinica Geral. 19: 46-53

Bernardo, A., Leal, F., Barbosa, A. Ansiedade. In Barbosa, A., Neto, I (editores) (2010). *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Bernardo, A., Leal, F., Barbosa, A. Depressão. In Barbosa, A., Neto, I (editores) (2010). *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Booth, S. et al. (2004) *Expert Working Group of the Scientific Committee of the Association of Palliative Medicine. The use of oxygen in the palliation of breathlessness. A report of the expert working group of the Scientific Committee of the Association of Palliative Medicine*. *Respir Med*, 98 (1): 66 -77.

Booth, S., Moosavi S. H., Higginson I. J. (2008). *Review: The etiology and management of intractable breathlessness in patients with advanced cancer: a systematic review of pharmacological therapy, nature clinical practice of oncology*, 5 (2), 90-100. doi:10.1038/ncponc1034

Bruera E, Higginson I, eds. (1996) *Cachexia-anorexia in cancer patients*. Oxford, England: Oxford University Press; 128-140.

Bruera E. (1997) *ABC of palliative care. Anorexia, cachexia and nutrition*. *BMJ*.. 315(7117): 1219-22.

Bruera, E. et al (2000). *The Frequency and Correlates of Dyspnea in Patients with Advanced Cancer*. *Journal of Pain and Symptom Management*, 19(5), 357-362.

Bruera, E. et al. (2005). *Nebulized Versus Subcutaneous Morphine for Patients with Cancer Dyspnea: A Preliminary Study*. *Journal of Pain and Symptom Management*, 29(6), 613-618.

Bruera, E., Fainsinger, R. L. Clinical management of cachexia and anorexia. In Doyke, D., Hanks, G. W. C., MacDonald, N. (editores) (1997) *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Oxford University Press Inc., New York.

Carvalho L. (2003) *Tratamento sintomático em cuidados paliativos: prurido*. *Ver Port Clin Geral*. 19:55-66

Carvalho, R.T. (2009). Dispneia, tosse e hipersecreção de vias aéreas. In Pinto, A. et al (2009). *Manual de Cuidados Paliativos*. Rio de Janeiro: Academia Nacional de Cuidados Paliativos

Chan A.C. et al (1999). *A comparison study on physical properties of self-expandable esophageal metal stents*. *Gastrointest Endosc*.49, 462-465.

Chiu, Tai-Yuan et al. (2000) *Prevalence and severity of symptoms in terminal cancer patients: a study in Taiwan*. Support Care Cancer, 8(4), 311-313. doi: 10.1007/s005209900112.

Conill, C. et al (1997) *Symptom Prevalence in the Last Week of Life*. Journal of Pain and Symptom Management. 14 (6): 328-331.

Conselho Internacional de Enfermeiros (adotado em 2000) *Tomada de posição: O papel dos enfermeiros na prestação de cuidados aos doentes terminais e suas famílias*.

Cooke, C., Ahmedzai, S., Mayberry, J. (1996) *Review: Xerostomia*. Palliative Medicine. 10(4), 284-92.

Corner J., O'Driscoll M. (1999). *Development of breathlessness assessment guide for use in palliative care*. Palliat Med. 13 (5): 375-384.

Cranston J. M., Crockett A., Currow D. (2009). *Oxygen therapy for dyspnoea in adults*. The Cochrane Collaboration. doi: 10.1002/14651858.CD004769.pub2

*Recomendaciones de la Sociedad Espanola de Cuidados Paliativos (SECPAL)*. Guías y Manuales. Ministerio de sanidade y consumo.

Davidson JR, et al; (2002). *Sleep disturbance in cancer patients*. Soc Sci Med. 54 (9): 1309-1321

Davies, A. N., Broadley, K., Beighton, D. (2001). *Xerostomia in Patients with Advanced Cancer*. Journal of Pain and Symptom Management, 22( 4), 820-825.

Davis CL. (1994). *The therapeutic of dyspnea*. Cancer Surv. 21:85-98.

Davis CL. (1999) *Palliation of Breathlessness*. Cancer Treat Res.. 100: 59-73.

Dennis K., Librach S.L., Chow E. (2011). *Palliative care and oncology: integration leads to better care*. Journal Oncology (Williston Park), 25(13), 1271-1275.

Direção Geral de Saúde (2004). Programa Nacional de Cuidados Paliativos – Circular Normativa de 13.7.

Direção Geral de Saúde (2010). Programa Nacional de Cuidados Paliativos.

Doyle, D.; Hanks, G.; Macdonald, N. (1997). *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. United States: Oxford University Press.

DSM-IV-TR (2002) – *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais Texto Revisto*, 4ª Edição, American Psychiatric Association, Climepsi Editores PC.

Dunphy K, et al (1995). *Rehydration in palliative and terminal care: if not, why not?* Palliat Med; 9:221-228.

Ellershaw, J., Ward, C. (2003) *Review: Care of the dying patient: the last hours or days of life*. British Medical Journal, 326 (4), 30-34.

Emanuel, L. et al. (2008). *The last hours of living practical advice for clinicians*. Medscape.

European Association for Palliative Care (2004) *Making palliative care a priority topic on the european health agenda*.

European Association for Palliative Care. (1 de Dezembro de 2010). Consultado em 3 de Dezembro de 2010, de <http://www.eapcnet.eu>.

European Federation of Older Persons. (n.d.). *Making Palliative Care a priority topic on the European Health agenda and recommendations for the development of Palliative Care in Europe*.

Fainsinger R.L.; Bruera E. (1994). *The management of dehydration in terminally ill patients*. JPalliat Care; 10:55-9.

Fainsinger R.L.; Bruera E. (1997) *When to treat dehydration in the terminally ill patient?* Support Care Cancer. 5(3):205-211

Firmino, F. Papel do enfermeiro na equipe de Cuidados Paliativos. In Pinto, A. et al (2009). *Manual de Cuidados Paliativos*. Rio de Janeiro: Academia Nacional de Cuidados Paliativos

Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

Gagnon, B, Low, G., Scheier, G. (2005) *Methylphenidate hydrochloride improves cognitive function in patients with advanced cancer and hypoactive delirium: a prospective clinical study*, Rev Psychiatr Neurosci, 30(2), 100-107

Gama, G. M., Barbosa. Delirium. In Barbosa, A., Neto, I (editores) (2010). *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Goldberg G. R., Morrison R. S. (2007). *Pain management in hospitalized cancer patients: a systematic review*. Journal of Clinical Oncology, 25(13), 1792-1801.

Gonçalves, J. F. (2009). *A boa-morte: Ética no fim de vida*. Lisboa: Coisas de ler.

Gonçalves, J. F. (2011). *Controlo de Sintomas no Cancro Avançado*. 2ª Edição. Lisboa: Coisas de ler.

Gonçalves, J.F.; Alvarenga, M.; Silva, A. (2003). *The last forty-eight hours of life in a portuguese palliative care unit: does it differ from elsewhere?* Journal of Palliative Medicine. December, 6(6): 895-900. doi:10.1089/109662103322654776.

Gonçalves, F. et al (2008) *Validation of a Consciousness Level Scale for Palliative Care*. Palliat Med. 22: 724-729. DOI: 10.1177/0269216308094104

Gonçalves, M. J., Rosado, J., Custódio, M. P. Anorexia/Caquexia. In Barbosa, A., Neto, I (editores) (2010). *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Greaves, M. (2007). Review Article: *Recent Advances in Pathophysiology and Current Management of Itch*. Annals Academy of Medicine. 36, 788-792.

Greenberg, D.B. (2004). *Barriers to the treatment of depression in cancer patients*. Journal of the National Cancer Institute. 32:127-135.

Grond, S. et al (1994). *Prevalence and pattern of symptoms in patients with cancer pain: a prospective evaluation of 1635 cancer patients referred to pain clinic*. Journal Pain Symptom Manage. 9(6): 372-382.

Guten C. (2001). *Fast Fact and Concept 37: Pruritus*. Consultado a 13 de Fevereiro de 2012, de: [www.eprc-mcw.edu/educate/flash/Fastfact/203.htm](http://www.eprc-mcw.edu/educate/flash/Fastfact/203.htm)

Hatanaka, V. M. A. Obstipação e Diarreia. In Pinto, A. et al (2009). *Manual de Cuidados Paliativos*. Rio de Janeiro: Academia Nacional de Cuidados Paliativos

Jennings, A. L. et al (2010) *Opioids for the palliation of breathlessness in advanced disease and terminal illness*. The Cochrane Collaboration. doi: 10.1002/14651858.CD002066

Kim JE, Esther et al. (2009). *A Review of the Prevalence and Impact of Multiple Symptoms in Oncology Patients*. Journal of Pain and Symptom Management, 37 (4), 715-736.

Kowata, C. H. et al (2009). *Fisiopatologia da caquexia no câncer: uma revisão*. Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR, Umuarama. 13 (3): 267-272.

Kotler DP. (2000) *Cachexia*. Ann Intern Med. 133: 622-634.

Kurtz M.E. et al (1996). *Concordance of cancer patient and caregiver symptom reports*. Cancer Practice, 4(4), 185-90.

Kutner, J. S., Kassner, C. T., Nowels, D. E. (2001) *Symptom Burden at the End of Life: Hospice Providers' Perceptions*. Journal of Pain and Symptom Management, 21( 6), 473-480.

Lau, K. S. et al (2010). *Comparing Noncancer and Cancer Deaths in Hong Kong: A Retrospective Review*. Journal of Pain and Symptom Management, 40(5), 704-714.

Laugsand, E.A. et al. (2009). *Intensity and treatment of symptoms in 3,030 palliative care patients: a cross-sectional survey of the EAPC Research Network*. Journal of Opioid Management, 5(1), 11-21.

Leal, F. Carvalho, L. Disfagia. In Barbosa, A., Neto, I (editores) (2010). *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Leal, F. Carvalho, L. Soluções. In Barbosa, A., Neto, I (editores) (2010). *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Lorenz K.A. et al (2008). *Evidence for improving palliative care at the end of life: a systematic review*. Annals of Internal Medicine, 148(2), 147-59.

MacDonald, N. (2002). *Redefining symptom management*. Journal of Palliative Medicine, 5(2): 301-304

Maciel, M. G. S., Bettega, R. Náuseas e Vômitos. In Pinto, A. et al (2009). *Manual de Cuidados Paliativos*. Rio de Janeiro: Academia Nacional de Cuidados Paliativos

Maluf-Filho, F.; Cheng, S.; Luz, G. H. (2006) *Tratamento endoscópico do câncer epidermoide do esôfago*. Arquivo de Gastroenterologia. 43 (2), 132-137.

Mednews. Nacional Cancer Institute. Pruritus. Available at: [www.imsdd.med.uni-bonn-de/cancernet/500609.html](http://www.imsdd.med.uni-bonn.de/cancernet/500609.html)

Merskey, H.; N. Bogduk (1994). *Classification of Chronic Pain, IASP Task Force on Taxonomy*. Part III: Pain Terms, A Current List with Definitions and Notes on Usage, Second Edition. Seattle. IASP Press. Págs 209-214. Consultado a 10 de Janeiro, de: [http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain\\_Definitions#Pain](http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Definitions#Pain)

Nascimento, H. Astenia. In Barbosa, A., Neto, I (editores) (2010). *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

National Cancer Institute. (2004). *PDQ Cancer Information Summaries: Supportive Care – Depression*. Consultado a 5 de Dezembro de 2012, de: [www.nci.gov/cancertopics/pdq/supportivecare](http://www.nci.gov/cancertopics/pdq/supportivecare).

National Consensus project for quality palliative care. (2004) *Clinical practice guidelines for quality palliative care*. Consultado em 2 de Dezembro de 2011, de: <http://www.nationalconsensusproject.org>

National Institute for clinical excellence (NICE). (2005) *NHS, Improving supportive and palliative care for adults with cancer – the manual*. Consultado em 3 de Dezembro de 2011, de: <http://www.nice.org.uk>.

Neto, I. G. Agonia. In Barbosa, A., Neto, I (editores) (2010). *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Neto, I. G. Modelos de controlo sintomático. In Barbosa, A., Neto, I (editores) (2010). *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Neto, I. G. Princípios e filosofia dos cuidados paliativos. In Barbosa, A., Neto, I (editores) (2010). *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Neto, I. G., Carvalho, L. Prurido. In Barbosa, A., Neto, I (editores) (2010). *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Neto, I.G.; (2008) *Artigo de Revisão: Utilização da via subcutânea na prática clínica*. Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna; 15 (4): 277-283.

O'Leary, N. et al. (2009). *A comparative study of the palliative care needs of heart failure and cancer patients*. European Journal of Heart Failure Advance. 7. doi 10.1093/eurjhf/hfp007

Oken, M.M. et al (1982) *Toxicity And Response Criteria Of The Eastern Cooperative Oncology Group*. Am J Clin Oncol 5: 649-655

Oliveira, A. G. (2009). *Bioestatística, Epidemiologia e Investigação - Teoria e aplicações*. Lidel

Pacheco, A., Matos, L. S., Madureira, M. M. Obstipação. In Barbosa, A., Neto, I (editores) (2010). *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Palma, M. J., Salazar, H. Sono. In Barbosa, A., Neto, I (editores) (2010). *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Payne, R., Gonzales, G. Pathophysiology of pain in cancer and other terminal diseases. In Doyke, D., Hanks, G. W. C., MacDonald, N. (editores) (1997) *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Oxford University Press Inc., New York.

Pereira, J. L. Gestão da dor oncológica. In Barbosa, A., Neto, I (editores) (2010). *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Pinto, A. et al (2009). *Manual de Cuidados Paliativos*. Rio de Janeiro: Academia Nacional de Cuidados Paliativos

Querido, A, Bernardo, A. Náuseas e Vômitos. In Barbosa, A., Neto, I (editores) (2010). *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Querido, A., Guarda, H. Hidratação em fim de vida. In Barbosa, A., Neto, I (editores) (2010). *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Ramirez F.C. et al (1997) *Esophageal self-expandable metallic stents - indications, practice, techniques, and complications: results of a national survey*. *Gastrointest Endosc.* 45, 360-364.

Registo Oncológico Regional do Norte. Consultado a 20 de Julho de 2012, de: <http://www.roreno.com.pt/>

Regnard, C., Hockley, J. (2004). *A guide to symptom relief in palliative care*. 5ª Edição. London: Radcliff Medical Press.

SECPAL-Sociedad Espanola de Cuidados Paliativos. (2002) *Guia de critérios de caldad en cuidados paliativos*, Madrid, SECPAL.

Seow, H. et al (2011) *Trajectory of performance status and symptom scores for patients with cancer during the last six months of life*. *Journal of Clinical Oncology.* 29 (9), 1151-1158.

Simon S.T. et al (2010) *Benzodiazepines for the relief of breathlessness in advanced malignant and non-malignant diseases in adults* (Review). The Cochrane Collaboration. doi: 10.1002/14651858.CD007354.pub2

Singer, Pa., Martin, Dk, Kelmer, M (1999). *Quality end of life care: patients' prespective*. *JAMA.*, 281: 163-168.

Solano, J. P., Gomes, B., Higginson, I. J. (2006). Review Article: *A Comparison of Symptom Prevalence in Far Advanced Cancer, AIDS, Heart Disease, Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Renal Disease*. *Journal of Pain and Symptom Management*, 31(1), 58-69, doi:10.1016/j.jpainsymman.2005.06.007.

Steinhauser, Ke., Christakis, Na., Clipp Ec., et al (2000) *Factors considered importante at the end of life by patiens, family, physicians and other care providers*, *JAMA.*, 284, 2476-2482.

Strömngren et al (2002) *Pain and other symptoms in palliative cancer care: content validation of self-assessment questionnaire against medical records*. *European Journal of Cancer.* 30: 788-794.

Sykes, N. P. Constipation and diarrhea. In Doyke, D., Hanks, G. W. C., MacDonald, N. (editores) (1997) *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Oxford University Press Inc., New York.

Teunissen, S.C. et al (2007). *Symptom prevalence in patients with incurable cancer: a systematic review*. Journal of Pain and Symptom Management. 34 (1): 94-104.

Thomas J.R., von Gunten C.F.,(2003). *Management of dyspnea*, Journal of Supportive Oncology, 1(1), 23-34.

Thuler, F.P.; Forones, N. M.; Ferrari (2006). *Neoplasia avançada de esôfago – diagnóstico ainda muito tardio*. Arquivo de Gastroenterologia. 43 (3), 206-211.

Twycross e Lichter (1997) The terminal phase. In Doyke, D., Hanks, G. W. C., MacDonald, N. (editores) (1997) *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Oxford University Press Inc., New York.

Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores.

Twycross, R. et al (2003). *Itch: scratching more than the surface*. Q J Med. 96, 7-26. Doi:10.1093/qjmed|hcg002

Twycross, R. G. Dysphagia, dyspepsia, hiccup. In Doyke, D., Hanks, G. W. C., MacDonald, N. (editores) (1997) *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Oxford University Press Inc., New York.

Twycross, R., Wilcock, A., Toller, C.A. (2009). *Symptoms Management in Advanced Cancer*. 4ª Edição. Palliativedrugs.com Ltd

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2010) *Estratégia para o Desenvolvimento do Programa Nacional de Cuidados Paliativos 2011-2013*; Rede Nacional de Cuidados Integrados.

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2011) *Relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados 2010*

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2011) *Relatório intercalar de monitorização da atividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados 2011*.

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2012) *Relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados 2011*.

Vainion, A. et al. (1996). *Prevalence of Symptoms among Patients with advanced cancer: An International Collaboration Study*. Journal of Pain and Symptom Management. 12 (1).

Van den Beuken-van Everdingen, M. H. et al. (2007) *Review: Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years*. Annals of Oncology 18(9), 1437–1449, doi:10.1093/annonc/mdm056.

Van den Beuken-van Everdingen, M. H. et al. (2007). *High prevalence of pain in patients with cancer in a large population-based study in The Netherlands*. International Association for the Study of Pain. 132(3), 312-320, doi:10.1016/j.pain.2007.08.022

Vilela, José (2009). *Investigação: o processo de construção do conhecimento*. 1ª Edição. Lisboa: Edições Sílabo.

Von Gunten C. F. (2005). *Interventions to Manage Symptoms at the End of Life*. Journal of Palliative Medicine, 8, sup 1, 88-94.

Walsh D., Donnelly S., Rybicki L. (2000). *The symptoms of advanced cancer: relationship to age, gender, and performance status in 1,000 patients*. Support Care in Cancer, 8(3), 175-179.

Watson, M. et al. *Oxford Handbook of Palliative Care*. 2. ed. Oxford: Oxford University Press, 2009

World Gastroenterology Organization. (2007) WGO Practice Guidelines: *Dysphagia*

World Gastroenterology Organization (2010) WGO Practice Guidelines: *Constipation: a global perspective*.

World Health Organization (1996) *Cancer pain relief*. 2ª edição. Geneva (Switzerland):,

World Health Organization (1999). *Building nursing competency in pain control and palliative care*. 12 (3)

World Health Organization. (2004). *Palliative Care: symptom management and end-of-life care*.

World Health Organization. (2004). *The solid facts: Palliative care*.

World Health Organization. (2006) *Cancer pain relief and palliative care*. Technical report series 840. Geneva

World Health Organization. (2002) *WHO definition of palliative care*. Geneva. Consultado a 4 de Dezembro de 2010 de: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>

Yosipovitch G, Greaves MW, Schmelz M. (2003). *Review: Itch*. *Lancet*. 361, 690-94.

## **ANEXOS**

Anexo A – Autorização para a realização do estudo

Anexo B – Instrumento de recolha de dados

Anexo C – Folha de admissão

Anexo D – Folha de seguimento

Anexo E – Autorização da comissão de ética

Anexo F – Protocolo de controlo da agitação da UCP-R



**ANEXO A**  
**AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO**



## **Autorização de desenvolvimento para tese de mestrado**

De: **Arminda Pinto** (apinto@ipporto.min-saude.pt)

Enviada: quinta-feira, 10 de Maio de 2012 09:03:27

Para: daniela\_a\_sousa@hotmail.com

Bom dia,

Face ao pedido solicitado, no v/ e-mail de 15 de Março de 2012, informamos que se encontra autorizado o desenvolvimento do Projecto de Investigação intitulado "**Sintomas em Cuidados Paliativos: da avaliação ao controlo**", no âmbito da tese de mestrado da aluna **Aurora Daniela Almeida de Sousa**, após parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde e do Director do Serviço de Cuidados Paliativos, Dr. Ferraz Gonçalves.

Melhores cumprimentos,

Prof. Doutor Rui Henrique

*Director da Escola Portuguesa de Oncologia do Porto*



**ANEXO B**  
**INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS**



## INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Instrumento n.º \_\_\_

Data de internamento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Data do óbito: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Data de nascimento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sexo: F  M

Proveniência: Hospital  Domicílio  Não definido

Motivo do internamento: Controlo de sintomas  Outro

ECOG \_\_\_ Nível de Consciência \_\_\_

### Diagnóstico primário:

SNC

Órgãos genitais femininos

Cabeça e Pescoço (lábios, cavidade oral e faringe)

Órgãos genitais masculinos

Trato Urinário

Tiroide e glândulas endócrinas

Não definido

Pulmão

Hematológico

Mama

Outro

Sistema digestivo

### Metastização:

Não metastizado

Hepática

Localmente avançado

Óssea

Cerebral

Múltiplas

Pulmonar

Outra

### Comorbilidades:

Sem comorbilidades

Doença Pulmonar

Diabetes

Múltiplas

Outra

HTA

AVC

Doença Cardíaca







**ANEXO C**  
**FOLHA DE ADMISSÃO**



**Avaliação de sintomas** (última semana)

Com o doente

Sem dificuldade

Difícil  ou impossível  por:

Alterações da consciência  Dificuldade de comunicação

Debilidade  Sintomas não controlados  \_\_\_\_\_

Outro  \_\_\_\_\_

Com um familiar  por:

Razão assinalada em cima  Outra  \_\_\_\_\_

**Problema(s) principal(ais) do doente (referência espontânea):**

**Sintomas gerais**

Astenia – Prurido – Sudação – Anorexia – Emagrecimento – Sede

**Sintomas digestivos**

Xerostomia – Disfagia – Náuseas – Vômitos – Regurgitação - Pirose – Azia – Enfartamento – Obstipação – Diarreia

**Sintomas respiratórios**

Tosse – Expectoração – Dispneia

**Sintomas neuro-psicológicos**

Sonolência – Insónia – Ansiedade – Tristeza – Irritabilidade – Dificuldade de concentração - Paralisia/paresia –

Disestesias – Tonturas – Diplopia

**Diátese hemorrágica**

Hematemeses – Melenas – Hemoptises – Epistaxis – Outras hemorragias

**Outros**

Dor\* - Soluços – Alopecia – Alterações do paladar – Edemas – Aumento do volume abdominal

Sintoma	Intensidade	Comentários

Circunscrever os sintomas positivos, sublinhar os negativos e rasurar os não considerados.

\* Caracterizar em folha própria

### Exame Físico

Altura: cm	Peso: Kg	Temperat: ° C	F. cardíaca: /min	F. respirat: /min
TA: mm Hg	SaO <sub>2</sub> :	ECOG:	MAC:	Consciência:
Auscultação cardíaca:		Auscultação pulmonar:		

Descrição	Sim	Não	Comentários
Palidez			
Cianose			
Icterícia			
Desidratação			
Pele seca			
Pele húmida			
Exantema			
Dentição deficiente			
Boca seca			
Estomatite			
Adenopatias			
Equimoses			
Petéquias			
Feridas*			
Úlceras de pressão*			
Fístula			
Corrimento			
Cheiro			
Ascite			
Edemas			
Hepatomegalia			
Esplenomegalia			
Alterações da consciência			
Desorientação			
Alterações da memória			
Afasia			
Contractura			
Espasticidade			
Paralisias			
Alterações da marcha			
Algália			
Sonda nasogástrica			
Gastrostomia			
Jejunostomia			
Traqueostomia			
Nefrostomia			
Ureterostomia			

**ANEXO D**  
**FOLHA DE SEGUIMENTO**







**ANEXO E**  
**AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA**





**IPOPORTO**  
INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DO PORTO FG, EPE

Exma. Senhora  
**DR.ª MANUELA SEIXAS**  
Coordenadora da Área de Investigação Clínica  
IPOP FG – EPE

Ref. CES. 148.012  
Porto, 14 de Maio de 2012

Assunto: **Pedido de Parecer**

Exma. Dr.ª Manuela Seixas

Cumpre-me informar V Exa., relativamente ao pedido de parecer que foi dirigido a esta Comissão de Ética, sobre o **Protocolo de Investigação "Sintomas em Cuidados Paliativos da Rede (UCP-R)"**, tendo como Investigadora principal a **Enf. Aurora Daniela Almeida Sousa**, foi discutido e avaliado em reunião ordinária da Comissão de Ética a 10 de Maio de 2012.

**É parecer desta CES não existir impedimento de natureza ética ao desenvolvimento do referido estudo.**

Com respeitosos cumprimentos

Enf. José Carlos Pimentel  
Vice-Presidente da CES do IPOFG- EPE

RUA DR. ANTÓNIO BERNARDINO DE ALMEIDA  
4200-072 PORTO - PORTUGAL

T: (+351) 22 508 40 00 E-MAIL: dripo@ipoporto.min-saude.pt  
F: (+351) 22 508 40 01

Capital Social: 39.900.000,00€ Registado na Conservatória do Registo Comercial do Porto com o N.º 57884 - NIPC 506 362 299

MEMBRO

QUALIDADE





**ANEXO F**  
**PROTOCOLO DE CONTROLO DA AGITAÇÃO DA UCP-R**





IPOPFG, E.P.E.

## Título Protocolo de controlo da agitação

Serviço Emissor: UCP-R	Tipo de Documento: Protocolo
Serviços a Que se Destina: UCP-R	
Elaborado Por: Dr. Ferraz Gonçalves	Data Elaboração: 18/09/2007
Revisto Por:	Data Revisão:
Aprovado Por: Dr. Ferraz Gonçalves	Data Aprovação: 18/09/2007
Data Próxima Revisão: 18/09/2010	
Instruções de Arquivo:	

### **Excluir sempre e logo que possível retenção urinária**

#### **A. Doente não puncionado**

Haloperidol – 5mg IM + Midazolam – 5 mg IM

30 minutos depois se a situação não estiver controlada:

Haloperidol – 2 mg SC + Midazolam – 5 mg SC; até 2 doses

Depois, se a situação ainda não estiver controlada:

Midazolam 5 mg SC de 1/1 hora até ao controlo da situação.

Se após o controlo da situação o doente voltar a ficar agitado, verificar quanto tempo decorreu desde a última dose do protocolo. Se tiverem decorrido mais de 2 horas recomençar do princípio, se tiverem decorrido menos prosseguir o protocolo a partir do ponto em que se estava.

#### **B. Doente puncionado**

Haloperidol 2 mg IV + Midazolam – 2 mg IV, seguido de 1 mg por minuto até ao encerramento das pálpebras.