



LISBOA

UNIVERSIDADE
DE LISBOA



FACULDADE DE
MEDICINA
LISBOA

TRABALHO FINAL

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Clínica Universitária de Psiquiatria e Psicologia Médica

Prevalência da Depressão Major em Doentes Oncológicos internados em Unidades de Cuidados Paliativos – uma revisão sistemática

Miguel Eduardo Caramelo Abrantes de Figueiredo

Orientado por:

Professor Doutor Pedro Afonso

Julho'2021

Resumo

Introdução: A Depressão Major (DM) corresponde a uma das principais patologias psiquiátricas observadas em Cuidados Paliativos (CP). Pela natureza desta população, esta perturbação psiquiátrica surge como um diagnóstico importante, visto que o sofrimento físico causado pelas patologias terminais está tipicamente associado ao sofrimento psicológico. Devido à sua prevalência e ao impacto no sofrimento e na qualidade de vida desta população de doentes, esta patologia justifica o devido reconhecimento, diagnóstico e tratamento.

Material e Métodos: Foi conduzida uma Revisão Sistemática da literatura científica utilizando a pesquisa eletrónica nas bases de dados *PubMed* e *Cochrane Library*. Incluídas as publicações entre 2010 e abril de 2021 que avaliaram a prevalência da DM em doentes oncológicos em CP internados a nível hospitalar ou em Unidades de Cuidados Paliativos (UCP). As publicações foram selecionadas de acordo com as seguintes palavras-chave em inglês: *Depression, Prevalence, Palliative Care, Cancer*.

Resultados: Foram selecionados 14 artigos que avaliaram um total de 1808 doentes, com uma média de idades entre 57.4 e 75 anos de idade. Verificou-se a presença de valores de prevalência da DM em doentes oncológicos internados em regime de CP que variaram entre 8.6% e 99.1%. Em doentes internados em UCP, a prevalência da DM variou entre 30% a 96.4%.

Conclusão: A prevalência da DM em doentes oncológicos internados em CP é bastante variável. Este achado está associado à heterogeneidade das ferramentas de rastreio e diagnóstico utilizadas nos diferentes estudos. Nesta revisão sistemática verificou-se uma maior prevalência da DM em relação a revisões sistemáticas e meta-análises prévias, justificando a necessidade de futura pesquisa científica neste domínio; nomeadamente através da utilização de meios de diagnóstico mais fiáveis. Devido à importância da DM para a qualidade de vida da população de doentes em CP, é importante o seu rastreio, diagnóstico precoce e intervenção terapêutica adequada.

Palavras-Chave: Depressão, Prevalência, Cuidados Paliativos, Cancro

O Trabalho Final é da exclusiva responsabilidade do seu autor, não cabendo qualquer responsabilidade à FMUL pelos conteúdos nele apresentados.

Abstract

Introduction: Major Depressive Disorder (MDD) is one of the most important psychiatric illnesses observed in Palliative Care (PC). Due to the nature of these patients, this psychiatric disorder presents itself as an important diagnosis, since the physical suffering associated with terminal illnesses is typically accompanied by psychological distress. Because its prevalence and negative impact on suffering and quality of life of these patients, MDD presents itself as a psychiatric diagnosis that deserves recognition, a formal diagnosis and treatment.

Materials and Methods: A Systematic Review of the scientific literature was conducted using electronic searching in online databases such as *PubMed* and *Cochrane Library*. Publications between 2010 and April of 2021 that evaluated the prevalence of MDD in oncological PC inpatients or in Palliative Care Units (PCU) were included in this systematic review. Publications were selected using the following keywords in English: *Depression, Prevalence, Palliative Care, Cancer*.

Results: In this systematic review, 14 articles that evaluated a total of 1808 patients were selected, with an average age of patients between 57.4 and 75 years. MDD prevalence was variable in oncological inpatients in PC regimen, with estimated values between 8.6% and 99.1%. In PCU, MDD prevalence was between 30% and 96.4%.

Conclusion: MDD prevalence in oncological inpatients in a PC regimen determined by this systematic review is highly variable. This finding correlates with the heterogeneity associated with the different screening and diagnostic tools used. In this systematic review, the prevalence of MDD was superior to the prevalence determined by previous systematic reviews and meta-analyses, justifying future research in this area; specifically through the use of more reliable diagnostic methods. Bearing in mind MDD's high prevalence and its impact on the quality of life of PC patients, it is critical its screening, early diagnosis and appropriate therapeutical intervention.

Keywords: *Depression, Prevalence, Palliative Care, Cancer*

O Trabalho Final é da exclusiva responsabilidade do seu autor, não cabendo qualquer responsabilidade à FMUL pelos conteúdos nele apresentados.

Agradecimentos

Para a realização deste Trabalho Final de Mestrado foi fundamental o apoio e orientação do Professor Doutor Pedro Afonso, a quem agradeço a oportunidade e ensinamentos.

Agradeço ainda o apoio dos colegas que mais de perto me acompanharam ao longo destes anos de curso.

Por fim, um agradecimento particular aos meus pais, bem como à minha irmã, por todo o apoio que me deram, não só ao longo dos anos do curso, como em todo o percurso académico anterior.

Índice

Resumo	2
Abstract	3
Agradecimentos	4
Índice	5
Lista de Abreviaturas	6
1. Introdução	7
2. Objetivo da Revisão Sistemática	12
3. Material e Métodos	13
3.1 Material	13
3.1.1 Critérios de Inclusão.....	13
3.1.2 Critérios de Exclusão	13
3.2 Métodos.....	13
3.2.1 Modelo PRISMA	13
3.2.2 Palavras-Chave	14
4. Resultados	15
4.1 Seleção das Publicações	15
4.2 Características Gerais	16
4.3 Escalas de Rastreo	16
4.4 Prevalência da Depressão Major	22
5. Discussão	23
5.1 Dados Epidemiológicos.....	23
5.2 Otimização do Diagnóstico Psiquiátrico	24
5.3 Intervenção Terapêutica	26
5.4 Limitações	28
6. Conclusão	29
Referências	31

Lista de Abreviaturas

CECP – Centros de Excelência em Cuidados Paliativos

CP – Cuidados Paliativos

CPE – Cuidados Paliativos Especializados

CPG – Cuidados Paliativos Generalistas

DM – Depressão Major

DSM-5 – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition*

ECSCP – Equipe Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

EIHSCP – Equipe Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

ESAS – *Edmonton Symptom Assessment Scale*

ESAS-DS – *Edmonton Symptom Assessment Scale – Depressive Symptoms*

HADS – *Hospital Anxiety and Depression Scale*

HADS-A – *Hospital Anxiety and Depression Scale – Anxiety Subscale*

HADS-D – *Hospital Anxiety and Depression Scale – Depression Subscale*

MDD – *Major Depressive Disorder*

PC – *Palliative Care*

PCU – *Palliative Care Unit*

PHQ-9 – *Patient Health Questionnaire-9*

PRIME-MD PHQ – *Primary Care Evaluation of Mental Disorders Patient Health Questionnaire*

SDCS – Sintomas Depressivos Clinicamente Significativos

SDS – *Self-Rating Depression Scale*

UCP – Unidade de Cuidados Paliativos

1. Introdução

De acordo com a OMS,¹ os Cuidados Paliativos (CP) existem para melhorar a qualidade de vida dos doentes e dos seus familiares quando confrontados com doenças ameaçadoras para a vida, desde o momento do diagnóstico até ao final da sua vida. O termo paliativo deriva etimologicamente do latim *Palliare*, que significa “Encobrir/Tapar”. Deste modo, os CP correspondem à prestação de cuidados dos doentes com patologias avançadas, incuráveis e ameaçadoras para a vida com a finalidade de amenizar ou, idealmente, eliminar o sofrimento associado à presença de sintomatologia física, psicológica, social ou espiritual, sem existir a tentativa de cura da doença que se encontra subjacente.

A prestação de CP encontra-se assente numa comunicação empática, num concreto estabelecimento de objetivos terapêuticos para o doente e numa clara transmissão desses objetivos aos seus familiares e cuidadores. Por conseguinte, é necessária a presença de uma abordagem multidisciplinar, holística, incluindo não só o apoio de profissionais de saúde, como também de assistentes sociais e membros das instituições religiosas.²

O desenvolvimento dos CP surgiu com o trabalho pioneiro de Cicely Saunders, médica no *St. Joseph Hospice* em Hackey, Londres, no final da década de 50 do século XX,^{3,4} sendo desencadeado através de uma publicação referente aos cuidados prestados a doentes oncológicos em fase terminal. Intitulada como *The Management of Patients in the Terminal Stage*, este trabalho seminal é considerado o motor da mudança de paradigma no que diz respeito à abordagem deste tipo de doentes, inicialmente em contexto de patologia oncológica terminal, mas que, posteriormente, se estendeu à abordagem de outras patologias avançadas incuráveis.⁴ Pode-se considerar que a contemporânea equivalente de Cicely Saunders nos Estados Unidos da América era a psiquiatra suíça Elisabeth Kubler-Ross que, ao longo da década de 60 do século XX, através de publicações cativantes e palestras carismáticas, revolucionou e humanizou a filosofia dos cuidados prestados aos doentes em fim de vida.^{3,4}

Todavia, o estabelecimento formal do termo “Cuidados Paliativos” surgiu apenas em 1974, sendo acreditado ao cirurgião oncológico Balfour Mount do *The Royal Victoria Hospital of McGill University* em Montreal, Canadá. Este colocou em evidência a necessidade de cuidados holísticos direcionados ao sofrimento físico, psicossocial e espiritual, predicados na experiência clínica, nos ensinamentos e nos princípios estabelecidos previamente por Cicely Saunders.³

A expansão inicial de maior magnitude da infraestrutura associada aos CP ocorreu apenas na década de 80 do século XX, sendo este o momento a partir do qual a importância e o valor da Medicina Paliativa foram solidificados. Tal facto deveu-se ao reconhecimento da Medicina Paliativa como uma área de subespecialização ao longo das seguintes décadas nos vários países da comunidade internacional, à criação de uma plataforma para o desenvolvimento, à publicação de evidência científica nesta área e à formação de uma associação médica referente a esta área da Medicina.⁴

No que diz respeito ao desenvolvimento dos CP a nível global, estes ocorreram a um ritmo variável nos diversos países à medida que a Medicina Paliativa ganhava uma maior importância e notoriedade na prática médica moderna.^{3,4}

Por fim, reflexo da crescente importância dos CP, a comunidade internacional desenvolveu um conjunto de documentos estruturantes e unificantes no que diz respeito à prestação deste tipo de cuidados, nomeadamente *Cape Town Declaration* em 2002, *Korea Declaration* em 2005, *Budapest Commitments* em 2007 e Carta de Praga em 2013. Estes documentos evidenciam a necessidade do desenvolvimento e implementação de políticas de CP, de equidade no acesso aos mesmos, sem discriminação, e da inclusão da Medicina Paliativa nos diversos níveis da formação dos profissionais de saúde.⁵

A importância da presença de uma rede funcionante de prestação de CP é justificada pela sua crescente necessidade, estimando-se que cerca de 1% da população terá a necessidade deste tipo de cuidados.^{6,7} Poderá ainda considerar-se que envolveria uma maior percentagem da população se forem incluídos os familiares ou cuidadores dos doentes, que poderão necessitar de apoio por parte dos profissionais de saúde.

Devido ao desenvolvimento dos CP ao longo das últimas décadas, foram definidas diversas tipologias de CP tendo em consideração o grau de especialização e o tipo de formação dos profissionais de saúde que enquadram as equipas multidisciplinares.⁸ Ações Paliativas correspondem aos cuidados menos especializados, sendo uma tipologia de cuidados que segue os princípios e a filosofia dos CP, sendo aplicada por profissionais de saúde não especializados. A abordagem mais especializada inclui os Cuidados Paliativos Generalistas (CPG), Cuidados Paliativos Especializados (CPE) e Centros de Excelência em Cuidados Paliativos (CECP). Por um lado, os CPG são cuidados prestados por profissionais de saúde que possuem um importante grau de competências e conhecimentos em CP, não sendo esta área, contudo, o principal foco da sua atividade profissional assistencial. Por outro, os CPE são prestados por equipas cuja única atividade profissional é a prestação de CP. Por fim, os CECP são o núcleo da investigação, formação e desenvolvimento de novas metodologias para a abordagem deste tipo de doentes.⁸

Podem ser distinguidas diversas equipas de CP consoante a infraestrutura utilizada e o tipo de população a quem prestam cuidados. A Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) corresponde ao pilar de uma rede de CP eficaz, sendo responsável pela prestação de cuidados aos doentes em regime ambulatorio, bem como pela prestação de apoio aos seus familiares e cuidadores. A Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) fornece apoio e aconselhamento a toda a estrutura hospitalar, incluindo doentes, familiares, cuidadores e profissionais de saúde. A Unidade de Cuidados Paliativos (UCP) corresponde a uma unidade que presta CP a doentes internados, podendo estar localizadas em regime hospitalar ou em instituições de cuidados continuados. Esta diferenciação estrutural, enquadrada numa rede organizada de CP, é fundamental para garantir a resposta às necessidades, aos desejos e às preferências dos doentes. Adicionalmente, a rede de CP deve, idealmente, cumprir as metas de qualidade delineadas pela *European Association for Palliative Care* no que diz respeito à infraestrutura, aos recursos humanos e à disponibilidade de acesso.⁹

Em Portugal, a resposta às necessidades de CP da população nacional permanece ainda longe de ser alcançada, sendo referida como uma área da saúde bastante negligenciada e, como tal, considera-se ser necessária uma importante reforma neste sector.¹⁰ Com o objetivo de monitorizar a qualidade, a acessibilidade e a equidade do acesso a CP em Portugal, foi criado o Observatório Português dos Cuidados Paliativos.⁵ Tendo em conta a sua análise mais recente, sabe-se que a maioria dos cuidados é prestada em regime de CPG, existindo profundas assimetrias no que diz respeito à sua disponibilidade por região. Tendo em consideração os dados apresentados no relatório de 2019 do OPCP, a nível dos recursos humanos, 97% têm médico, 95% têm enfermeiro, 71% têm psicólogo, 51% têm assistente social, 44% têm farmacêutico, 17% têm fisioterapeuta, 14% têm nutricionista e 8% têm assistente espiritual. Esta análise também demonstra que existe uma cobertura insuficiente do ponto de vista infraestrutural, bem como uma insuficiência ao nível de recursos humanos, referindo existir o equivalente a 66 médicos quando deveriam existir cerca de 496, o equivalente a 243 enfermeiros quando deveriam existir 2384, o equivalente a 17 psicólogos quando deveriam existir 195 e o equivalente a 22 assistentes sociais quando deveriam existir 195.⁸

Além de se verificar uma assimetria no que diz respeito ao acesso a CP por parte da população, existe também uma assimetria na abordagem das diversas tipologias de sintomas que podem estar presentes nesta população de doentes. Se por um lado existe um maior reconhecimento do controlo dos sintomas físicos (dor, fadiga, dispneia, disfagia, náuseas, vômitos, obstipação, entre outros), por outro, a resolução da sintomatologia psicossocial e espiritual encontra-se aquém do que seria desejável.¹¹ Enquanto o controlo da sintomatologia física apresenta normas de orientação e evidência científica relativamente robusta para a sua abordagem e correção, a sintomatologia psicossocial permanece ainda sub-diagnosticada e sub-tratada.¹²

A Depressão Major (DM) é uma patologia psiquiátrica que se encontra definida no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition* (DSM-5) com base num conjunto de diversos critérios clínicos e funcionais. O diagnóstico da DM segundo o DSM-5 requer a presença de Humor Deprimido e/ou Anedonia associada a outros

sintomas somáticos e psicológicos como alterações ponderais, alterações do ciclo sono-vigília, sensação de culpa ou inutilidade, alterações psicomotoras ou ideação suicida. É necessário que este tipo de sintomatologia esteja presente na maior parte dos dias e seja de tal forma severa que provoque repercussões a nível profissional, social ou nas atividades de vida diária, não sendo estas justificadas pela presença de consumo de fármacos ou substâncias, outra patologia médica ou psiquiátrica.¹³

A DM surge como um diagnóstico psiquiátrico bastante frequente, sendo, por isso, um importante problema de saúde mental a nível global. Segundo a OMS,^{14,15} estima-se que a DM afete mais de 264 milhões de pessoas mundialmente, correspondendo a uma frequente causa de incapacidade. Estima-se uma prevalência de 12 meses de cerca de 7%,¹³ parecendo existir um predomínio em populações jovens, entre os 18 e os 29 anos, com maior prevalência no sexo feminino.¹⁴

No que diz respeito aos doentes oncológicos, principalmente aqueles que se encontram em regime de CP, a DM corresponde a um dos principais problemas associados a esta população, sendo considerado o diagnóstico psiquiátrico mais prevalente e estudado.¹⁶ Estes doentes apresentam um risco acrescido de desenvolvimento de DM devido à presença de múltiplos fatores. Destacam-se entre estes a presença de doença médica crónica avançada ou terminal, o sofrimento associado ao fim de vida, o mau controlo sintomatológico e a falta de apoio social, sendo a existência de história de DM prévia considerada o principal fator de risco.^{13,16}

A DM corresponde a uma perturbação psiquiátrica que apresenta um tratamento baseado na evidência científica. A sua terapêutica é multimodal, podendo ser aplicadas medidas farmacológicas, bem como medidas não-farmacológicas. No que diz respeito às medidas não-farmacológicas, podemos incluir a psicoterapia nas suas diversas modalidades e ainda a Eletroconvulsivoterapia, sendo esta última aplicada nos casos mais severos ou refratários. No que concerne à terapêutica farmacológica, podem ser utilizadas diversas classes de fármacos de acordo com o enquadramento clínico da DM, sendo que os antidepressivos apenas se encontram indicados para a DM moderada a grave.¹⁴

É, desta forma, importante salientar que o reconhecimento e tratamento da DM são fundamentais não só para a melhoria sintomática, mas também devido às implicações que a DM apresenta no prognóstico e na qualidade de vida destes doentes.¹⁷

À luz do enquadramento epidemiológico atual, sabe-se que a maioria das pessoas prefere que o seu acompanhamento em fim de vida e falecimento ocorram em casa.¹⁸ É, como tal, também desejável que doentes oncológicos em regime de CP consigam ser autónomos e independentes, mantendo-se em regime de ambulatório, junto das suas famílias e entes queridos, o maior período de tempo possível, idealmente sendo apoiados por uma equipa de CP Domiciliários sempre que possível.¹⁹ Todavia, existem diversas situações clínicas (relacionadas com a progressão da patologia oncológica ou com o seu tratamento) e não-clínicas que podem levar à necessidade de internamento deste tipo de doentes.^{20,21}

Verifica-se que cerca de 35% dos doentes recém-diagnosticados com doença oncológica requerem hospitalização, sendo cerca de 67% destas não planeadas.²⁰ A maioria dos casos resulta de uma intercorrência infecciosa ou complicações associadas com o tratamento ou à utilização de dispositivos médicos.²⁰ Em regime de CP, cerca de 43% dos doentes necessitaram de ser hospitalizados²¹ devido a causas oncológicas, não-oncológicas ou relacionadas com a terapêutica. Por outro lado, em doentes oncológicos em fase terminal, a recorrência ao Serviço de Urgência nos últimos 3 meses de vida é comum, surgindo tipicamente em virtude da ausência de controlo da sintomatologia oncológica, sendo a sua frequência um marcador representativo da má qualidade dos cuidados de fim de vida.²²

2. Objetivo da Revisão Sistemática

Na população de doentes oncológicos em CP existe um aumento do risco de presença de DM.^{13,16} Por este motivo, e tendo em conta que o principal objetivo dos CP é o alívio da sintomatologia e do sofrimento, é fundamental garantir o seu reconhecimento e tratamento adequados. Desta forma, a correta abordagem terapêutica da DM apenas

poderá ser conseguida conhecendo a sua epidemiologia, os seus principais fatores de risco, a sua apresentação clínica, bem como as ferramentas de rastreio e os critérios de diagnóstico aplicáveis.

Como tal, esta revisão sistemática procura reunir a informação mais atual sobre os dados epidemiológicos relativos à prevalência e possíveis fatores de risco associados à DM em doentes oncológicos internados em regime de CP.

3. Material e Métodos

3.1 Material

3.1.1 Critérios de Inclusão

Foram incluídos artigos originais, publicados a partir de 2010, redigidos em inglês ou em português, de tipologia transversal e que apresentam valores quantitativos percentuais para a prevalência da DM (de acordo com os critérios de diagnóstico presentes no DSM-5 ou escalas de rastreio previamente validadas na literatura científica) em doentes internados com patologia oncológica em regime de CP.

3.1.2 Critérios de Exclusão

Foram excluídos artigos de revisão e meta-análises, estudos de caso, comentários ou editoriais, publicações referentes a população pediátrica, população não-oncológica ou não-paliativa, estudos relativos a doentes em regime ambulatorio ou internados em unidades de internamento psiquiátrico.

3.2 Métodos

3.2.1 Modelo PRISMA

As revisões sistemáticas e meta-análises correspondem a tipologias de estudo de utilização crescente no atual paradigma da Medicina, a Medicina Baseada na Evidência. Se elaboradas com a metodologia apropriada, estas tipologias de

publicações correspondem ao expoente máximo no que diz respeito à qualidade da evidência científica que enquadram. Assim, a qualidade da sua metodologia é diretamente proporcional à robustez e validade da evidência científica que transmitem, sendo, como tal, ferramentas fundamentais para garantir a prestação de cuidados de saúde de qualidade.^{23,24}

Para a elaboração desta revisão sistemática, foi conduzida uma pesquisa bibliográfica de acordo com o modelo PRISMA, com recurso às bases de dados *PubMed* e *Cochrane Library*, englobando as publicações existentes até abril de 2021. A pesquisa foi realizada com base na utilização de palavras-chave em inglês, estando estas presentes a nível do Resumo ou do Corpo do Texto das publicações indexadas.

Neste contexto, o modelo PRISMA²³ (*Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta Analyses*) consiste na aplicação de uma *Checklist* de 27 parâmetros e na utilização de um *Flow Diagram* de forma a melhorar a realização, a metodologia e a qualidade das revisões sistemáticas e das meta-análises desenvolvidas. Este método é frequentemente utilizado na elaboração de qualquer meta-análise ou revisão sistemática, independentemente do tema ou dos objetivos da publicação, podendo ser também aplicado como critério de qualidade na avaliação da evidência científica.^{23,24}

3.2.2 Palavras-Chave

Na realização da pesquisa electrónica foram utilizadas as seguintes palavras-chave em inglês: *Depression*, *Prevalence*, *Palliative Care* e *Cancer*. Posteriormente foi avaliada a elegibilidade de cada publicação mediante a sua adequação a critérios de inclusão e de exclusão previamente definidos.

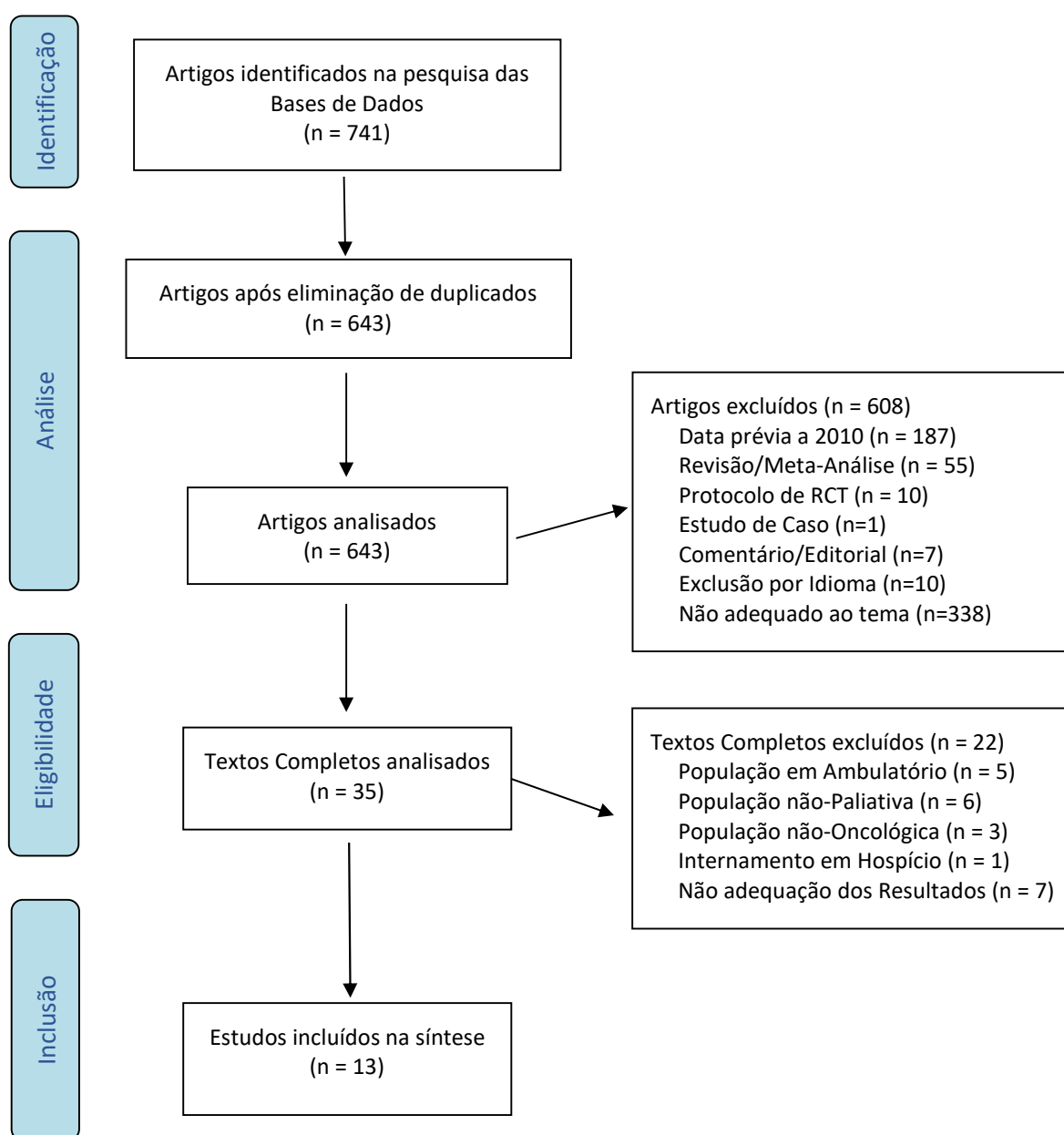
4. Resultados

4.1 Seleção de Publicações

Foram identificadas, no total, 741 publicações através da pesquisa nas bases de dados acima mencionadas, das quais 14 foram selecionadas para esta revisão sistemática.

O protocolo de seleção encontra-se representado na Figura 1, resumida esquematicamente através do PRISMA *Flow Diagram*.

Figura 1 – PRISMA *Flow Diagram*



4.2 Características Gerais

Foram incluídos nesta revisão sistemática 1808 participantes. Verificou-se uma variação da amostra entre n=53 e n=235, sendo a média de participantes por estudo de n=139. Encontra-se presente uma variação da média de idades entre 57.4 e 75 anos e uma variação da percentagem de sexo feminino entre 19 e 100%. Apenas 1 publicação²⁵ incluiu somente participantes do sexo feminino.

As publicações selecionadas incluíram apenas doentes internados com patologia oncológica em regime de CP, estando os resultados referentes à prevalência da DM descritos sob a forma de percentagem da dimensão da amostra. A determinação da prevalência da DM foi realizada através da utilização de escalas de rastreio abaixo enunciadas. Nos estudos selecionados, os doentes estavam internados em duas tipologias de internamento: 1. Internamento Hospitalar; 2. Internamento em UCP. No primeiro caso foram selecionados 7 estudos e no segundo 6 estudos.

As principais características e resultados das publicações que englobam esta revisão sistemática encontram-se sumarizados na Tabela 1.

4.3 Escalas de Rastreio

Em regime de CP, o diagnóstico da DM pode ser um processo árduo devido a uma eventual falta de *expertise* ou tempo para a realização de uma entrevista clínica formal.³⁸ Por outro lado, a condição clínica particular desta população de doentes impede frequentemente a avaliação da DM através desta abordagem mais exaustiva e criteriosa,³⁸ impossibilitando a aplicação dos critérios do DSM-5, considerados como os critérios de diagnóstico de eleição para as perturbações psiquiátricas.³⁹ Para contornar esta fragilidade, foram desenvolvidas escalas de rastreio que permitem o auxílio à sua identificação e ao seu diagnóstico.³⁸⁻⁴⁰

As ferramentas acima mencionadas correspondem a instrumentos quantitativos que apresentam um valor limiar previamente validado na literatura científica, correlacionando-se com o diagnóstico e com a gravidade da DM.^{11,16} Estas escalas estão disponíveis para o uso na prática clínica, encontrando-se validadas para populações com doença avançada e também para doentes em CP.⁴⁰

As principais características destas escalas encontram-se resumidas na Tabela 2.

Tabela 1 – Características dos estudos e seus Resultados

Autores e Ano de Publicação	Dimensão da Amostra	Características da Amostra	Tipologia de Internamento	Ferramenta de Rastreio	Principais Resultados
Chan <i>et al.</i> 2012 ²⁵	n=53	100% Feminino Média de Idade = 62.1	Internamento em UCP	HADS-D	62.2% apresentam HADS-D ≥ 11 18.9% apresentam HADS-D ≥ 15
Liu <i>et al.</i> 2013 ²⁶	n=163	41.7% Feminino Média de Idade = 59	Internamento Hospitalar	ESAS	41.7% apresentam ESAS-DS ≥ 4
Buzgova <i>et al.</i> 2014 ²⁷	n=93	44.1% Feminino Média de Idade = 61.6	Internamento Hospitalar	HADS-D	33.3% apresentam HADS-D ≥ 8 8.6% apresentam HADS-D ≥ 11
Guell <i>et al.</i> 2014 ²⁸	n=69	43.5% Feminino Média de Idade = 75	Internamento em UCP	ESAS e HADS-D	55% apresentam ESAS-DS > 4 15% apresentam HADS-D entre 8-10 53% apresentam HADS-D > 11
Buzgova <i>et al.</i> 2015 ²⁹	n=225	49.3% Feminino Média de Idade = 65.1	Internamento Hospitalar	HADS-D	47.6% apresentam HADS-D ≥ 8 22.3% apresentam HADS-D ≥ 11
Hasegawa <i>et al.</i> 2016 ³⁰	n=45	46.7% Feminino Média de Idade = 66.6	Internamento Hospitalar	HADS	24.4% apresentam HADS ≥ 20
Liu <i>et al.</i> 2016 ³¹	n=196	41.3% Feminino Média de Idade = 58	Internamento Hospitalar	SDS	39% apresentam SDS ≥ 53
Mercadante <i>et al.</i> 2016 ³²	n=219	49.3% Feminino Média de Idade = 65.4	Internamento em UCP	HADS-D	96.4% apresentam HADS-D ≥ 11

Autores e Ano de Publicação	Dimensão da Amostra	Características da Amostra	Tipologia de Internamento	Ferramenta de Rastreio	Principais Resultados
Park <i>et al.</i> 2017 ³³	n=100	19% Feminino 79% com Idade ≥ 65	Internamento em UCP	HADS-D	88% apresentam HADS-D > 8
Lavadiniti <i>et al.</i> 2018 ³⁴	n=123	35% Feminino Média de Idade = 63.8	Internamento Hospitalar	ESAS	99.1% apresentam ESAS-DS ≥ 4 88.6% apresentam ESAS-DS ≥ 7
Unselde <i>et al.</i> 2018 ³⁵	n=53	38.6% Feminino Média de Idade = 61.7	Internamento em UCP	PHQ-9	64.1% apresentam PHQ-9 ≥ 10
Bovero <i>et al.</i> 2019 ³⁶	n=235	53.2% Feminino Média de Idade = 68	Internamento Hospitalar	HADS-D	61.7% apresentam HADS-D > 8 27.2% apresentam HADS-D ≥ 13
Sudarisan <i>et al.</i> 2019 ³⁷	n=234	59.8% Feminino Média de Idade = 57.4	Internamento em UCP	PHQ-9	70% apresentam PHQ-9 ≥ 10

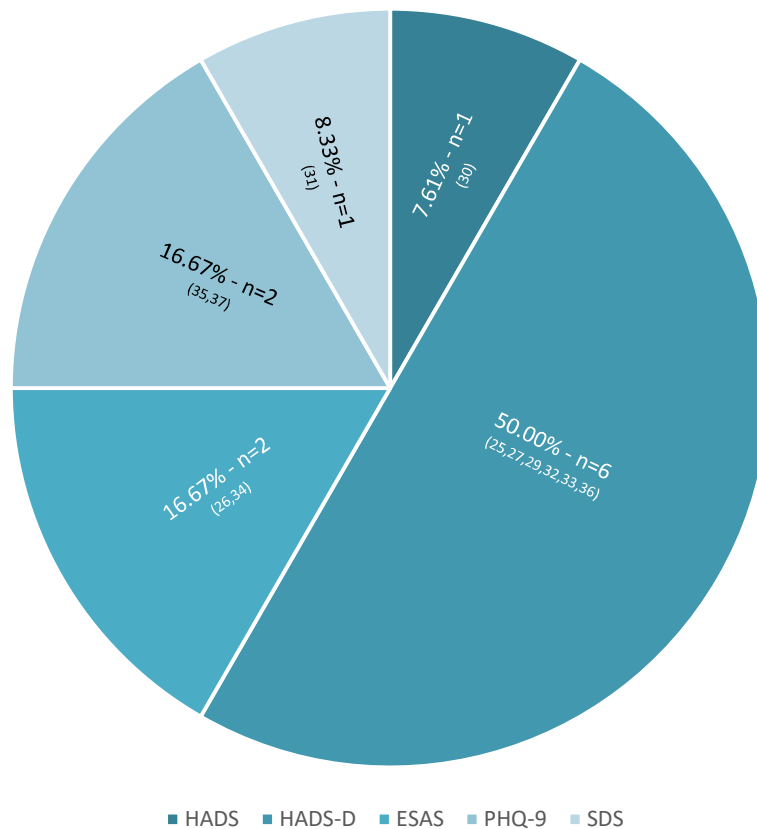
Tabela 2 – Escalas de Rastreio para Depressão Major

Escola de Rastreio	Autor e Ano de Desenvolvimento	Valor Total	Intervalo de Valores	Correlação Diagnóstica	Principais Características
<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i> ⁴¹ (HADS)	A. S. Zigmund e R. P. Snaith, 1983	0-42	HADS-A 11-21 HADS-D 11-21	Diagnóstico de Ansiedade Diagnóstico de DM	Engloba 2 subescalas (HADS-A e HADS-D) distintas, sendo a correlação diagnóstica realizada com base no resultado de cada subescala ⁴¹
<i>HADS-Depression</i> ⁴¹ (HADS-D)	A. S. Zigmund e R. P. Snaith, 1983	0-21	0-7 8-10 11-21 (15-21)	Sem DM DM Provável/ <i>Borderline</i> Diagnóstico de DM (DM Grave)	Subescala da HADS referente à DM, quantificando 7 parâmetros do domínio afetivo entre 0 e 3. ⁴¹ Escala mais utilizada, estando validada para a doença avançada, patologia oncológica paliativa e população portuguesa. ^{12,42-45}
<i>Edmonton Symptom Assessment Scale</i> ⁴⁶ (ESAS)	E. Bruera, <i>et al.</i> , 1991	0-10	0-3 4-10	Ausência de Sintomas Clinicamente Significativos Presença de Sintomas Clinicamente Significativos	Avalia a intensidade percecionada pelo doente sobre a sua própria sintomatologia. ⁴⁶ Engloba sintomas depressivos, sendo considerados como clinicamente significativos se a sua intensidade for percecionada pelo doente como ≥ 4 ⁴⁷⁻⁴⁹
<i>Patient Health Questionnaire-9</i> ⁵⁰ (PHQ-9)	K. Kroenke, <i>et al.</i> , 1999	0-27	0-9 10-27	Sem DM Diagnóstico de DM	Subescala adaptada do PRIME-MD PHQ, sendo que quantifica entre 0 e 3 os 9 critérios diagnósticos da DM presentes no DSM-5. ^{42,50-53}
<i>Self-Rating Depression Scale</i> ⁵⁴ (SDS)	W. Zung, 1965	20-80	20-50 50-80 (>70)	Sem DM Diagnóstico de DM (DM Grave)	Escala com 20 parâmetros do domínio afetivo, sendo que o doente os quantifica entre 1-4 ⁵⁴⁻⁵⁷ Validada previamente na literatura para a população de doentes oncológicos ⁵⁸

A maioria dos estudos utilizou como ferramenta de rastreio a HADS ou a sua subescala HADS-D. Apenas uma publicação²⁸ utilizou mais do que um instrumento de rastreio, tendo utilizado tanto a HADS-D como a ESAS.

A distribuição das escalas de rastreio utilizadas pelas publicações que apenas utilizaram uma única ferramenta encontra-se representada graficamente na Figura 2.

Figura 2 – Distribuição das Escalas de Rastreio para Depressão Major utilizadas



No que diz respeito aos valores limiares aplicados, estes são distintos entre as diferentes publicações, tendo em consideração a escala de rastreio utilizada.

A variabilidade dos valores limiares de acordo com os diferentes estudos e ferramentas de rastreio utilizadas encontra-se representada graficamente na Figura 3.

Figura 3 – Valores Limiar das Escalas de Rastreamento para Depressão Major utilizados



■ HADS ■ HADS-D ■ ESAS ■ PHQ-9 ■ SDS

4.4 Prevalência da Depressão Major

A prevalência da DM em doentes internados com patologia oncológica em regime de CP varia consoante a ferramenta de rastreio, nomeadamente os respetivos valores limiar utilizados, e a tipologia do regime de internamento em que os doentes se encontram.

Os valores da prevalência da DM de acordo com cada publicação encontram-se representados esquematicamente na Tabela 1.

A utilização da HADS-D permitiu determinar a prevalência de diferentes tipologias de DM. A sua correlação com este diagnóstico psiquiátrico é feita tendo em conta o valor limiar de 11, sendo que os estudos que utilizaram este valor,^{26,28-30,33} mostram uma prevalência da DM que varia entre 8.6% e 96.4%. Por sua vez, a entidade de DM Provável/*Borderline* está definida para valores entre 8 e 10, sendo que os artigos que a explicitaram,²⁸⁻³⁰ colocam a sua prevalência entre 15% e 25.3%. Apenas duas publicações,^{25,36} utilizaram valores limiar que permitem pôr em evidência a presença de DM grave, estando a sua prevalência calculada entre 18.9% e 27.2%.

Os estudos que utilizaram o PHQ-9^{35,37} ou a SDS³¹ determinaram que a prevalência da DM varia entre 39% e 70%.

Convém referir que os estudos que aplicaram a ferramenta de rastreio ESAS^{26,28,34} não avaliaram propriamente a prevalência da DM, mas a presença de Sintomas Depressivos Clinicamente Significativos (SDCS) (limiar de 4 pontos). De acordo com este critério, nestes estudos, a prevalência de SDCS variou entre 41.7% e 99.1%.

Um outro fator de estudo é a tipologia de internamento em que os doentes se encontram. Em Internamento Hospitalar,^{26,27,29-31,34,36} verificou-se uma prevalência de DM ou SDCS variável entre 24.4% e 99.1%. No que diz respeito ao Internamento em UCP,^{25,28,32,33,35,37} verificou-se uma prevalência de DM ou SDCS variável entre 30% e 96.4%.

5. Discussão

5.1 Dados Epidemiológicos

Existem diversas revisões sistemáticas e meta-análises previamente publicadas que abordam a epidemiologia da DM em doentes oncológicos em regime de CP. Os dados destas publicações são variáveis consoante a metodologia, a população selecionada e os critérios de inclusão ou exclusão aplicados. Neste sentido, a literatura científica referente a esta população de doentes evidencia uma prevalência da DM variável entre 5% e 49%.^{11,16,59-61}

Os resultados colocam em evidência a presença de uma elevada prevalência da DM em doentes oncológicos internados em regime de CP. Verificaram-se valores superiores aos dados das publicações acima mencionadas, visto que nesta revisão sistemática foram determinados valores de prevalência da DM ou SDCS entre 24.4% e 99.1% em doentes em Internamento Hospitalar e entre 30% e 96.4% em doentes em contexto de Internamento em UCP.

A magnitude das diferenças acima apontadas pode ser justificada tendo em consideração múltiplos parâmetros e fatores. Desde logo, um fator relevante é a heterogeneidade das características demográficas e clínicas das amostras das diferentes publicações analisadas. Acresce-se ainda o facto de que, frequentemente, vários participantes em regime de CP potencialmente candidatos à participação neste tipo de estudos são excluídos devido à significativa deterioração da sua condição clínica.

Adicionalmente, o uso de diversas ferramentas de rastreio, bem como a aplicação de múltiplos valores limiar utilizados para estabelecer uma correlação com o diagnóstico de DM, poderá ser considerado o principal fator limitante para a justificação da variabilidade encontrada entre esta revisão sistemática e as publicações prévias. Aliás, a ausência da formalização do diagnóstico da DM através da entrevista clínica também poderá contribuir para a variabilidade dos valores encontrados, visto que nenhuma escala de rastreio apresenta uma correlação exata com esta metodologia de diagnóstico.

Por último, a presença de sintomatologia somática é mais elevada na população de doentes internados do que naquela que se encontra em ambulatório. Tendo em conta que estes sintomas somáticos poderão aumentar o risco para DM, podemos considerar que a sua prevalência poderá estar sobrestimada. Deste modo, poderá ser prudente não aplicar os valores limiar da população em ambulatório à população de doentes oncológicos internados, visto que são populações com características clínicas bastante distintas. Aliás, nesta população de doentes, poderá até ser importante equacionar a possibilidade de aumentar os valores limiar das ferramentas de rastreio, de modo a minimizar o viés que a sintomatologia física possa provocar. De igual forma, poderá ser também mais adequado aplicar estas ferramentas apenas após existir um maior controlo da sintomatologia física.

Nos doentes em regime de CP, para além da DM, existem ainda outros diagnósticos psiquiátricos frequentes, tais como a Ansiedade e o *Delirium*, e que têm um profundo impacto na qualidade de vida dos doentes, das suas famílias e dos seus cuidadores.^{60,62} A Ansiedade surge como uma comorbilidade psiquiátrica comum nesta população de doentes e, no que diz respeito a este diagnóstico, a evidência científica indica uma prevalência na ordem dos 10%.⁶⁰ O *Delirium*, por outro lado, corresponde a uma síndrome neuropsiquiátrica de fisiopatologia complexa e ainda não totalmente esclarecida, sendo bastante frequente em CP. Apresenta uma prevalência bastante variável, sendo que a literatura científica estima um valor entre 13 e 88% nesta população de doentes.⁶²

5.2 Otimização do Diagnóstico Psiquiátrico

Apesar da dificuldade existente no estabelecimento de um diagnóstico formal nesta população de doentes devido ao possível viés causado pelos sintomas somáticos e pela frequente incapacidade em conduzir uma entrevista clínica,^{38,39} a DM, bem como as restantes comorbilidades psiquiátricas, não deve ser sub-diagnosticada. Esta situação, para além de impedir um adequado tratamento psiquiátrico, apresenta consequências no prognóstico e na qualidade de vida dos doentes em regime de CP.¹⁷ Assim, poderá ser útil a implementação destas ferramentas de rastreio, cada vez mais sofisticadas e

adequadas à população de doentes em CP, quer por rotina ou aplicadas em doentes com presença de fatores de risco para o desenvolvimento de DM. Desta forma, é importante conhecer quais os fatores demográficos, clínicos e não clínicos que colocam os doentes em regime de CP sob um risco acrescido de desenvolvimento de DM.

A descrição dos fatores que conferem um risco acrescido para o desenvolvimento de DM em doentes oncológicos encontra-se presente na literatura científica, sendo categorizados em fatores individuais, biológicos e sociais.⁶¹ Os fatores individuais englobam antecedentes pessoais, antecedentes familiares de patologia psiquiátrica e traços de personalidade específicos, incluindo repressão emocional, tendência para a desesperança ou desespero e maus mecanismos de *coping*.⁶¹

Os fatores biológicos estão associados com a evolução, estadiamento e localização da neoplasia primária, existindo um risco acrescido em doentes com neoplasia avançada ou terminal, neoplasia do pulmão, pâncreas, sistema nervoso central ou cabeça e pescoço, bem como a presença de sintomatologia física não controlada.⁶¹

Por fim, os fatores sociais dizem respeito ao contexto sociofamiliar e socioeconómico, existindo um risco superior em doentes com isolamento social, falta de apoio familiar ou insuficiência económica.⁶¹

Contudo, a evidência científica no que concerne aos fatores de risco para DM em doentes oncológicos em regime de CP é mais escassa.^{61,63} Fischer *et al*⁶³, de forma a colmatar esta lacuna na evidência científica, analisaram a prevalência da DM e dos seus possíveis fatores de risco numa população de 5144 doentes em contexto de CP Domiciliários. Verificaram uma prevalência da DM de 9.8% de acordo com a escala de rastreio interRAI *Depression Rating Scale* e determinaram que os fatores que mais se associam a DM nesta população foram os seguintes: insatisfação com a vida, relacionada com a aceitação do prognóstico e sensação de plenitude perante os objetivos e metas de vida alcançados, sintomas não controlados, nomeadamente sintomas gastrointestinais, dor e perturbação do sono, impedimento cognitivo e género feminino. Verifica-se, assim, que a maioria destes fatores pode ser abordada clinicamente. Essa abordagem deverá incidir sobre a prevenção do seu

desenvolvimento e alívio da sua intensidade, minimizando o risco de desenvolvimento de DM, mas também, fundamentalmente, melhorando o conforto e a qualidade de vida dos doentes.

É importante identificar os doentes que estão expostos a um maior risco de desenvolvimento de DM. Por esse motivo, deve-se realizar uma cuidada investigação multimodal em relação aos detalhes da doença oncológica, aos antecedentes pessoais e familiares psiquiátricos, ao contexto sociofamiliar e socioeconómico.

Esta abordagem, através da identificação de fatores de risco e aplicação da escala de rastreio, poderá ser útil para a deteção precoce da DM nos doentes internados em regime de CP. Posteriormente, a formalização deste diagnóstico poderá ser realizada com recurso à entrevista clínica estruturada, sempre que a condição clínica do doente o permita. Esta atitude mais proativa poderá ser especialmente importante em doentes que ainda têm uma esperança de vida significativa. Nestes doentes, o internamento seria fundamental não só para o tratamento de intercorrências médicas e sintomas físicos, mas também para a abordagem e resolução das comorbilidades psiquiátricas.

Com o estabelecimento alargado de medidas de rastreio e diagnóstico da DM em regime de internamento hospitalar ou em UCP favorece-se a sua deteção e o início de terapêutica adequada de forma mais precoce. Tendo em conta a natureza e os objetivos primordiais dos CP,^{1,2} a aplicação destas medidas torna-se fundamental, visto que apenas com o diagnóstico apropriado se conseguem estabelecer medidas de forma a, ultimamente, dar a melhor qualidade de vida possível a esta população de doentes. Por fim, tal não será possível sem a presença ou colaboração de uma equipa multimodal de saúde mental, quer a nível das UCP, quer capazes de dar apoio a outras valências do internamento hospitalar.

5.3 Intervenção Terapêutica

A presença de doença avançada incurável não é (e não deve ser) considerada sinónimo de DM. No entanto, após estabelecido o diagnóstico de DM, esta deve ser tratada de

forma adequada. Neste contexto, devem ser considerados os diversos recursos terapêuticos disponíveis, tendo em conta o perfil clínico do doente, os seus desejos e as suas expectativas, assim como os objetivos terapêuticos traçados pela equipa médica em conjunto com o próprio, os seus familiares e cuidadores.³⁹

A intervenção farmacológica, através do uso de antidepressivos ou psicostimulantes, tem um papel importante nos doentes em regime de CP, devendo ser escolhida consoante as características clínicas do doente. Além do mais, deve-se ter especial atenção à gravidade da sintomatologia presente, aos possíveis efeitos adversos da terapêutica e às interações farmacológicas que podem surgir com o uso da psicofarmacoterapia.³⁹

O uso da psicoterapia é útil nos doentes em CP, estando demonstrado em publicações prévias como eficaz na redução dos sintomas depressivos e de ansiedade.⁶⁴ A abordagem psicológica poderá ser conseguida, neste contexto, através do uso de diversas metodologias de forma a combater o impacto negativo da DM nos domínios Físico, Psicológico e Espiritual.⁶⁵ A utilização de intervenções psicológicas como a Terapêutica Cognitivo-Comportamental, Terapêutica Interpessoal, estratégias centradas na Dignidade e Significado Existencial do próprio são extremamente importantes para explorar e desenvolver questões, dúvidas e temáticas psicológicas, existenciais e espirituais.^{39,65}

É a complexidade da interação entre os vários domínios do doente em CP que cristaliza a necessidade da presença de uma equipa multidisciplinar nas infraestruturas que acompanham esta população de doentes, sendo atualmente uma constante da prática e filosofia dos CP.⁶⁶ Aliás, existe evidência científica que demonstra que a multidisciplinaridade e a interdisciplinaridade são fatores fundamentais para a melhoria da qualidade dos cuidados dos doentes em CP.⁶⁶ Desta forma, surge a necessidade de as equipas de CP sejam constituídas por vários elementos clínicos (de várias especialidades médicas, incluindo Psiquiatria, outras áreas da saúde como Enfermagem, Psicologia e Nutrição), assistente social e também elementos de entidades religiosas.^{66,67}

5.4 Limitações

Esta revisão sistemática apresenta diversas limitações. Todos os estudos incluídos nesta revisão sistemática são estudos transversais. Apesar de esta tipologia de estudo ser bastante útil para o registo de características demográficas, não clínicas e clínicas de uma determinada amostra de doentes, não permite avaliar a sua evolução ao longo de um determinado intervalo de tempo.

As diversas publicações que enquadram esta revisão sistemática apresentam uma grande heterogeneidade entre si. Existe uma importante variabilidade a nível das características demográficas e clínicas da amostra das publicações que enquadram esta revisão sistemática. Assim, existem alguns vieses que não foram controlados nestes estudos e que podem interferir com a prevalência da DM nesta população. Por exemplo, alguma da terapêutica a que estes doentes estão sujeitos pode secundariamente causar depressão (depressão iatrogénica). Também a heterogeneidade das ferramentas de rastreio utilizadas, bem como os valores limiar aplicados para a correlação com o diagnóstico de DM, poderão enviesar os resultados. Por outro lado, as publicações que utilizaram os Critérios de Diagnóstico do DSM-5 não cumpriam os restantes critérios de inclusão. Esta barreira dificulta o estabelecimento da prevalência da DM de acordo com os critérios de diagnóstico de eleição, o que pode ter contribuído para a variabilidade da prevalência evidenciada nesta revisão sistemática em relação a publicações prévias.

É importante salientar também a presença de uma limitação a nível da inclusão temporal, visto que esta revisão sistemática apenas enquadrou estudos publicados a partir de 2010.

Por fim, a restrição linguística também poderá ter contribuído para um possível viés de seleção, já que apenas foram incluídas publicações redigidas em inglês.

6. Conclusão

Os resultados deste trabalho corroboram os dados da literatura científica, identificando a DM como uma das principais patologias presentes em CP, sendo esta a principal comorbilidade psiquiátrica observada nesta população de doentes. Contudo, apesar da sua importante prevalência e da sua enorme relevância, existe o risco desta perturbação psiquiátrica poder passar despercebida e de não ser diagnosticada adequadamente.

É importante frisar que os CP também devem incidir não apenas na sintomatologia física, mas também sobre o sofrimento psicológico e espiritual. Como tal, é fundamental reconhecer a necessidade de se realizar um diagnóstico adequado de DM, de forma a se poder implementar a modalidade terapêutica mais apropriada, com vista a melhorar a qualidade de vida desta população e reduzir o seu sofrimento.

Nos doentes internados, existe uma importante oportunidade para a avaliação clínica e abordagem terapêutica da sintomatologia física, sofrimento psicológico e espiritual do doente. Esta intervenção holística poderá ser ainda mais determinante em doentes que terão uma esperança de vida com autonomia e qualidade significativas. Por conseguinte, existe a necessidade de incluir em internamento hospitalar equipas multidisciplinares especializadas na prestação de CP, sendo fundamental a presença de elementos das diferentes especialidades médicas, enfermagem, psicologia, nutrição, assistente social e elementos de entidades religiosas. É importante a presença de uma equipa de profissionais de saúde treinada e especializada, de forma a garantir o adequado controlo sintomatológico físico e psicológico destes doentes. Adicionalmente, não se pode minimizar a importância da abordagem de questões relativas ao suporte sociofamiliar, bem como a oferta de apoio religioso/espiritual, caso o doente o solicite. Durante o internamento ou em regime ambulatorio, é importante que os familiares e os cuidadores dos doentes saibam que se encontram apoiados e acompanhados, sendo prestados cuidados não só a nível do tratamento dos sintomas físicos, mas também a nível do sofrimento psicológico e espiritual.

Futuramente, a pesquisa e investigação nesta área deverão ser direcionadas para a melhoria da determinação da prevalência da DM, bem como para o esclarecimento dos seus fatores de risco, em doentes internados em regime de CP. Tal pode ser conseguido através da elaboração de estudos clínicos em que se apliquem medidas de rastreio e diagnóstico com maior sensibilidade e especificidade. Este diagnóstico psiquiátrico deverá ser formalmente confirmado através de uma entrevista clínica psiquiátrica, sempre que a condição clínica do doente o permita. Deste modo, seria possível a determinação da prevalência da DM mediante critérios clínicos formais, o estabelecimento de valores de sensibilidade e especificidade da escala aplicada, bem como os valores limiares mais adequados que se correlacionam com o diagnóstico de DM. Contudo, tendo conta as características e a complexidade desta população de doentes, a elaboração de estudos clínicos para o estabelecimento do diagnóstico formal da DM, bem como dos seus fatores de risco, apresentam dificuldades conhecidas que poderão ser difíceis de minimizar ou superar.

Finalmente, após a identificação do diagnóstico de DM, é importante a identificação e intervenção terapêutica devido às diversas implicações que tem ao nível da qualidade de vida dos doentes em CP. É fundamental compreender que os sintomas de depressão e o sofrimento psicológico associado são passíveis de serem tratados e aliviados, mesmo quando acompanham o diagnóstico de uma doença médica incurável e ameaçadora para a vida. Os doentes com adequado controlo da sintomatologia física e psicológica, com um bom suporte sociofamiliar e espiritual, poderão ter melhores condições para enfrentar o fim de vida com serenidade e com um alívio significativo do sofrimento psicológico. Cabe ao profissional de saúde apresentar a sensibilidade clínica e humana para identificar e corrigir elementos que possam causar sofrimento, oferecendo a melhor qualidade possível ao fim de vida do doente, sem nunca esquecer ou negligenciar as necessidades dos seus familiares e cuidadores.

Referências:

- (1) *Palliative care*. (2019, November 13). WHO. acessado em <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>
- (2) World Health Organization. (2014, December 5). OMS | Cuidados paliativos. OMS. acessado em <https://www.who.int/cancer/palliative/es/>
- (3) Loscalzo, M. J. (2008). Palliative Care: An Historical Perspective. *Hematology*, 2008(1), 465. <https://doi.org/10.1182/asheducation-2008.1.465>
- (4) Clark, D. (2007). From margins to centre: a review of the history of palliative care in cancer. *The Lancet Oncology*, 8(5), 430–438. [https://doi.org/10.1016/s1470-2045\(07\)70138-9](https://doi.org/10.1016/s1470-2045(07)70138-9)
- (5) Apresentação. (2017, December 4). ICS - Católica. acessado em <https://ics.lisboa.ucp.pt/sobre-overview/observatorio-portugues-dos-cuidados-paliativos/apresentacao>
- (6) Gómez-Batiste, X., Martínez-Muñoz, M., Blay, C., Amblàs, J., Vila, L., Costa, X., Villanueva, A., Espauella, J., Espinosa, J., Figuerola, M., & Constante, C. (2012). Identifying patients with chronic conditions in need of palliative care in the general population: development of the NECPAL tool and preliminary prevalence rates in Catalonia. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 3(3), 300–308. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2012-000211>
- (7) Gómez-Batiste, X., Martínez-Muñoz, M., Blay, C., Amblàs, J., Vila, L., Costa, X., Espauella, J., Espinosa, J., Constante, C., & Mitchell, G. K. (2014). Prevalence and characteristics of patients with advanced chronic conditions in need of palliative care in the general population: A cross-sectional study. *Palliative Medicine*, 28(4), 302–311. <https://doi.org/10.1177/0269216313518266>
- (8) Publicações. (2021, February 23). ICS-Católica. acessado em <https://ics.lisboa.ucp.pt/pt-pt/sobre-overview/observatorio-portugues-dos-cuidados-paliativos/atividades/publicacoes>
- (9) Radbruch, L., & Payne, S. (2010). White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 2. *European Journal of Palliative Care*, 17(1), 22-33. <http://www.ejpc.eu.com/ejpc/ejpcissue.asp?Z=597622&IssueID=101>
- (10) Gomes, B., de Brito, M., de Lacerda, A. F., & Soares, D. (2020). Portugal needs to revolutionise end-of-life care. *The Lancet*, 395(10223), 495–496. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(19\)32969-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(19)32969-1)
- (11) Hotopf, M., Chidgey, J., Addington-Hall, J., & Lan Ly, K. (2002). Depression in advanced disease: a systematic review. Part 1: Prevalence and case finding. *Palliative Medicine*, 16(2), 81–97. <https://doi.org/10.1191/02169216302pm507oa>
- (12) Julião, M., & Barbosa, A. (2011). Depressão em Cuidados Paliativos: Prevalência e Avaliação. *Acta Médica Portuguesa*, 24(4), 807–818. <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/1590>
- (13) American Psychiatric Association. (2021). *DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th Edition. Generic.
- (14) Depression. (2020, January 30). WHO. acessado em <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- (15) GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. (2018). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*. DOI.

- (16) Irving, G., & Lloyd-Williams, M. (2010). Depression in advanced cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 14(5), 395–399. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2010.01.026>
- (17) Satin, J. R., Linden, W., & Phillips, M. J. (2009). Depression as a predictor of disease progression and mortality in cancer patients. *Cancer*, 115(22), 5349–5361. <https://doi.org/10.1002/cncr.24561>
- (18) Reymond, L., Parker, G., Gilles, L., & Cooper, K. (2018). Home-based palliative care. *Australian Journal of General Practice*, 47(11), 747–752. <https://doi.org/10.31128/ajgp-06-18-4607>
- (19) Gomes, B., Calanzani, N., Curiale, V., McCrone, P., & Higginson, I. J. (2013). Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Published. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd007760.pub2>
- (20) Whitney, R. L., Bell, J. F., Tancredi, D. J., Romano, P. S., Bold, R. J., Wun, T., & Joseph, J. G. (2019). Unplanned Hospitalization Among Individuals With Cancer in the Year After Diagnosis. *Journal of Oncology Practice*, 15(1), e20–e29. <https://doi.org/10.1200/jop.18.00254>
- (21) Prince, R. M., Powis, M., Zer, A., Atenafu, E. G., & Krzyzanowska, M. K. (2018). Hospitalisations and emergency department visits in cancer patients receiving systemic therapy: Systematic review and meta-analysis. *European Journal of Cancer Care*, 28(1), e12909. <https://doi.org/10.1111/ecc.12909>
- (22) Alsirafy, S. A., Raheem, A. A., Al-Zahrani, A. S., Mohammed, A. A., Sherisher, M. A., El-Kashif, A. T., & Ghanem, H. M. (2015). Emergency Department Visits at the End of Life of Patients With Terminal Cancer. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*®, 33(7), 658–662. <https://doi.org/10.1177/1049909115581819>
- (23) Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Medicine*, 6(7), e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- (24) Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gotzsche, P. C., Ioannidis, J. P. A., Clarke, M., Devereaux, P. J., Kleijnen, J., & Moher, D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate healthcare interventions: explanation and elaboration. *BMJ*, 339(jul21 1), b2700. <https://doi.org/10.1136/bmj.b2700>
- (25) Chan, K. Y., Chan, M. L., Yau, T. C. C., Li, C. W., Cheng, H. W., & Sham, M. K. (2012). Quality of Life for Hong Kong Chinese Patients with Advanced Gynecological Cancers in the Palliative phase of Care: A Cross-Sectional Study. *Journal of Palliative Care*, 28(4), 259–266. <https://doi.org/10.1177/082585971202800404>
- (26) Liu, Y., Zhang, P. Y., Na, J., Ma, C., Huo, W. L., Han, L., Yu, Y., & Xi, Q. S. (2013). Prevalence, Intensity, and Prognostic Significance of Common Symptoms in Terminally Ill Cancer Patients. *Journal of Palliative Medicine*, 16(7), 752–757. <https://doi.org/10.1089/jpm.2013.0028>
- (27) Bužgová, R., Hajnová, E., Sikorová, L., & Jarošová, D. (2014). Association between unmet needs and quality of life in hospitalised cancer patients no longer receiving anti-cancer treatment. *European Journal of Cancer Care*, 23(5), 685–694. <https://doi.org/10.1111/ecc.12181>
- (28) Güell, E., Ramos, A., Zertuche, T., & Pascual, A. (2014). Verbalized desire for death or euthanasia in advanced cancer patients receiving palliative care. *Palliative and Supportive Care*, 13(2), 295–303. <https://doi.org/10.1017/s1478951514000121>
- (29) Bužgová, R., Jarošová, D., & Hajnová, E. (2015). Assessing anxiety and depression with respect to the quality of life in cancer inpatients receiving palliative care. *European Journal of Oncology Nursing*, 19(6), 667–672. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.04.006>

- (30) Hasegawa, T., Goto, N., Matsumoto, N., Sasaki, Y., Ishiguro, T., Kuzuya, N., & Sugiyama, Y. (2016). Prevalence of unmet needs and correlated factors in advanced-stage cancer patients receiving rehabilitation. *Supportive Care in Cancer*, 24(11), 4761–4767. <https://doi.org/10.1007/s00520-016-3327-7>
- (31) Liu, Y., Liu, F., Yu, Y., Li, Q., Jin, X., & Li, J. (2016). Symptom Frequencies and Intensities in Hospitalized Patients With Advanced Cancer Having Depressive Disorder. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*, 34(5), 456–460. <https://doi.org/10.1177/1049909116655292>
- (32) Mercadante, S., Adile, C., Ferrera, P., Masedu, F., Valenti, M., & Aielli, F. (2016). Sleep disturbances in advanced cancer patients admitted to a supportive/palliative care unit. *Supportive Care in Cancer*, 25(4), 1301–1306. <https://doi.org/10.1007/s00520-016-3524-4>
- (33) Park, Y. Y., Jeong, Y. J., Lee, J., Moon, N., Bang, I., Kim, H., Yun, K. S., Kim, Y. I., & Jeon, T. H. (2017). The influence of family adaptability and cohesion on anxiety and depression of terminally ill cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 26(1), 313–321. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3912-4>
- (34) Lavdaniti, M., Fradelos, E. C., Troxoutsou, K., Zioga, E., Mitsi, D., Alikari, V., & Zyga, S. (2018). Symptoms in Advanced Cancer Patients in a Greek Hospital: a Descriptive Study. *Asian Pacific Journal of Cancer*, 19(4), 1047–1052. <https://doi.org/10.22034/APJCP.2018.19.4.1047>
- (35) Unseld, M., Vyssoki, B., Bauda, I., Felsner, M., Adamidis, F., Watzke, H., Masel, E., & Kapusta, N. D. (2018). Correlation of affective temperament and psychiatric symptoms in palliative care cancer patients. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 130(21–22), 653–658. <https://doi.org/10.1007/s00508-018-1400-6>
- (36) Bovero, A., Botto, R., Adriano, B., Opezzo, M., Tesio, V., & Torta, R. (2019). Exploring demoralization in end-of-life cancer patients: Prevalence, latent dimensions, and associations with other psychosocial variables. *Palliative and Supportive Care*, 17(5), 596–603. <https://doi.org/10.1017/s1478951519000191>
- (37) Sudarisan, S. S. P., Abraham, B., & George, C. (2019). Prevalence, correlates of depression, and its impact on quality of life of cancer patients attending a palliative care setting in South India. *Psycho-Oncology*, 28(6), 1308–1313. <https://doi.org/10.1002/pon.5083>
- (38) Noorani, N. H., & Montagnini, M. (2007). Recognizing Depression in Palliative Care Patients. *Journal of Palliative Medicine*, 10(2), 458–464. <https://doi.org/10.1089/jpm.2006.0099>
- (39) Strada AE: Grief, demoralization and depression: diagnostic challenges and treatment modalities. *Prim Psychiatry* 2009, 16(5):49–55.
- (40) Mitchell, A. J. (2010). Short Screening Tools for Cancer-Related Distress: A Review and Diagnostic Validity Meta-Analysis. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 8(4), 487–494. <https://doi.org/10.6004/jnccn.2010.0035>
- (41) Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>
- (42) Hartung, T. J., Friedrich, M., Johansen, C., Wittchen, H. U., Faller, H., Koch, U., Brähler, E., Härter, M., Keller, M., Schulz, H., Wegscheider, K., Weis, J., & Mehnert, A. (2017). The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and the 9-item Patient Health Questionnaire (PHQ-9) as screening instruments for depression in patients with cancer. *Cancer*, 123(21), 4236–4243. <https://doi.org/10.1002/cncr.30846>
- (43) Vodermaier, A., & Millman, R. D. (2011). Accuracy of the Hospital Anxiety and Depression Scale as a screening tool in cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Supportive Care in Cancer*, 19(12), 1899–1908. <https://doi.org/10.1007/s00520-011-1251-4>

- (44) Annunziata, M. A., Muzzatti, B., Bidoli, E., Flaiban, C., Bomben, F., Piccinin, M., Gipponi, K. M., Mariutti, G., Busato, S., & Mella, S. (2019). Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) accuracy in cancer patients. *Supportive Care in Cancer, 28*(8), 3921–3926. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-05244-8>
- (45) Mitchell, A. J., Meader, N., & Symonds, P. (2010). Diagnostic validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in cancer and palliative settings: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 126*(3), 335–348. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.01.067>
- (46) Bruera, E., Kuehn, N., Miller, M. J., Selmsler, P., & Macmillan, K. (1991). The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): A Simple Method for the Assessment of Palliative Care Patients. *Journal of Palliative Care, 7*(2), 6–9. <https://doi.org/10.1177/082585979100700202>
- (47) Watanabe, S. M., Nikolaichuk, C. L., & Beaumont, C. (2011). The Edmonton Symptom Assessment System, a proposed tool for distress screening in cancer patients: development and refinement. *Psycho-Oncology, 21*(9), 977–985. <https://doi.org/10.1002/pon.1996>
- (48) Oldenmenger, W. H., de Raaf, P. J., de Klerk, C., & van der Rijt, C. C. (2013). Cut Points on 0–10 Numeric Rating Scales for Symptoms Included in the Edmonton Symptom Assessment Scale in Cancer Patients: A Systematic Review. *Journal of Pain and Symptom Management, 45*(6), 1083–1093. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2012.06.007>
- (49) Boonyathee, S., Nagaviroj, K., & Anothaisintawee, T. (2017). The Accuracy of the Edmonton Symptom Assessment System for the Assessment of Depression in Patients With Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®, 35*(4), 731–739. <https://doi.org/10.1177/1049909117745292>
- (50) Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9. *Journal of General Internal Medicine, 16*(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- (51) Manea, L., Gilbody, S., & McMillan, D. (2015). A diagnostic meta-analysis of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) algorithm scoring method as a screen for depression. *General Hospital Psychiatry, 37*(1), 67–75. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2014.09.009>
- (52) He, C., Levis, B., Riehm, K., Saadat, N., Levis, A., Azar, M., Rice, D., Krishnan, A., Wu, Y., Sun, Y., Imran, M., Boruff, J., Cuijpers, P., Gilbody, S., Ioannidis, J., Kloda, L., McMillan, D., Patten, S., Shrier, I., . . . Benedetti, A. (2019). The Accuracy of the Patient Health Questionnaire-9 Algorithm for Screening to Detect Major Depression: An Individual Participant Data Meta-Analysis. *Psychotherapy and Psychosomatics, 89*(1), 25–37. <https://doi.org/10.1159/000502294>
- (53) Levis, B., Benedetti, A., & Thombs, B. D. (2019). Accuracy of Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) for screening to detect major depression: individual participant data meta-analysis. *BMJ, l1476*. <https://doi.org/10.1136/bmj.l1476>
- (54) Zung, W. W. K. (1965). A Self-Rating Depression Scale. *Archives of General Psychiatry, 12*(1), 63. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1965.01720310065008>
- (55) World Health Organization – https://www.who.int/substance_abuse/research_tools/zungdepressionscale/en
- (56) Thurber, S., Snow, M., & Honts, C. R. (2002). The Zung Self-Rating Depression Scale. *Assessment, 9*(4), 401–405. <https://doi.org/10.1177/1073191102238471>
- (57) Dunstan, D. A., & Scott, N. (2019). Clarification of the cut-off score for Zung’s self-rating depression scale. *BMC Psychiatry, 19*(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2161-0>

- (58) Dugan, W., McDonald, M. V., Passik, S. D., Rosenfeld, B. D., Theobald, D., & Edgerton, S. (1998). Use of the Zung Self-Rating Depression Scale in cancer patients: Feasibility as a screening tool. *Psycho-Oncology*, 7(6), 483–493. [https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/\(SICI\)1099-1611\(199811/12\)7:6%3C483::AID-PON326%3E3.0.CO;2-M](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/(SICI)1099-1611(199811/12)7:6%3C483::AID-PON326%3E3.0.CO;2-M)
- (59) Walker, J., Holm Hansen, C., Martin, P., Sawhney, A., Thekkumpurath, P., Beale, C., Symeonides, S., Wall, L., Murray, G., & Sharpe, M. (2013). Prevalence of depression in adults with cancer: a systematic review. *Annals of Oncology*, 24(4), 895–900. <https://doi.org/10.1093/annonc/mds575>
- (60) Mitchell, A. J., Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L., Johansen, C., & Meader, N. (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *The Lancet Oncology*, 12(2), 160–174. [https://doi.org/10.1016/s1470-2045\(11\)70002-x](https://doi.org/10.1016/s1470-2045(11)70002-x)
- (61) Caruso, R., Nanni, M. G., Riba, M., Sabato, S., Mitchell, A. J., Croce, E., & Grassi, L. (2017). Depressive spectrum disorders in cancer: prevalence, risk factors and screening for depression: a critical review. *Acta Oncologica*, 56(2), 146–155. <https://doi.org/10.1080/0284186x.2016.1266090>
- (62) Grassi, L., Caraceni, A., Mitchell, A. J., Nanni, M. G., Berardi, M. A., Caruso, R., & Riba, M. (2015). Management of Delirium in Palliative Care: a Review. *Current Psychiatry Reports*, 17(3). <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0550-8>
- (63) Fisher, K. A., Seow, H., Brazil, K., Freeman, S., Smith, T. F., & Guthrie, D. M. (2014). Prevalence and risk factors of depressive symptoms in a Canadian palliative home care population: a cross-sectional study. *BMC Palliative Care*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/1472-684x-13-10>
- (64) Fulton, J. J., Newins, A. R., Porter, L. S., & Ramos, K. (2018). Psychotherapy Targeting Depression and Anxiety for Use in Palliative Care: A Meta-Analysis. *Journal of Palliative Medicine*, 21(7), 1024–1037. <https://doi.org/10.1089/jpm.2017.0576>
- (65) von Blanckenburg, P., & Leppin, N. (2018). Psychological interventions in palliative care. *Current Opinion in Psychiatry*, 31(5), 389–395. <https://doi.org/10.1097/yco.0000000000000441>
- (66) O'Connor, M., Fisher, C., & Guilfoyle, A. (2006). Interdisciplinary teams in palliative care: a critical reflection. *International Journal of Palliative Nursing*, 12(3), 132–137. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2006.12.3.20698>
- (67) Fernando, G., & Hughes, S. (2019). Team approaches in palliative care: a review of the literature. *International Journal of Palliative Nursing*, 25(9), 444–451. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2019.25.9.444>