UNIVERSIDADE DE LISBOA

FACULDADE DE MEDICINA

PREVALÊNCIA DE NÁUSEAS E VÓMITOS EM CUIDADOS PALIATIVOS

Hélder Joaquim Alves Pinto

Orientador:

Professor Doutor Paulo Sérgio dos Reis Saraiva Pina

Dissertação especialmente elaborada para a obtenção do grau de Mestre em Cuidados Paliativos

2024

UNIVERSIDADE DE LISBOA

FACULDADE DE MEDICINA

PREVALÊNCIA DE NÁUSEAS E VÓMITOS EM CUIDADOS PALIATIVOS

Hélder Joaquim Alves Pinto

Orientador:

Professor Doutor Paulo Sérgio dos Reis Saraiva Pina

Dissertação especialmente elaborada para a obtenção do grau de Mestre em Cuidados Paliativos

2024

A impressão desta dissertação foi aprovada pelo Conselho Científico da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa em reunião de 21 de Novembro de 2023.

DEDICATÓRIA

Dedico esta investigação a todos aqueles que se encontraram, encontram ou encontrarão a necessitar de Cuidados Paliativos. Que possam viver intensa e inteiramente o fim das suas vidas.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos aqueles que proporcionaram e colaboraram para a realização desta tese.

Em primeiro lugar, aos integrantes no estudo, o ponto focal e mais importante desta investigação.

Aos Professores do Mestrado em Cuidados Paliativos da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, pelos conhecimentos que me transmitiram, dando-me as bases para que pudesse avançar no caminho dos Cuidados Paliativos.

Ao meu Orientador, Professor Doutor Paulo Reis Pina, pela sua instrução, incentivo, apoio e confiança.

À Dr.ª Margarida Damas de Carvalho, ao Dr. Fernando Medina, à Dr.ª Cecília Gil à Dr.ª Graça Coito e a toda a restante equipa do Serviço de Cuidados Paliativos da Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, pelo auxílio na execução desta tese e por terem proporcionado uma das mais importantes etapas da minha formação como médico.

À Administração da Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, por terem permitido e dado condições para que esta investigação tivesse lugar.

Aos meus pais e restante família, por serem o meu eterno apoio, pelo incentivo constante e incondicional.

A todos, o meu mais profundo e sincero obrigado.

RESUMO

Os desafios apresentados pelos doentes em cuidados paliativos são vastos. Entre eles, a gestão, prevenção e controlo de sintomas surgem como sendo dos mais importantes. Sendo as náuseas e vómitos dos sintomas mais frequentes nesta população, urge ampliar o conhecimento sobre esta matéria.

Realizou-se um estudo quantitativo, observacional, descritivo e retrospetivo com o objetivo de determinar a prevalência de náuseas e vómitos no momento da admissão numa Unidade de Cuidados Paliativos de Agudos, entre 1 de Janeiro de 2018 e 31 de Dezembro de 2018. Como objetivos secundários, pretendeu-se caracterizar a população de doentes com náuseas e vómitos em cuidados paliativos segundo dados sociodemográficos, características individuais e clínicas e associação de náuseas e vómitos com outros sintomas coexistentes.

Foram incluídos neste estudo 187 doentes. A média de idades foi 73,18 anos (IC 95% 71,35-75,00), com 55,5% do sexo masculino, apresentando 91,4% como diagnóstico principal doença oncológica, sendo a neoplasia de pulmão a mais frequente (19,3%). A metastização mais frequente foi a hepática (35,8%).

Em média, cada integrante no estudo apresentava 3,27 sintomas descontrolados, sendo o mais frequente a dor (50,8%). Os vómitos assumiram-se como o 6º sintoma mais prevalente (16,6%), enquanto as náuseas foram menos frequentes que estes, sendo o 13º sintoma mais prevalente (10,2%). Apesar de se ter encontrado uma relação estatisticamente significativa entre náuseas e as variáveis número de sintomas e diagnóstico principal de neoplasia primária desconhecida; e entre vómitos e a variável depressão, não se pode concluir que estas relações são clinicamente relevantes.

Estes dados tornam-se relevantes para futuras intervenções em saúde, permitindo, através da inclusão dos mesmos, criar programas de promoção da saúde mais adequados à nossa população.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Náusea; Prevalência; Sintomas; Vómitos

ABSTRACT

The challenges faced by patients in palliative care are vast. Among them, the management, prevention, and control of symptoms emerge as some of the most crucial. Given that nausea and vomiting are among the most frequent symptoms in this population, there is an urgent need to expand our knowledge in this area.

A quantitative, observational, descriptive, and retrospective study was conducted with the objective of determining the prevalence of nausea and vomiting at the time of admission to an Acute Palliative Care Unit between January 1, 2018, and December 31, 2018. Secondary objectives aimed to characterize the population of patients with nausea and vomiting in palliative care according to sociodemographic data, individual and clinical characteristics, and the association of nausea and vomiting with other coexisting symptoms.

A total of 187 patients were included in this study. The mean age was 73.18 years (95% CI 71.35-75.00), with 55.5% being male. The primary diagnosis for 91.4% of the patients was oncological disease, with lung neoplasia being the most frequent (19.3%). The most common site of metastasis was the liver (35.8%).

On average, each participant in the study presented 3,27 uncontrolled symptoms, with pain being the most frequent (50,8%). Vomiting ranked as the 6th most prevalent symptom (16,6%), while nausea was less frequent, ranking as the 13th most prevalent symptom (10,2%). Although a statistically significant relationship was found between nausea and the variables "number of symptoms" and "primary diagnosis of unknown primary neoplasia," and between vomiting and the variable "depression," it cannot be concluded that these relationships are clinically relevant.

These findings are significant for future health interventions, as they allow for the inclusion of relevant data in the creation of more suitable health promotion programs for our population.

Keywords: Nausea; Palliative Care; Prevalence; Symptom Assessment; Vomiting

ÍNDICE

LISTA DE GRÁFICOS X

LISTA DE TABELAS XI

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS XII

INTRODUÇÃO 1

ENQUADRAMENTO 1
ÂMBITO E OBJETIVOS 3
ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DO RELATÓRIO 3

CAPÍTULO 1: FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA 4

1.1 OS CUIDADOS PALIATIVOS 4
1.2 NÁUSEAS E VÓMITOS EM CUIDADOS PALIATIVOS 6
1.3 DEFINIÇÕES E CLASSIFICAÇÃO DAS NÁUSEAS E VÓMITOS 7
1.4 ETIOLOGIA DAS NÁUSEAS E VÓMITOS 9
1.5 FISIOPATOLOGIA DAS NÁUSEAS E VÓMITOS 12
1.6 AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DAS NÁUSEAS E VÓMITOS 14
Medidas Farmacológicas de Controlo das Náuseas e Vómitos 15
Medidas Não Farmacológicas de Controlo das Náuseas e Vómitos 17

CAPÍTULO 2: MATERIAIS E MÉTODOS 19

2.1 TIPO DE ESTUDO 19
2.2 OBJETIVOS E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO 19
Pergunta de Investigação 19
Objetivo Principal (Geral) 19
Objetivos Secundários (Específicos) 19
2.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA 19
População 19
Amostra 20
2.4 VARIÁVEIS 20
2.5 INSTRUMENTOS DE MEDIDA DAS VARIÁVEIS 20

2.6 PROCEDIMENTOS 20
2.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA 20
2.8 COMPROMISSOS ÉTICOS 21

CAPÍTULO 3: APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS 22

CAPÍTULO 4: DISCUSSÃO 35

LIMITAÇÕES DO ESTUDO 39

CONCLUSÕES 40

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 42

ANEXOS 46

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - MEDIDAS DE DISPERSÃO DA IDADE DOS INTEGRANTES NO ESTUDO 23
GRÁFICO 2 - MEDIDAS DE DISPERSÃO DO NÚMERO DE SINTOMAS DOS INTEGRANTES DO ESTUDO 26
GRÁFICO 3 - FREQUÊNCIA DO NÚMERO DE SINTOMAS DOS INTEGRANTES DO ESTUDO 26

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - SÍNDROMES QUE APRESENTAM NÁUSEAS E VÓMITOS CRÓNICOS NOS DOENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS COM CANCRO AVANÇADO 10
TABELA 2 - CATEGORIZAÇÃO DA ETIOLOGIA DAS NÁUSEAS E VÓMITOS EM DOENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS COM VÁRIAS DOENÇAS TERMINAIS. 11
TABELA 3 - MEDIDAS DE DISPERSÃO DA IDADE DOS INTEGRANTES NO ESTUDO 22
TABELA 4 - SEXO DOS INTEGRANTES NO ESTUDO 23
TABELA 5 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL DOS INTEGRANTES NO ESTUDO 24
TABELA 6 - PRESENÇA DE METASTIZAÇÃO NOS INTEGRANTES DO ESTUDO 25
TABELA 7 - MEDIDAS DE DISPERSÃO DO NÚMERO DE SINTOMAS DOS INTEGRANTES DO ESTUDO 25
TABELA 8 - SINTOMAS NOS INTEGRANTES DO ESTUDO 27
TABELA 9 - UTILIZAÇÃO DE ANTIEMÉTICOS PELOS DOENTES COM NÁUSEAS E VÓMITOS 28
TABELA 10 - CORRELAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS E NÁUSEAS 28
TABELA 11 - VARIÁVEIS COM SIGNIFICÂNCIA APÓS REGRESSÃO LOGÍSTICA - NÁUSEAS .. 31
TABELA 12 - CORRELAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS E VÓMITOS 31
TABELA 13 - VARIÁVEIS COM SIGNIFICÂNCIA APÓS REGRESSÃO LOGÍSTICA - VÓMITOS .. 34

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

CP	Cuidados Paliativos
OMS	Organização Mundial de Saúde
NEV	Náuseas e Vómitos
AVD	Atividades de vida diária
SCP	Serviço de Cuidados Paliativos
ULSLA	Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano
PNCP	Programa Nacional de Cuidados Paliativos
CNCP	Comissão Nacional de Cuidados Paliativos
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
TGI	Trato Gastrointestinal
AINE	Anti-inflamatório Não Esteroide
QT	Quimioterapia
DM	Diabetes Mellitus
ISRR	Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina
IRSN	Inibidores de Recaptação da Serotonina e Noradrenalina
CV	Centro do Vómito
ZGQ	Zona Gatilho dos Quimiorecetores
LCR	Líquido Cefalorraquidiano
PPS	*Palliative Performance Scale*
IC 95%	Intervalo de Confiança a 95%
ECIS	*European Cancer Information System* (Sistema Europeu de Informação sobre o Cancro)

INTRODUÇÃO

ENQUADRAMENTO

Os doentes em cuidados paliativos (CP) apresentam muitos desafios, nomeadamente a nível da gestão, prevenção e controlo de sintomas. Estes sintomas são muito variáveis, coexistindo vários deles no mesmo doente. Sendo o bem-estar dos doentes o principal foco da atividade clínica num Serviço de Cuidados Paliativos, torna-se fulcral conhecer os sintomas mais prevalentes e o impacto destes na qualidade de vida dos doentes. A *International Association for Hospice and Palliative Care* define CP como "o cuidado ativo holístico de indivíduos de todas as idades com sofrimento importante relacionado com saúde devido a doença severa e especialmente daqueles perto do final da vida" [1]. A Organização Mundial de Saúde (OMS) vai mais longe, especificando quais as áreas de atuação dos profissionais de CP, referindo em primeiro lugar "(...) dor e outros sintomas que causem angústia (...)" [2]. Verifica-se, portanto, que o controlo sintomático é de fulcral importância dentro dos CP.

Considerando que, muitas vezes, a sintomatologia não é devidamente avaliada e controlada, devido à perspetiva centrada na doença de base, cabe às Equipas de CP avaliarem de forma correta e sistemática toda e qualquer situação que possa interferir negativamente na qualidade de vida de um doente. Por conseguinte, é essencial a pesquisa, análise e avaliação de todos os sintomas, não só a nível etiológico como também na sua prevalência.

Dentro da miríade de sintomas que um doente em CP pode apresentar, segundo a literatura atual, as náuseas e os vómitos (NEV) são dos mais frequentes [3], com prevalências em doentes em CP variando de 16% a 40% para náuseas [4–8] e 9 % a 40% para vómitos [4–8]. Estas prevalências aumentam para valores superiores a 70% na última semana de vida [4], o que leva a que as NEV possam até ser utilizadas como prenunciadoras de mortalidade [9].

Analisando os estudos mais recentes, percebe-se que a prevalência de NEV em doentes em CP em Portugal apresenta valores próximos dos obtidos noutros países, com a prevalência de náuseas entre 19% e 30,2% e de vómitos entre 9% e 24,9% [5,6].

Para além de uma alta prevalência nos doentes em CP, mesmo quando se apresentam de forma ligeira, as NEV são bastante desagradáveis e debilitantes, diminuindo a qualidade de vida e restringindo as atividades de vida diária (AVD) dos afetados e das suas famílias [10,11].

As NEV aparecem com frequência associados a outros sintomas (*clusters*) [9], o que pode levar a um sub-tratamento destas devido ao foco dos profissionais de saúde se centrar nos restantes sintomas que o doente refira, como dor ou astenia [12].

Por estes motivos e considerando que as NEV são desvalorizadas no quotidiano clínico, pretende-se estudar a sua prevalência numa população de doentes seguidos pelo Serviço de CP da Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano (SCP-ULSLA) num período de 1 ano prévio à Pandemia pela COVID-19, desde 1 de Janeiro de 2018 e 31 de Dezembro de 2018. Considerando que este é um serviço integrado, com Unidade de Internamento de Doentes Paliativos Agudos, Equipa de CP Domiciliários e Equipa Intra-hospitalar (que realiza consultadoria interna, consultas externas programadas e consultas externas urgentes), será possível diminuir eventuais diferenças no controlo de NEV entre os doentes acompanhados em cada uma das modalidades assistenciais.

Procura-se com esta investigação melhorar a qualidade da assistência clínica e dos cuidados prestados aos doentes seguidos por este serviço, assim como, possivelmente, inspirar outros serviços à abordagem médica holística e integrativa do doente em todas as suas vertentes.

ÂMBITO E OBJETIVOS

Este trabalho procura dar resposta à pergunta "qual a prevalência de Náuseas e Vómitos numa população de doentes em Cuidados Paliativos?". Para tal, optou-se pela realização de um estudo quantitativo, observacional, descritivo e retrospetivo utilizando como amostra um conjunto de doentes da Unidade de Cuidados Paliativos de Agudos do Serviço de Cuidados Paliativos da Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano.

ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DO RELATÓRIO

Este trabalho encontra-se dividido em duas partes.

Na primeira parte, procedeu-se à revisão da literatura, desenvolvendo o suporte teórico sobre o qual a investigação decorreu, através da consulta de distintas obras e estudos de investigação divulgados em publicações de renome na área em estudo.

Na segunda parte, foi descrito todo o processo da investigação, explanando os métodos de realização da mesma, os resultados obtidos e a discussão destes, culminando nas conclusões obtidas, com o intuito de dar resposta aos objetivos deste estudo.

CAPÍTULO 1: FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1 OS CUIDADOS PALIATIVOS

Desde os primórdios do cuidado médico, uma das preocupações dos cuidadores tem sido a redução do sofrimento dos pacientes. O objetivo central da medicina manteve-se, até aos dias de hoje, melhorar a forma como se sentem os demais. É nesse sentido que surgem os Cuidados Paliativos. Paliar origina do latim *pallium*, que pode ser traduzida no sentido literal como "manto" ou "capa", significando figurativamente o ato de "cobrir", "tapar" ou "proteger". Assim, paliar, em medicina, significa proteger dos sintomas de uma doença sem necessariamente a curar.

O início dos Cuidados Paliativos na medicina moderna teve lugar nos hospícios do Reino Unido, onde os cuidadores eram, muitas vezes, membros de ordens religiosas. Em 1948, Cicely Saunders, uma médica britânica, fundou o primeiro hospício especificamente para doentes com doenças terminais [13]. O sucesso que obteve na melhoria da qualidade de vida dos seus doentes levou a que outros médicos seguissem o seu exemplo, introduzindo nas suas práticas médicas conceitos como a necessidade de uma equipa interdisciplinar para aliviar a "dor total" de uma pessoa em final de vida e dos seus familiares [14], o reconhecimento do valor dos desejos e necessidades dos doentes em fim de vida [13]. Com o tempo, os cuidadores começaram a verificar que esses conceitos podiam, também, aplicar-se a outros doentes para além dos que se encontram em situação terminal [13].

Apesar do sucesso na aplicação dos CP, só em 1990 a OMS reconheceu os CP como uma especialidade própria centrada no alívio do sofrimento e na melhoria da qualidade de vida dos doentes com doenças incuráveis e/ou graves e com prognóstico limitado [13]. Em 2002, a OMS apresentou uma definição de CP: "uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes – e suas famílias – que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais" [15]. Esta definição foi, também, adotada em Portugal, sendo incluída no Programa Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP), em 2010 [15].

A necessidade de CP tem vindo a aumentar a um ritmo intenso devido ao envelhecimento da população mundial, dos diagnósticos de cancro e de outras doenças não transmissíveis, assim como pela emergência recente da COVID-19 [16]. Prevê-se que em 2060 as necessidades de CP no final de vida dupliquem [16]. Em Portugal, segundo dados do "Plano estratégico para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos" apresentado em 2018 pela Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP) para o biénio 2019-2020, estima-se atualmente 75.614 a 89.861 portugueses necessitem de CP [17]. Apesar de tudo isto, as necessidades de CP são cumpridas apenas em 12% dos casos [16].

Considerando que não se pode alcançar uma verdadeira cobertura universal das necessidades de saúde sem CP, a 67ª Assembleia Mundial de Saúde aprovou, em 2014, a resolução 67.19 (WHA 67.19) intitulada "Reforço dos Cuidados Paliativos como um componente de um cuidado global ao longo de toda a vida", convocando todas as nações, com o apoio da OMS, a reforçar os CP para assegurar a disponibilidade destes [18].

1.2 NÁUSEAS E VÓMITOS EM CUIDADOS PALIATIVOS

Como com qualquer investigação centrada em sintomas experienciados por doentes em CP, o estudo das NEV nesta população é dedáleo [19]. Em primeiro lugar, pela heterogeneidade do estado clínico destes doentes, que apresentam diferentes patologias primárias em estádios diversos, assim como comorbilidades distintas [19]. Em segundo lugar, as diferenças entre os locais onde são realizados os estudos vão ter implicações na incidência e prevalência do fenómeno estudado [19]. Em terceiro lugar, muitas vezes as NEV são tratadas como uma entidade única, quando, na realidade, doentes experienciam náuseas ou vómitos de forma isolada, como ficou comprovado num estudo onde 62% dos doentes apresentavam NEV, 34% náuseas isoladamente e 4% vómitos isolados [19]. Em quarto lugar, a forma como é realizado o tratamento dos dados vai influenciar os resultados obtidos e as conclusões alcançadas [19]. Por fim, a inexistência de uma ferramenta estandardizada para a avaliação das NEV leva a uma variação inerente na obtenção de informação [19].

Dentro das doenças mais frequentes nos pacientes em CP, aquelas que apresentam maior prevalência de NEV são Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), com pelo menos 43%, seguida de Insuficiência Renal terminal, com 30%, 17% dos doentes com Insuficiência Cardíaca e 6% dos doentes com cancro [19–22].

1.3 DEFINIÇÕES E CLASSIFICAÇÃO DAS NÁUSEAS E VÓMITOS

As NEV devem ser distinguidas em três entidades distintas: náusea, vómito e arranque [9]. Começaremos por definir cada uma destas entidades.

Náusea é um termo médico, derivado do grego clássico *ναυτια*, que era usado para designar os sinais e sintomas desagradáveis experimentados nas viagens marítimas [23]. Refere-se ao conjunto de sensações desagradáveis que precede e indica a iminência do vómito [23], podendo acompanhar-se de outros sintomas, como, por exemplo, sudorese, palidez, taquicardia ou salivação [9]. Sendo uma experiência pessoal e subjetiva, torna-se uma sensação variável de indivíduo para indivíduo, o que dificulta a sua identificação e avaliação em contexto clínico [23].

Vómito é a expulsão abrupta e forçada de conteúdo gástrico pela boca de forma retrógrada, sendo, contrariamente à náusea, um processo específico [9]. Este processo é frequentemente, mas nem sempre, precedido por náusea [19].

Arranque consiste na contração ativa e repetitiva da musculatura abdominal, levando à evacuação do conteúdo gástrico através da criação de um gradiente de pressão, podendo ocorrer isoladamente sem descarga do conteúdo gástrico pela boca [19].

É importante diferenciar as NEV de outras três entidades que podem ser encontradas na prática clínica: regurgitação, ruminação e dispepsia.

Regurgitação ocorre com a presença de refluxo gastroesofágico ou obstrução esofágica e é definida como o fluxo passivo retrógrado de conteúdo esofágico até à boca [19].

Ruminação sucede repetidamente após as refeições, não é precedida de náusea e não está associada aos processos que por norma acompanham o vómito, sendo um distúrbio alimentar que pode ser confundido com vómito [19].

Dispepsia define-se como dor ou desconforto recorrente com o foco no abdómen superior. Pode ser classificada em dois tipos: dispepsia estrutural, relacionada com acidez, e dispepsia funcional, relacionada com dismotilidade [19].

Quanto à distinção temporal, as NEV podem-se classificar em antecipatórias, agudas, atrasadas e crónicas [9]. As NEV antecipatórias emergem entre 12 e 24 horas antes da ocorrência de qualquer evento que possa originar diretamente NEV, estando relacionadas com ansiedade [9]. As NEV agudas surgem até 24 horas após a exposição a um estimulador direto, que pode ser, por exemplo, quimioterapia, opióides ou antibióticos [9]. As NEV atrasadas acontecem entre as 24 horas e os 5 dias após exposição a sujeição ao estimulador direto [9]. Por fim, as NEV crónicas são aquelas que se mantêm há mais de 5 a 7 dias [9]. É de importância referir que na população de doentes a receber CP a média de duração de NEV é de 7 dias, variando entre 1 e 468 dias[21].

1.4 ETIOLOGIA DAS NÁUSEAS E VÓMITOS

Um conhecimento aprofundado dos processos fisiológicos que originam as NEV é basilar para o correto estudo das mesmas. Assim, vamos explorar a etiologia destes processos [19].

Os doentes com doença avançada podem apresentar NEV por uma miríade de causas, sendo a etiologia das NEV identificadas em cerca de 66% dos casos em CP [21] e, na maioria das situações, várias causas contribuem concomitantemente para o aparecimento das NEV [9]. Existem certos fatores que se associam a NEV, sendo os mais frequentes: sexo feminino, idade menor que 65 anos, neoplasias da mama, gástricos, ginecológicos ou esofágicos, metastização peritoneal, pleural ou pulmonar, utilização de fármacos opióides, obstrução intestinal ou patologia do trato gastrointestinal (TGI) [9].

O diagnóstico diferencial de NEV nos doentes com cancro avançado em CP deve incluir as causas que se apresentam na Tabela 1.

Para além destes, outras etiologias devem ser consideradas no diagnóstico diferencial das NEV. Estas, por conveniência, podem ser agrupadas nas quatro categorias que são comummente utilizadas para classificar a etiologia da dor oncológica e encontram-se explanadas na Tabela 2.

Ao lidarmos com doentes em CP, é fulcral identificar as causas potencialmente reversíveis de NEV, algo que é alcançado na maioria das vezes através de uma correta história clínica e um adequado exame objetivo cuja base deverá ser a semiologia [9], auxiliado pelas investigações apropriadas, como análise bioquímica ou métodos radiológicos [24].

Tabela 1 - Síndromes que apresentam Náuseas e Vómitos crónicos nos doentes em Cuidados Paliativos com cancro avançado

Síndrome	Derivado da neoplasia	Derivado do tratamento	Derivado de comorbilidades
Estase gástrica	Carcinoma gástrico Hepatomegalia Ascite Neuropatia paraneoplásica	Induzida por drogas (p. ex. opióides)	Dispepsia Gastrite (incluindo induzidas por drogas, p. ex. AINE) Gastropatia diabética
Bioquímico	Hipercalcémia Hiponatrémia Hipernatrémia Hipercaliémia Metástases hepáticas Uropatia obstrutiva Obstrução intestinal Síndrome anorexia-caquexia	Induzida por drogas (p. ex. opióides ou QT)	Falha orgânica (p. ex. insuficiência hepática e renal ou descompensação tiroideia ou da DM) Infeções Induzida por drogas (p. ex. Antibióticos ou antidepressivos ISRS)
Pressão intracraniana aumentada	Tumores cerebrais Secundarização cerebral Doença meníngea		
Vestibular	Secundarização cerebral	Induzida por drogas (p. ex. opióides)	Problemas vestibulares, tonturas
Obstrução ou dismotilidade intestinal	Neoplasia intestinal Secundarização intra-abdominal (p. ex. doença peritoneal) Ascite	Adesões	Obstipação
Outros			Ansiedade Receio de fracasso terapêutico Perda de função Más experiências anteriores Tristeza Angústia existencial

***Legenda**: AINE – anti-inflamatórios não esteroides; DM – diabetes mellitus; ISRR – inibidores seletivos da recaptação da serotonina; QT – quimioterapia.*

Adaptado de Reis-Pina (2016) e Glare (2011) [9,19]

Tabela 2 - Categorização da etiologia das Náuseas e Vómitos em doentes em Cuidados Paliativos com várias doenças terminais.

	Cancro	**Insuficiência cardíaca**	**Insuficiência respiratória**	**Insuficiência renal**	**Insuficiência cognitiva**
Relacionados com a doença	Metastização hepática Obstrução intestinal Hipercalcémia	Edema do TGI Ascite Isquemia	Vómito pós-tosse irritativa	Uremia	Demências graves
Relacionados com o tratamento	QT Opióides AINE IRSN	Hiponatrémia por diuréticos Digoxina	Antibióticos Teofilina	Diálise Peritonite	Inibidores das colinesterases
Relacionados com um problema	Obstipação Candidíase oral Síndrome anorexia-caquexia Ansiedade Infeções				Obstipação Candidíase oral Síndrome anorexia-caquexia Ansiedade Infeções Caquexia por alimentação por sonda
Sem qualquer relação	Isquemia mesentérica Colangite subaguda Síndrome de Ménière Gastroenterite Gastrite por AINE DM descontrolada Retenção urinária HTA descontrolada				

***Legenda**: AINE – anti-inflamatórios não esteroides; DM – diabetes mellitus; HTA – hipertensão arterial; IRSN – inibidores de recaptação da serotonina e noradrenalina; QT – quimioterapia; TGI – trato gastrointestinal.*

Adaptado de Reis-Pina (2016) e Glare (2011) [9,19]

1.5 FISIOPATOLOGIA DAS NÁUSEAS E VÓMITOS

As vias do processo emético são complexas e implicam o envolvimento de múltiplos neurotransmissores. Pensa-se que os reflexos aferentes e eferentes que resultam em NEV encontrem-se integrados em dois centros que se localizam no tronco cerebral: o centro do vómito (CV) e a zona gatilho dos quimiorecetores (ZGQ) [9,25]. Estas vias funcionam como uma rede neuronal de interconexões [9].

A ZGQ localiza-se na área postrema no pavimento do quarto ventrículo e encontra-se fora da barreira hematoencefálica [9,25]. Provavelmente existe como uma série de redes neurais interconectadas que penetram no núcleo do trato solitário [9,25]. É estimulada por químicos presentes no líquido cefalorraquidiano (LCR) e no sangue, assim como por aferentes do nervo vago e do nervo vestibular [9,25]. Contém recetores para dopamina (D_2), serotonina (5-HT_3), opioides (MU_2) e acetilcolina (ACH) [25]. A ZGQ deteta, de forma contínua, fármacos, toxinas e produtos metabólicos (como ureia ou cetonas, entre outros) presentes na circulação sanguínea [9].

O CV situa-se na medula oblonga e possui uma barreira hematoencefálica [25]. É, como a ZGQ, uma rede neural difusa interconectada [25]. Aqui, são geridas todas as circunstâncias que levam ao reflexo de NEV e que se acompanham de um conjunto de processos, como secreção de suco gástrico, salivação e contração dos músculos abdominais [9]. O CV apresenta recetores emetogénicos muscarínicos (M), histaminérgicos (H_1), neurocininérgicos (NK_1) e serotoninérgicos (5-HT_2) [9,25]. Recebe aferências da ZGQ, mas também de:

- Sistema límbico, diencéfalo e córtex cerebral, que podem ser ativados por memórias, cheiros, paladares, dor, medo, ansiedade ou por um aumento da pressão intracraniana (causado por lesões ocupantes de espaço, benignas ou malignas, sejam estas primárias ou secundárias) [9,25]. Apresentam recetores emetogénicos 5-HT_2, M, H_1 e D_2 [9];
- Núcleo vestibular (VIII par craniano). Apresenta recetores H_1 e M [9,25]. Envia estímulos para o cerebelo, que vão, de seguida, para a ZGQ e, por fim, para o CV [9];
- Vias periféricas, como o nervo vago (X par craniano) e estimulação simpática do TGI. Existem mecanorecetores e quimiorecetores no TGI e no fígado que são

sensíveis à distensão, obstrução e irritação da mucosa intestinal [9]. O nervo vago apresenta, no fígado e no TGI, recetores emetogénicos 5-HT_3 e recetores procinéticos 5-HT_4 [9]. A parede gástrica apresenta recetores D_2 que provocam gastroparésia [9].

Outros neurotransmissores estão envolvidos na indução da emése, embora não seja conhecido o local exato dos seus recetores [9]. Exemplos destes neurotransmissores são a substância P, os opioides endógenos e os canabinóides [9].

O CV recebe e processa toda a informação aferente e, de seguida, envia estímulos pelas vias eferentes que vão causar respostas viscerais (levando à secreção de hormonas e muco) e somáticas (controlando a contractilidade e o tónus muscular respiratório e abdominal), o que culmina em retroperistalse e, finalmente, na expulsão do conteúdo gástrico [25].

1.6 AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DAS NÁUSEAS E VÓMITOS

Para avaliar um doente em CP com NEV necessitamos de averiguar 3 informações fulcrais [9]:

1. **Verificar a existência de náusea, vómito, arranques, dispepsia ou refluxo;**
2. **Determinar etiologia em caso de existência de sintomas, para decidir qual a atitude clínica mais correta;**
3. **Esclarecer a frequência, intensidade, outros sintomas associados e o impacto na QDV das NEV.**

Assim, surgem 5 etapas usadas para sistematizar a avaliação do doente com NEV [9]:

1. **Caracterizar as NEV;**

A caracterização das NEV deverá, sempre que possível, partir da autoavaliação do doente relativa ao impacto pessoal causado pelas NEV para, assim, qualificar a intensidade ou graveza das mesmas. Poderão, para este efeito, ser aplicadas escalas de avaliação numérica (de 0 a 10) ou escalas verbais descritivas (ausente, ligeira, moderada, insuportável)[9].

2. **Assertar a existência de outros sintomas concomitantemente com as NEV;**

Pesquisamos, aqui, indicações que nos possam apontar para o diagnóstico e etiologia das NEV, como obstipação, oclusão intestinal, causas psicogénicas, entre outras [9]. Também deve ser abordado o sofrimento psicossocial e espiritual que poderão estar associados a NEV [9].

3. **Realizar uma adequada história clínica;**

Uma correta história clínica é a base de qualquer avaliação médica, pelo que, também neste caso, esta deverá ser realizada com todo o cuidado e exatidão para, assim, orientar o clínico em direção ao correto diagnóstico e, consequentemente, ao tratamento adequado das NEV. Deverão ser interpelados todos os aspetos relacionados com as NEV, como a sua qualidade, duração, frequência, ritmo, quantidade, aspeto, conteúdo dos vómitos, se aliviam após o vómito, associação de dor, presença de hematémeses, hábitos

intestinais, patologias concomitantes, fatores de agravamento e de alívio, terapêutica farmacológica ou antineoplásica que está a ser realizada no momento [9].

4. **Efetuar um correto exame objetivo;**

Devem ser avaliados todos os aspetos físicos do doente que se relacionam com NEV: boca, orofaringe, ouvidos, olhos, pele, mucosas, sinais neurológicos, febre, abdómen e reto [9].

5. **Apurar a carência de realização de exames complementares de diagnóstico.**

Caso se justifique, e considerando a todo o momento a adequação destes ao estado geral e vontade do doente, poderão ser solicitados exames complementares que nos conduzam ao diagnóstico adequado, como, por exemplo, radiografia abdominal ou avaliação analítica sanguínea [9].

Efetuada a avaliação das NEV, passaremos para o tratamento das mesmas, que pode incluir quer medidas farmacológicas, quer medidas não farmacológicas.

MEDIDAS FARMACOLÓGICAS DE CONTROLO DAS NÁUSEAS E VÓMITOS

O controlo eficaz das NEV é crucial para o bem-estar do paciente e para garantir a continuidade dos cuidados de saúde. As medidas farmacológicas de controlo das NEV são a base para o controlo das mesmas, pelo que urge conhecer as opções disponíveis para tal e as indicações de cada uma destas.

1. **Agentes procinéticos;**

Os agentes procinéticos atuam estimulando a motilidade do trato intestinal superior através de 4 mecanismos potenciais: ativação dos recetores 5-HT_4, estimulando o sistema colinérgico da parede gástrica; bloqueio dos recetores 5-HT_3; ativando os recetores de motilina ou libertando o "travão" dopaminérgico do esvaziamento gástrico [19]. Como exemplos de agentes procinéticos, temos a Metoclopramida, a Mirtazapina e a Eritromicina [19].

2. Antagonistas seletivos dos recetores 5-HT_3

Estes fármacos exercem o seu efeito antiemético bloqueando os recetores 5-HT_3 periféricos e centrais, bloqueando a amplificação do efeito da serotonina no nervo vago [19]. O mais antigo antagonista dos recetores 5-HT_3 é o Ondansetron, existindo fármacos mais recentes como o Dolasetron, o Tropisetron, o Granisetron e o Panonosetron [19].

3. Antagonistas dos recetores de dopamina

O bloqueio dos recetores D_2 encontrados na ZGQ causa o efeito antiemético que estes fármacos apresentam [19]. Como exemplos, temos o Haloperidol e a Olanzapina [19].

4. Corticosteroides;

Os corticosteroides, como a dexametasona, são também frequentemente utilizados no controlo das NEV, especialmente quando estas estão associadas a quimioterapia e radioterapia [19]. O mecanismo de ação dos corticosteroides não se encontra totalmente desvendado, embora haja mecanismos propostos como possíveis, como a depleção do ácido gama-aminobutírico guardado na medula, a redução da permeabilidade da barreira hematoencefálica às toxinas eméticas ou a inibição da libertação de encefalina no tronco cerebral [19]. Os corticosteroides são habitualmente administrados em conjunto com outros antieméticos de forma a obter melhores resultados.

5. Benzodiazepinas;

Em certos casos, as benzodiazepinas, como o lorazepam, poderão ser prescritas para controlar NEV, especialmente quando estas estão relacionadas com quadros de ansiedade [19]. As propriedades ansiolíticas e sedativas destes fármacos ajudam a reduzir os sintomas associados à ansiedade que podem desencadear ou agravar as NEV [19].

6. Canabinóides;

Alguns canabinóides, como o dronabinol, têm sido utilizados no controlo das NEV, particularmente nos casos associados à quimioterapia, para além de auxiliarem no controlo da síndrome de caquexia-anorexia [19]. Estes medicamentos atuam nos recetores de CB_1 no sistema nervoso central, reduzindo os sinais de NEV [19]. No entanto, devido

aos seus efeitos psicoativos e interações com drogas psicoativas, sedativos e/ou etanol, o uso de canabinóides deverá passar por uma avaliação cuidadosa dos riscos e benefícios individuais de cada paciente [19].

7. Anti-histamínicos.

Certos anti-histamínicos, como a Hidroxizina ou a Prometazina, possuem propriedades antieméticas e são usados no controlo das NEV, principalmente nas situações relacionadas com vertigens e distúrbios vestibulares [19]. Estes medicamentos atuam através do bloqueio dos recetores H_1 no centro de vómito da medula, do núcleo vestibular e da ZGQ [19].

As medidas farmacológicas desempenham um papel fundamental no controlo das NEV. A escolha do medicamento adequado dependerá da causa subjacente dos sintomas, do perfil de efeitos secundários e da avaliação individual do paciente. É importante que estes medicamentos sejam prescritos e monitorizados por profissionais de saúde qualificados, tendo em conta o quadro clínico e o histórico do paciente, devendo ser ajustados com uma frequência apropriada, de forma a alcançar um adequado controlo das NEV.

MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS DE CONTROLO DAS NÁUSEAS E VÓMITOS

Embora o uso de agentes farmacológicos seja uma abordagem comum para o controlo das NEV, as medidas não farmacológicas desempenham, também, um papel importante na sua gestão. De seguida, será feita uma descrição abrangente das diversas medidas não farmacológicas de controlo das NEV.

1. Terapia cognitivo-comportamental;

A terapia cognitivo-comportamental envolve técnicas psicológicas com o objetivo de modificar os padrões cognitivos e de comportamento do paciente. Esta abordagem pode ser útil no controle das NEV, uma vez que fatores psicológicos, como a ansiedade, podem desencadear ou agravar estes sintomas. A terapia cognitivo-comportamental pode ajudar o paciente a identificar e modificar pensamentos negativos ou irracionais relacionados com as NEV, para além de fornecer estratégias de gestão eficazes.

2. Relaxamento e técnicas de respiração;

Técnicas de relaxamento, como os exercícios de respiração profunda, meditação, massagem e relaxamento muscular progressivo, têm-se demonstrado eficazes no controlo das NEV [19]. Estas técnicas ajudam a reduzir a ansiedade, contribuindo para uma melhoria no bem-estar geral do paciente [19]. Através da prática regular destas técnicas, o paciente pode alcançar um estado de relaxamento que pode levar à diminuição da intensidade e da frequência dos episódios de NEV [19].

3. Acupuntura;

A acupuntura é uma terapia baseada na medicina tradicional chinesa que envolve a estimulação de pontos específicos no corpo. Apenas existe evidência do efeito desta nas NEV em emese induzida por quimioterapia e na náusea antecipatória [19].

4. Modificação da dieta;

Determinados alimentos e bebidas podem desencadear ou agravar as NEV. Portanto, a modificação da dieta poderá ser uma medida eficaz de controlo. Recomenda-se evitar alimentos gordurosos, picantes ou muito salgados [19].

5. Estimulação sensorial;

A estimulação sensorial pode desempenhar um papel significativo no controlo das NEV [19]. Certos estímulos, como odores desagradáveis, ambientes quentes ou movimentos bruscos, podem desencadear estes sintomas [19]. Portanto, evitar ou minimizar a exposição a estes estímulos pode ser benéfico.

As medidas não farmacológicas cumprem um papel importante no controlo das NEV. É fundamental que estas medidas sejam adotadas em conjunto com o tratamento médico apropriado, tendo sempre em consideração a etiologia e fisiopatologia dos sintomas.

CAPÍTULO 2: MATERIAIS E MÉTODOS

2.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo quantitativo, observacional, descritivo e retrospetivo.

2.2 OBJETIVOS E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

PERGUNTA DE INVESTIGAÇÃO

"Qual a prevalência de NEV numa população de doentes em CP?"

OBJETIVO PRINCIPAL (GERAL)

Determinar a prevalência de NEV no momento da admissão na Unidade de Cuidados Paliativos de Agudos do SCP-ULSLA entre 1 de Janeiro de 2018 e 31 de Dezembro de 2018.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS (ESPECÍFICOS)

1. Determinar a proporção de doentes com NEV numa série consecutiva de doentes em CP;
2. Caracterizar a população de doentes com NEV em CP segundo:
    - Dados sociodemográficos;
    - Características individuais e clínicas;
    - Associação de NEV com outros sintomas coexistentes.
3. Avaliar de que forma as restantes variáveis se correlacionam com a presença de Náuseas e com a presença de Vómitos

2.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

POPULAÇÃO

Totalidade dos doentes seguidos pelo SCP-ULSLA em Santiago do Cacém - Portugal.

AMOSTRA

Amostra de doentes consecutivos que cumpram os seguintes critérios de inclusão no estudo: idade igual ou superior a 18 anos, admitidos na Unidade de Cuidados Paliativos de Agudos do SCP-ULSLA entre 1 de Janeiro de 2018 e 31 de Dezembro de 2018. Serão incluídos todos os doentes, independentemente da tipologia (oncológica e não oncológica) e da *Palliative Performance Scale* (PPS).

2.4 VARIÁVEIS

- Sociodemográficas: idade e género.
- Clínicas: diagnóstico principal, presença de metástases e localização, uso de antieméticos.
- Sintomas, para além de NEV.

2.5 INSTRUMENTOS DE MEDIDA DAS VARIÁVEIS

Recolha de dados dos processos clínicos informatizados dos doentes que cumpram os critérios de inclusão.

2.6 PROCEDIMENTOS

A investigação foi realizada no Serviço de Cuidados Paliativos da Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano. O orientador acompanhou a realização do projeto em todas as suas fases.

A recolha da informação integrante neste estudo foi realizada pelo autor do trabalho. Os participantes foram selecionados para introdução neste estudo conforme os critérios de inclusão referidos anteriormente.

2.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Estatística descritiva (mediana, moda, quartis e média com intervalo de confiança a 95%) foi usada para a caracterização geral da população e dos dados.

Para análise de correlação entre variáveis foi calculado a *Odds Ratio* ou o *p-value* com os respetivos intervalos de confiança a 95% (IC 95%). De forma a excluir possíveis

correlações entre os fatores que não aqueles em estudo (NEV), foram aplicados modelos de regressão logística.

Toda a análise estatística foi realizada com auxílio do software de análise estatística IBM SPSS Statistics 29.0® (IBM Corp.©).

2.8 COMPROMISSOS ÉTICOS

Para a realização deste estudo, nenhum doente viu a sua rotina de avaliação, de tratamento e de seguimento clínico alterada. A confidencialidade dos doentes esteve garantida. A cada doente foi atribuído um código alfanumérico. Os dados foram armazenados num computador numa base de dados encriptada cujo acesso foi restrito ao autor e ao orientador do trabalho. Dada a natureza retrospetiva do estudo, não foi possível realizar Consentimento Informado.

Foram obtidas as devidas autorizações do Conselho da Administração da Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano e da Comissão de Ética para a Saúde desta entidade. Ademais foi obtido um parecer positivo da Comissão de Ética da FMUL.

CAPÍTULO 3: APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Com o objetivo de caracterizar demograficamente a população em estudo, foram colhidas várias variáveis, que se apresentam de seguida.

Foram incluídos no estudo 187 doentes.

Podemos observar, na tabela 3, a média, mediana, moda, desvio padrão e percentis 25, 50 e 75 da idade dos integrantes neste estudo. A representação gráfica destas medidas pode ser observada no Gráfico 1.

Tabela 3 - Medidas de dispersão da idade dos integrantes no estudo

Medida		Idade (anos) (IC 95%)
Média		73,18 (71,35 – 75,00)
Mediana		76,00
Moda		56
Desvio Padrão		12,664
Percentis	25	63,00
	50	76,00
	75	83,00

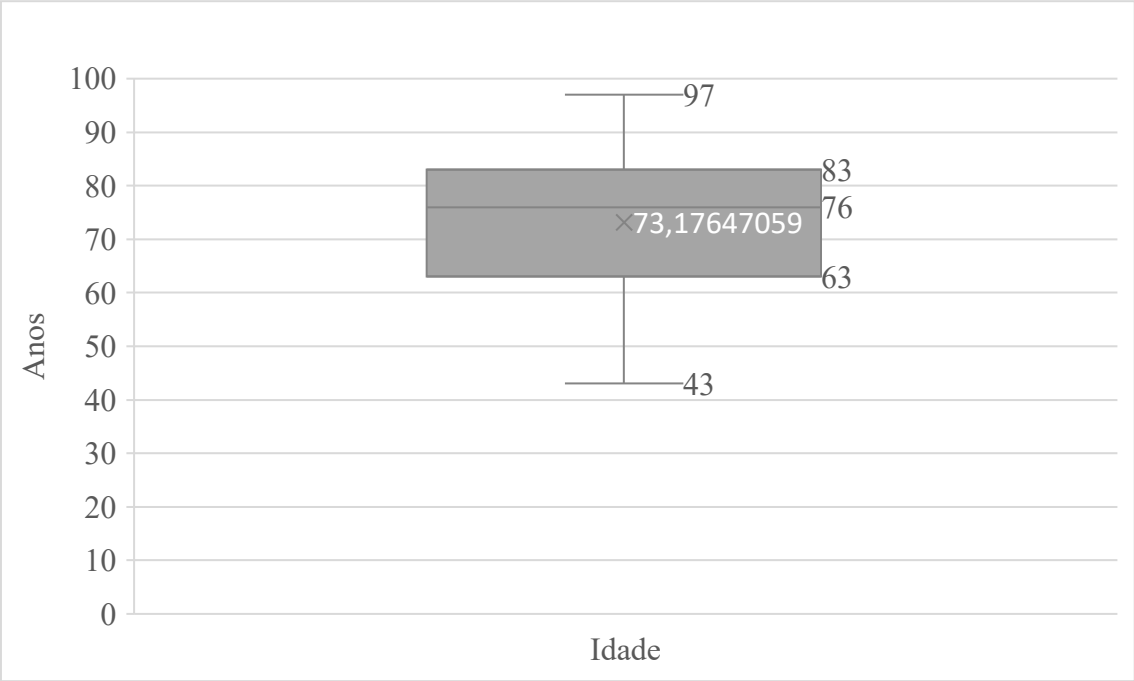

Gráfico 1 - Medidas de dispersão da idade dos integrantes no estudo

Na Tabela 4 está apresentada a distribuição por sexos dos integrantes no estudo. Observa-se um ligeiro predomínio de integrantes do sexo masculino (55,5% contra 44,5%).

Tabela 4 - Sexo dos integrantes no estudo

Sexo	Frequência (n)	Percentagem (%)
Masculino	104	55,6
Feminino	83	44,5
Total	187	100,0

O diagnóstico principal dos integrantes no estudo encontra-se explanado na Tabela 5. Podemos observar que o diagnóstico mais frequente é a neoplasia do pulmão, coincidindo com os dados de mortalidade nacional segundo o Sistema Europeu de Informação sobre o Cancro (ECIS) [26], onde a neoplasia mais frequente é, também, a do pulmão. De seguida, encontramos a neoplasia do cólon, também de acordo com os dados do ECIS. De assinalar que os doentes não oncológicos representam apenas 8,6% do total dos estudados.

Tabela 5 - Diagnóstico principal dos integrantes no estudo

Diagnóstico	Frequência (n)	Percentagem (%)
Neoplasia do Pulmão	36	19,3
Neoplasia do Cólon + Sigmoide	30	16,0
Não oncológico	16	8,6
Neoplasia da Mama	14	7,5
Neoplasia Gástrica	12	6,4
Neoplasia da Próstata	11	5,9
Neoplasia do Pâncreas	11	5,9
Neoplasia do Recto	9	4,8
Neoplasia Primária Desconhecida	9	4,8
Neoplasia do Ovário + Útero + Vagina	8	4,7
Neoplasia da Laringe + Faringe + Esófago	5	2,7
Neoplasia do Rim	5	2,7
Neoplasia Cerebral	4	2,1
Melanoma	3	1,6
Neoplasia da Língua + Gengiva	3	1,6
Neoplasia do Colo do Útero	3	1,6
Outras Neoplasias	3	1,6
Hepatocarcinoma	2	1,1
Neoplasia da Bexiga	2	1,1
Neoplasia do Cavum	2	1,1
Neoplasia do Endométrio	2	1,1
Total	187	100,0

Na Tabela 6 encontramos a presença de metastização nos integrantes do estudo. A metastização hepática é a mais comum, surgindo em 35,8% dos integrantes, seguida pela pulmonar (31%) e pela óssea 23,5%.

Tabela 6 - Presença de metastização nos integrantes do estudo

Metastização	Frequência (n)	Percentagem (%)
Hepática	67	35,8
Pulmonar	58	31
Óssea	44	23,5
Ganglionar	31	16,6
Mediastínica	16	8,6
Suprarrenal	15	8
Carcinomatose peritoneal	12	6,4
Cerebral	9	4,8
Pleural	7	3,7
Peritoneal	6	3,2
Outros	3	1,5

As medidas de dispersão do número de sintomas dos integrantes do estudo estão apresentadas na Tabela 7. A média de sintomas é de 3,27 (com um IC a 95% de 2,94-3,59), muito próxima da mediana, que é de 3. Por outro lado, a moda é de 2, coincidindo com o valor do percentil 25. Isto poderá ser explicado, como vemos no Gráfico 2, pela existência de 4 *outliers* (8, 9, 10 e 11 sintomas). No Gráfico 3 podemos ver a frequência do número de sintomas dos integrantes no estudo.

Tabela 7 - Medidas de dispersão do número de sintomas dos integrantes do estudo

Medida		Número de sintomas (n) (IC 95%)
Média		3,27 (2,94 – 3,59)
Mediana		3,00
Moda		2
Desvio Padrão		2,246
Percentis	25	2,00
	50	3,00
	75	4,00

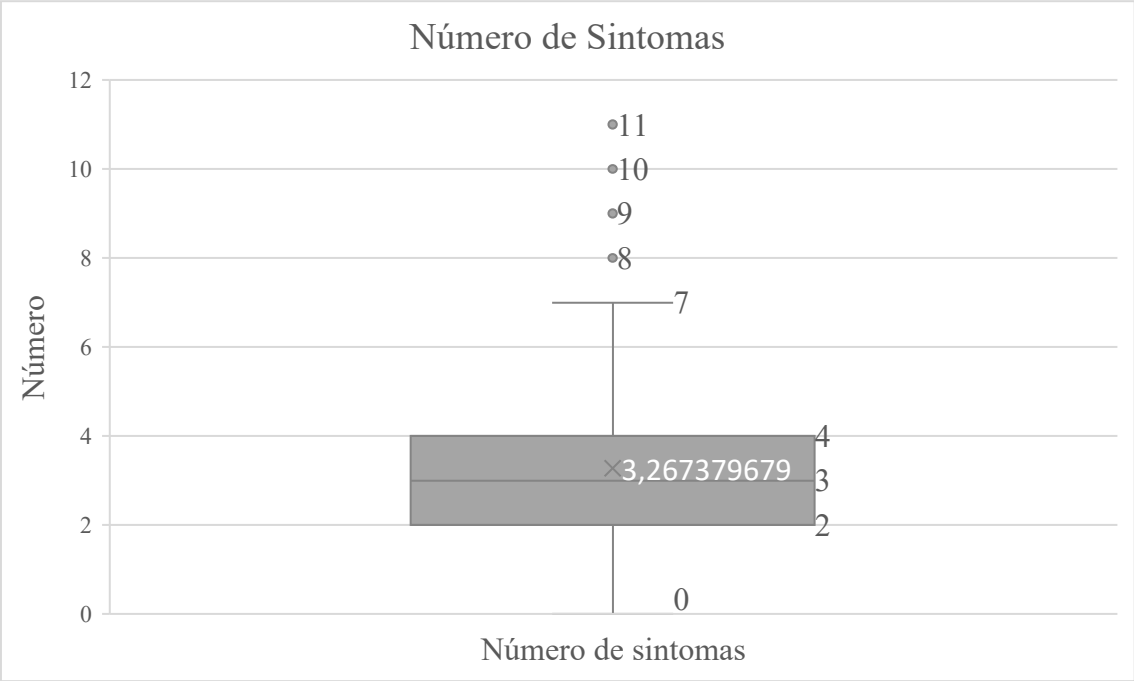

Gráfico 2 - Medidas de dispersão do número de sintomas dos integrantes do estudo

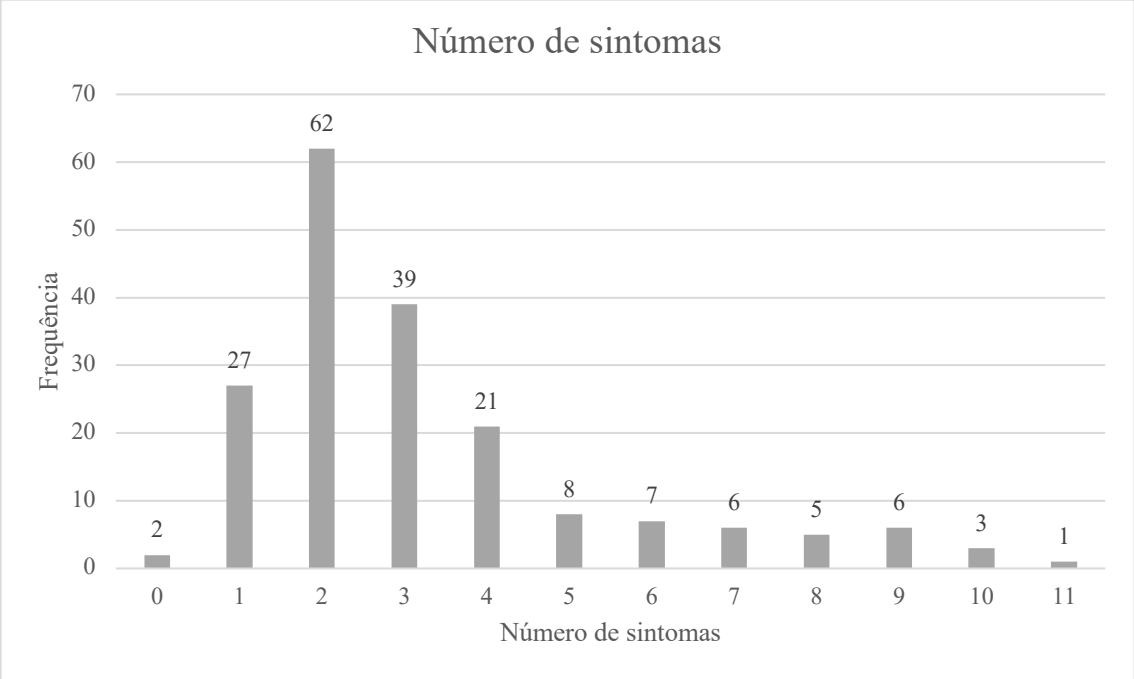

Gráfico 3 - Frequência do número de sintomas dos integrantes do estudo

A frequência de cada sintoma nos integrantes do estudo encontra-se na Tabela 8. O sintoma mais prevalente foi a dor, surgindo em 50,8% dos doentes. Os vómitos surgiam em 16,6% dos integrantes, ou seja, foram o 6º sintoma mais frequente, enquanto as

náuseas afetavam 10,2%, tornando estas o 13º sintoma mais frequente neste grupo de doentes.

Tabela 8 - Sintomas nos integrantes do estudo

Sintoma	Frequência (n)	Percentagem (%)
Dor	95	50,8
Astenia	79	42,2
Anorexia	67	35,8
Dispneia	55	29,4
Prostração	45	24,1
Vómitos	**31**	**16,6**
Tosse	31	16,6
Depressão	25	13,4
Ansiedade	24	12,8
Sonolência	23	12,3
Mal-estar	22	11,8
Obstipação	22	11,8
Náuseas	**19**	**10,2**
Ascite	14	7,5
Desorientação	14	7,5
Icterícia	11	5,9
Agitação	9	4,8
Caquexia	8	4,3
Disfagia	7	3,7
Insónia	4	2,1
Diarreia	4	2,1
Hemorragia	1	0,5
Prurido generalizado	1	0,5

Na tabela 9, podemos observar a utilização de antieméticos pelos doentes com NEV. Como um dos doentes com NEV não apresentava registo da medicação efetuada ao momento da observação, as percentagens apresentadas foram calculadas tendo como denominador o número de integrantes no estudo que apresentavam NEV e dados relativamente à utilização de medicação antiemética (n=49).

O fármaco mais utilizado foi a Metoclopramida (32,7%) seguido pela Domperidona (20,4%). Havia, também, 22 dos integrantes com NEV (44,9%) a não utilizar medicação antiemética. Apenas 5 doentes (10,2%) utilizavam 2 fármacos antieméticos distintos, não havendo nenhum a utilizar 3 ou mais.

Tabela 9 - Utilização de antieméticos pelos doentes com Náuseas e Vómitos

Antiemético	Frequência (n)	Percentagem (%)
Metoclopramida	16	32,7
Domperidona	10	20,4
Ondansetrom	3	6,1
Haloperidol	1	2
Cleboprida	2	4,1
Omisso	1	2
Nenhum antiemético	22	44,9
1 antiemético	22	44,9
2 antieméticos	5	10,2

De forma a avaliar de que forma as restantes variáveis se correlacionam com a presença de Náuseas, foi calculada a *Odds Ratio* com o respetivo intervalo de confiança a 95% para as variáveis binárias e o *p-value* e o IC a 95% para a diferença entre as médias para as variáveis contínuas (idade e nº de sintomas).

Consoante os resultados obtidos, foi determinado que variáveis, isoladamente, tinham significância estatística dentro da população em estudo (definida aqui como apresentando um IC a 95% que não inclua o 1), seja de forma protetora, seja aumentado o risco do desfecho (Náuseas) surgir. Os resultados desta análise podem ser observados na Tabela 10.

Tabela 10 - Correlação entre variáveis e Náuseas

Variável	OR/*p-value*	IC 95%	Nível de significância
Variáveis demográficas			
Sexo (masculino/feminino)	**0,330**	**0,119-0,909**	**Fator protetor**
Idade	0,452	-6,436-5,691	Não significativo
Metastização			

Variável	OR/*p-value*	IC 95%	Nível de significância
Carcinomatose peritoneal	3,313	0.813-13,50	Não significativo
Hepática	1,707	0,657-4,436	Não significativo
Pulmonar	0,563	0,178-1,777	Não significativo
Óssea	0,853	0,268-2,718	Não significativo
Pleural*	1,209	0,051-8,427	Não significativo
Ganglionar	1,951	0,647-5,880	Não significativo
Cerebelosa*	8,593	0,214-344,4	Não significativo
Esplénica*	9,057	0,226-363,5	Não significativo
Mediastínica	0,567	0,071-4,546	Não significativo
Suprarrenal*	9,057	0,226-363,5	Não significativo
Peritoneal	1,811	0,200-16,37	Não significativo
Cerebral*	0,568	0,025-3,497	Não significativo
Pancreática*	1,046	0,004-7,068	Não significativo
Sintomas			
Dor	2,272	0,825-6,261	Não significativo
Astenia	**8,889**	**2,491-31,72**	**Fator de risco**
Depressão	**28,167**	**9,084-87,33**	**Fator de risco**
Ansiedade	**3.846**	**1,301-11,37**	**Fator de risco**
Sonolência	**17,875**	**6,049-52,83**	**Fator de risco**
Anorexia	**4,547**	**1,649-12,69**	**Fator de risco**
Mal-estar	**19,625**	**6,553-58,77**	**Fator de risco**
Dispneia	0,612	0,194-1,934	Não significativo
Agitação	1,111	0,131-9,399	Não significativo
Insónia*	8,593	0,214-344,4	Não significativo
Obstipação	2,222	0,665-7,426	Não significativo
Diarreia*	2,146	0,083-18,12	Não significativo
Tosse	0,938	0,256-3,434	Não significativo
Prostração	1,143	0,388-3,369	Não significativo
Disfagia	1,500	0,171-13,17	Não significativo
Ascite	2,676	0,676-10,60	Não significativo
Icterícia	0,878	0,106-7,259	Não significativo
Caquexia	1,278	0,149-10,98	Não significativo
Desorientação	0,662	0,082-5,364	Não significativo
Hemorragia*	2,146	0,083-18,12	Não significativo

Variável	OR/*p-value*	IC 95%	Nível de significância
Prurido generalizado*	8,593	0,214-344,4	Não significativo
Vómitos	**10,175**	**3,656-28,32**	**Fator de risco**
Nº de sintomas	**<0,001**	**3,522-5,256**	**Fator de risco**
Diagnóstico principal			
Neoplasia do Pulmão	0,464	0,102-2,105	Não significativo
Neoplasia do Cólon + Sigmóide	2,750	0,886-7,891	Não significativo
Não oncológico*	0,502	0,022-3,052	Não significativo
Neoplasia da Mama*	0,580	0,026-3,584	Não significativo
Neoplasia Gástrica	1,859	0,376-9,193	Não significativo
Neoplasia da Próstata*	0,752	0,032-4,798	Não significativo
Neoplasia do Pâncreas	2.078	0,415-10,42	Não significativo
Neoplasia do Recto	1,111	0,131-9,399	Não significativo
Neoplasia Primária Desconhecida	**8,693**	**2,107-35,86**	**Fator de risco**
Neoplasia do Rim*	1,71	0,069-13,18	Não significativo
Neoplasia Cerebral*	2,146	0,083-18,12	Não significativo
Melanoma*	2,871	0,105-28,32	Não significativo
Neoplasia da Laringe + Faringe + Esófago	2,264	0,008-19,17	Não significativo
Hepatocarcinoma*	4,312	0,141-58,95	Não significativo
Neoplasia da Bexiga*	4,312	0,141-58,95	Não significativo
Neoplasia da Língua + Gengiva*	2,854	0,104-28,15	Não significativo
Neoplasia do Cavum*	4,312	0,141-58,95	Não significativo
Neoplasia do Endométrio*	4,312	0,141-58,95	Não significativo
Neoplasia do Ovário + Útero + Vagina	1,276	0,053-8,927	Não significativo
Outras Neoplasias*	2,854	0,104-28,15	Não significativo

NOTA: **Nas situações em que havia valores de 0 casos, foi calculada a OR caso se tivesse encontrado 1 caso.*

Como fator protetor da ocorrência de Náuseas, aparece o Sexo masculino. Como fatores de risco para a ocorrência de Náuseas, surgem a presença de Astenia, Depressão, Ansiedade, Sonolência, Anorexia, Mal-estar, Vómitos ou ter como diagnóstico principal

uma Neoplasia Primária Desconhecida. Também um maior número de sintomas confere um maior risco de ocorrência de Náuseas.

Após esta fase da análise, de forma a excluir possíveis correlações entre os fatores que não as Náuseas, aqueles que demonstraram significância estatística foram incluídos num modelo de regressão logística cujo desfecho foi a presença de Náuseas. Este modelo de regressão foi ajustado até incluir apenas aquelas variáveis que mantinham significância estatística, que foi definida como *p-value* <0,05. As variáveis que mantiveram a significância estatística estão apresentadas na Tabela 11, onde podemos observar que apenas mantiveram essa significância o Número de sintomas e ter como diagnóstico principal Neoplasia Primária desconhecida, sendo ambos fator de risco para a presença de Náuseas.

Tabela 11 - Variáveis com significância após regressão logística - Náuseas

Variável	OR	IC 95%	Nível de significância
Sintomas			
Nº de sintomas	2,144	1,629-2,821	Fator de risco
Diagnóstico principal			
Neoplasia Primária Desconhecida	14,91	1,827-121,7	Fator de risco

Também para os Vómitos foi determinado que variáveis, isoladamente, tinham significância estatística (definida aqui como apresentando um IC a 95% que não inclua o 1) dentro da população em estudo, seja de forma protetora, seja aumentado o risco do desfecho (Vómitos) surgir. Os resultados desta análise podem ser observados na Tabela 12.

Tabela 12 - Correlação entre variáveis e Vómitos

Variável	OR/*p-value*	IC 95%	Nível de significância
Variáveis demográficas			
Sexo (masculino/feminino)	**0.439**	**0.199-0,968**	**Fator protetor**
Idade	0,387	-4,209-5,642	Não significativo
Metastização			
Carcinomatose peritoneal	8,808	2,585-30,01	Não significativo
Hepática	1,364	0,622-2,994	Não significativo

Variável	OR/*p-value*	IC 95%	Nível de significância
Pulmonar	0,600	0,243-1,486	Não significativo
Óssea	0,938	0,374-2,352	Não significativo
Pleural*	0,688	0,029-4,672	Não significativo
Ganglionar	1,258	0,468-3,379	Não significativo
Cerebelosa*	4,937	0,124-196,1	Não significativo
Esplénica*	5,132	0,129-203,9	Não significativo
Mediastínica	0,700	0,151-3,245	Não significativo
Suprarrenal*	0,305	0,014-1,809	Não significativo
Peritoneal	1,007	0,114-8,927	Não significativo
Cerebral	0,617	0,074-5,115	Não significativo
Pancreática*	4,937	0,124-196,1	Não significativo
Sintomas			
Dor	1,040	0,481-2,248	Não significativo
Astenia	**2,533**	**1,148-5,590**	**Fator de risco**
Depressão	**17,422**	**6,577-46,15**	**Fator de risco**
Ansiedade	**3,845**	**1,501-9,850**	**Fator de risco**
Sonolência	**13,451**	**5,067-35,71**	**Fator de risco**
Anorexia	**3,563**	**1,603-7,918**	**Fator de risco**
Mal-estar	**19,955**	**7,090-56,16**	**Fator de risco**
Dispneia	0,656	0,265-1,627	Não significativo
Agitação	1,468	0,290-7,426	Não significativo
Insónia*	1,224	0,048-10,13	Não significativo
Obstipação	1,572	0,533-4,637	Não significativo
Diarreia	1,700	0,171-16,90	Não significativo
Tosse	0,140	0,018-1,068	Não significativo
Prostração	0,558	0,201-1,550	Não significativo
Disfagia	0,833	0,097-7,175	Não significativo
Ascite	1,412	0,370-5,389	Não significativo
Icterícia	0,487	0,060-3,946	Não significativo
Caquexia*	0,598	0,026-3,935	Não significativo
Desorientação	0,828	0,176-3,896	Não significativo
Hemorragia*	4,937	0,124-196,1	Não significativo
Prurido generalizado*	4,937	0,124-196,1	Não significativo
Náuseas	**10,175**	**3,656-28,32**	**Fator de risco**

Variável	OR/*p-value*	IC 95%	Nível de significância
Nº de sintomas	**<0,001**	**1,792-4,140**	**Fator de risco**
Diagnóstico principal			
Neoplasia do Pulmão	**0,115**	**0,150-0.875**	**Fator protetor**
Neoplasia do Cólon + Sigmoide	2,109	0.798-5,262	Não significativo
Não oncológico	1,179	0,315-4,408	Não significativo
Neoplasia da Mama	0,828	0,176-3,896	Não significativo
Neoplasia Gástrica	2,741	0,771-9,744	Não significativo
Neoplasia da Próstata*	9,111	0,227-365,6	Não significativo
Neoplasia do Pâncreas	1,982	0,495-7,934	Não significativo
Neoplasia do Reto	0,617	0.074-5,115	Não significativo
Neoplasia Primária Desconhecida	2,679	0,632-11,34	Não significativo
Neoplasia do Rim*	0,427	0,019-2,643	Não significativo
Neoplasia Cerebral*	0,974	0,040-7,343	Não significativo
Melanoma	2,567	0,225-29,22	Não significativo
Neoplasia da Laringe + Faringe + Esófago	3,484	0,399-24,38	Não significativo
Hepatocarcinoma*	2,468	0,082-33,30	Não significativo
Neoplasia da Bexiga*	2,468	0,082-33,30	Não significativo
Neoplasia da Língua + Gengiva*	1,629	0,060-15,80	Não significativo
Neoplasia do Cavum*	5,099	0,128-202,6	Não significativo
Neoplasia do Endométrio*	2,468	0,082-33,30	Não significativo
Neoplasia do Ovário + Útero + Vagina	1,718	0,229-8,571	Não significativo
Outras Neoplasias*	1,629	0,060-15,80	Não significativo

NOTA: **Por não haver casos suficientes para calculo da OR, nas situações em que havia valores 0, foi calculada a OR para o caso de se ter encontrado 1 caso.*

Como fatores protetores da ocorrência de Vómitos, aparecem o Sexo masculino e ter como diagnóstico principal Neoplasia do Pulmão. Como fatores de risco para a ocorrência de Vómitos, surgem a presença de Astenia, Depressão, Ansiedade, Sonolência, Anorexia, Mal-estar ou Náuseas.

Após esta fase da análise, de forma a excluir possíveis correlações entre os fatores que não as Náuseas, aqueles que demonstraram significância estatística foram incluídos num modelo de regressão logística cujo desfecho foi a presença de Vómitos. Este modelo de regressão foi ajustado até incluir apenas aquelas variáveis que mantinham significância estatística, que foi definida como *p-value* <0,05. A variável que manteve a significância estatística está apresentada na Tabela 13, onde podemos observar que apenas manteve essa significância a presença de Depressão, sendo fator de risco para a presença de Vómitos.

Tabela 13 - Variáveis com significância após regressão logística - Vómitos

Variável	OR	IC 95%	Nível de significância
Sintomas			
Depressão	17,422	6,577-46,15	Fator de risco

CAPÍTULO 4: DISCUSSÃO

Neste estudo retrospetivo com 187 doentes (55,5% homens, idade média de 73,18 anos (IC 95% 71,35-75,00), a maioria com cancro (91,4%), verificou-se que em média, cada doente apresentava 3,27 sintomas descontrolados, sendo o mais frequente a dor (50,8%). Os vómitos assumiram-se como o 6º sintoma mais prevalente (16,6%), enquanto as náuseas foram menos frequentes que estes, sendo o 13º sintoma mais prevalente (10,2%). Apesar de se ter encontrado uma relação estatisticamente significativa entre náuseas e o número de sintomas e diagnóstico principal de neoplasia primária desconhecida; e entre vómitos e a variável depressão, não se pode concluir que estas relações são clinicamente relevantes.

A população que integrou este estudo apresentou uma média de idades de 73,18 anos (IC 95% 71,35-75,00). Comparando este valor com outros estudos que caracterizaram sociodemograficamente a população a receber CP, verificamos que se aproxima do que habitualmente é encontrado. Por exemplo, Sousa (2019) encontrou numa outra população portuguesa (Unidade Local de Saúde da Guarda) uma média de idades de 76,6 anos (IC 95% 75,3-77,8) [27]. Também a nível internacional observamos médias de idades similares às encontradas neste estudo. Rostoft (2022) encontrou uma média de idades de 73,6 (IC 95% 65,7-83,3) [28], Bennett (2016) obteve uma média de idade de 75 anos [29]

Houve um ligeiro predomínio de integrantes do sexo masculino (55,5% contra 44,5%), mantendo-se a tendência observada em estudos nacionais e internacionais como o de Sousa (2019) [27] e o de Potter (2003) [30] onde também ocorreu uma distribuição bastante equitativa entre ambos os sexos.

Tal como se verificou no estudo de Potter (2003) [30], a grande maioria dos doentes estudados tinha como diagnóstico principal patologia oncológica, havendo, apenas, 8,6% de doentes não oncológicos. A neoplasia mais comum (e o disgnóstico principal mais comum) é a neoplasia do pulmão (19,3%), coincidindo com os dados de mortalidade nacional segundo o Sistema Europeu de Informação sobre o Cancro (ECIS) [26], onde a neoplasia mais frequente é, também, a do pulmão. De seguida, em termos de frequência, encontramos a neoplasia do cólon (15,5%), a neoplasia da mama (7,5%), a neoplasia gástrica (6,4%) e a neoplasia da próstata (5,9%).

A metastização mais frequentemente encontrada foi a hepática, com 35,8% de incidência, surgindo em 67 dos integrantes no estudo, seguida pela metastização pulmonar, que aparece em 58 (31%) dos doentes estudados, pela metastização óssea, que encontramos em 44 (23,5%) dos participantes, metastização ganglionar, em 31 doentes (16,6%) e metastização mediastínica, em 16 integrantes (8,6%). Estes dados encontram-se abaixo dos evidenciados em outros estudos, como o de Genz (2010) [31], onde 68% dos doentes com patologia oncológica apresentava metastização.

A média do número de sintomas que os doentes estudados apresentavam no momento da avaliação foi de 3,27 (IC 95% 2,94-3,59), com uma moda de 2 sintomas. A diferença entre estes dois valores poderá ser explicada pela existência de 4 *outliers* com 8, 9, 10 e 11 sintomas. Os valores encontrados neste estudo são bastante similares aos encontrados por Potter (2003) [30], que em doentes em contexto hospitalar encontrou uma média de 2,7 sintomas não controlados.

O sintoma mais frequentemente apresentado foi a dor, que surgia em 95 doentes (50,8%), seguido pela astenia, em 79 estudados (42,2 %), pela anorexia, que apareciam em 67 doentes (35,8%), pela dispneia, em 55 doentes (29,4%) e pela prostração, em 45 doentes (24,1%). Estes achados são concordantes com o encontrado por Henson (2020), que encontrou a dor como o sintoma mais frequente (35% a 96%), seguida pela astenia (32% a 90%), pela anorexia (30% a 90%) e pela dispneia (10% a 70%) [8].

No que diz respeito aos sintomas alvo deste estudo, os vómitos aparecem como o 6º sintoma mais frequente, emergindo em 31 dos estudados (16,6%), estado dentro do intervalo de prevalência encontrado previamente por outros autores [4–8].

Quanto às náuseas, são o 13º sintoma mais frequente, aparecendo em 19 integrantes (10,2%). Estes achados são inferiores aos encontrados em estudos prévios, que colocavam a prevalência de Náuseas entre 16% e 49% [4–8].

Os Vómitos foram mais frequentes que as Náuseas, o que vai contra os resultados de Glare *et al* (2011), onde o inverso se objetivou [19].

Os valores encontrados poderão ser inferiores aos encontrados em outros estudos pelo motivo proposto por Mercadante *et al* (2000), que sugeriu que as NEV podem estar comummente agravadas pelo movimento e aliviadas pela inatividade, o que leva a que

haja um pico de prevalência de NEV em doentes com um *Performance Status* de Karnofsky de 40 que diminui progressivamente à medida que este *performance status* diminui [32]. Assim, como o estudo foi realizado numa Unidade de Internamento de Agudos de Cuidados Paliativos, poder-se-á assumir que os doentes incluídos tenham um baixo Performance Status de Karnofsky, apesar do mesmo não ter sido medido nesta investigação.

Dentro dos doentes que apresentavam NEV, a maioria (44,9%) destes não utilizava qualquer fármaco antiemético no momento da avaliação, com igual parte a utilizar 1 fármaco antiemético e 10,2% a usar 2 fármacos antieméticos. O fármaco mais utilizado foi a Metoclopramida (32,7%), seguido pela Domperidona (20,4%), Ondansetrom (6,1%), Cleboprida (4,1%) e Haloperidol (2%). Este resultado poderá ser explicado por, possivelmente, haver doentes a realizar um fármaco antiemético não adequado ao mecanismo que naquele momento se encontrava a causar o quadro de NEV.

Avaliando a correlação entre as restantes variáveis e as NEV, de forma isolada, como fator protetor para a ocorrência de Náuseas, aparece o Sexo masculino. Como fatores de risco para a ocorrência de Náuseas, surgem a presença de Astenia, Depressão, Ansiedade, Sonolência, Anorexia, Mal-estar, Vómitos ou ter como diagnóstico principal uma Neoplasia Primária Desconhecida. Também um maior número de sintomas confere um maior risco de ocorrência de Náuseas. De seguida, com o objetivo de excluir o efeito de possíveis correlações entre os fatores que não as Náuseas, as variáveis que apresentavam significância estatística foram integradas num modelo de regressão logística, sendo este ajustado até incluir apenas variáveis que apresentassem significância estatística. Verificamos, então, que apenas mantinham essa significância o Número de sintomas, que ao aumentar na população estudada aumenta também o risco de Náuseas; e ter como diagnóstico principal neoplasia primária desconhecida, que aumenta esse risco em 14,91 vezes, quando comparado com aqueles doentes que não apresentam esses fatores.

Também para o desfecho Vómitos foi realizado o mesmo procedimento, tendo sido determinado que, isoladamente, como fatores protetores, aparecem o Sexo masculino e ter como diagnóstico principal Neoplasia do Pulmão. Como fatores de risco surgem a presença de Astenia, Depressão, Ansiedade, Sonolência, Anorexia, Mal-estar ou Náuseas. Integrando estas variáveis num modelo de regressão logística, para excluir o efeito de

possíveis correlações entre as variáveis que não os Vómitos, e ajustando-o até que este incluísse apenas aquelas que mantinham a significância estatística, apenas a depressão manteve a significância, aumentando 17,422 vezes a probabilidade de apresentar vómitos comparativamente aqueles sem depressão.

Apesar do resultado das regressões logísticas, não é possível concluir que haja alguma correlação entre NEV e as outras variáveis a partir dos resultados obtidos, dado o baixo número de integrantes no estudo que apresentavam cada uma das variáveis presentes, pelo que, apesar de estatisticamente significativos, não se tornam clinicamente relevantes [33].

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A principal limitação que este estudo apresenta é o facto de ter sido realizado na população de uma única região de Portugal, neste caso o Litoral Alentejano, o que diminui a validade externa dos resultados obtidos. De forma a melhorar este aspeto do estudo, futuras investigações que incidam sobre o tema em análise poderão incluir populações de outras regiões do país ou do mundo.

Para além disto, ao ser um estudo retrospetivo, tanto as exposições como os desfechos ocorreram no passado, o que poderá levar a que aconteça um viés derivado de erros nos registos utilizados como fonte de informação.

CONCLUSÕES

As NEV apresentam-se como sintomas com uma prevalência considerável nesta população, fator este que contribui para a importância da avaliação, gestão e tratamento das mesmas.

Nos doentes admitidos na Unidade de Cuidados Paliativos de Agudos do SCP-ULSLA durante o período em observação, após a análise dos resultados deste estudo, foi possível alcançar as seguintes conclusões:

- Dos 187 estudados, 16,6% apresentavam Vómitos, sendo este o 6º sintoma mais frequente;
- 10,2% dos estudados apresentavam Náuseas, o 13º sintoma mais frequente;
- A média de idades na amostra em estudo foi de 73,18 anos, com 55,5% de doentes do sexo masculino e 44,5% de doentes do sexo feminino;
- 91,4% dos integrantes apresentavam doença oncológica como diagnóstico principal, sendo a neoplasia do pulmão o diagnóstico principal mais frequente (19,3%), seguida pela neoplasia do cólon (15,5%), patologia não oncológica (8,6%), neoplasia da mama (7,5%) e neoplasia gástrica (6,4%);
- 35,8% apresentavam metastização hepática, 31% metastização pulmonar, 23,5% metastização óssea, 16,6% metastização ganglionar e 8,6% metastização mediastínica;
- Apresentavam em média 3,27 sintomas descontrolados, com uma moda de 2 sintomas descontrolados;
- 50,8% apresentavam dor, 42,2% apresentavam astenia, 35,8% apresentavam anorexia, 29,4% dispneia e 24,1 prostração;
- 44,9% dos doentes com NEV não realizava qualquer fármaco antiemético, 10,2% usava um fármaco antiemético e 10,2% dois fármacos antieméticos. A metoclopramida era utilizada por 32,7% dos doentes com NEV, a Domperidona por 20,4%, o Ondansetrom por 6,1%, a Cleboprida por 4,1% e o Haloperidol por 2%.
- As Náuseas são mais frequentes à medida que o número de sintomas aumenta e 14,91 vezes mais frequentes nos doentes com diagnóstico principal de neoplasia primária desconhecida.

- Os Vómitos são 17,422 vezes mais frequentes nos doentes que apresentavam concomitantemente depressão.

No entanto, considerando o baixo número de integrantes no estudo que apresentavam cada uma das variáveis, a análise de regressão apresenta uma muito baixa validade externa, pelo que, apesar de estatisticamente significativos, não podemos concluir que estas relações são clinicamente relevantes [33]. Seria importante, portanto, promover a realização de estudos multicêntricos, de preferência internacionais, que apresentassem uma maior validade externa de forma que os resultados encontrados pudessem ser aplicados a uma maior parte dos doentes com necessidades paliativas.

Estes dados tornam-se relevantes para futuras intervenções em saúde, permitindo, através da inclusão dos mesmos, criar programas de promoção da saúde mais adequados à nossa população.

O estudo das NEV deverá constituir um foco na evolução da investigação em CP, de forma a permitir uma melhor prevenção e gestão destas, permitindo que nos aproximemos cada vez mais do âmbito último dos CP: a excelência dos cuidados holísticos prestados aos doentes que se encontram perto do final das suas vidas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[1] Radbruch L, De Lima L, Knaul F, Wenk R, Ali Z, Bhatnaghar S, et al. Redefining Palliative Care—A New Consensus-Based Definition. J Pain Symptom Manag 2020;60:754–64. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027.

[2] Ezzat A. National Cancer Control Programmes, Policies and Managerial Guidelines. Ann Saudi Med 1996;16:358–358. https://doi.org/10.5144/0256-4947.1996.358b.

[3] Corona AGDL, Chin J. Olfactory Distraction for Management of Nausea in Palliative Care Patients. American Journal of Hospice and Palliative Medicine 2022;39:388–93. https://doi.org/10.1177/10499091211015957.

[4] Walsh D, Donnelly S, Rybicki L. The symptoms of advanced cancer: relationship to age, gender, and performance status in 1,000 patients. Support Care Cancer 2000;8:175–9. https://doi.org/10.1007/s005200050281.

[5] Gonçalves F, Almeida A, Antunes C, Cardoso M, Carvalho M, Claro M, et al. Symptoms Other Than Pain in Palliative Care in Portugal. American Journal of Hospice and Palliative Medicine 2015;32:335–40. https://doi.org/10.1177/1049909114520715.

[6] Barata PC, Cardoso A, Custodio MP, Alves M, Papoila AL, António B, et al. Symptom clusters and survival in Portuguese patients with advanced cancer. Cancer Med 2016;5:2731–9. https://doi.org/10.1002/cam4.860.

[7] Malec M, Shega JW. Management of Gastrointestinal Symptoms (Nausea, Anorexia and Cachexia, Constipation) in Advanced Illness. Med Clin N Am 2020;104:439–54. https://doi.org/10.1016/j.mcna.2019.12.005.

[8] Henson LA, Maddocks M, Evans C, Davidson M, Hicks S, Higginson IJ. Palliative Care and the Management of Common Distressing Symptoms in Advanced Cancer: Pain, Breathlessness, Nausea and Vomiting, and Fatigue. J Clin Oncol 2020;38:905–14. https://doi.org/10.1200/JCO.19.00470.

[9] Pina PR. O Controlo da Obstipação em Cuidados Paliativos. In: Barbosa A, Reis-Pina P, Tavares F, Galriça Neto I, editors. Manual de Cuidados Paliativos. 3rd ed., Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa; 2016, p. 149–65.

[10] Tasmanian Government Department of Health. Care management guidelines - nausea and vomiting. Clinical Practice Guidelines Portal 2009. https://www.health.tas.gov.au/publications/nausea-and-vomiting (acedido a 2 de Janeiro, 2023).

[11] Hasler WL, Chey WD. Nausea and vomiting. Gastroenterology 2003;125:1860–7. https://doi.org/10.1053/j.gastro.2003.09.040.

[12] Greaves J, Glare P, Kristjanson LJ, Stockler M, Tattersall MHN. Undertreatment of nausea and other symptoms in hospitalized cancer patients. Support Care Cancer 2009;17:461–4. https://doi.org/10.1007/s00520-008-0511-4.

[13] UPMC Palliative and Supportive Institute. Palliative Care, Yesterday and Today 2014. https://www.upmc.com/-/media/upmc/services/palliative-and-supportive-institute/resources/documents/psi-history-palliative-care.pdf (acedido a 31 de Janeiro, 2023).

[14] Loscalzo MJ. Palliative Care: An Historical Perspective. Hematology 2008;2008:465–465. https://doi.org/10.1182/asheducation-2008.1.465.

[15] Neto IG. Princípios e conceitos fundamentais. In: Barbosa A, Reis-Pina P, Tavares F, Galriça Neto I, editors. Manual de Cuidados Paliativos. 3rd ed., Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa; 2016, p. 1–22.

[16] World Palliative Care Alliance. Global atlas of palliative care. 2nd ed. London: Worldwide Hospice Palliative Care Alliance; 2014.

[17] Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. Plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos 2021-2022. ACSS. 2021:1–60.

[18] World Health Organization. Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course. Genebra: 2014.

[19] Glare P, Miller J, Nikolova, Tickoo. Treating nausea and vomiting in palliative care: a review. Clin Interv Aging 2011;6:243. https://doi.org/10.2147/CIA.S13109.

[20] Seow H, Barbera L, Sutradhar R, Howell D, Dudgeon D, Atzema C, et al. Trajectory of Performance Status and Symptom Scores for Patients With Cancer During the Last Six Months of Life. J Clin Oncol 2011;29:1151–8. https://doi.org/10.1200/JCO.2010.30.7173.

[21] Yates P, Clavarino A, Mitchell G, Hudson P, Quinn K. Clinical and patient perspectives on factors contributing to nausea in advanced cancer. Oncol Nurs Forum 2006;33:468–9.

[22] Sigurdardottir KR, Haugen DF. Prevalence of distressing symptoms in hospitalised patients on medical wards: A cross-sectional study. BMC Palliat Care 2008;7:16. https://doi.org/10.1186/1472-684X-7-16.

[23] Balaban CD, Yates BJ. What is nausea? A historical analysis of changing views. Auton Neurosci 2017;202:5–17. https://doi.org/10.1016/j.autneu.2016.07.003.

[24] Leach C. Nausea and vomiting in palliative care. Clin Med 2019;19:299–301. https://doi.org/10.7861/clinmedicine.19-4-299.

[25] Harris DG. Nausea and vomiting in advanced cancer. Br Med Bull 2010;96:175–85. https://doi.org/10.1093/bmb/ldq031.

[26] European Union. ECIS - European Cancer Information System. Incidence and Mortality 2020 2023. https://ecis.jrc.ec.europa.eu/explorer.php?$0-0$1-PT$2-All$4-1,2$3-All$6-0,85$5-2020,2020$7-8$CEstByCancer$X0_8-3$CEstRelativeCanc$X1_8-3$X1_9-AE27$CEstBySexByCancer$X2_8-3$X2_-1-1 (acedido a 20 de Junho, 2023).

[27] Sousa BSG, Macedo SA. Caracterização da população referenciada à Equipa de Cuidados Paliativos da ULS da Guarda , EPE. Tese de Mestrado. Universidade da Beira Interior, 2019.

[28] Rostoft S, Thomas MJ, Slaaen M, Møller B, Syse A. The effect of age on specialized palliative care use in the last year of life for patients who die of cancer: A nationwide study from Norway. J Geriatr Oncol 2022;13:1103–10. https://doi.org/10.1016/j.jgo.2022.08.002.

[29] Bennett MI, Ziegler L, Allsop M, Daniel S, Hurlow A. What determines duration of palliative care before death for patients with advanced disease? A retrospective cohort study of community and hospital palliative care provision in a large UK city. BMJ Open 2016;6:e012576. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012576.

[30] Potter J, Hami F, Bryan T, Quigley C. Symptoms in 400 patients referred to palliative care services: prevalence and patterns. Palliat Med 2003;17:310–4. https://doi.org/10.1191/0269216303pm760oa.

[31] Genz H, Jenetzky E, Hauer K, Oster P, Pfisterer MHD. Palliative Geriatrie. Wie unterscheiden sich onkologische von nichtonkologischen geriatrischen Palliativpatienten im Krankenhaus? Z Gerontol Geriatr 2010;43:369–75. https://doi.org/10.1007/s00391-010-0148-z.

[32] Mercadante S, Casuccio A, Fulfaro F. The Course of Symptom Frequency and Intensity in Advanced Cancer Patients Followed at Home. J Pain Symptom Manag 2000;20:104–12. https://doi.org/10.1016/S0885-3924(00)00160-3.

[33] Loureiro L, Gameiro M. Interpretação crítica dos resultados estatísticos: para lá da significância estatística. Referência 2011;III Série:151–62. https://doi.org/10.12707/RIII1009.

ANEXOS

Anexo 1 – Parecer da Comissão de Ética

ULSLA
Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano
COMISSÃO DE ÉTICA - CE

Parecer da Comissão de Ética (CE) na reunião de 30/07/2019, ao pedido de:

Hélder Joaquim Alves Pinto, médico do Serviço de Cuidados Paliativos da ULSLA, com a entrada I/18522/19/CA, de 22/07/19, relativo ao estudo " Prevalência de Náuseas e Vómitos em Cuidados Paliativos ", a realizar sob orientação do mestre Paulo Sérgio dos Reis Saraiva Pina, no âmbito de mestrado na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, tendo como objeto o universo de doentes do Serviço de Cuidados Paliativos do Hospital do Litoral Alentejano (HLA) com idade igual ou superior a 18 anos, e por base registos de janeiro de 2017 a Dezembro de 2018.

Respondendo aos requisitos apreciados por esta Comissão de Ética, deliberou-se por unanimidade de votos dos membros presentes, dar parecer favorável ao estudo, condicionado à obtenção de parecer favorável do Encarregado de Proteção de Dados da ULSLA, a ser pedido pelo respetivo Conselho de Administração.

Mais deliberou; que após conclusão do estudo, deve ser dado conhecimento dos resultados ao Sr. Presidente do Conselho de Administração da ULSLA e a esta Comissão.

A Presidente da CE da ULSLA

(Maria Manuela Serra Banza)

Anexo 2 – Autorização da Diretora do Serviço onde decorreu o Estudo

Exmo. Senhor
Prof. Doutor José L. B. Ducla Soares
Presidente da Comissão de Ética do CHLN e CAML
Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E

Santiago do Cacém, 30 de Dezembro de 2019

Autorizo que o estudo "Prevalência de náuseas e vómitos em cuidados paliativos", se realize no Serviço de Cuidados Paliativos do Hospital do Litoral Alentejano, com o Dr. Hélder Joaquim Alves Pinto como Investigador Principal.

Com os melhores cumprimentos

Drª Maria Margarida Damas de Carvalho
Director do Serviço de Cuidados Paliativos do Hospital do Litoral Alentejano

ULS do Litoral Alentejano, E.P.E
Unidade de Cuidados Paliativos

Carimbo