

Instituto Politécnico de Viseu
Escola Superior de Saúde de Viseu
1º Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica

**VOLUME II: INFLUÊNCIA DO APOIO SOCIAL
NA DEPRESSÃO EM DOENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS**

Carla Sofia Reis Duarte nº2519

Trabalho realizado no âmbito da
disciplina seminário sob orientação do
Professor Doutor Olivério Ribeiro.

Viseu, Dezembro de 2011

“A verdadeira sabedoria consiste em saber aumentar o bem estar do mundo”

Benjamin Franklin

RESUMO

Este trabalho foi desenvolvido no âmbito do 1º Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica da Escola Superior de saúde de Viseu. O trabalho final é constituído por dois volumes: o primeiro reporta-se a um relatório final dos estágios e o segundo volume a um trabalho de investigação.

O segundo volume tem por objectivo averiguar se as variáveis sócio-demográficas, de saúde e o sobretudo o apoio social influenciam a depressão em doentes em cuidados paliativos. O estudo realizado é transversal, explicativo descritivo, retrospectivo e correlacional.

Para tal, foi aplicado um instrumento de colheita de dados constituído por a caracterização sócio-demográfica, um questionário de saúde, o inventário de depressão de Beck e a escala de apoio social; a uma amostra não probabilista de conveniência: os doentes internados nas UCP de Cantanhede e Fundão, de 24 de Janeiro a 07 de Março de 2011. Num total de 50 sujeitos, do sexo feminino (n=26) e sexo masculino (n=24), com idades compreendidas entre os 41 e os 95 anos.

O estudo revelou que o principal diagnóstico da população internada nos cuidados paliativos é a neoplasia, o que está de acordo com a bibliografia encontrada. Concluímos que a percentagem de sintomatologia depressiva (sobretudo a depressão grave) é muito superior aos valores revelados por outros estudos. Que as variáveis sociodemográficas não influenciam a depressão. As variáveis de saúde, tais como o diagnóstico e o número de internamentos eram independentes da depressão. Ao contrário do que se devia esperar, o apoio social não influenciava a depressão nos doentes internados em UCP.

Palavras-chave: Depressão, Cuidados Paliativos, Apoio social.

ABSTRACT

This work was carried out under the 1st Master in Medical Surgical Nursing, School of Health of Viseu. The final work consists of two volumes: the first refers to a final Report about stage and the second volume of a research work.

To this end, we applied an instrument of data collection consisting of the socio-demographic, a health questionnaire, the Beck Depression Inventory and the scale of social support. To a non-probabilistic sample of convenience: the patients hospitalized in the PCU Cantanhede and Fundão of 24 January to 7 March 2011. A total of 50 subjects were female (n = 26) and male (n = 24) aged between 41 and 95 years.

The study revealed that the primary diagnosis of patients admitted to palliative care is the cancer, which is consistent with the literature found. We conclude that the percentage of depressive symptoms (mainly major depression) is much higher than the values revealed by other studies. That socio-demographic variables do not influence the depression. The health variables such as diagnosis and number of hospitalizations were independent of depression. Contrary to what might have been expected, social support did not influence depression in patients hospitalized in UCP.

Keywords: Depression, Palliative Care, Social Support.

ÍNDICE	Pág-
ÍNDICE QUADROS	
ÍNDICE FIGURAS	
ÍNDICE ABREVIATURAS	
1 – INTRODUÇÃO	17
2 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	19
2.1 – OS CUIDADOS PALIATIVOS.....	19
2.1.1 – A Oncologia em Portugal	21
2.2 – A DEPRESSÃO E OS CUIDADOS PALIATIVOS.....	23
2.3 – O APOIO SOCIAL.....	26
3 – METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO	31
3.1 – ANÁLISE DE DADOS ESTATÍSTICA.....	33
3.2 – CARACTERIZAÇÃO SOCIO-DEMOGRÁFICA	35
3.3 – CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE.....	37
3.4 – APOIO SOCIAL.....	38
3.5 – CARACTERIZAÇÃO DA SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA.....	40
4 – ANÁLISE INFERENCIAL	43
5 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	47
6 – CONCLUSÃO	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
APÊNDICE A - Consentimento Informado	69
APÊNDICE B – Instrumento de colheita de dados	73
APÊNDICE C – Autorização de aplicação do instrumento de colheita de dados	81
ANEXO 1 – Consistência interna - Estudo dos itens do Apoio Social	89
ANEXO 2 – Consistência interna - Inventário de Depressão de Beck	93

ÍNDICE QUADROS	Pág.
Quadro 1 – Estatísticas relativas á idade em função do sexo.....	35
Quadro 2 – Caracterização sociodemográfica em função do sexo.....	36
Quadro 3 – Caracterização do Estado de saúde em função do sexo.....	38
Quadro 4 – Factores do Apoio Social e respectivos itens.....	38
Quadro 5 – Caracterização do Apoio Social (nota global e factores).....	39
Quadro 6 – Caracterização do Apoio Social em função do sexo.....	40
Quadro 7 – Caracterização da Depressão.....	40
Quadro 8 – Estatísticas relativas à Depressão.....	41
Quadro 9 – Caracterização da sintomatologia depressiva segundo sexo.....	42
Quadro 10 – Dados comparativos entre a nossa amostra e o estudo de Vaz Serra (1973).....	42
Quadro 11 – Análise de regressão linear simples entre a Depressão e Idade....	43
Quadro 12 – Teste de U Mann-Whitney entre o Depressão e as variáveis sociodemográficas.....	44
Quadro 13 – Teste de Kruskal-Wallis entre o Depressão e as variáveis sociodemográficas.....	44
Quadro 14 – Teste de Kruskal-Wallis entre o Depressão e com o número de internamento e o diagnóstico clínico.....	45
Quadro 15 – Análise de regressão linear simples entre a Depressão e o Apoio Social (factores e nota global).....	46
Quadro 16 – Teste de Kruskal-Wallis entre o Depressão e Apoio Social (por grupos).....	46

ÍNDICE ABREVIATURAS E SIMBOLOS

UCP – Unidade de cuidados Paliativos

% - Símbolo de percentagem

N – Número absoluto

\bar{x} - Média

Dp - Desvio padrão

CV - Coeficiente de variação

(χ^2) - Teste de Qui Quadrado

H - Hipótese

Vs - Versus

ÍNDICE FIGURAS	Pág.
Figura 1 – Representação esquemática da relação entre as variáveis.....	32

1 – INTRODUÇÃO

O tema escolhido para a realização do trabalho científico é “Influência do apoio social na depressão em doentes em cuidados paliativos”. A motivação subjacente ao presente trabalho de investigação, prende-se fundamentalmente com três ordens de razão: o meu percurso académico; o interesse científico e a actualidade do tema; a importância prática de eventuais implicações, pela possibilidade de fundamentar a necessidade sentida do acompanhamento familiar no doente em cuidados paliativos.

No âmbito do mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica, prevê-se a realização de um estudo científico. O tema terá de ser relacionado com um dos campos de estágio. Foi escolhido, por mim, o estágio em cuidados paliativos (estágio de opção), a desenvolver na unidade de cuidados paliativos de Cantanhede, por ser uma área de relevância nos nossos dias e pela qual os meus conhecimentos eram pouco profundos. Aliado a estes factores, o meu particular interesse no estudo da influência do apoio familiar e/ou das redes de apoio sociais informais na saúde mental do doente.

A relevância da investigação sobre familiares de doentes em cuidados paliativos é reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (2002), que lança o repto sobre a “necessidade de mais pesquisa sobre aspectos biológicos e psicossociais da saúde mental a fim de melhorar a compreensão dos transtornos mentais e desenvolver intervenções mais efectivas”. O Plano Nacional de Cuidados Paliativos, refere uma cultura dominante da sociedade considerando a cura da doença como o principal objectivo dos serviços de saúde. No âmbito onde predomina o carácter permanente da cura ou da prevenção da doença, torna-se difícil o tratamento e acompanhamento global dos doentes incuráveis, com sofrimento.

O doente oncológico foi, mais frequentemente estudado isoladamente, separado da família e dos outros elementos do seu contexto social (BLOOM, 1996). Só muito recentemente se tem verificado uma crescente atenção a esta área e às problemáticas a ela associadas. Tem sido enfatizado particularmente o papel de cuidador informal assumido por familiares, cada vez com maior reconhecimento da sua importância vital para a sociedade. Na minha opinião, é de extrema importância o desenvolvimento de mais pesquisas sobre os impacto da doença física grave, especialmente das doenças gravemente incapacitantes ou ameaçadoras da vida, na saúde mental das pessoas doentes.

A investigação será quantitativa, analítica, descritiva, correcional e transversal, debruçada sobre a problemática: como as variáveis sociodemográficas, de saúde e sociais influenciam a depressão nos doentes paliativos, recorrendo ao questionário de caracterização sociodemográfico, questionário de saúde, inventário de depressão de Beck (aferido para a população portuguesa) e a escala de apoio social.

São objectivos deste trabalho:

- Determinar o tema do estudo;
- Apresentar o referencial teórico em que se encontra o estudo;
- Descrever a metodologia utilizada;
- Proceder à análise dos dados estatísticos;
- Testar as hipóteses formuladas;
- Análise dos resultados encontrados.

O trabalho encontra-se estruturado em duas partes distintas. Na primeira, encontra-se a fundamentação teórica: a definição de cuidados paliativos e outros conceitos associados, a implementação dos cuidados paliativos em Portugal, a relevância do apoio social nos cuidados paliativos, a oncologia em Portugal e dados estatísticos associados, conceitos associados à depressão, a depressão e os cuidados paliativos e dados acerca da investigação dos mesmos, a caracterização do apoio social e estudos acerca do mesmo. A segunda é referente à metodologia da investigação, descreve as questões de investigação e as hipóteses, aborda as variáveis em estudo, apresenta a amostra, o instrumento utilizado para a colheita de dados, o tratamento estatístico, a análise inferencial a discussão dos resultados encontrados. Seguido a estes capítulos encontram-se uma breve conclusão.

2 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Na fundamentação teórica são apresentados os principais conceitos teóricos necessários ao desenvolvimento do trabalho, através da análise e reflexão da informação pesquisada relacionada com o tema.

Dentro deste capítulo encontram-se três principais temas: Os cuidados paliativos, a depressão e os cuidados paliativos e o apoio social. Ainda relacionado com o tema cuidados paliativos achei pertinente o subcapítulo: oncologia em Portugal, visto as doenças oncológicas serem o diagnóstico mais frequente nos cuidados paliativos em Portugal.

2.1 – OS CUIDADOS PALIATIVOS

O acompanhamento do doente em fim de vida era tradicionalmente dirigido para a morte, era mais importante ocupar-se da alma do que dos cuidados ao corpo. Esta concepção de cuidar do moribundo foi dando lugar ao cuidar da pessoa em fim de vida, isto é, acompanhar em vida, dar importância a tudo o que altere ou perturbe a qualidade da vida que lhe resta (GOMES, 2010).

Segundo Twycross (2003), o termo paliativo deriva do étimo latino *pallium*, que significa manto, capa. Ou seja, a finalidade dos cuidados paliativos consiste em promover o conforto do paciente. Todavia, os cuidados paliativos estendem-se muito para além do alívio dos sintomas.

Segundo Moya (2001), doente paliativo é aquele que padece de uma doença para a qual não existe um tratamento curativo ou de uma doença muito grave, às quais está associado habitualmente grande sofrimento físico e existencial. Pode ser um doente oncológico ou não, e ter anos, meses ou semanas de vida.

A Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (2006), define Cuidados Paliativos como uma resposta aos problemas decorrentes da doença prolongada incurável e progressiva na tentativa de prevenir o sofrimento que ela gera e de proporcionar a máxima qualidade de vida possível a estes doentes e suas famílias.

O conceito de Cuidados Paliativos está centrado no cuidar, que é entendido como o cuidado integral voltado para o doente em condições terminais, com ênfase no aspecto físico,

psicossocial e espiritual do doente e família; qualidade de vida; cuidado baseado numa abordagem humanística e de valorização da vida; o controlo da dor e dos demais sintomas; as questões éticas sobre a vida e a morte; a abordagem multidisciplinar; o morrer como processo natural; a prioridade do cuidado sobre a cura; a comunicação, a espiritualidade e o apoio ao luto (SILVA, 2008).

Os cuidados paliativos dão relevo ao apoio à família, prestado por equipas e unidades específicas de cuidados paliativos, em contexto de internamento hospitalar ou no domicílio. Têm como componentes essenciais: o alívio dos sintomas; o apoio psicológico, espiritual e emocional; o apoio à família; o apoio durante o luto e a interdisciplinaridade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Em Portugal, os cuidados paliativos foram implementados tardiamente em relação a outros países europeus. Em 1992, surge um dos serviços de cuidados paliativos no Hospital do Fundão, designado de Unidade de Dor, com camas de internamento. Foram entretanto surgindo outros serviços de cuidados paliativos destinados a doentes oncológicos, localizados nos Institutos de Oncologia do Porto e de Coimbra. Em 1996, iniciou a actividade a primeira equipa domiciliária de cuidados continuados e paliativos no Centro de Saúde de Odivelas.

No Decreto-Lei nº 281 de 8 de Novembro de 2003 surge a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados, que oferece respostas específicas para doentes que necessitam de cuidados de média e longa duração, em regime de internamento, no domicílio ou em unidades de dia.

Em 2004 foi publicado o Programa Nacional de Cuidados Paliativos pelo Ministério da Saúde, considerando os cuidados paliativos como constituintes essenciais dos cuidados de saúde gerais, tendo em atenção o imperativo ético da promoção e defesa dos direitos humanos.

No Decreto-Lei nº 101 de 6 de Junho de 2006 é publicada a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, onde os ministérios da saúde e segurança social colaboram na obrigação da prestação dos cuidados de saúde às pessoas com doenças crónicas incapacitantes e ainda com doenças incuráveis em fase avançada e no final da vida.

O Plano Nacional de Saúde 2004/2010, por sua vez, identifica os cuidados paliativos como uma área prioritária de intervenção, devendo estes ser “considerados como parte integrante da assistência multidisciplinar a prestar aos doentes e não apenas como o tratamento na fase terminal da doença” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

O estudo Palliative Care Facts in Europe, em 2005, revelou que os recursos existentes em Portugal Continental, para prestação de cuidados paliativos, eram escassos: existiam

apenas 4 unidades Internamento, 3 equipas domiciliárias e 2 equipas intra-hospitalares. Em 2008, o estudo Palliative Care in the European Union demonstrava que, apesar do início tardio da organização de Cuidados Paliativos em Portugal comparativamente a outros países da Europa, apresentava um desenvolvimento acelerado e um modelo de organização homogéneo de implementação, preocupação com a formação adequada dos recursos humanos, legislação e modelo financeiro favoráveis, e o número de camas por milhão de habitantes. Portugal evoluiu de 5,05 para 20 em apenas três anos a que corresponde um acréscimo de 296%. Desde 2006 até Novembro 2010, o número total de utentes assistidos nas unidades de cuidados paliativos foi de 4183, tendo sido referenciados para estas unidades um total de 5178 utentes, o que corresponde a uma percentagem de atendimento do número de cerca de 81% (REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS, 2010).

As Organizações não Governamentais, da área da oncologia, têm assumido um papel importante na prevenção, no acompanhamento e apoio aos doentes e famílias durante e após o processo de tratamento, sendo de destacar a Liga Portuguesa Contra o Cancro, fundada em 1941, ou a Acreditar, associação vocacionada para apoiar famílias e amigos de crianças com cancro, entre outras.

Os cuidados paliativos destinam-se a todos aqueles que padeçam de uma doença crónica avançada, incurável e progressiva (sida, cancro, doenças neurológicas, insuficiências cardíacas, respiratórias e esclerose múltipla entre outras), que exija cuidados específicos. Contudo a patologia oncológica é a segunda causa de morte em Portugal e contribui com um largo número de doentes em cuidados paliativos. Como tal, é importante mencionar este tema.

2.1.1 – A Oncologia em Portugal

Num estudo coordenado por Villaverde e Vala (2002), 63% dos portugueses (n=1221) afirmaram ter medo de vir a ter cancro, baseados nestes resultados podemos inferir que esta patologia exerce grande influência sobre a nossa sociedade.

A Oncologia representa presentemente uma área prioritária do Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Neste sentido foi criada em 2005 a Coordenação Nacional para as Doenças Oncológicas (CNDO), através do Despacho n.º19123/2005 de 2 de Setembro, que integra também o Alto Comissariado da Saúde.

Existem em Portugal planos oncológicos nacionais desde 1990. O plano 2000/2005 apresentava como principais prioridades: melhorar a qualidade e reforçar a operacionalidade dos registos oncológicos regionais; informar os cidadão como reduzir os riscos; intensificar rastreios e permitir a avaliação de qualidade; definir o conceito de rede de referência hospitalar; reforçar a radioterapia com racionalização do sector; dar continuidade aos cuidados paliativos na fase terminal da doença; apoiar o ensino pré, pós-graduado e contínuo dos profissionais; promover acções de formação especializada para profissionais; incentivar projectos de investigação; promover programas de melhoria de qualidade global. Tendo como objectivos fundamentais a redução da morbilidade e mortalidade por cancro, a promoção da saúde, a prevenção e vigilância epidemiológica do cancro, assim como melhorar a qualidade de vida, a qualidade assistencial e a satisfação dos doentes com os cuidados de saúde prestados. De entre os 10 objectivos traçados, destacam-se dois que estão intimamente associados ao presente estudo: 1) implementar o acesso a cuidados paliativos e o suporte psicossocial aos doentes e aos seus familiares; 2) incentivar a investigação científica na perspectiva do seu contributo para a melhoria da qualidade assistencial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007)

Os dados do Registo Oncológico Nacional revelam que em 2001 foram diagnosticados em Portugal 33052 novos casos de cancro, com uma taxa de incidência de 328.3/100000. Foram diagnosticados 55% dos tumores malignos no sexo masculino e 66% em idades superiores a 60 anos. Os tumores malignos com maior incidência, no sexo masculino, foram o tumor da próstata (80,2/100000), o carcinoma do pulmão (40,4/100000) e o tumor do cólon (36,1/100000). No sexo feminino, o carcinoma da mama correspondeu a 30% dos tumores malignos, representando aproximadamente 1 em cada 3 novos casos. Para a mulher, os tumores malignos com taxas de incidência mais elevadas foram, o carcinoma da mama (87,8/100000), o tumor do cólon (28,1/100000) e o carcinoma do estômago (19,8/100000) (INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA, 2001).

Para além dos novos casos, podemos ter uma aproximação do que representa uma das facetas da relação do doente com o sistema de saúde, através dos episódios de internamento em Portugal continental. Tendo em conta o movimento assistencial dos hospitais, em 2005, os “doentes saídos com neoplasias” foram 98443 e em 2004 de 97083 (MINISTÈRIO DA SAÚDE, 2007).

O Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007/2010 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007) revela que “as doenças oncológicas constituem a segunda principal causa de morte em Portugal e têm um profundo impacto nos doentes, nos familiares

e na sociedade em geral, sendo provavelmente as doenças mais temidas pela população em geral”.

A Direcção Geral da Saúde indicam-nos que o número de óbitos resultantes de todos os tumores malignos em 2005 foi de 22724, com uma taxa de 215,4/100000 habitantes (DGS, 2008).

Sousa e Grincho (2007) afirma que “é raro encontrar uma família que não tenha, em algum momento da sua história, vivido a doença oncológica de um parente” e ressalta o carácter comum da experiência da doença oncológica na família.

2.2 – A DEPRESSÃO E OS CUIDADOS PALIATIVOS

A perturbação depressiva é uma doença comum com uma prevalência de 4-5% nos estudos populacionais e ao longo da vida de 15%. Factores hereditários e de personalidade estão associados a depressão, sendo frequentemente o stress psicológico o factor desencadeante. A depressão grave geralmente inicia-se após um acontecimento vital negativo, tal como o divórcio, desemprego, a perda. (ISOMETSA, 2007).

Quando o doente toma conhecimento do diagnóstico, “surge de imediato uma reacção por parte deste, em resposta a tão ameaçadora notícia” (PEREIRA; LOPES, 2002). Dependendo da duração da fase anterior e das informações a que o doente foi tendo acesso, haverá suspeita maior ou menor relativamente ao diagnóstico, o que necessariamente implicará reacções distintas, contando ainda com a representação individual e social da doença. Rowland (1989, *cit. in* VEACH; NICHOLAS; BARTON, 2002) descreveu a reacção do doente ao diagnóstico de cancro enquanto envolvendo preocupações relativamente a “cinco D’s”: distância, dependência, invalidez (*disability*), desfiguramento, e morte (*death*).

Kneie e Temoshoc (1984, *cit. in* PEREIRA; LOPES, 2002) descrevem, por seu lado, quatro respostas possíveis que podem passar por enfrentá-lo com espírito de luta e determinação, através do chamado evitamento positivo (ou negação), com fatalismo aceitando passivamente, ou com desesperança e sensação de incapacidade. Se as primeiras respostas se podem associar a um bom prognóstico na adaptação à doença, desde que complementados com um bom nível de suporte social e com capacidade para lidar eficazmente com o *stress*, já as últimas se associam a um pior prognóstico e congregam ansiedade e depressão, supressão de emoções e isolamento social (Seligman, 1996, *cit. in* PEREIRA; LOPES, 2002).

Segundo Mendes (2004) estas são mecanismos de defesa que procuram alterar a realidade para aliviar o sofrimento. Os mecanismos de defesa mais utilizados passam pela

alteração artificial dos factos (negando-os, esquecendo-os ou aceitando-os mas minimizando), pela alteração dos sentimentos e preocupações (atribuindo-os aos que lhe estão mais próximos, projectando-os ou deslocando-os) e pela alteração da interpretação dos factos numa regressão infantil ou por uma racionalização dos problemas, analisando genericamente a situação e mantendo-se à parte (Machado, 2003, *cit. in* MENDES, 2004).

Após o primeiro impacto do conhecimento do diagnóstico, da fase inicial de negação e descrença, segue-se geralmente uma fase “caracterizada por *stress* agudo, que engloba ansiedade, raiva e protesto” (PEREIRA; LOPES, 2002), onde se manifestam sentimentos de culpa, depressão e exaustão, mesmo perante um prognóstico positivo. Ainda assim, a manifestação do stress pode indicar o reconhecimento da situação e a adopção de estratégias para lidar com a situação de doença. Caso esta fase persista no tempo, será crucial a procura de ajuda psicoterapêutica (PEREIRA; LOPES, 2002).

Num processo de doença como o cancro, há que lidar com perdas emocionais e físicas, mas sobretudo com a perda da expectativa de um futuro longo e saudável, “a imagem que o doente tem de si, a representação que tem da sua própria saúde e do seu futuro, assim como das suas capacidades e limitações vêem-se completamente alteradas” (PEREIRA; LOPES, 2002).

Pereira e Lopes (2002) consideram que, seguidamente, se entra num novo estágio, que se situa entre a aceitação do diagnóstico e o início dos tratamentos. Nesta fase a ansiedade poderá baixar, contudo a depressão e o desespero podem aumentar (Barraclough, 1994 *cit. in* PEREIRA; LOPES, 2002), verificando-se frequentemente a sensação de vulnerabilidade e de perda (Seligman, 1996 *cit in* PEREIRA; LOPES, 2002). O mal-estar, o cansaço, a interrupção das actividades habituais, os tratamentos e os internamentos, constroem um quadro pouco favorável a uma boa saúde mental.

Após os tratamentos, a situação pode ser favorável, havendo aí alívio relativamente ao que se antecipou como mais negativo, ou, pelo contrário, serem necessários mais tratamentos, geralmente mais agressivos, o que vem reafirmar alguns sentimentos negativos que se projectavam anteriormente. Pereira e Lopes (2002) afirmam que “com alguma frequência, uma recidiva afecta mais o doente do que o diagnóstico inicial”. Muitos doentes e suas famílias continuam com um nível de vigilância alta relativamente a sinais e sintomas de recorrência, numa fase pós-recuperação (Kornblith *et al.*, 1992 *cit. in* SMITH *et al*, 1999). O pessimismo, a frustração e o desânimo que emergem podem potenciar estados depressivos severos.

A inevitabilidade da morte de alguns doentes é um facto incontornável na sociedade contemporânea, “por muito esforço que os profissionais de saúde façam, por muito que a família apoie, por muito que a psicoterapia tente ajudar e por muito que o doente lute e desenvolva estratégias adequadas” (PEREIRA; LOPES, 2002.). Nesta fase são prestados cuidados paliativos e já não curativos, tentando ajudar o doente a viver melhor com a doença, aliviando o sofrimento nos seus diversos níveis. A família corre aqui o risco de lidar desadequadamente com um luto antecipado, isolando o doente, elevando-o a uma espécie de “alienação psicológica” (ROLLAND, 2000).

A saúde mental dos pacientes com cancro foi objecto de diversos estudos, desde a década de 60. Constatou-se que a depressão aparece de forma destacada relativamente a outro tipo de quadros clínicos, apresentando uma maior prevalência entre os doentes com cancro do que entre os indivíduos da população geral, continua a não ser pacífica a discussão que envolve a distinção entre o que é uma reacção normal ao diagnóstico e o que constitui realmente psicopatologia (ISOMETSA, 2007). Bishop (1994) refere o estudo de Cassileth *et al.* que compara a saúde mental de cinco grupos de doentes (entre os quais pessoas com cancro), tendo concluído que a saúde mental dos doentes se encontrava dentro dos parâmetros apresentados pela população geral.

Burish *et al.* (1987, *cit. in* BISHOP, 1994) indicam que 25 a 50% dos doentes podem vir a apresentar depressão clínica. Massie e Holland (1990) afirmavam também que, pelo menos 25% dos doentes hospitalizados com cancro podem apresentar sintomas que correspondem a uma depressão major ou uma perturbação de adaptação com humor depressivo. Por seu lado, Moniz (1989) reporta três estudos do final dos anos 70, sobre a morbidade psicológica em doentes com cancro da mama, que indicam que a depressão existia em 25 a 30% das mulheres no primeiro ou segundo ano subsequente à mastectomia.

Massie (2004), numa revisão de 5 estudos sobre doentes com cancro em consulta psiquiátrica e de 88 estudos com base em amostras representativas, publicados entre 1965 e 2002, dá indicação de amplitudes distintas para a prevalência da depressão. Nos primeiros 5 estudos a prevalência de depressão major varia entre 9 a 58%. Massie e Holland (1987, *cit. in* MASSIE, 2004), num estudo com uma amostra de 546 doentes internados e acompanhados em ambulatório, foram os que referiram menor prevalência, indicando, no entanto, que, para além dos 9% de doentes com depressão major, 26% apresentavam perturbação de adaptação com humor depressivo. O mesmo autor (2004), de forma resumida, aponta para uma variação da prevalência, reportada em estudos com metodologias e critérios diversos, entre 0% e 38% para a depressão major, e de 0% a 58% para sintomas do espectro depressivo. A prevalência

diferiu também consoante as características clínicas da população estudada: cancro orofaríngeo (22 a 57%), pancreático (33 a 50%), mama (1,5 a 46%), fígado (11 a 44%), cólon (13 a 25%), ginecológico (12 a 23%), linfoma (8 a 19%).

Em doentes com cancro em estadio avançado Burberg, Penman e Holland (1984, *cit. in* VEACH; NICHOLAS; BARTON, 2002) indicam que a prevalência de depressão aumenta de 25% para mais de 75% dos doentes.

Norton *et al.* (2004) estudaram a prevalência e preditores do *distress* psicológico entre mulheres com cancro do ovário (n=143; 48% com estádios avançados de cancro e 80% em tratamento), utilizando O *Mental Health Inventory* de 18 itens, a escala de depressão de Beck e a escala de *Impact of Event*, assim como um questionário sobre a utilização dos serviços de saúde mental. Relativamente à depressão, 20% das mulheres apresentou resultados iguais ou superiores a 19 pontos (ponto de corte clínico considerado), indicando sintomas depressivos moderados a severos. O estudo do *distress* indicou que 22% apresentavam pontuações que sugeriam *distress* moderado e apenas 1% revelou níveis altos de *distress*, sendo de sublinhar que indicaram maiores níveis de ansiedade do que depressão ou perda de controlo emocional/comportamental. O estudo revelou que 60% das mulheres da amostra não utilizavam qualquer serviço de saúde mental nem medicação psicotrópica.

Relativamente a Portugal, Ribeiro, Pires e Monteiro (2008), realizaram um estudo com uma amostra de 599 doentes hospitalizados, sinalizados à Unidade de Psiquiatria do IPO de Lisboa, avaliados através de uma entrevista clínica. Este revelou que 32% dos doentes demonstraram perturbações de adaptação e 31% perturbações afectiva. Num estudo com 274 doentes oncológicos portugueses, Célia Santos (2006) concluiu que os doentes adoptaram essencialmente estratégias de confronto para lidar com a doença. Percepcionam-na como um desafio e acreditam numa atitude positiva, utilizando o humor, aceitando-a resignadamente. Existindo um grupo mais diminuto que lida com a doença de forma mais negativa, encarando-a através de desânimo e fatalismo.

2.3 – O APOIO SOCIAL

O apoio social consiste no grau em que as necessidades sociais básicas do individuo (de afiliação, de afecto, pertença, identidade, segurança e aprovação), são satisfeitas através de intervenções com os outros (MATOS; FERREIRA, 2000).

Caplan introduz o conceito de “sistema de apoio social” em 1974, na sua obra *Support Systems and Community Mental Health*. No entanto, os dois autores apontados como

fundadores da investigação sobre o apoio social são Cassel (1976) e Cobb (1976) (CHAMBO, 1997).

Lin (1986) considera que a componente social remete para a relação do indivíduo com o meio, em níveis distintos dessa mesma relação, e a componente apoio para as actividades instrumentais e expressivas. Partindo desta decomposição da expressão, apresenta uma definição-síntese: apoio recebido e percebido; dimensões e fontes (a que chama elementos sociais) de apoio. A definição de Lin reúne as dimensões do apoio e delimita as fontes desse mesmo apoio: “as provisões instrumentais e/ou expressivas, percebidas ou efectivas, fornecidas pela comunidade, redes sociais, e parceiros íntimos”. As fontes aqui identificadas representam uma simplificação do contexto social. No entanto elas remetem para três estratos relacionais distintos: a comunidade representa a integração social e o sentimento de pertença; as redes sociais, estando mais próximas do indivíduo, permitem uma grande especificidade nas relações estabelecidas e um sentimento de vinculação; no âmbito das relações com os parceiros íntimos são esperadas trocas recíprocas e mútuas, havendo uma partilha de responsabilidade pelo bem-estar do outro e um sentimento de união (LIN, 1986).

Algumas actividades foram sendo associadas ao conceito: escutar, demonstrar carinho ou interesse, dar objectos materiais, ajudar economicamente alguém, ser casado, visitar um amigo, pertencer a associações comunitárias, sentir-se amado, dar conselhos acerca dos comportamentos, expressar aceitação, entre outros. (BARRÓN, 1996).

Uma das definições de apoio social consideradas por Barrón (1996) como das mais completas é a de Vaux. Este refere-se ao conceito que compreende três dimensões que se relacionam num processo dinâmico verificado entre o sujeito e o contexto. Os três elementos conceptuais são:

- 1) os recursos da rede de apoio, constituídos pela parte da rede social do sujeito à qual ele recorre, no sentido de procurar ajuda para lidar com as exigências com as quais se confronta;
- 2) os comportamentos de apoio, que se referem às diferentes formas de prestar ajuda às pessoas, ou seja, as funções de apoio;
- 3) as apreciações de apoio, que se traduzem em avaliações ou valorações subjectivas relativamente aos comportamentos de apoio.

Taylor (2003), por seu lado, inúmera quatro formas de apoio:

- 1) perceptivo que ajuda os sujeitos a perceberem e lidarem melhor com os acontecimentos *stressantes*;
- 2) tangível que “envolve a provisão de suporte material, tais como serviços, ajuda financeira, ou bens”;

- 3) informativo que o autor relaciona com acontecimentos *stressantes* e com situações úteis no quotidiano;
- 4) emocional que permite assegurar ao indivíduo que é uma pessoa estimada e valiosa quando esta experimenta situações na sua vida que provocam tristeza, ansiedade, depressão, baixa auto-estima...

O apoio social é uma das funções primordiais exercida pelas redes sociais. Existem mesmo definições que consideram a rede social como “o conjunto de indivíduos que prestam apoio social”, pelo que o conceito de apoio social se confunde frequentemente com o conceito de redes sociais (BARRÓN, 1996) O mesmo autor define o apoio social como envolvendo transacções interpessoais e englobando um ou diversos tipos específicos de apoio prestados por indivíduos, grupos ou instituições, ou seja, redes sociais.

O apoio social engloba um apoio emocional, um apoio tangível e um apoio informativo. O apoio emocional é caracterizado geralmente por trocas de atitudes emocionais positivas e um “clima de compreensão, simpatia, empatia, estímulo e apoio” (SLUZKI, 1996). O suporte tangível (material ou instrumental) remete para um conjunto de acções ou materiais que, quando proporcionados por outrem, vão no sentido de facilitar a realização das tarefas do quotidiano, aliviando o indivíduo (BARRÓN, 1996). O apoio informativo revela-se através do aconselhamento e que inclui os conselhos e as orientações cognitivas que permitem o estabelecimento de interacções que têm por objectivo a partilha de informações pessoais ou sociais entre os membros (SLUZKI, 1996).

Segundo Sousa e Grincho (2010), actualmente vive-se um período de tentativa de mudança para que o doente terminal morra no seio familiar, o que representa para os cuidadores o enfrentar de situações inesperadas, existindo assim muitas necessidades familiares perante as quais a equipa de cuidados paliativos devem estar atentos.

Na perspectiva da doença, a família assume o principal recurso, sendo o núcleo duro da rede primária de suporte social. Os profissionais de saúde desenvolvem com a família um sistema de parceria nas intervenções, sobretudo nos cuidados em ambulatório. É cada vez mais frequente os serviços envolverem os familiares directamente na gestão da medicação, na monitorização dos sintomas e dos comportamentos do doente. Contudo, esta concepção encerra uma responsabilização acrescida da família no acompanhamento do doente. Por um lado este envolvimento é positivo contudo se não houver um apoio à família, pode-se esgotar este recurso (SOUSA; RELVAS; MENDES, 2007). Não é difícil imaginar que é complicado lidar quotidianamente com doentes, mais ainda se o seu nível de dependência, de cuidados ou de necessidade de controlo for elevado.

“A doença, a incapacidade e a morte são experiências universais que põem as famílias perante um dos maiores desafios da vida” (ROLLAND, 2000). No caso da doença, o desafio é tanto maior quanto mais inesperadamente surgir, quanto maior gravidade apresentar na sua evolução e quanto maior grau de incapacidade trazer ao doente.

A doença tem de “ser encarada como algo que acontece à e na família e não só ao paciente” (SOUSA; RELVAS; MENDES, 2007). O profissional de saúde necessita de olhar para e pela família do doente e não apenas para o doente.

Na sua maioria, a família/cuidador principal são pessoas que não possuem formação específica que lhes permita garantir a qualidade dos cuidados, nem estão emocionalmente preparados para assumir o cargo desta função, acabando por pôr em risco o estado de saúde e bem-estar do doente (FERREIRA, 2009).

Em 1937, o *Projecto Macy* (do *Cornell Medical College* e do *New York Hospital* nos Estados Unidos) estudou 15 famílias durante 2 anos, resultando daqui uma publicação. Este livro tenta afastar a ideia de doença limitada ao indivíduo, concebendo-a como “uma parte integral do processo contínuo de viver” e afirma que “a família é a unidade da doença, porque é a unidade da vida” (RANSON, 1984, *cit. in* MCDANIEL; HEPWORTH; DOHERTY, 1994).

John Rolland para além de ter publicado uma obra acerca da relação da família com a doença, também foi um dos fundadores do Center for Family Health, que se dedica ao fortalecimento das famílias em crise.

De acordo com o modelo biopsicossocial, o objectivo teórico e metodológico da medicina deve consistir na interligação das dimensões biológica, psicológica e social da pessoa. Assim, cada dimensão, por si só, não pode dar conta da saúde e da doença. A pessoa e o seu meio ambiente constituem uma unidade. Os factores físicos, mentais, espirituais, sociais e ambientais não existem separadamente, pois só existem enquanto componentes de uma totalidade” (REIS, 1998).

O apoio social afecta a saúde mental e física através da sua influência nas emoções, cognições e comportamentos (COHEN, 1988).

Um estudo longitudinal com um corte de 10 anos e uma amostra de 503 sujeitos, apontou que o apoio social protege o sujeito contra o desenvolvimento de perturbações mentais quando o indivíduo é exposto a um *stressor* como um acontecimento de vida negativo, principalmente no caso da depressão (DALGARD; BJORK; TAMBS, 1995).

A perspectiva do construtivismo social defende que o suporte influencia directamente a saúde ao promover a auto-estima e a auto-regulação, independentemente da presença de *stress* (LAKEY; COHEN, 2000).

Frequentemente a doença restringe a mobilidade, limitando as possibilidades de contactos sociais, levando à desactivação de alguns vínculos, reduzindo-se gradualmente a rede social a apenas alguns elementos. Por outro lado, a situação de doença reduz a possibilidade de haver reciprocidade na rede social, pois a pessoa doente será menos capaz de ter comportamentos equivalentes relativamente aos outros, nomeadamente aos que dele cuidam. Assim, a possível excessiva sobrecarga dos cuidados pode levar ao “esgotamento” dos membros da rede social, nomeadamente dos que se assumem como cuidadores principais (SLUZKI, 1996).

3 – METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO

A fase metodológica constitui uma etapa de precisão e planeamento. Esta fase serve, principalmente, para demonstrar a verdade, pois nada é deixado ao acaso e é impossível improvisar.

Neste estudo, foi delimitado um problema a investigar, em função do qual se traçaram os objectivos. Para os atingir, efectuou-se uma revisão bibliográfica, a qual permitiu sustentar teoricamente a problemática, tendo a preocupação de seleccionar o que pareceu mais pertinente e actual.

A selecção da amostra a estudar, enquadrou-se no propósito de realizar um estudo analítico, descritivo-correlacional, transversal que permitisse testar as questões de investigação formuladas.

O Problema de investigação do meu estudo é o seu objecto, assim sendo defini-o como “ Qual a relação existente entre as variáveis socio-demográficas, de saúde, sociais e a sintomatologia da depressão nos doentes paliativos”.

De acordo com a pesquisa elaborada, o problema em estudo e os objectivos traçados, foi formulada a seguinte questão de investigação:

Em que medida as variáveis socio-demográficas, de saúde e o apoio social influenciam a depressão em doentes em cuidados paliativos?

Na tentativa de dar resposta ao meu problema sugeri as seguintes hipóteses:

Hipótese 1 – Há relação entre as variáveis socio-demográficas e a depressão em doentes paliativos.

Hipótese 2 – Existe relação entre as variáveis de saúde e a depressão em doentes paliativos.

Hipótese 3 - Há relação entre o apoio social e a depressão em doentes paliativos.

Os objectivos do trabalho são:

- Descrever o perfil socio-demográfico do doente paliativo;
- Determinar os diferentes tipos de apoio social ao doente paliativo;
- Determinar a sintomatologia depressiva do doente paliativo;
- Analisar a influência das variáveis socio-demográficas, de saúde e psicossociais na sintomatologia da depressão no doente paliativo.

- Determinar se o apoio social influencia a depressão em doentes em cuidados paliativos.

No presente estudo a Variável Dependente é a Depressão. As variáveis independentes agrupei-as da seguinte forma:

- Variáveis socio-demográficas – sexo, idade, situação profissional, zona de residência, estado civil, habilitações literárias e contexto familiar.

- Variáveis de saúde – número de internamentos numa unidade de cuidados paliativos, diagnóstico clínico.

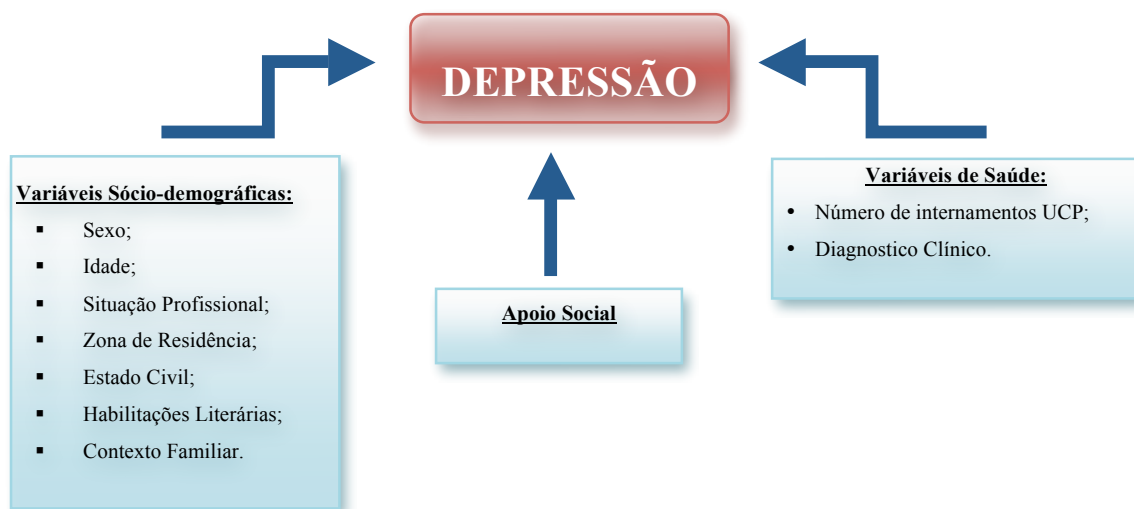
- Variável Psicossocial – Apoio Social (Escala de Apoio Social de Matos e Ferreira).

DESENHO DE INVESTIGAÇÃO:

O desenho de investigação é um plano lógico criado pelo investigador, com vista a obter respostas válidas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas, (Fortin, 2009).

Para melhor perspectivar o propósito do estudo que se pretendeu efectivar, foi elaborado o seguinte desenho de investigação, (cf. Figura 1):

Figura 1 – Representação esquemática da relação entre as variáveis



TIPO DE ESTUDO\AMOSTRA:

O estudo que pretendemos realizar para esta pesquisa é de cariz transversal, explicativo descritivo, retrospectivo e correlacional.

O instrumento de colheita de dados seleccionado foi o questionário, cuja aplicação foi concretizada após os procedimentos éticos e formais necessários.

A população deste estudo é constituída pelos doentes internados nas unidades de cuidados paliativos (doentes aos quais são prestados cuidados paliativos independentemente da sua patologia de base). A amostra será não probabilística de conveniência¹, uma vez que será constituída pelos doentes que se encontram internados nas unidades de cuidados paliativos de Cantanhede e do Fundão, de 24 Janeiro a 07 Março de 2011, após resposta positiva das respectivas instituições ao pedido de autorização de aplicação de inquérito.

O APENDICE A corresponde ao impresso do consentimento informado que será lido e assinado pelos indivíduos que participaram no estudo.

O critério estabelecido para a exclusão é os doentes que apresentem alterações neurológicas incapacitantes de responder ao questionário.

INSTRUMENTO COLHEITA DE DADOS:

O instrumento de colheita de dados (APENDICE B), é constituído por:

- Caracterização socio-demográfica;
- Questionário de Saúde;
- Inventário de Depressão de Beck - consiste numa escala de auto-resposta, utilizada para avaliar a intensidade dos sintomas depressivos;
- Escala de Apoio Social - consiste numa escala de auto-resposta, para avaliação do apoio social que o indivíduo considera que dispõe.

Foram solicitadas autorizações às entidades competentes no sentido de poder aplicar o instrumento de colheita de dados para o estudo (APENDICE C).

3.1 – ANÁLISE DE DADOS ESTATÍSTICA

Na presente investigação, será processado através da estatística descritiva e da estatística inferencial.

A estatística descritiva, permite estruturar a informação numérica, de modo a obter uma imagem geral das variáveis medidas numa amostra, para isso, determinaram-se as seguintes medidas estatísticas:

- **Frequências:** (Absolutas (N) e Percentuais (%));
- **Medidas de tendência central:** (Médias (\bar{x}));

33—

¹ Neste tipo de amostragem, a probabilidade de um determinado elemento pertencer à amostra não é igual à dos restantes elementos. O problema com este tipo de amostras é que estas podem, ou não, ser representativas da população em estudo. Apesar de a amostragem probabilística ser preferida à não probabilística, em muitas investigações não é possível, prático ou mesmo desejável obter este tipo de amostras, pelo que o investigador tem que optar por métodos não aleatórios de amostragem, (Maroco, 2007)

- **Medidas de dispersão ou variabilidade:** (Desvio padrão (Dp) e Coeficiente de variação (CV))

O coeficiente de variação permite comparar a variabilidade de duas variáveis devendo os resultados obtidos serem interpretados de acordo com Pestana & Gageiro, (2005), do seguinte modo:

Coeficiente de variação	Classificação do Grau de dispersão
0% - 15%	Dispersão baixa
16% - 30%	Dispersão moderada
> 30%	Dispersão alta

A utilização de testes paramétricos exige a verificação simultânea de duas condições: a primeira é que as variáveis de natureza quantitativa possuam distribuição normal e a segunda que as variâncias populacionais sejam homogêneas caso se esteja a comparar duas ou mais amostras populações (MAROCO, 2007).

Assim, quanto à utilização da estatística paramétrica e não paramétrica neste estudo destacam-se:

Testes Paramétricos

- Teste de Qui Quadrado (χ^2) – para comparar a proporção entre frequências observadas e esperadas;

Testes Não Paramétricos

- Teste de Kruskal-Wallis – para comparação de médias entre três ou mais variáveis;

- Teste de U Mann Witheney – para comparação de médias entre dois grupos independentes.

Quando utilizamos apenas uma variável dependente e uma independente, efectuamos uma **regressão linear simples**. Em relação às correlações de *Pearson* que este tipo de teste gera, utilizamos os valores de r que, por convenção, Pestana & Gageiro (2005), sugerem que:

$0.2 \leq r < 0.39$	associação baixa
$0.4 < r < 0.69$	associação moderada
$0.7 < r < 0.89$	associação alta
$0.9 < r \leq 1$	associação muito alta

No estudo das inferências estatísticas, utilizámos os seguintes níveis de significância:

p ≥ 0.05	não significativo (n.s.)
p < 0.05*	significativo
p < 0.01**	bastante significativo
p < 0.001***	altamente significativo

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

3.2 – CARACTERIZAÇÃO SOCIO-DEMOGRÁFICA

Os valores da idade da amostra variaram entre mínimo de 41 e um máximo de 95 anos, com uma idade média de aproximadamente 72 anos (Dp=12.392), com uma distribuição moderada em torno da média.

A idade do sexo masculino variou entre os 48 e os 87 anos, com um valor médio de 69.38 anos (Dp=11.806), e uma dispersão moderada em torno da média. Quanto ao sexo feminino, possui uma idade média de 74.35 (Dp=12.665) e uma dispersão moderada em torno da média. O teste U de Mann Whitney, revela que, apesar de as mulheres terem idades superiores aos homens, as diferenças encontradas são estatisticamente não significativas (U=233,0; Z=-1,535; p=0,125), (cf. Quadro 1).

Quadro 1 – Estatísticas relativas á idade em função do sexo

	n	Min	Max	\bar{x}	Dp	Sk/erro	K/erro	CV (%)
Masculino	24	48	87	69,38	11,806	-0,405	-1,122	17,02
Feminino	26	41	95	74,35	12,665	-1,998	0,700	16,67
Total	50	41	95	71,96	12,392	-1,510	-0,703	17,22

²U=233,0; Z=-1,535; p=0,125

Quanto à **situação profissional**, verificamos que a maioria (78.0%) é reformada. Valores semelhantes aos da amostra total, são observados no sexo masculino e feminino, (75.0% e 80.8%). O teste Qui-Quadrado revela que as diferenças entre homens e mulheres não são significativas ($\chi^2=0.242=$; p=0.623), ou seja as variáveis em estudo são independentes, (cf. Quadro 2).

A maior percentagem de doentes vive em zona rural (56.0%). Apurámos, ainda que apesar do número de mulheres a residir na zona rural ser superior ao dos homens, as diferenças não são significativas face ao sexo, ($\chi^2=0.063$; $p=0.802$), (cf. Quadro 2).

O **estado civil** predominante é o casado ou a viver em união de facto (54.0%), seguindo-se o estado civil viúvo com 32.0%, 8% são divorciados e 6% solteiros. Observando-se que no sexo masculino existe uma percentagem maior de pessoas casadas\união de facto face ao sexo feminino (62.4% Vs 46.2%), no entanto, as diferenças estatísticas encontradas não são significativas, ($\chi^2=1.589$; $p=0.662$) (cf. Quadro 2).

Quadro 2 – Caracterização sociodemográfica em função do sexo

Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
SITUAÇÃO PROFISSIONAL (N=50)						
Reformado	18	75,0	21	80,8	39	78,0
Activo	6	25,0	5	19,2	11	22,0
Teste Qui-Quadrado					$\chi^2=0,242$; $p=0,623$	
ZONA DE RESIDÊNCIA (N=50)						
Rural	13	54,2	15	57,7	28	56,0
Urbana	11	45,8	11	42,3	22	44,0
Teste Qui-Quadrado					$\chi^2=0,063$; $p=0,802$	
ESTADO CIVIL (N=50)						
Solteiro	1	4,3	2	7,7	3	6,0
Casado ou em União de Facto	15	62,4	12	46,2	27	54,0
Divorciado	2	8,3	2	7,7	4	8,0
Viúvo	6	25,0	10	38,4	16	32,0
Teste Qui-Quadrado					$\chi^2=1,589$; $p=0,662$	
HABILITAÇÕES LITERÁRIAS (N=50)						
Não sabe ler nem escrever	4	16,7	8	30,8	12	24,0
Ensino Básico	20	83,3	14	53,8	34	68,0
Ensino secundário e Ensino Superior	-	-	4	15,4	4	8,0
Teste Qui-Quadrado					$\chi^2=6,322$; $p=0,042^*$	
CONTEXTO FAMILIAR (N=50)						
Vive sozinho	4	16,7	3	11,5	7	14,0
Vive com familiares	20	83,3	23	88,5	43	86,0
Teste Qui-Quadrado					$\chi^2=0,272$; $p=0,602$	
Total	24	48,0	26	52,0	50	100,0

Nas **habilitações literárias**, a maior percentagem dos doentes internados tem o ensino básico (68.0%), seguido do não sabe ler nem escrever (24.0%) e do ensino secundário ou superior com 8%, (cf. Quadro 2).

Os homens apresentam uma percentagem mais elevada ao nível do ensino básico face às mulheres (83.3% Vs 53.8%), e as mulheres têm maior representatividade nas habilitações “não sabe ler nem escrever” (30.8% Vs 16.7%). O teste Qui-Quadrado revela diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=6.322$; $p=0.042$), ou seja, os homens têm melhores habilitações literárias face as mulheres, (cf. Quadro 2).

Relativamente ao **contexto familiar**, a maioria dos doentes vive com familiares (86.0%) e 14.0% vive sozinho. Aplicado o teste Qui-Quadrado, verificamos que, as variáveis são independentes, ($\chi^2=0,272$, $p=0.602$), (cf. Quadro 2).

Perfil Socio-demográfico

O perfil médio dos doentes estudados, revela um doente com cerca de 72 anos, reformado (78.0%), a residir em meio rural (56.0%), casado ou a viver em união de facto (54.0%), com o ensino superior (68.0%) e a viver com familiares (86.0%).

3.3 – CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE

A maioria dos doentes esteve **internado na UCP** uma vez (84.0%), sendo que 12% esteve duas vezes e 4% teve três internamentos. Nos homens e nas mulheres o grupo mais representado é o do um único internamento, sendo que a percentagem nas mulheres é mais elevada (96.2% Vs 70.8%), verificamos ainda que 25% dos homens refere dois internamentos e 4.2% três, por sua vez nas mulheres apenas 3.8% esteve internado três vezes. O teste de Qui-Quadrado revelou diferenças estatísticas significativas ($\chi^2=7.456$; $p=0.024$), ou seja os homens têm mais internamentos que as mulheres na UCP, (cf. Quadro 3).

O **diagnóstico** mais frequente na UCP foi a neoplasia (86.0%), os valores do sexo masculino e feminino são idênticos ao da amostra total, sendo as diferenças estatisticamente não significativas ($p>0.05$), ou seja as variáveis são independentes, (cf. Quadro 3).

Perfil de Saúde

O perfil médio, revela um doente com um internamento (84.0%) e com diagnóstico de neoplasia (86.0%).

Quadro 3 – Caracterização do Estado de saúde em função do sexo

Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
NÚMERO DE INTERNAMENTOS NUMA UCP (N=50)						
Um	17	70,8	25	96,2	42	84,0
Dois	6	25,0	-	-	6	12,0
Três	1	4,2	1	3,8	2	4,0
Teste Qui-Quadrado					$\chi^2=7,456=;$ p=0,024*	
DIAGNOSTICO CLÍNICO (N=50)						
Neoplasia	20	83,3	23	88,5	43	86,0
Insuficiência de órgãos	-	-	2	7,7	2	4,0
Outro	1	4,2	1	3,8	2	4,0
Mais de 1 diagnóstico	3	12,5	-	-	3	6,0
Teste Qui-Quadrado					$\chi^2=5,138=;$ p=0,162	
Total	24	48,0	26	52,0	50	100,0

3.4 – APOIO SOCIAL

O apoio social, na opinião de Matos e Ferreira (2000), é caracterizado como um constructo multidimensional e de se considerarem os mecanismos mais precisos, pelos quais o apoio social pode influenciar a saúde.

Esta escala engloba um conjunto de dezasseis questões, avaliadas segundo uma escala do tipo “Likert”.

Permite cinco possibilidades de resposta (não concordo, concordo pouco, concordo moderadamente, concordo muito, concordo muitíssimo), a que se atribui uma pontuação de um a cinco, correspondendo este último valor a níveis mais elevados de Apoio Social, excepto para os itens 2, 5, 12, 13, 14 e 16, que pela forma como estão formuladas, devem ser cotados inversamente.

Os itens estão formulados para medir as três principais funções do Apoio Social, como este exposto no Quadro 4.

Quadro 4 – Factores do Apoio Social e respectivos itens

FACTORES	ITENS
Apoio informativo	1, 6, 7, 8, 9, 10
Apoio emocional	2, 3, 4, 5, 11
Apoio instrumental	12, 13, 14, 15, 16.

As pontuações podem variar de 16 a 80, sendo os valores médios para a população portuguesa em geral de 64.874 (Dp=8,322), (Matos & Ferreira, 2000).

A escala mostrou ter uma boa fiabilidade, as autoras obtiveram um alpha de Cronbach³ de 0,849 para uma amostra de 214 indivíduos. A análise da consistência interna da presente escala nesta investigação, revelou um alfa de Cronbach de 0,714, equivalente a uma boa consistência interna, embora valor mais baixo que os dos autores (**ANEXO 1**).

Os valores do Apoio Social (nota global) variam entre um mínimo de 31 e um máximo de 67, com um valor médio de 45.26 (Dp=7.042), valor inferior ao da autora da escala, e com dispersão em torno da média moderada, (cf. Quadro 5).

Quanto aos factores, inferimos que os valores médios são de 20.04 (Dp=4.389) no *Apoio Informativo*, com os valores a oscilarem entre 11 e 30 e com uma dispersão moderada em torno da média. No *Apoio Emocional*, o valor médio foi de 13.58 (Dp=1.864) com uma dispersão baixa em torno da média. Quanto ao *Apoio Instrumental*, verificamos uma oscilação dos valores entre 5 e 20, com um valor médio de 11.64 (Dp=3.521) sendo a dispersão alta. Quer o Apoio Social (nota global) quer nos três factores as curvas de simetria e achatamento são simétricas e mesocurticas, estando-se perante uma distribuição normal, (cf. Quadro 5).

Quadro 5 – Caracterização do Apoio Social (nota global e factores)

	Min	Max	\bar{x}	Dp	Sk/erro	K/erro	CV (%)
Apoio informativo	11	30	20,04	4,389	0,504	0,259	21,90
Apoio emocional	10	19	13,58	1,863	1,864	0,361	13,72
Apoio instrumental	5	20	11,64	3,521	0,709	-0,477	30,25
Apoio Social (Nota global)	31	67	45,26	7,042	1,522	1,448	15,56

Foram constituídos três grupos (Bom, Razoável e Fraco)⁴, uma vez que o Apoio Social não possui uma nota global, para permitir a avaliar o Apoio Social dos doentes internados. Verificando-se que a amostra é maioritariamente constituída por doentes com fraco apoio social (38.0%), seguido dos que têm bom apoio social (34.0%) e os restantes 28.0% têm razoável apoio. Verificamos que os homens têm pior apoio social face as mulheres (50.0% vs 26.9%), sendo as diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=6.296=$; $p=0.043$), (cf. Quadro 6).

³ A consistência interna é considerada como *boa* se o *Alfa de Cronbach* se situa entre 0,70 e 0,85 e *muito boa* se *Alfa* superior a 0,90, (Pestana e Gageiro, 2005).

⁴ Aplicando a fórmula apresentada por Pestana & Gageiro (2005) para a constituição dos grupos: (Média \pm 0.25 Dp).

Quadro 6 – Caracterização do Apoio Social em função do sexo

Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Apoio Social (por Grupos) (N=50)						
Fraco	12	50,0	7	26,9	19	38,0
Razoável	8	33,3	6	23,1	14	28,0
Bom	4	16,7	13	50,0	17	34,0
Teste Qui-Quadrado					$\chi^2=6,296=;$ $p=0,043^*$	

3.5 – CARACTERIZAÇÃO DA SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA

Com o objectivo de avaliar esta variável, utilizámos o Inventário de Depressão de Beck (BDI – Beck Depression Inventory), versão portuguesa aferida por Vaz Serra & Pio de Abreu em 1973, que tem por finalidade avaliar as manifestações comportamentais da depressão. Este instrumento é constituído por 21 grupos de 4, 5 ou 6 afirmações respeitantes a toda a sintomatologia depressiva. Dos 21 conjuntos de afirmações, 11 relacionam-se com aspectos cognitivos, 5 com sintomas somáticos, 2 com comportamentos observáveis, 2 com o afecto e 1 com sintomas interpessoais” (Vaz-Serra, 1994). Cada conjunto apresenta as afirmações por ordem crescente de gravidade do sintoma, para que o sujeito que responde a este inventário escolha facilmente aquela (e apenas uma) que melhor descreve a forma como se sente no momento do preenchimento. A cada afirmação corresponde um valor (0, 1, 2 ou 3). O total da soma das 21 pontuações varia no intervalo de 0 a 63, permitindo diferenciar os níveis de depressão, desde “ausente” a “grave”. Foi considerada uma pontuação de 12 como ponto de corte que divide os indivíduos em deprimidos e não deprimidos.

Na validação da Escala os autores obtiveram um índice alfa de Cronbach de 0,847. A análise da consistência interna da presente escala nesta investigação, revelou um alfa de Cronbach de 0.801, ligeiramente inferior à dos autores, (ANEXO 2).

Deste modo, no nosso estudo consideramos como valores de referência os que estão descritos no Quadro 7.

Quadro 7 – Caracterização da Depressão

	VALORES
Sem depressão	Inferior a 12.85
Depressão Leve	Entre 12.85 a 17
Depressão Média	Entre 18 a 23
Depressão Grave	Superior ou igual a 24

O *score* oscilou entre um mínimo de 7 e um máximo de 44, com um valor médio de 25.98 (Dp=8.639) e uma dispersão elevada em torno da média.

A sintomatologia depressiva é mais grave nas mulheres ($\bar{x}=27.23$) do que nos homens ($\bar{x}=24.63$), revelando o teste U de Mann Whitney que as diferenças face ao sexo são estatisticamente não significativas (U=251.0; Z=-1.186; p=0.235), ou seja o sexo não influencia na sintomatologia depressiva, (cf. Quadro 8).

Quadro 8 – Estatísticas relativas à Depressão

	n	Min	Max	\bar{x}	Dp	Sk/erro	K/erro	CV (%)
Masculino	24	7	40	24,63	7,845	-0,233	0,037	31,85
Feminino	26	8	44	27,23	9,288	-1,015	-0,511	34,09
Total	50	7	44	25,98	8,639	-0,718	-0,678	33,25

U=251,0; Z=-1,186; p=0,235

Quando recodificamos a variável Depressão de acordo com os critérios do autor (Vaz Serra, 1973), e procedemos ao estudo da gravidade da depressão, verificamos que na amostra total 60,0% apresenta uma depressão grave, 22.0% uma depressão moderada, 10.0% apresentam depressão leve. Os valores em ambos os sexos são semelhantes a amostra total, sendo que as diferenças encontradas não são significativas ($\chi^2= 2.949$; p=0.400), (cf. Quadro 8).

Para aprofundar o estudo da gravidade da Depressão agrupamos os cuidadores em duas classes: a primeira, diz respeito aos doentes que obtiveram *scores* inferiores 12.85, isto é, “**sem depressão**”, constituído por 8.0% da amostra, e o segundo, constituído pelos doentes cujo *score* foi superior ou igual a 12.85 e, portanto, “**com depressão**”, representando 92.0% dos doentes internados em cuidados paliativos.

Na análise por sexos, observamos que 95.8% dos homens e 92.3% das mulheres apresentam sintomatologia depressiva (cf. Quadro 9). No entanto, através do teste de Qui-Quadrado constatou-se não existirem diferenças significativas ($\chi^2=0,921$, p=0.337).

Quadro 9 – Caracterização da sintomatologia depressiva segundo sexo

Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
GRAVIDADE DA DEPRESSÃO (POR GRUPOS) (N=50)						
Ausência	1	4,2	3	11,5	4	8,0
Depressão Leve	4	16,7	1	3,8	5	10,0
Depressão Moderada	5	20,8	6	23,2	11	22,0
Depressão Grave	14	58,3	16	61,5	30	60,0
Teste Qui-Quadrado					$\chi^2=2,949=;$ p=0,400	
PRESENÇA DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA (N=50)						
Sem depressão	1	4,2	3	11,5	4	8,0
Com depressão	23	95,8	23	88,5	46	92,0
Teste Qui-Quadrado					$\chi^2=0,921=;$ p=0,337	
Total	24	48,0	26	52,0	50	100,0

Verificamos que em todos os níveis de depressão os valores obtidos na presente investigação são mais baixos que os que Vaz Serra (1973) obteve na população em geral (cf. Quadro 10)

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

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

Perfil da Depressão

O perfil médio da depressão, indica doentes na sua maioria com sintomatologia depressiva (92.0%) e com uma depressão grave (60.0%).

4 – ANÁLISE INFERENCIAL

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

H₁ – As variáveis sócio-demográficas influenciam a Depressão nos doentes de cuidados paliativos

O estudo da relação entre a **depressão e a Idade** foi efectuado através da regressão linear simples, observando-se associação baixa e positiva ($r=0.260$; $p=0.081$). Observa-se que quando aumenta a idade aumenta a sintomatologia depressiva, o valor de t ($t=1.783$; $p=0.081$), evidencia que as diferenças não são significativas entre as variáveis em estudo, ou seja, a idade não influencia na depressão dos doentes internados em cuidados paliativos, (cf. Quadro 11).

Quadro 11 – Análise de regressão linear simples entre a Depressão e Idade

	r	r²(%)	p	t	p
Idade	0,260	6.76	0,048*	1.783	0,081

Na relação entre a sintomatologia depressiva em função da **Situação Profissional**, o doente reformado tem valores médios de depressão mais elevado, contudo, as diferenças estatísticas não são significativas ($U=146.0$; $Z=-1.200$; $p=0.230$), ou seja, não se aceita que a situação profissional possa influenciar na depressão dos doentes internados, (cf. Quadro 12).

No que respeita à **Zona de Residência**, os doentes do meio rural não se distinguem dos do meio urbano, (Teste U de Mann-Whitney $U=243.0$; $Z=-0.463$; $p=0.644$), ou seja, a zona de residência é independente da depressão dos doentes internados em cuidados paliativos, (cf. Quadro 12).

Os doentes que vivem sozinhos apresentam maior depressão face aos que vivem com familiares (Peso Médio=25,36 *Vs* Peso Médio=23.17), contudo observa-se que o **contexto**

familiar não influencia a depressão, dado que, as diferenças encontradas são estatisticamente não significativas, ($U=123.5$; $Z=-0.398$; $p=0.697$), (cf. Quadro 12).

Quadro 12 – Teste de U Mann-Whitney entre o Depressão e as variáveis sociodemográficas

		Pesos Médios	Teste de U Mann-Whitney		
			U	Z	p
SITUAÇÃO PROFISSIONAL	Reformado	24,83	146,0	-1,200	0,230 n.s.
	Activo	19,27			
ZONA DE RESIDÊNCIA	Rural	24,38	243,0	-0,463	0,644 n.s.
	Urbana	22,55			
CONTEXTO FAMILIAR	Vive sozinho	25,36	123.5	-0,398	0,697 n.s.
	Vive com familiares	23,17			

Relativamente ao **Estado Civil**, inferimos que são os doentes solteiros têm maior sintomatologia depressiva (20.33), e os que apresentam menor depressão são os divorciados (2.00). Contudo as diferenças estatísticas encontradas não são significativas ($H=3.905$, $p=0.272$), ou seja, o estado civil não influencia na depressão do doente em cuidados paliativos, (cf. Quadro 13).

Na relação das **Habilitações Literárias e a Depressão**, concluímos que os doentes com ensino básico pontuaram em média com menor sintomatologia depressiva (23.13) e os que “não sabem ler nem escrever” com maior depressão (25.04). O teste de Kruskal-Wallis revelou que as diferenças são estatisticamente não significativas ($H=1,553$, $p=0.460$), ou seja, as variáveis são independentes, (cf. Quadro 13).

Quadro 13 – Teste de Kruskal-Wallis entre o Depressão e as variáveis sociodemográficas

		Ordenação média	Teste de Kruskal-Wallis	
			H	p
ESTADO CIVIL	Solteiro	20,33	3,905	0,272 n.s.
	Casado ou em União de Facto	15,96		
	Divorciado	2,00		
	Viúvo	11,67		
HABILITAÇÕES LITERÁRIAS	Não sabe ler nem escrever	25,04	1,553	0,460
	Ensino Básico	22,13		
	Ensino secundário e Ensino Superior	31,50		

Conclui-se desta forma que a sintomatologia depressiva é independentes das variáveis sociodemográficas.

H₂ – As variáveis de saúde influenciam a Depressão nos doentes em cuidados paliativos

Os doente que têm como **diagnostico** insuficiência de órgãos tem maior sintomatologia depressiva (25,75), contudo, em termos estatísticos as diferenças encontradas não são significativas (H=2,117; p=0.549), (cf. Quadro 14).

Face ao **número de internamentos**, os que têm maior número de internamentos têm em média maior sintomatologia depressiva (três internamentos: ordenação média de 23.62). Contudo o teste Kruskal-Wallis revelou que as variáveis em estudo são independentes, uma vez que as diferenças são estatisticamente não significativas, (H=0.037; p=0.982), (cf. Quadro 14).

Concluimos, que face as variáveis de saúde estudadas, estas não se relacionam de forma significativa com a depressão dos doentes internados na UCP.

Quadro 14 – Teste de Kruskal-Wallis entre o Depressão e com o número de internamento e o diagnóstico clínico

		Ordenação média	Teste de Kruskal-Wallis	
			H	p
DIAGNOSTICO CLÍNICO	Neoplasia	22,96	2,117	0,549 n.s
	Insuficiência de órgãos	25,75		
	Outro	17,25		
	Mais de 1 diagnóstico	33,17		
NÚMERO DE INTERNAMENTOS	Um	23,62	0,037	0,982
	Dois	22,58		
	Três	24,50		

H₃ – O Apoio social influencia a Depressão nos doentes em cuidados paliativos

A relação entre o **Apoio Social (nota global e factores) e a depressão**, através da regressão linear simples, observando-se associação muito baixa e positiva com o apoio informativo, emocional, instrumental e no Apoio social (nota Global) (r=0.044; p=0.298), ou seja, quanto maior o apoio social maior a sintomatologia depressiva. Contudo o valor de t

revela que nenhum dos factores e da nota global do apoio social não influencia a depressão dos doentes internados na UCP, (cf. Quadro 15).

Quadro 15 – Análise de regressão linear simples entre a Depressão e o Apoio Social (factores e nota global)

	r	r ² (%)	p	t	p
Apoio informativo	0,011	0,02	0,944	0,071	0,944
Apoio emocional	0,003	0,01	0,982	0,023	0,982
Apoio instrumental	0,039	0,15	0,798	0,257	0,798
Apoio Social	0,027	0,08	0,857	0,182	0,857

Face à relação entre o **Apoio Social (por grupos) e a depressão**, observamos que, as diferenças encontradas entre os grupos são estatisticamente não significativas ($p > 0.05$), ou seja, o apoio social, não influencia na depressão do doente internado em cuidados paliativos, (cf. Quadro 16).

Quadro 16 – Teste de Kruskal-Wallis entre o Depressão e Apoio Social (por grupos)

	Ordenação média	Teste de Kruskal-Wallis		
		H	p	
APOIO SOCIAL (POR GRUPOS)	Fraco	22,21	0,294	0,863
	Razoável	24,79		
	Bom	23,77		

5 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Em Portugal, não existem dados que permitam estabelecer com fidedignidade a prevalência dos vários tipos de perturbação depressiva. Contudo existem três estudos que permitem estabelecer a prevalência de sintomas depressivos na comunidade, que foram realizados recorrendo ao inventário da depressão de Beck. Dois estudos abrangeram a zona Centro e revelaram que 16.9% a 18.4% da população apresentava sintomas depressivos significativos (SERRA; FIRMINO, 1989); um outro estudo, incidindo no Algarve, revelou uma prevalência de sintomatologia depressiva de 17.8% na população geral.

Existe dados sobre a prevalência pontual de depressão em serviços de psiquiatria portugueses obtidos nos três censos psiquiátricos levados a cabo pela Direcção Geral da Saúde em Portugal, em 1988, 1996 e 2001, em que a prevalência de depressão nos serviços de internamento psiquiátrico, respectivamente foi de 10.1%, 13.3% e 4.9%. O censo de 2001 (BENTO; CARREIRA; HEITOR, 2004) não se reporta apenas aos hospitais psiquiátricos como os anteriores, mas a todas as instituições públicas e privadas do Continente e Regiões Autónomas. O conjunto das depressões constituía o grupo patológico mais frequente no ambulatório (21.5%), seguindo-se as neuroses e as esquizofrenias (ambas com 12.4%) e as reacções de ajustamento (10.5%). No serviço de urgência, as patologias associadas ao álcool surgem em primeiro lugar (21.3%), seguindo-se as depressões (20.2%), as neuroses (12.2%) e as reacções de ajustamento (9.2%). Nos serviços de internamento, as depressões estão em sexto lugar (4.9%), depois das esquizofrenias (36.2%), oligofrenias (28.1%), alterações associadas ao álcool (7.0%), perturbações afectivas sem depressão (5.4%) e síndromas demenciais (5.3%).

Um em cada quatro doentes terminais/paliativos apresentam depressão sendo esta mais frequente em casos de doença mais avançada (metástases). É um dos sintomas mais referenciados em estudos com doentes de cuidados paliativos. A taxa de prevalência de depressão major deverá situar-se nos 15%. No entanto outros autores definem que a prevalência de depressão major em doentes paliativos varia entre 6% e 13,2% e entre 22,7% e 58% para perturbações adaptativas e depressiva (FREIRA; ALVES, 2011) . Na amostra estudada no presente trabalho o número de casos com sintomatologia depressiva é muito superior (92%), dos quais 60% com depressão grave, número muito superior aos resultados da bibliografia encontrada. Um estudo realizado no Brasil mostra que a depressão estará presente

em 25% dos pacientes admitidos nas unidades de cuidados paliativos (DINIZ et al., 2006), enquanto na população geral este valor cai para 6% a 10%. Breitbart et al. determinaram que, dos doentes oncológicos terminais internados, 16% padeciam de depressão grave, sendo uma percentagem muito inferior os resultados encontrados na presente pesquisa. Explica que o momento em que se avalia a depressão pode interferir nos resultados, pois no seu estudo a prevalência de depressão foi tanto maior quanto mais próximos do fim de vida o doente se encontrava.

Um estudo transversal observacional e prospectivo em Novembro de 2004 envolveu 62 pacientes oncológicos em tratamento paliativo: 41 em ambulatório e 21 internados. Revelou que 67,74% apresentaram algum nível de depressão, sendo que em 33,87% dos pacientes a depressão era moderada ou grave, de acordo com o inventário de Beck. O score médio do inventário de depressão de Beck encontrado foi 15,66. Demonstrou ser mais prevalente nos internados ($p=0,0019$) (DINIZ et al, 2006).

O facto de todos os doentes estudados se encontrarem internados e alguns em fase terminal pode explicar o valor elevado de depressão grave.

Através da análise da hipótese 1 do presente estudo verifica-se que a idade não influencia a sintomatologia depressiva, contudo verificou-se que com o avançar da idade a sintomatologia depressiva aumenta, não sendo as diferenças significativas. No censo de psiquiatria de 2001 (HEITOR et al., 2004), estudo realizado em Portugal de acordo com a classificação internacional de doenças, entre os 35 e os 64 anos existem 17,2% de patologia depressiva, enquanto que após os 65 anos de idade existem 13,9%, neste estudo verifica-se que o número de casos com depressão vai diminuindo com a idade, contrariando os resultados da presente pesquisa. Reys et al. (2006) refere que o processo de envelhecimento populacional tem sido acompanhado com o aumento das doenças psiquiátricas, entre as quais destacam-se a demência e a depressão como as mais comuns em idosos. A depressão tem taxas de prevalência entre 5% e 35%, variando de acordo com o nível de gravidade (ALMEIDA et al., 1998), a prevalência de sintomas depressivos na população mundial acima de 65 anos de idade, vivendo na comunidade, varia entre 10,3% e 13,5% (SNOWDON, 2002).

Tal pode ser justificado por Oliveira, Gomes e Oliveira (2006), que afirma que apesar da doença psiquiátrica ser muito comum entre os idosos, a depressão frequentemente não é diagnosticada. Parte das dificuldades encontradas no diagnóstico deve-se ao facto de que esta doença é um síndrome heterogénea tanto quanto a etiologia quanto à resposta ao tratamento (ÁVILA; BOTINO, 2006). Outro aspecto apontado é que os idosos, com maior frequência de

depressão apresentam quadros atípicos ou particularidades, como problemas clínicos e sociais simultâneos, que podem dificultar o diagnóstico (BORGES; BENETTI; MAZO, 2007).

O estudo demonstrou não existir relação entre a situação profissional e a depressão contudo verificou-se que a sintomatologia depressiva estava mais presente nos indivíduos reformados.

Verificamos que face à situação profissional, 78% da amostra se encontra reformado, não sendo uma amostra homogênea o que pode interferir com os resultados do estudo.

Por outro lado, a pesquisa dos efeitos directos da reforma na saúde individual apresenta resultados contraditório, pois existem diferentes variáveis a ter em conta: a influência da personalidade, os comportamentos e a acção do contexto para além das variáveis biológicas (PAÚL et al., 2001), destaco contudo dois estudos que passo a descrever.

O estudo realizado na Suécia por Andersson (2002), a partir de dados estatísticos recolhidos através do “Inquérito Nacional de Condições de Vida” junto de cerca de 18.000 indivíduos com idades compreendidas entre os 45 e os 84 anos. O autor analisou esses dados em 1988-1989 e em 1994-1997, tendo constatado que o nível de saúde percebida nos indivíduos reformados se mantinha bastante homogêneo nos dois momentos de observação ou inclusive melhorava, como se os indivíduos reformados tivessem melhores condições de saúde.

A saúde psicológica foi examinada por Jones e Meredith (2000) junto de uma amostra de 236 adultos entre os 14 e os 62 anos, através de um “Índice de saúde psicológica”, tendo sido constatado que a saúde psicológica apresentava um crescimento sustentado entre os 30 e os 62 anos. Os autores verificaram, porém, que há períodos do ciclo de vida em que a saúde psicológica dos indivíduos pode declinar, temporária ou permanentemente, devido à orientação de si mesmos para novos papéis e responsabilidades, constituindo o período de entrada na reforma um desses momentos.

Relativo a zona residencial, no presente estudo verificou-se que esta não influenciava a depressão dos doentes. Este resultado pode ter sido influenciado por a amostra ser constituída apenas por doentes internados. Os poucos estudos existentes referem as zonas urbanas como factor que precipita os transtornos psiquiátricos nomeadamente a depressão.

Um estudo epidemiológica do Instituto Nacional de Saúde Mental nos Estados Unidos que utilizou critérios diagnósticos padronizados para a definição de transtornos psiquiátricos foi conduzido em cinco centros (New Heaven, Eastern Baltimore, St. Louis, Durham e Los Angeles), com uma amostra total de aproximadamente 20 mil pessoas, sugere que a ocorrência de depressão major é cerca de duas vezes maior em comunidades urbanas e sugere

que pode estar relacionado a dificuldade de integração e mais agentes que podem provocar stress nesses locais. Neste estudo, tais diferenças permaneceram mesmo após controle de factores de confusão, tais como raça, situação conjugal, idade e situação socioeconómica (LIMA, 1999).

O estudo Nacional de Morbilidade Psiquiátrica na Grã-Bretanha investigou os factores precipitantes das doenças e suas associações com diferentes estilos de vida. A população-alvo, com idades compreendidas entre 16 e 64 anos, vivia na Inglaterra, País de Gales e Escócia. Os resultados demonstraram que moradores de zonas urbanas apresentaram maior prevalência de depressão major (LIMA, 1999).

Verifica-se que o estado civil e o contexto familiar não influenciam a depressão na amostra em estudo, contudo verificou-se que as pessoas que viviam sozinhas, nomeadamente os solteiros são aqueles que apresentaram maior sintomatologia depressiva, os divorciados apresentavam menor sintomatologia. O estudo epidemiológica do Instituto Nacional de Saúde Mental nos Estados Unidos referenciado anteriormente revela que quanto ao estado civil, a depressão parece ser mais frequente entre pessoas divorciadas ou separadas, do que entre solteiros e casados (LIMA, 1999), o que não se verifica na nossa amostra. Contudo o mesmo estudo revela que as pessoas que moram sozinhas parecem estar em maior risco para depressão: quanto maior o número de pessoas que residem no mesmo domicílio, menor a probabilidade de apresentar depressão (LIMA, 1999).

Na análise de dados não foi encontrada qualquer relação entre as habilitações literárias e a depressão, contudo verificou-se que os doentes que “não sabem ler nem escrever” são em maioria depressivos, o que vem de encontro ao estudo da Nacional de Morbilidade Psiquiátrica na Grã-Bretanha, referido anteriormente, onde as pessoas com depressão major apresentaram menor escolaridade e situação económica inactiva do que aquelas sem depressão ou outro transtorno mental (LIMA,1999).

A Rede Nacional de Cuidados Integrados (2010) salienta que os diagnósticos mais frequentes nas Unidades Cuidados Paliativos, no primeiro semestre de 2010, foram as doenças oncológicas (87%), de seguida as doenças neurodegenerativas (7%), cardiovasculares (3%) e outros diagnósticos onde se incluem as doenças de foro respiratório (2%), indo ao encontro do presente estudo onde o diagnóstico mais frequente é a neoplasia (86%).

Acerca da hipótese 2, verificou-se que as variáveis de saúde estudadas não influenciavam a depressão nos doentes internados na unidade de cuidados paliativos.

A presença de depressão agrava diversos factores relacionados com a saúde dos doentes clínicos. Estudos descreveram maior mortalidade associada a sintomas depressivos

em pacientes idosos com doenças clínicas crônicas (COOPER; HARRIS; MCGREADY, 2002). Doenças clínicas associadas á depressão aumentam o risco dos doentes não aderirem aos tratamentos (DIMATTEO; LEPPER; CROGHAN, 2000).

No presente estudo o diagnóstico de insuficiência de órgãos têm maior sintomatologia depressiva, apesar deste resultado não ser significativo. Em doentes com insuficiência coronária crónica ou após enfarte agudo do miocárdio a prevalência de depressão grave varia de 17% a 27%.(TENG; HOMES; DEMETRIO, 2005).

Existe clara associação entre Diabetes Mellitus e depressão. Numa metanálise avaliaram diferentes estudos que utilizaram grupos-controle normais, onde a prevalência de depressão em pacientes diabéticos era de 11% a 31%, referem também que a presença de diabetes aumenta em duas vezes o risco de depressão em relação aos grupos controle (ANDERSON et al., 2001).

Existem poucos estudos controlados que envolvam grandes amostras populacionais, que avaliaram as relações entre doenças renais e depressão. Foi estudado um grupo de doentes com doença renal terminal, em que a prevalência obtida varia em taxas de 0% a 24% de depressão, a escala utilizada neste estudo foi também o inventários de depressão de Beck (TENG; HOMES; DEMETRIO, 2005).

Por outro lado, estudos demonstram que aproximadamente 10% a 25% dos doentes oncológicos apresentarão, para além da reacção “normal” esperada frente à doença, episódio de depressão maior e/ou de ansiedade (CROYLE; ROWLAND, 2003). Num estudo publicado em 1998 com idosos de idade superior a 70 anos, concluíram que havia risco aumentado para o desenvolvimento de neoplasias nos doentes com depressão (PENNINX; GURALNIK; HAVLIK, 1998). Segundo relatório da OMS de 2002, cerca de um terço dos oncológicos apresenta algum grau de ansiedade e/ou depressão (SILVA; HORTALE, 2006) A depressão ocorre entre 1,5% a 57% dos doentes com neoplasia e pode surgir em qualquer fase da doença. (SANTOS; MOTA; PIMENTA, 2009). Comparando os estudos anteriormente descritos, podemos verificar que a depressão surge tanto em doentes com o diagnóstico de falência orgânica tal como em doentes oncológicos e em percentagem semelhantes.

Verificamos que a grande maioria da nossa amostra só teve um internamento em Unidades de Cuidados Paliativos (84,0%). A Rede Nacional de Cuidados Integrados (2010) não revela dados acerca do número de internamentos que cada doente possa ter contudo refere que no primeiro semestre de 2010 a média de dias de internamento era de 5 dias até ao óbito mostrando que os cuidados prestados destinam-se a doentes terminais.

Não foi encontrado nenhum estudo que relacione o número de internamentos em unidades de cuidados paliativos e a sintomatologia da depressão. Contudo Katon (2003) refere que a depressão é uma síndrome psiquiátrica altamente prevalente na população em geral, estima-se ser de 3% a 5% desta. Já em populações clínicas, a incidência é ainda maior, uma vez que a depressão é encontrada em 5% a 10% dos pacientes ambulatoriais e 9% a 16% de internados.

No nosso estudo verificou-se que o número de internamentos não influenciava a sintomatologia depressiva, contudo observou-se que alguns doentes depressivos tinham o maior número de internamentos. Teng, Humes e Demetrio (2005) afirmam em relação à depressão que, quanto mais vezes o doente foi hospitalizado, maior sua tendência à tristeza e desespero nos primeiros dias de internamento.

Relativamente ao apoio social verificou-se que 38% dos doentes têm um fraco apoio social, enquanto que 34% têm um bom apoio social. Na hipótese 3 assume-se que o apoio social não influencia a depressão dos doentes em cuidados paliativos, contempla também que quanto maior o apoio social, maior é a sintomatologia depressiva. Estes resultados não vão de encontro com as pesquisas mais recentes.

A pesquisa de Carneiro et al (2007) revela que as relações sociais podem, de várias formas, promover melhores condições. Por outro lado, a ausência de convívio social causa severos efeitos negativos na capacidade cognitiva geral, além de depressão (KARTZ; RUBIN, 2000 citado em CARNEIRO et al, 2007). A pobreza de relações sociais é apontada como um factor de risco à saúde e é considerada tão prejudicial como o fumar, a pressão arterial elevada, a obesidade e a ausência de actividade física. Este conjunto de evidências sugere que a deterioração da saúde pode ser causada não somente por um desgaste natural do organismo, sedentarismo ou uso de tabaco, mas, também, pela redução da quantidade ou qualidade das relações sociais (RAMOS, 2002 citado em CARNEIRO et al, 2007). De uma forma geral, pode-se argumentar que as pessoas que têm maior contacto social vivem mais e com melhor saúde do que as pessoas com menor contacto social.

Rodrigues e Madeira (2009) numa revisão da literatura acerca do suporte social e da saúde mental descrevem um estudo de Berkman e Syme em 1979 onde evidenciam a relação entre apoio social e o estado de saúde do indivíduo. Os autores elaboraram um estudo prospectivo em que avaliaram o apoio social de 4700 homens e mulheres, entre 30 e 69 anos de idade, seguidos ao longo de 9 anos, concluindo que um maior grau de apoio social predizia um decréscimo na taxa de mortalidade. As pesquisas efectuadas ao longo dos anos revelam que as pessoas socialmente isoladas apresentam uma saúde mais debilitada e uma taxa de

mortalidade muito superior às pessoas com muitos contactos sociais. Na realidade, o isolamento social aparece como um risco de vida tão elevado quanto o tabagismo, a obesidade, a inactividade física e altos níveis de colesterol (MARTINS, 2005 citado em RODRIGUES E MADEIRA, 2009) por outro lado, verificou que o apoio social, para além de poder gerar respostas que influenciam positivamente a doença, pode produzir padrões de comportamento que afectam o risco de doença através da resposta biológica. Numa outra pesquisa, a mais importante de Spiegel (1997, citado em RODRIGUES E MADEIRA, 2009), verificou uma forte correlação entre apoio social e aumento da esperança média de vida de doentes com cancro da mama. Nesta pesquisa, realizada nas mulheres com cancro da mama em estado avançado, onde apenas parte delas recebia, para além do tratamento médico, apoio de um grupo terapêutico. Com o passar do tempo as mulheres que frequentavam o grupo de apoio social, mostravam-se incentivadas, planeavam estratégias para superar os problemas do dia-a-dia, e juntas enfrentavam a morte de outras. Após alguns anos observou que as mulheres que frequentavam os grupos de apoio viram a sua vida aumentada, em média, 18 meses a mais do que as que não frequentaram o grupo. O autor conclui que o suporte social não implica a cura da doença, mas sim o aumento da esperança de vida no caso das doenças crónicas. Assim o suporte social favorece um aumento na capacidade de se contornarem as situações de stress, proporcionando melhor saúde emocional e física.

A presente investigação revela que os homens têm pior apoio social que as mulheres (50,0% vs 26,9%) sendo a diferença estatisticamente significativa ($\chi^2=6.296=$; $p=0.043$). Estudos epidemiológicos contradizem os resultados encontrados, mostrando que factores como falta de esposo(a), o isolamento social e a falta de uma pessoa confiante associam-se a maior ocorrência de depressão, sendo que as mulheres apresentam duas vezes mais depressão do que os homens, especificamente devido à ausência de suporte social (LIMA, 1999 citado em RODRIGUES; MADEIRA, 2009). Assim, a existência de suporte social e a ausência de conflitos graves, diminui o risco para a depressão (ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006 citado em RODRIGUES; MADEIRA 2009). O mesmo autor refere que os homens têm maior suporte social e familiar pois a mulher (esposa, companheira, filha ou mãe) são capazes de maior suporte que os homens. A mulher procura mais o apoio de instituições de saúde/sociais.

Kendle, Myers e Prescott (2005) tentaram determinar, num estudo longitudinal de adultos do sexo oposto, se a relação entre apoio social e de risco para depressão major diferia entre os dois sexos. Um apoio social global previne o risco de episódios subsequentes de depressão major em mulheres, enquanto nos homens a associação não foi significativa. Quando examinamos as dimensões de apoio individuais, os níveis de apoio social de parentes,

pais e do cônjuge foram mais fortemente associado com o risco de depressão para o sexo feminino do que masculino. Os mesmos autores referem que ao lidar com as adversidades, as mulheres são mais propensas a procurar apoio emocional em sua rede social do que os homens. Os homens podem recorrer a rede de apoio em que as interações são susceptíveis de ser focado numa actividade em comum.

Wilson et al (2007) realizou um estudo acerca da depressão e ansiedade em doentes em cuidados paliativos. O grupo de estudo era constituído por 212 mulheres e 169 homens, com idade média 67,2 e com duração mediana de sobrevivência de 63 dias a partir da data da entrevista. O autor afirma existir correlação entre as organizações e baixos níveis de sintomas depressivos e que esta associação é mais significativa quanto maior a rede social. Além disso afirma que as mulheres têm taxas de transtornos depressivos substancialmente superiores aos dos homens. Refere que estas diferenças entre os género são menos frequência em estudos de pacientes com cancro. O mesmo estudo revela que as mulheres mais jovens, e aqueles que têm menos oportunidades de acesso ao apoio social significativa, parecem ter maior risco para a depressão, mesmo no contexto dos cuidados paliativos.

Arnold (2004) desenvolveu um estudo acerca dos factores que levam a considerar a morte mais rápida com uma amostra 148 individuais, os quais apresentam as seguintes patologias: cancro (18,2%), HIV/AIDS (17,6%), doença cardiovascular (16,2%), doenças pulmonares (8%) e diabetes (8%). A análise foi conduzido para entender quais variáveis que explicam a diferença entre as pessoas que desejavam apressar a morte e aquelas que não desejavam. Os valores de absoluto das correlações revelou que o indicador que mais contribuiu para a função foi a depressão (0,753), seguido do apoio social (0,736), a esperança (0,671), a dor (0,238) e a ansiedade (0,17).

6 – CONCLUSÃO

A organização Mundial de Saúde estima que cerca de 80 % dos doentes com cancro que virão a falecer podem necessitar de Cuidados Paliativos diferenciados. Assim, tendo em conta os números de mortalidade anual em Portugal cerca de 18.000 doentes com cancro podem necessitar, anualmente, de Cuidados Paliativos. A presença de depressão piora diversos factores relacionados com a saúde. O apoio social tem sido amplamente estudado, tanto na área da saúde mental como nas ciências sociais. A qualidade das relações sociais interfere na saúde em geral e na mortalidade, nos sintomas psiquiátricos e no ajuste emocional ao stress.

O objectivo do meu estudo foi determinar a relação existente entre as variáveis sociodemográficas, de saúde, sociais e a sintomatologia da depressão nos doentes paliativos.

O perfil médio dos doentes estudados, revela um doente com cerca de 72 anos, reformado, a residir em meio rural, casado ou a viver em união de facto, com ensino superior e a viver com familiares, com diagnóstico de neoplasia, internado uma vez nos cuidados paliativos, com depressão grave e com fraco apoio social.

Foi encontrado um número elevado de doentes com depressão grave (60%), superior á de outros estudos. Pode-se relacionar este resultado com a amostra envelhecida (idade média 72 anos) e as investigações demonstrarem que o envelhecimento é acompanhado pelo aumento de sintomatologia depressiva.

Foram levantadas três hipóteses. Na primeira hipótese queria verificar se as variáveis sociodemográficas influenciavam a depressão nos doentes em cuidados paliativos. Verificou-se que nenhuma variável sociodemográfica influenciou a sintomatologia depressiva. A **idade** é independente da depressão, contudo com o avançar da idade a sintomatologia depressiva ia aumentando, o que está de acordo com a bibliografia encontrada. A **situação profissional** é independente da depressão, a sintomatologia depressiva está mais presente nos doentes reformados, contrariando os estudos encontrados. A **zona residencial** é independente da depressão, estudos encontrados demonstram que as zonas urbanas precipitam a depressão. O **estado civil** e o **contexto familiar** são independentes da depressão, os divorciados apresentaram menos sintomatologia depressiva, os estudos encontrados contradizem. Indo de encontro a outros estudos, as pessoas que vivem sozinhas estão mais expostas ao risco de

depressão. As **habilitações literárias** são independentes da depressão, os resultados revelaram que as pessoas que “não sabem ler nem escrever” são em maioria depressivos, sendo conforme a outros estudos encontrados.

A hipótese 2 pretendia determinar se as variáveis de saúde influenciam a depressão nos doentes em cuidados paliativos, verificou-se que estas não se relacionavam significativamente com a depressão dos doentes internados nos cuidados paliativos. Doentes com **diagnósticos** relacionados com a insuficiência de órgãos têm maior sintomatologia depressiva, comparando diferentes estudos, as percentagens de depressão, quer em patologia associadas insuficiência de órgãos quer nas neoplasias são muito semelhantes. Quanto maior o **número de internamentos**, maior a tendência para a depressão, está conforme outros estudos, se falarmos em internamento geral. Não foram encontrados estudos que relacione o número de internamentos em cuidados paliativos e a depressão.

Por ultimo, tentei averiguar se o **apoio social** influenciava a depressão nos doentes em cuidados paliativos. Ao contrario de que seria de esperar, o apoio social não influenciava a depressão nos doentes internados em cuidados paliativos. Este conclusão é contraditória á bibliografia consultada, não encontrei nenhum estudo que apoie estes resultados. A bibliografia afirma que a relação social pobre é tão prejudicial para a saúde como o tabagismo. Os estudos revelam que um bom suporte social aumenta a esperança de vida em doentes oncológicos. A escala de apoio social foi aplicada apenas nos doentes. Penso que o internamento, por vezes até prolongado, e o número elevado de depressão grave pode ter influenciado a resposta. Pode também estar relacionado com o fraco envolvimento da família como cuidador informal durante o internamento. Sendo só suposições pois não existem dados que permite justificar os resultados.

Este estudo comporta algumas limitações. A nossa amostra era reduzida porque muitas instituições não aceitaram a aplicação do inquérito. Este facto levou a outra limitação: as instituições que não aceitaram foram as de meios urbanos, assim a nossa amostra era essencialmente rural. A idade avançada da amostra não permitiu comparar a sintomatologia depressiva e o apoio social em diferentes faixas etárias.

Estudos em Portugal sobre a depressão e o apoio social são escassos. Sugiro que em próximos investigações os doentes em ambulatório sejam incluídos. Outra sugestão é aplicação de um questionário de apoio social à família. A grande maioria dos doentes estarem deprimidos e em fase terminal pode ter alterado a percepção do apoio que recebem por parte da família e amigos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFIA

ACADEMIA DAS CIÊNCIAS DE LISBOA – **Dicionário de Língua Portuguesa Contemporânea da Academia das Ciências de Lisboa**. Lisboa: Verbo, 2001.

ALMEIDA, OP - Mini exame dos estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. Arq Neuropsiquiatria. Rio Janeiro. Vol. 56, nº3B (1998), p.605-612.

ANDERSON, Ryan [et al.] - The Prevalence of Co-morbid Depression in Adults with Diabetes. Diabetes Care. Washington. Vol.24, nº6 (Junho 2001), p. 1069-1078. [Consult. 22 Out. 2011]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.pjms.com.pk/issues/aprjun107/.../article7.ht..>>

ARNOLD, Elizabeth – Factors that influence consideration of hastening death among people with life-threatening illness [Em linha]. Questia. London. ISSN 0360-7283. Vol. 29, nº1 (Fevereiro 2004). [Consult. 26 Out. 2011]. Disponível em WWW:<URL <http://www.biomedsearch.com/.../Factors-that-influenc...>>

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE CUIDADOS PALIATIVOS - **Cuidados paliativos o que são?** [Em linha]. Lisboa: [s.n.], 2006.[Consult. 8 de Dez. 2010]. Disponível em WWW:<URL: [http://www:< c:\users\tmn\documents\paliativos\cuidados paliativos apcp - associação portuguesa de cuidados paliativos.htm](http://www:c:\users\tmn\documents\paliativos\cuidados paliativos apcp - associação portuguesa de cuidados paliativos.htm)>

AVILA, Renata; BOTTINO, Cássio - Actualização sobre alterações cognitivas em idosos com síndrome depressiva [Em linha]. Revista Brasileira de Psiquiatria. S. Paulo. ISSN 1516-4446 Vol.28, nº4 (2006), p. 316-320. [Consult. 18 de Out. 2011]. Disponível em WWW:<URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516...>

BARRÓN, Alonso - **Apoyo Social: aspectos teóricos y aplicaciones**. Madrid: Siglo Veintiuno España Editores, 1996.

BENTO, António; CARREIRA, Mário; HEITOR, Maria João - **Censo Psiquiátrico de 2001**.

Síntese dos Resultados Preliminares [Em linha]. Lisboa: Ministério da Saúde, 2003. [Consult. 13 Set. 2011] p. 1-3. Disponível em WWW:<URL: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006006.pdf>>

BISHOP, George - **Health psychology, integrating mind and body**. Boston: Allyn and Bacon, 1994. p. 40-47.

BORGES, Justino; BENEDETTI, Tânia; MAZO, Giovana – Rastreamento cognitivo e sintomas depressivos em idosos iniciantes em programa de exercício físico [Em linha]. Jornal Brasileiro de Psiquiatria. Rio de Janeiro. ISSN 0047-2085. Vol. 56, nº4 (2007), p.560-568. [Consult. 13 Set. 2011]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v56n4/a06v56n4.pdf>>

BLOOM, Jean - **Social support of the cancer patient and the role of the family: Cancer and the Family**. Chichester: John Wiley & Sons, 1996. p. 53-70.

BREITBART, William [et al.] - Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer [Em linha]. JAMA. New York. Vol. 284, nº 22 (Dezembro 2000), p. 2907-2911. [Consult. 14 Out. 2011]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.jama.ama-assn.org>>

CARNEIRO, Rachel [et al.]. – Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos relação com habilidades sociais [Em linha]. . Psicologia: reflexão e crítica. S. Paulo. ISSN: 0102-7902. Nº20 (2007), p. 229-237. [Consult. 24 Out. 2011]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.RS Carneiro, E Falcone, C Clark... - Psicologia: Reflexão e ..., 2007 - SciELO Brasil>>

CHAMBO, Vicent - **Apoio social y salud, una perspectiva comunitaria**. Valência: Promolibro. 1997. 27p.

COHEN, Steve - Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. Health Psychology. London. Vol. 7 (1988), p.269-297.

COOPER, J.; HARRIS, Y.; MCGREADY, J. - Sadness Predicts Death in Older People [Em linha]. Journal Aging Health. London. Vol 14, nº4 (2002), p.509-526. [Consult. 22 Out. 2011] Disponível em WWW:<URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12392024>>

CROYLE, Robert; ROWLAND, Julie. - Mood Disorders and Cancer: a National Cancer Institute Perspective . [Em linha]. Biol Psychiatry. ISSN 0006-3223. Vol. 54 (2003), p.191-194. [Consult. 25 Out. 2011] Disponível em WWW:<URL: <http://www.ophsource.org/.../MDLN.12893094>>

DALGARD, Osveld; BJORK, Smin; TAMBS, Khey - Social support, negative life events and mental health. British Journal of Psychiatry. London. Nº166 (1995), p.25-34.

DECRETO-LEI nº 281/2003. D.R I-B Série. (2003-11-08). Criação da Rede Nacional de Cuidados Paliativos.

DECRETO-LEI nº 101/2006. D.R. I-A Série. (2006/06/06) 3856(10). Diploma que cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social.

DIMATTEO, M.R.; LEPPER H.S.; CROGHAN, T.W. - Depression is a Risk Factor for Noncompliance with Medical Treatment: Meta-Analysis of the Effects of Anxiety and Depression on Patient Adherence. Arch Intern Med. London. Vol. 160 (2000), p. 2101-2107.

DINIZ, Renata [et al.] - O Conhecimento do diagnóstico de cancer não leva à depressão em pacientes sob cuidados paliativos [Em linha]. Revista Associação Médica Brasileira. S. Paulo. Vol. 52, nº 5 (Set, Out 2006), p. 298-303. [Consult. 19 Out. 2011]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/.../online/?...>>

FERREIRA, Maria - **Cuidar no domicílio: sobrecarga da família/cuidador principal com doente oncológico paliativo** [Em linha]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. [Consult. 13 de Dezembro 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7265/2/tese%20final.pdf.>>

FORTIN, Marie-Fabienne - **O Processo de investigação: da concepção à realização**. 3ª ed. Loures: Lusociência, 2009.

FORUM VALÊNCIA - **Health around retirement**. Poster apresentado no Valência Forum por Andersson, L. (1 a 4 Abril, 2002).

FREIRA, Elga; ALVES, Júlia – **Manual dos Cuidados Paliativos** versão 3 [Em linha]. Porto: Centro Hospitalar do Porto, 2011 [Consult. 8 Out. 2011]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.scribd.com/doc/.../DEPRESSAO-EM-CUIDADOS-PALIATIVO..>>

GOMES, Ana - O cuidador e o doente em de fim de vida - família e/ou pessoa significativa. Enfermeria global. Murcia. ISSN 1695-6141. Nº18 (Fevereiro 2010), p.1-9.

HEITOR, Maria João [et al.] - **Rede de referenciação de Psiquiatria e Saúde Mental**. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2004, 13p. ISBN:972-675-089-X .

INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA FRANCISCO GENTIL – **Registo Oncológico Nacional** [Em linha]. Lisboa: [s.n.], 2001.[Consult. 10 Dez. 2010] Disponível em WWW:<URL: http://www.ipoportor.min-saude.pt/Downloads.../RO_Nacional_2001.pdf>

ISOMETSA, Erkki – **Normas de orientação clínica**. [Em linha]. Lisboa: Faculdade de medicina, 2006. [consult. 2 Dez. 2010]. Disponível em WWW:<URL:http://www.sciencedirect.com/science?_ob%20final.pdf>

JONES, C.; MEREDITH, W. - Developmental paths of psychological health from early adolescence to later adulthood [Em linha]. Psychology and Aging. Califórnia. Vol. 15, nº2 (Junho 2002), p. 351-360. [consult. 22 Out. 2011]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10879588>>

KATON, W.; SULLIVAN, M.; WALKER, E. - Medical Symptoms without Identified Pathology: Relationship to Psychiatric Disorders, Childhood and Adult Trauma and Personality Traits. Ann Intern Med. Vol. 134 (2001), p.917-925.

KENDLE, Kenneth; MYERS, John; PRESCOTT, Carol - Sex Differences in the Relationship Between Social Support and Risk for Major Depression [Em linha]. Am J Psychiatry. EUA. Nº 162 (2005), p.250–256. [Consult. 26 Out. 2011] Disponível em WWW:<URL: <http://www.http://ajp.psychiatryonline.org> >

LAKEY, Bailly; COHEN, Steve - **Social support theory and measurement**. Oxford: Oxford University Press, 2000. p. 29-52.

LIMA, Maurício – Epidemiologia e impacto social [Em linha]. Revista Brasileira de Psiquiatria. S. Paulo. Vol.21 (Maio 1999). [consult. 22 Out. 2011]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v21s1/v21s1a02.pdf>>

LIN, Nell - **Conceptualizing social support**. Social support, life events, and depression Orlando: Academic Press. 1986. p.17-30.

MAROCO, João Paulo - **Análise Estatística: Com utilização do SPSS**. 3ª ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2007. 822p.

MATOS, António; FERREIRA, Andreia - Desenvolvimento de uma escala de apoio social: alguns dados sobre a sua fiabilidade. Psiquiatria Clínica. São Paulo. ISSN 0101-6083. Vol. 21, nº3 (2000). p. 243-253.

MASSIE, Mary Jane - Prevalence of depression in patients with cancer [Em linha]. Journal of the National Cancer Institute Monographs. New York. nº32 (2004), p. 57-71.[Consult. 10 Dez. 2010] Disponível em WWW:<URL:<http://jncimono.oxfordjournals.org/content/.../57.full>>

MASSIE, Mary Jane; HOLLAND, J. - Depression and the cancer patient. J Clin Psychiatry. New York. nº51 (1990), p. 12-19.

MCDANIEL, Sony; HEPWORTH, Jean; DOHERTY, Walter - **Terapia Familiar Médica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994, 100p.

MENDES, Manuel - **Mudanças familiares ao ritmo da doença: as implicações da doença crónica na família e no centro de saúde** [Em linha]. Braga: Instituto de Ciências Sociais da Universidade do Minho, 2004. Dissertação de mestrado.[Consult. 8 Dez. 2010]. Disponível em WWW:<URL:
<https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/953/2/Tese%20Mestrado.pdf>>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direcção de Serviços de Planeamento. - **Rede de Referência Hospitalar de Oncologia**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Direcção-Geral da Saúde - **Elementos Estatísticos: Informação Geral: Saúde 2003**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Direcção-Geral da Saúde - **Elementos Estatísticos: Informação Geral: Saúde 2004**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas** . Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direcção-Geral da Saúde - **Risco de Morrer em Portugal, 2005** Vol. II. [Em linha]. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2008. [Consult. 10 Dez. 2010]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i009546.pdf>>

MONIZ, Madalena - Psiquiatria e cancro [Em linha]. Psiquiatria Clínica. S. Paulo. Vol. 10, nº2, (1989), p. 251-257. [Consult. 10 Dez. 2010] Disponível em WWW:<URL:<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/>>

MOYA, Luís - **Conceitos gerais sobre a morte digna e eutanásia** [Em linha]. Madrid: [s.n.], 2001. [Consult. 13 de Dezembro 2010]. Disponível em [www: <URL:http://www.apcp.com.pt/uploads/conceitos_gerais_morte_digna_e_eutanasia.pdf](http://www.apcp.com.pt/uploads/conceitos_gerais_morte_digna_e_eutanasia.pdf)

NORTON, Tina [et al] - Prevalence and predictors of psychological distress among women

with ovarian cancer [Em linha]. Journal of Clinical Oncology, Cheltenham. Vol. 22, nº5 (Março 2004), p.919-926. [Consult. 10 Dez. 2010]. Disponível em WWW:<URL: <http://jco.ascopubs.org/content/22/5/919.full>>

OLIVEIRA, Deise; GOMES, Lucy; OLIVEIRA, Rodrigo - Prevalência de depressão em idosos que frequentam centros de convivência [Em linha]. Revista Saúde Pública. Vol. 40, nº 4 (2006), p. 734-736. [Consult. 2 Out. 2011]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v40n4/26.pdf>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) - **Relatório mundial da saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, Ministério da Saúde.2002 (Edição original, WHO, World Health Organization, 2001).

PAÚL, C. – **Estudo piloto sobre envelhecimento humano em Portugal**. Psicologia: Investigação e prática. Lisboa: Excelsa, 2001; FONSECA, A.; Paúl, C., Fonseca, A.M., Cerejo, A., & Cruz, F. (2001). p. 415-426.

PENNINX, Brenda; GURALNIK, Jack; HAVLIK, Richard - Chronically depressed mood and cancer risk in older persons [Em linha]. Journal of the National Cancer Institute. Oxford. ISSN 0027-8874. Vol. 90, nº24 (Outubro 1998), p. 1888-1893. [Consult. 24 Out. 2011]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.nci.oxfordjournals.org/content/90/24/1888.full>>

PEREIRA, Manuel; LOPES, Conceição - **O doente oncológico e a sua família**. Lisboa: Climepsi, 2002. p. 32-49.

PESTANA, M. H.; GAGEIRO, J. N. - **Análise de Dados para Ciências Sociais ? a complementaridade do SPSS**. 3ª ed. Lisboa: Sílabo, 2005.

REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS – **Estratégia para o Desenvolvimento do Programa Nacional de Cuidados Paliativos, 2011-2013** [Em linha]. Lisboa: [s.n.], Dezembro 2010. [Consult. 10 Nov. 2011]. Disponível em WWW:<URL:http://www.umcci.min-saude.pt/.../cuidadospaliativos_1-1-2011.pdf

REIS, João - **O Sorriso de Hipócrates**. Lisboa: Vega. 1998, 149p.

REYS, BN [et al.] - Diagnóstico de demência, depressão e psicose em idosos por avaliação cognitiva breve. Revista Associação Médica Brasileira. S. Paulo. Vol. 52, nº6 (2006), p.401-404.

RIBEIRO, António; PIRES, Zélia; MONTEIRO, Luis - **Assistência psiquiátrica a doentes internados no IPOLFG: estudo a 24 meses**. Lisboa: Academia Portuguesa de Psico-Oncologia,2008.

RODRIGUES, Vera; MADEIRA, Milton – Suporte Social e Saúde Mental: Revisão de literature [Em linha]. Revista da faculdade de Ciências de Saúde do Porto. Porto. ISSN 1646 – 0480. p. 390-399. [Consult. 24 Out. 2011] Disponível em WWW:<URL: http://www.https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/.../390-399_FCS_06_-6.pdf>

ROLLAND, Jonh - **Doença crônica e o ciclo de vida familiar**. Porto Alegre: Artes Médicas.1995. 367p.

ROLLAND, Jonh - **Familias, enfermedad y discapacidad: una propuesta desde la terapia sistémica**. Barcelona: Gedisa, 2000. p. 184-187.

SANTOS, Célia - **Doença oncológica , representação, coping e qualidade de vida**. Coimbra: Formasau e ESEnf S. João. 2006.

SANTOS, Juliano; MOTA, Dalene; PIMENTA, Cibele - Co-morbidade fadiga e depressão em pacientes com câncer colon-retal . [Em linha]. Rev Esc Enferm USP. S. Paulo. Vol. 43, nº 4 (2009), p. 909-914. [Consult. 24 Out. 2011] Disponível em WWW:<URL: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n4/a24v43n4.pdf>>

SERRA, Vaz; FIRMINO AEC - Estados de tensão emocional, solidão e sintomas depressivos na população em geral. Psiquiatria Clínica . S. Paulo. ISSN 0101-6083. Vol. 10, nº3 (1989), p.149-155.

SILVA, Ednamar - Concepções sobre cuidados paliativos: revisão bibliográfica. Acta Paul

enfermagem. São Paulo. Nº 10 (2008), p. 507-510.

SILVA, Rolando; HORTALE, Virgínia – Cuidados Paliativos Oncológicos [Em linha]. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro. ISSN 0102-311X. Nº22 (Outubro 2006), p.2055-2066. [Consult. 24 Out. 2011]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.RCF Silva...> - Cadernos de saúde pública, 2006 - SciELO Public HealthEntre os fatores>

SLUZKI, Carlos - **La red social: frontera de la practica sistematica**. Barcelona: Gedisa Editorial, 1996. 49p.

SOUSA, Hugo; GRINGHO, Nádia - O Cuidar da Família do Doente Terminal em Contexto Domiciliário [Em linha]. Sinais Vitais. Lisboa. 2010. [Consult. 13 de Dez. 2010]. Disponível emWWW:<URL:http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=3549:o-cuidar-da-familia-do-doente-terminal-em-contexto-domiciliario&catid=211:janeiro-a-fevereiro-2010>

SOUSA, L. - **Sobre... vivendo com cancro: o doente oncológico e a sua família**. [Em linha]. Lisboa: Climepsi. 2007.19p. [Consult. 13 de Dezembro 2010]. Disponível em WWW:<URL:www.cs.ua.pt/PageText.aspx?id=9025>

SOUSA, Liliana; RELVAS, Ana; MENDES, Alvaro - **Enfrentar a velhice e a doença crónica** [Em linha]. Lisboa: Climepsi, 2007. p. 25-32. 978-972-796-259-9. [Consult. 13 Dez. 2010]. Disponível em WWW: <URL: <https://woc.uc.pt/fpce/.../ppinvestigador.do?...8>>

SNOWDON, Jean - How high is the prevalence of depression in old age [Em linha]. Revista Brasileira Psiquiatria. S. Paulo. Vol. 24 (2002), p. 42-47. [Consult. 13 Set. 2011]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v24s1/8856.pdf> ->

TAYLOR, S. E. - **Health psychology (5ª edição)**. New York: McGraw-Hill. 2003.

TENG, Chei; HOMES, Eduardo; DEMETRIO, Frederico – Depressão e comorbilidade clínica [Em linha]. Revista clínica. S. Paulo. Nº 32 (2005), p. 149-159. [Consult. 22 Out. 2011]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.T Teng, EC Humes...> - Rev Psiquiatr Clín, 2005 - SciELO Brasil>

VAZ-SERRA, Adriano - Inventário de Avaliação Clínica da Depressão. Psiquiatria Clínica. Coimbra (Janeiro 1994).

VEACH, Tomson; NICHOLAS, David; BARTON, Meald - **Cancer and the Family Life Cycle: A Practitioner's Guide**. New York: Brunner-Routledge, 2002. p. 10-22.

VILLAVERDE, Cabral; VALA, Jorge - Atitudes sociais dos Portugueses. Instituto das ciências sociais. Lisboa. Boletim nº6 (Março 2003), 3 p.

WILSON, keith [et al.]- Depression and Anxiety Disorders in Palliative Cancer Care [Em linha]. Journal of Pain and Symptom Management. ISSN 0885-3924. Vol. 33, nº 2 (Fevereiro 2007), p.118-129. [Consult. 26 Out. 2011]. Disponível em WWW:<URL: [http://www.cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt...>](http://www.cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt...)

APÊNDICES

APÊNDICE A - Consentimento Informado

**Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica da
Escola Superior de Saúde de Viseu**

Ana Gomes

Carla Duarte

Lúcia Prior

Paula Machado

Consentimento Informado

Exmo(a). Sr(a).

No âmbito do nosso trabalho de Mestrado estamos a realizar uma investigação em que procuramos compreender se alguns factores, tais como o sono, a dor, o estado nutricional e o apoio social, contribuem para a depressão no doente em cuidados paliativo.

Com este trabalho pretendemos contribuir para a melhoria da saúde mental dos doentes em cuidados paliativos, e para que seja cada vez maior e melhor a importância dada ao bem-estar e saúde dos doentes crónicos.

Por isso é muito importante poder contar com a sua colaboração nesta investigação. Peço-lhe que leia este documento com atenção. Caso não entenda alguma coisa, peça aos responsáveis pelo estudo os esclarecimentos que desejar.

O tratamento dos dados que vamos recolher serve exclusivamente fins de investigação e será totalmente salvaguardado o anonimato e confidencialidade na sua divulgação. Os investigadores são pessoas com formação superior e estão obrigados a deveres éticos e deontológicos de sigilo que salvaguardam estas situações.

Agradecemos muito a sua disponibilidade e colaboração!

Eu _____ fui informado(a) sobre os objectivos e condições de participação nesta investigação. Sinto-me esclarecido(a) e autorizo participar na investigação nas condições acima definidas.

_____, ____/____/____ Rubrica: _____

APÊNDICE B – Instrumento de colheita de dados

JANEIRO, 2011

DATA ____ / ____ / ____

CÓDIGO **SECÇÃO A – CARACTERIZAÇÃO SOCIO-DEMOGRAFICA****1. Sexo**

- Masculino
 Feminino

2. Idade ____ anos**3. Profissão** _____**4. Residência**

- Rural
 Urbana

5. Estado civil

- Solteiro
 Casado
 Unido de facto
 Divorciado
 Viúvo

6. Habilitações Literárias

- Não sabe ler nem escrever
 Ensino básico
 Ensino secundário
 Ensino superior

7. Contexto Familiar

- Vive só
 Vive com familiares
 Recebe visitas

SECÇÃO B – QUESTIONÁRIO DE SAUDE**8. Número de internamentos numa U.C. Paliativos** ____**9. Toma antidepressivos**

- Sim Não

10. Diagnostico Clínico

- Neoplasia _____
 Insuficiência de órgãos
 Demência
 Doença Neurológica Degenerativa
 Outro _____

11. Toma medicação para dormir diariamente

- Não Sim

12. Apresentou algum destes sintomas no último mês

- Vômitos Diarreia Perda de apetite

13. Toma suplementos alimentares/vitamínicos

- Não
 Sim, qual _____

14. Frequenta a Consulta da Dor

- Não Sim

15. Toma medicação para a dor diariamente

- Não Sim

16. Com que frequência tem dor

- Nunca
 Raramente
 Frequentemente
 Muito frequentemente
 Sempre

17. Tipo de analgésicos

- Não opióide
 Opióide fraco

18. Sente dor neste momento? Não Sim

Se respondeu sim, observe a escala seguinte e coloque uma cruz no sítio que melhor caracteriza a sua dor neste momento:



SECÇÃO C – TRIAGEM DO ESTADO NUTRICIONAL

Malnutrition Universal Screening Tool - MUST (BAPEN, 2003)

Neste questionário existe um grupo de questões. Por favor responda cuidadosamente a cada uma delas.

1. Avaliação Antropométrica

Peso actual ____ Kg

Altura ____ m

IMC (P/A²) ____ Kg/m²

Peso habitual ____ Kg (últimos 6 meses)

Perda de peso ____ %

$$\% \text{ perda de peso} = \frac{\text{Peso habitual} - \text{Peso actual}}{\text{Peso habitual}} \times 100$$

2. Rastreio Nutricional (MUST)

A. IMC (Kg/m²)

> 20.0	0
= 18.5 – 20.0	1
< 18.5	2

↓

B. % Perda de peso nos últimos 3 a 6 meses

< 5 %	0
= 5 – 10.0 %	1
> 10 %	2

↓

C. Presença de doença aguda e com ausência/diminuição significativa de ingestão alimentar > 5 dias

Sim (2 pontos)	Não (0 pontos)
-------------------	-------------------

↓

D. Pontuação final (D = A + B + C)

0 Pontos

Baixo Risco

- Repetir rastreio todas as semanas

1 Ponto

Risco Médio

- Registrar ingestão alimentar e de fluidos durante 3 dias
- Repetir protocolo semanalmente

2 ou mais Pontos

Risco Elevado

Contactar nutricionista

SECÇÃO D – INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK (BDI)

(versão aferida para a população portuguesa por VAZ SERRA e ABREU, 1973)

Neste questionário existem grupos de afirmações. Em relação a cada grupo, leia cuidadosamente todas as afirmações antes de fazer a sua escolha. A seguir seleccione a afirmação que melhor descreve a forma como se sente no momento actual.

1	Não me sinto triste. Ando triste. Sinto-me triste o tempo todo e não consigo evitá-lo. Estou tão triste ou infeliz que esse estado se torna penoso para mim. Sinto-me tão triste ou infeliz que não consigo suportar mais este estado.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2	Não estou demasiado pessimista nem me sinto desencorajado em relação ao futuro. Sinto-me com medo do futuro. Sinto que não tenho nada a esperar do que surja no futuro. Creio que nunca conseguirei resolver os meus problemas. Não tenho qualquer esperança no futuro e penso que a minha situação não pode melhorar.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3	Não tenho a sensação de ter fracassado. Sinto que tive mais fracassos que a maioria das pessoas. Sinto que realizei muito pouca coisa que tivesse valor ou significado. Quando analiso a minha vida passada, tudo o que noto são uma quantidade de fracassos. Sinto-me completamente falhado como pessoa (pai/mãe, marido/mulher).	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4	Não me sinto descontente com nada em especial. Sinto-me aborrecido a maior parte do tempo. Não tenho satisfação com as coisas que alegravam antigamente. Nunca mais consigo obter satisfação seja com o que for. Sinto-me descontente com tudo.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5	Não me sinto culpado de nada em particular. Sinto, grande parte do tempo, que sou mau ou que não tenho qualquer valor. Sinto-me bastante culpado. Agora, sinto permanentemente que sou mau e não valho absolutamente nada Considero que sou mau e não valho absolutamente nada.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6	Não sinto que esteja a ser vítima de algum castigo. Tenho o pressentimento que me pode acontecer alguma coisa de mal. Sinto que estou a ser castigado ou que em breve serei castigado. Sinto que mereço ser castigado. Quero ser castigado.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7	Não me sinto descontente comigo. Estou desiludido comigo. Não gosto de mim. Estou bastante desgostoso comigo. Odeio-me.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

8	Não sinto que seja pior do que qualquer outra pessoa. Critico-me a mim mesmo pelas minhas fraquezas ou erros. Culpo-me das minhas próprias faltas. Acuso-me por todo o mal que me acontece.	77	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9	Não tenho quaisquer ideias de fazer mal a mim mesmo. Tenho ideias de pôr termo á vida, mas não sou capaz de as concretizar. Sinto que seria melhor morrer. Creio que seria melhor para a minha família se eu morresse. Tenho planos concretos sob a forma como hei-de pôr termo à vida. Matar-me-ia se tivesse oportunidade.		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10	Actualmente não choro mais do que o costume. Choro mais do que o costume. Actualmente passo o tempo a chorar e não consigo parar de fazê-lo. Costumava ser capaz de chorar, mas agora nem sequer consigo, mesmo quando tenho vontade.		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11	Não fico agora mais irritado do que ficava. Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que ficava. Sinto-me permanentemente irritado. Já não consigo ficar irritado por coisas que me irritavam anteriormente.		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12	Não perdi o interesse que tinha nas outras pessoas. Actualmente sinto menos interesse pelos outros do que costumava ter. Perdi quase todo o interesse pelas outras pessoas, sentindo pouca simpatia por elas. Perdi por completo o interesse pelas outras pessoas, não me importando absolutamente com nada a seu respeito.		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13	Sou capaz de tomar decisões tão bem como antigamente. Actualmente sinto-me menos seguro de mim e procuro evitar tomar decisões. Não sou capaz de tomar decisões sem a ajuda de outras pessoas. Sinto-me completamente incapaz de tomar qualquer decisão.		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14	Não acho que tenho pior aspecto do que costumava Estou aborrecido porque estou a parecer velho e pouco atraente. Sinto que se deram modificações permanentes na minha aparência que me tornaram pouco atraente. Sinto que sou feio ou que tenho um aspecto repulsivo.		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
15	Sou capaz de trabalhar tão bem como antigamente. Agora preciso de um esforço maior do que antes para começar a trabalhar. Não consigo trabalhar tão bem como de costume. Tenho de despender um grande esforço para fazer seja o que for. Sinto-me incapaz de realizar qualquer trabalho, por mais pequeno que seja.		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
16	Consigo dormir tão bem como dantes. Acordo mais cansado de manhã do que era habitual. Acordo cerca de 1-2 horas mais cedo do que é costume e custa-me voltar a adormecer. Acordo todos os dias mais cedo do que o costume e não durmo mais do que cinco horas.		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
17	Não me sinto mais cansado do que o habitual. Fico cansado com mais facilidade do que antigamente. Fico cansado quando faço seja o que for. Sinto-me tão cansado que sou incapaz de fazer seja o que for.		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
18	O meu apetite é o mesmo de sempre. O meu apetite não é tão bom como costumava ser. Actualmente o meu apetite está muito pior do que anteriormente. Perdi por completo todo o apetite que tinha.		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
19	Não tenho perdido muito peso, se é que perdi algum, ultimamente. Perdi mais de 2,5 quilos de peso. Perdi mais de 5 quilos de peso. Perdi mais de 7,5 quilos de peso.		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
20	A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual. Sinto-me preocupado com dores e sofrimento, com má disposição de estômago ou prisão de ventre ou ainda com outras sensações físicas desagradáveis. Estou tão preocupado com a maneira como me sinto ou com aquilo que sinto, que se me torna difícil pensar noutra coisa. Encontro-me totalmente preocupado pela maneira como me sinto.		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
21	Não notei qualquer mudança recente no meu interesse pela vida sexual. Encontro-me menos interessado pela vida Sexual do que costumava estar. Actualmente sinto-me muito menos interessado pela vida sexual. Perdi completamente o interesse que tinha pela vida sexual.		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

SECÇÃO F – ESCALA DE APOIO SOCIAL

(MATOS e FERREIRA, 2000)

Neste questionário existem algumas afirmações. Coloque uma cruz no quadrado que se assemelha melhor à sua realidade.

	Não concordo	Concordo pouco	Concordo moderadamente	Concordo muito	Concordo muitíssimo
1 - Se tiver um problema grave, sei que alguém se levantaria ao meio da noite para falar comigo.					
2 - Não tenho ninguém a quem possa demonstrar como sou realmente.					
3 - Tenho alguém que me encoraja em situações emocionais delicadas.					
4 - Quando é necessário falar de mim, contar os meus segredos, desejos, medos... sei de alguém que me ouviria com prazer.					
5 - Não tenho ninguém, a quem possa demonstrar que estou aborrecido, nervoso ou deprimido.					
6 - As minhas relações próximas transmitem-me sensações de segurança e de bem estar.					
7 - Tenho alguém que me fornece informações úteis em caso de me sentir um pouco desorientado com algum problema.					
8 - Costumo aconselhar-me com pessoas amigas para saber o que devo fazer quando tenho problemas.					
9 - Costumo perguntar aos que me rodeiam o que devo fazer para resolver assuntos mais sérios.					
10 - Tenho pessoas com quem posso contar, em caso de doença ou qualquer outra situação de emergência.					
11 - Tenho pessoas com quem posso contar, para tomar conta dos meus filhos (ou de outros familiares que dependam de mim), quando quero sair por algum tempo ou divertir-me.					
12 - Quando preciso de ajuda financeira, não tenho ninguém a quem possa recorrer.					
13 - Não tenho ninguém a quem possa pedir pequenos favores e ofertas (por exemplo: comida, tomar conta do correio, etc.).					
14 - Quando me sinto com demasiadas responsabilidades e exigências profissionais, não tenho ninguém que me "estenda a mão".					
15 - Quando não tenho dinheiro suficiente para satisfazer as minhas necessidades básicas diárias, sei a quem recorrer.					
16 - Quando me sinto sobrecarregado com tarefas domésticas não tenho quem me ajude.					

O preenchimento do questionário chegou ao fim.

Muito obrigado pela sua preciosa colaboração.

**APÊNDICE C – Autorização de aplicação do
instrumento de colheita de dados.**



Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior
Instituto Politécnico de Viseu

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, n.º102
3500-843 VISEU
Telf. 232 419 100
Telem. 961 011 800
Fax 232 428 343

Exmo. Senhor:
Presidente do Conselho de Administração
Hospital do Fundão (Centro Hospitalar da Cova da
Beira)
Av. Adolfo Portela
6230-288 FUNDÃO

VOSSA REFERÊNCIA		NOSSA REFERÊNCIA	
Ofício n.º:	Data:	Ofício. n.º 50	Data: 18/01/2011
Processo:		Processo: 70	

Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR A COLHEITA DE DADOS

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, está a Escola Superior de Saúde de Viseu e um grupo de alunos do 1.º CMEMC a desenvolverem um estudo subordinado ao tema "Influência das variáveis: a dor, o estado nutricional, o padrão de sono e do apoio social na depressão em doentes em cuidados paliativos".

O estudo tem como objectivo principal identificar os principais factores determinantes da depressão no doente em cuidados paliativos relacionados com a dor, estado nutricional, padrão do sono e apoio social.

Pretendemos colher dados junto dos utentes no período compreendido entre 24 de Janeiro a 30 de Maio de 2011.

Neste contexto, solicitamos a V. Ex.ª que se digne a autorizar a realização da colheita de dados/informação, através do Instrumento de Colheita de Dados que junto enviamos em anexo.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.ª, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informo que o Professor Olivério de Paiva Ribeiro é responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100 ou fax 232428343.

Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível por forma a cumprir os prazos académicos.

Sem mais assunto de momento e muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos.

O Presidente da ESSV

João Carvalho Duarte
(Prof. Coordenado)

OR/LA

Na resposta indicar a «nossa referência». Em cada ofício tratar só de um assunto

Bom dia



S. R.

Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior
Instituto Politécnico de Viseu

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº102
3500-843 VISEU
Telf. 232 419 100
Telem. 961 011 800
Fax 232 428 343

Exmo. Senhor:
Presidente do Conselho de Administração
Do Hospital Arcebispo João Crisóstomo - Cantanhede
R. Padre Américo, Apartado 61

3061-909 CANTANHEDE

VOSSA REFERÊNCIA		NOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	Data:	Ofício. nº 49	Data: 18/01/2011
Processo:		Processo: 70	

Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR A COLHEITA DE DADOS

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, está a Escola Superior de Saúde de Viseu e um grupo de alunos do 1º CEMEC a desenvolverem um estudo subordinado ao tema "Influência das variáveis: a dor, o estado nutricional, o padrão de sono e do apoio social na depressão em doentes em cuidados paliativos".

O estudo tem como objectivo principal identificar os principais factores determinantes da depressão no doente em cuidados paliativos relacionados com a dor, estado nutricional, padrão do sono e apoio social.

Pretendemos colher dados junto dos utentes no período compreendido entre 24 de Janeiro a 30 de Maio de 2011.

Neste contexto, solicitamos a V. Ex.ª que se digne a autorizar a realização da colheita de dados/informação, através do Instrumento de Colheita de Dados que junto enviamos em anexo.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.ª, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informo que o

Professor Olivério de Paiva Ribeiro é responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100 ou fax 232428343.

Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível por forma a cumprir os prazos académicos.

Sem mais assunto de momento e muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos.

O Presidente da ESSV

João Carvalho Duarte
(Prof. Coordenado)

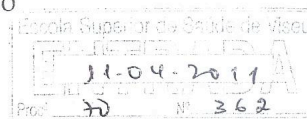
Na resposta indicar a «nossa referência». Em cada ofício tratar-se de um assunto

OR/LA



Hospital Cantanhede
Arcebispo João Crisóstomo

Hospital do Arcebispo João Crisóstomo
Conselho de Administração



HAJC Saída 00476 06 04*11

20
As conclusões do
trabalho do trabalho
de inventos 2/4/11
[Signature]

Exmº Senhor

Prof. João Carvalho Duarte

M.I. Presidente do Conselho Directivo da

Escola Superior de Saúde de Viseu

Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº 102

3500-843 Viseu

V/Refº

Data

N/ Refº

Data

Assunto: Pedido de autorização para efectuar a colheita de dados.

Em resposta ao ofício de V. Exª, referência nº 274, datado de 03 de Março de 2011, somos a informar que em reunião de Conselho de Administração de 05 de Abril do corrente ano, foi deliberado autorizar a colheita de dados, nos termos propostos.

Com os melhores cumprimentos. *17*

O Presidente do Conselho de Administração,

[Signature]

(Vitor Manuel Costa Leonardo)

VL/FF

Hospital Arcebispo João Crisóstomo
Rua Padre Américo
Apartado 61
3061-909 CANTANHEDE

Tel: 231 419 210
Fax: 231 419 219
administracao@hdcantanhede.min-saude.pt
www.hdcantanhede.min-saude.pt



ANEXOS

ANEXO 1 – Consistência interna.
Estudo dos itens do Apoio Social

Consistência interna – estudo dos itens do Apoio Social

Item	Média	dp	<i>Corrected Item- Total Correlation</i>	<i>Alpha Cronbach (sem item)</i>
1	3,280	1,030	0,546	0,674
2	1,920	0,876	-0,225	0,747
3	3,360	0,984	0,326	0,699
4	3,500	0,908	0,498	0,682
5	1,900	1,015	-0,258	0,757
6	3,400	0,947	0,498	0,681
7	3,380	0,779	0,596	0,677
8	3,080	0,944	0,566	0,674
9	3,260	0,943	0,540	0,677
10	3,640	0,827	0,458	0,688
11	2,860	1,106	0,409	0,689
12	2,320	1,202	0,282	0,705
13	2,180	1,119	0,075	0,728
14	1,760	0,959	0,213	0,710
15	3,060	0,934	0,348	0,697
16	2,320	1,420	0,337	0,700
Escala de Apoio Social				0,714
Split-half				0,668
Spearman-Brown				0,674

ANEXO 2 – Consistência interna
Inventário de Depressão de Beck

Consistência interna – Inventário de Depressão de Beck (Vaz Serra e Abreu, 1973)

ITENS	α Cronbach s/ item
<p>Não me sinto triste. Ando triste. Sinto-me triste o tempo todo e não consigo evitá-lo. Estou tão triste ou infeliz que esse estado se torna penoso para mim. Sinto-me tão triste ou infeliz que não consigo suportar mais este estado.</p>	0,780
<p>Não estou demasiado pessimista nem me sinto desencorajado em relação ao futuro. Sinto-me com medo do futuro. Sinto que não tenho nada a esperar do que surja no futuro. Creio que nunca conseguirei resolver os meus problemas. Não tenho qualquer esperança no futuro e penso que a minha situação não pode melhorar.</p>	0,783
<p>Não tenho a sensação de ter fracassado. Sinto que tive mais fracassos que a maioria das pessoas. Sinto que realizei muito pouca coisa que tivesse valor ou significado. Quando analiso a minha vida passada, tudo o que noto são uma quantidade de fracassos. Sinto-me completamente falhado como pessoa (pai/mãe, marido/mulher).</p>	0,796
<p>Não me sinto descontente com nada em especial. Sinto-me aborrecido a maior parte do tempo. Não tenho satisfação com as coisas que alegravam antigamente. Nunca mais consigo obter satisfação seja com o que for. Sinto-me descontente com tudo.</p>	0,779
<p>Não me sinto culpado de nada em particular. Sinto, grande parte do tempo, que sou mau ou que não tenho qualquer valor. Sinto-me bastante culpado. Agora, sinto permanentemente que sou mau e não valho absolutamente nada Considero que sou mau e não valho absolutamente nada.</p>	0,797
<p>Não sinto que esteja a ser vítima de algum castigo. Tenho o pressentimento que me pode acontecer alguma coisa de mal. Sinto que estou a ser castigado ou que em breve serei castigado. Sinto que mereço ser castigado. Quero ser castigado.</p>	0,793
<p>Não me sinto descontente comigo. Estou desiludido comigo. Não gosto de mim. Estou bastante desgostoso comigo. Odeio-me.</p>	0,793
<p>Não sinto que seja pior do que qualquer outra pessoa. Critico-me a mim mesmo pelas minhas fraquezas ou erros. Culpo-me das minhas próprias faltas. Acuso-me por todo o mal que me acontece.</p>	0,795
<p>Não tenho quaisquer ideias de fazer mal a mim mesmo. Tenho ideias de pôr termo á vida, mas não sou capaz de as concretizar. Sinto que seria melhor morrer. Creio que seria melhor para a minha família se eu morresse. Tenho planos concretos sob a forma como hei-de pôr termo à vida. Matar-me-ia se tivesse oportunidade.</p>	0,786
<p>Actualmente não choro mais do que o costume. Choro mais do que o costume. Actualmente passo o tempo a chorar e não consigo parar de fazê-lo. Costumava ser capaz de chorar, mas agora nem sequer consigo, mesmo quando tenho vontade.</p>	0,786
<p>Não fico agora mais irritado do que ficava. Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que ficava. Sinto-me permanentemente irritado. Já não consigo ficar irritado por coisas que me irritavam anteriormente.</p>	0,797
<p>Não perdi o interesse que tinha nas outras pessoas. Actualmente sinto menos interesse pelos outros do que costumava ter. Perdi quase todo o interesse pelas outras pessoas, sentindo pouca simpatia por elas. Perdi por completo o interesse pelas outras pessoas, não me importando absolutamente com nada a seu respeito.</p>	0,780

<p>Sou capaz de tomar decisões tão bem como antigamente. Actualmente sinto-me menos seguro de mim e procuro evitar tomar decisões. Não sou capaz de tomar decisões sem a ajuda de outras pessoas. Sinto-me completamente incapaz de tomar qualquer decisão.</p>	0,785
<p>Não acho que tenho pior aspecto do que costumava. Estou aborrecido porque estou a parecer velho e pouco atraente. Sinto que se deram modificações permanentes na minha aparência que me tornaram pouco atraente. Sinto que sou feio ou que tenho um aspecto repulsivo.</p>	0,795
<p>Sou capaz de trabalhar tão bem como antigamente. Agora preciso de um esforço maior do que antes para começar a trabalhar. Não consigo trabalhar tão bem como de costume. Tenho de despender um grande esforço para fazer seja o que for. Sinto-me incapaz de realizar qualquer trabalho, por mais pequeno que seja.</p>	0,795
<p>Consigo dormir tão bem como dantes. Acordo mais cansado de manhã do que era habitual. Acordo cerca de 1-2 horas mais cedo do que é costume e custa-me voltar a adormecer. Acordo todos os dias mais cedo do que o costume e não durmo mais do que cinco horas.</p>	0,794
<p>Não me sinto mais cansado do que o habitual. Fico cansado com mais facilidade do que antigamente. Fico cansado quando faço seja o que for. Sinto-me tão cansado que sou incapaz de fazer seja o que for.</p>	0,804
<p>O meu apetite é o mesmo de sempre. O meu apetite não é tão bom como costumava ser. Actualmente o meu apetite está muito pior do que anteriormente. Perdi por completo todo o apetite que tinha.</p>	0,801
<p>Não tenho perdido muito peso, se é que perdi algum, ultimamente. Perdi mais de 2,5 quilos de peso. Perdi mais de 5 quilos de peso. Perdi mais de 7,5 quilos de peso.</p>	0,809
<p>A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual. Sinto-me preocupado com dores e sofrimento, com má disposição de estômago ou prisão de ventre ou ainda com outras sensações físicas desagradáveis. Estou tão preocupado com a maneira como me sinto ou com aquilo que sinto, que se me torna difícil pensar noutra coisa.</p>	0,798
<p>Encontro-me totalmente preocupado pela maneira como me sinto. Não notei qualquer mudança recente no meu interesse pela vida sexual. Encontro-me menos interessado pela vida Sexual do que costumava estar. Actualmente sinto-me muito menos interessado pela vida sexual. Perdi completamente o interesse que tinha pela vida sexual.</p>	0,795
COEFICIENTE ALFA CRONBACH GLOBAL	
	0,801

