



UNIVERSIDADE  
CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA:  
AVALIAÇÃO DA ANOREXIA, CAQUEXIA E  
XEROSTOMIA

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de mestre em Cuidados Paliativos

Leonor Teixeira Gil

Lisboa, 2014





UNIVERSIDADE  
CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

# REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA: AVALIAÇÃO DA ANOREXIA, CAQUEXIA E XEROSTOMIA

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de mestre em Cuidados Paliativos

Leonor Teixeira Gil

Sob a orientação do Professor Doutor Manuel Luís Capelas

Lisboa, 2014



“Quanto maiores são as dificuldades a vencer, maior será a glória.”

*Cícero*



## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a todos os que contribuíram para o meu processo de aprendizagem e crescimento pessoal e profissional, nomeadamente:

A todos aqueles de quem cuidei e cuido, utentes e familiares, pois inconscientemente sempre me motivaram para querer ser mais e melhor. Melhor enfermeira, melhor pessoa, melhor cidadã;

Ao Professor Doutor Manuel Luís Capelas, pela sua disponibilidade, compreensão, dedicação e desafios que me foi propondo ao longo desta fase de aprendizagem. Por todos os seus ensinamentos e por me acompanhar nesta jornada, que ainda difícil, foi sem dúvida bastante recompensadora;

À minha família e amigos, por todo o apoio e carinho. Por exigirem cada vez mais de mim, por todo o amor que demonstraram e por estarem ao meu lado nesta etapa. Por todas as palavras de incentivo e ânimo;

À minha colega e amiga Liliana Ribeiro, pela colaboração, apoio e amizade que sempre demonstrou. Apesar da diferença de idades e de categorias profissionais, sempre demonstrou ser uma amiga. Apoiou-me e juntas conseguimos trilhar este caminho da realização de um projeto;

Aos meus colegas do Mestrado em Cuidados Paliativos, pelas horas de trabalho, de partilha de experiências, de motivação e de força;

Por fim, a alguns dos mentores que sempre acreditaram em mim enquanto estudante, mulher e enfermeira. A gratidão que sinto por eles é enorme, obrigada meus queridos Professores Pedro Pereira, Cristina Marques e Paulo Seabra.

A todos,

Um grande e sincero obrigada!



## **RESUMO**

**Introdução:** Nos cuidados paliativos, ainda não há práticas uniformizadas e instrumentos ditos “standard” para avaliar os sintomas mais prevalentes. Surge então um problema e uma necessidade nesta área. Como tal, de seguida será apresentada uma revisão sistemática da literatura sobre instrumentos de avaliação utilizados em investigação de três sintomas: anorexia, caquexia e xerostomia.

**Metodologia:** Foram privilegiadas as fontes primárias de investigação, com recurso a livros e artigos científicos originais dos autores de referência, de publicações periódicas obtidas através da PubMed e EBSCO publicados nos últimos 15 anos, na língua portuguesa, inglesa, francesa e espanhola. Foi ainda utilizado o motor de busca Google, como complemento.

**Resultados:** Dos estudos encontrados, foram selecionados 10 artigos para o estudo da anorexia, 2 artigos para o estudo da caquexia e 4 artigos para estudo da xerostomia. As características psicométricas dos instrumentos foram tidas em conta bem como a sua validação para a população portuguesa. Os instrumentos que integram o estudo variam entre instrumentos unidimensionais, multidimensionais e instrumentos de qualidade de vida.

**Conclusões:** A utilização de instrumentos de avaliação de sintomas é ainda pouco explorada a nível da investigação internacional e nacional. Através do estudo realizado conclui-se que não há instrumentos considerados “standard” para a avaliação da anorexia, caquexia e xerostomia. Os instrumentos utilizados a nível internacional e validados para a população portuguesa são de difícil acesso, e não se utilizam nas unidades de saúde. Não é possível comparar a eficácia e a efetividade de intervenções a nível nacional, pois não existe instrumentos de avaliação uniformizados. Há um longo caminho a percorrer para cumprir as recomendações da Organização Mundial de Saúde no que diz respeito aos Cuidados Paliativos.

**Palavras-Chave:** Cuidados Paliativos; Cuidados ao Doente Terminal; Doença Terminal; Revisão Sistemática; Instrumentos; Anorexia; Caquexia; Xerostomia.



## **ABSTRACT**

**Introduction:** In palliative care, there is still no uniform practices and such instruments "standard" to assess the most prevalent symptoms. There is then a problem and a necessity in this area. As such, we present a systematic review of the literature on assessment tools used in research of three symptoms: anorexia, cachexia and xerostomia.

**Methodology:** The primary sources of research were privileged, using books and original scientific articles of the authors of reference, periodicals obtained through PubMed and EBSCO published in the last 15 years, in Portuguese, English, French and Spanish. It was also used the Google search as a complement.

**Results:** Of the studies found, 10 articles were selected for the study of anorexia, 2 articles for the study of cachexia and 4 articles for the study of xerostomia. The psychometric characteristics of the instruments have been taken into account as well as its validation for the Portuguese population. The instruments of the study vary between dimensional instruments, multidimensional instruments and quality of life measurement instruments.

**Conclusions:** The use of symptom assessment tools is still little explored in international and national research. Through the studies it was concluded that there are no instruments considered "standard" for the evaluation of anorexia, cachexia and xerostomia. The instruments used at international level and validated for the Portuguese population are difficult to access, and not used in healthcare facilities. You can not compare the efficacy and effectiveness of interventions at national level, as there are no standardized assessment tools. There is a long way to go to meet the World Health Organization recommendations with regard to palliative care.

**Key words:** Palliative Care; Terminal Care; Terminally Ill; Hospice Care; Systematic Review; Tools; Anorexia; Cachexia; Xerostomia



## **ABREVIATURAS E SIGLAS**

APCP – Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

CASQ – Cancer appetite and symptom questionnaire

CIE – Conselho Internacional de Enfermeiros

CP – Cuidados Paliativos

DGS – Direção Geral de Saúde

EORTC – European Organization for Research and Treatment of Cancer

ESAS – Edmonton Symptom Assessment Scale

EVA – Escala Visual Analógica

FMSAS-GDI – Family Memorial Symptom Assessment Scale-Global Distress Index

INE – Instituto Nacional de Estatística

MSAS – Memorial Symptom Assessment Scale

NRS – Numeric Rating Scale

OMS – Organização Mundial de Saúde

PACA – Palliative Care Assessment

PG-SGA – Patient Generated Subjective Global Assessment

STAS – Support team assessment schedule

VAS – Visual Analogue Scale

VRS – Verbal Rating Scale



# ÍNDICE

ÍNDICE DE QUADROS .....	XV
ÍNDICE DE TABELAS .....	XVII
ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES .....	XIX
INTRODUÇÃO.....	1
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	5
1 – CUIDADOS PALIATIVOS .....	7
1.1 – PAPEL DO ENFERMEIRO EM CUIDADOS PALIATIVOS.....	10
2 – SINTOMAS EM CUIDADOS PALIATIVOS .....	15
2.1 – ANOREXIA.....	16
2.2 – CAQUEXIA.....	17
2.3 – XEROSTOMIA .....	18
PARTE II – MATERIAL E MÉTODOS .....	21
3 – METODOLOGIA.....	23
4 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	29
4.1 – ANOREXIA.....	29
4.2 – CAQUEXIA.....	30
4.3 – XEROSTOMIA .....	31
4.4 – CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS .....	31
5 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	33
5.1 – INSTRUMENTOS UNIDIMENSIONAIS.....	33
5.2 – INSTRUMENTOS MULTIDIMENSIONAIS .....	34
5.3 – INSTRUMENTOS DE QUALIDADE DE VIDA .....	35
5.4 – ARTIGOS SELECIONADOS .....	35
6 – CONCLUSÃO.....	37

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS ..... 39

## **ÍNDICE DE QUADROS**

Quadro 1 - Competências básicas do Enfermeiro em Cuidados Paliativos(16).....	11
Quadro 2 – Artigos selecionados para o estudo da Anorexia.....	29
Quadro 3 – Artigos selecionados para o estudo da Caquexia .....	30
Quadro 4 – Artigos selecionados para o estudo da Xerostomia.....	31



## **ÍNDICE DE TABELAS**

Tabela 1 - Número de artigos obtidos nas bases de dados online .....	26
--	----



## **ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES**

Ilustração 1 - Fluxograma da seleção de artigos para Anorexia.....	27
Ilustração 2 - Fluxograma da seleção de artigos para Caquexia.....	27
Ilustração 3 – Fluxograma da seleção de artigos da Xerostomia .....	28



## INTRODUÇÃO

Cuidados paliativos (CP) são cuidados prestados a doentes em fase avançada da doença incurável com sofrimento. Num plano mais abrangente, poderemos considerar a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS)(1), como sendo uma *“abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes – e suas famílias – que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais”*. Para Twycross(2) as áreas fundamentais dos cuidados paliativos são: controlo de sintomas, comunicação adequada, apoio à família e trabalho em equipa.

Segundo a definição acima citada e as áreas fundamentais dos cuidados paliativos, descritas por Twycross, é necessária uma identificação precoce dos problemas. A identificação dos problemas passa pela avaliação bio-psico-social da pessoa com recurso a instrumentos científicos que permitam fazer essa avaliação, de forma sistemática e criteriosa.

A pertinência deste estudo surge pela inexistência de práticas uniformizadoras no que diz respeito a avaliação das necessidades, plano terapêutico, controlo sintomático e avaliação e monitorização dos resultados. Assim sendo, torna-se premente a existência de instrumentos para avaliação de determinados sintomas, de forma a uniformizar a prática, mas também, melhorar a capacidade de resposta face a determinado problema, os recursos utilizados e a prestação de cuidados.

Enquanto profissional de saúde, enfermeira, considero que os instrumentos de avaliação são uma mais-valia na nossa prática diária. Permite-nos numa primeira análise conhecer o doente, saber quais as suas necessidades, desenvolver estratégias e por fim, cuidar daquela pessoa com todo o respeito e dignidade que merece e a que nos propusemos quando aceitámos de corpo e alma ser profissionais de saúde. Nos cuidados paliativos, ainda não há práticas uniformizadas e instrumentos ditos “standard” para avaliar os

sintomas mais prevalentes. Surge então um problema e uma necessidade nesta área. Por motivações pessoais e por sugestão do meu orientador da dissertação, Professor Doutor Manuel Luís Capelas, decidi aceitar o desafio de realizar uma revisão sistemática da literatura sobre instrumentos de avaliação utilizados em investigação de três sintomas: anorexia, caquexia e xerostomia.

Surge então a importância de uma revisão sistemática da literatura sobre os instrumentos mais frequentemente utilizados na investigação em cuidados paliativos para avaliação da anorexia, caquexia e xerostomia. As revisões sistemáticas da literatura são o ponto alto da evidência científica(3). São estudos retrospectivos que têm como principal objetivo dar resposta a uma questão de investigação. Constituem sínteses da melhor evidência científica disponível até à data da investigação, utilizando métodos rigorosos para identificar, analisar e sintetizar artigos científicos (4,5).

É necessária a utilização de instrumentos estandardizados e validados para a população portuguesa, de forma a uniformizar as práticas de cuidados prestados. Primariamente proceder-se à identificação dos instrumentos mais frequentemente utilizados em investigação internacionalmente, para avaliação da anorexia, caquexia e xerostomia em cuidados paliativos e as suas características psicométricas. Posteriormente irá verificar-se quais estão validados para a população portuguesa e identificar a acessibilidade aos mesmos.

Os objetivos do presente trabalho, são:

- 1- Identificar os instrumentos mais frequentemente utilizados em investigação para avaliação da anorexia em cuidados paliativos, e suas características psicométricas;
- 2- Identificar os instrumentos mais frequentemente utilizados em investigação para avaliação da caquexia em cuidados paliativos, e suas características psicométricas;
- 3- Identificar os instrumentos mais frequentemente utilizados em investigação para avaliação da xerostomia em cuidados paliativos, e suas características psicométricas;
- 4- Verificar quais dos anteriores estão validados para a população portuguesa;

- 5- Descrever a forma de acessibilidade aos instrumentos identificados e validados para a população portuguesa.

De forma a tornar o trabalho mais perceptível para o leitor, optei por dividi-lo em duas partes. Numa fase inicial temos o enquadramento teórico, onde constam as definições das temáticas abordadas e a pertinência das mesmas. Na segunda parte consta a metodologia utilizada para a realização da investigação, os resultados obtidos e a discussão dos mesmos. Por fim, serão apresentadas as conclusões deste estudo dando resposta aos objetivos acima descritos.

Para a elaboração deste trabalho foram privilegiadas as fontes primárias de investigação, com recurso a livros e artigos científicos originais dos autores de referência, de publicações periódicas obtidas através da PubMed e EBSCO publicados nos últimos 15 anos, na língua portuguesa, inglesa, francesa e espanhola. Foi ainda utilizado o motor de busca Google, como complemento. Para a referenciação bibliográfica foram utilizadas as normas de Vancouver.

A metodologia utilizada na elaboração deste trabalho baseia-se na Metodologia Científica utilizada por Azevedo e Azevedo(6). Segundo estes autores, a metodologia surge como uma técnica de orientação para a elaboração de um trabalho científico. Assim sendo, irão ser utilizados os passos descritos pelos mesmos, na elaboração deste trabalho. As referências bibliográficas irão ser realizadas segundo a norma de Vancouver, através de um software denominado Mendeley Desktop®. As normas de Vancouver surgiram pela primeira vez em 1979 e foi elaborada por um pequeno grupo de editores de revistas médicas(7). Atualmente esta norma é bastante utilizada na área das ciências da saúde(8).



## **PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**



## **1 – CUIDADOS PALIATIVOS**

O avanço da medicina e da tecnologia tem permitido a descoberta de novas formas de prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças. As condições bio-socio-económicas também estão melhoradas, o que permite um aumento na esperança média de vida. Segundo informações do Instituto Nacional de Estatística (dados recolhidos através do site PORDATA)(9) a Esperança Média de Vida tem vindo a aumentar com o passar dos anos. Na década de 70, a Esperança Média de Vida rondava os 67,1 anos e passados 50 anos, em 2012 a Esperança Média de Vida aumentou para 80 anos. Num contexto de doença, as medidas curativas são as eleitas, contribuindo também para um aumento da esperança média de vida, mas à custa do prolongamento do tempo de doença e muitas vezes para o adiar do inadiável, a morte. Numa sociedade virada para a cura, a morte passou a ser encarada como uma frustração e incapacidade dos profissionais de saúde(10). Também Ariès(11) refere que hoje em dia “*a morte provoca medo, a ponto de nem ousarmos dizer-lhe o nome*”.

Segundo o Programa Nacional de Cuidados Paliativos (12), da Direção Geral da Saúde, os cuidados paliativos são, “*cuidados prestados a doentes em situação de intenso sofrimento, decorrente de doença incurável em fase avançada e rapidamente progressiva, com o principal objetivo de promover, tanto quanto possível e até ao fim, o seu bem-estar e qualidade de vida. Os cuidados paliativos são cuidados ativos, coordenados e globais, que incluem o apoio à família, prestados por equipas e unidades específicas de cuidados paliativos, em internamento ou no domicílio, segundo níveis de diferenciação*”. No entanto, e tendo em conta os princípios gerais dos cuidados paliativos, esta definição tem algumas lacunas. Inclui apenas os utentes que têm concomitantemente ausência de tratamento curativo, rápida progressão de doença, expectativa de vida limitada, intenso sofrimento e necessidades específicas que implicam apoio específico e interdisciplinar. Exclui assim as pessoas que necessitam de cuidados paliativos e que se encontram em fase de recuperação, ou com doença crónica ou com comorbilidades irreversíveis.

A História dos Cuidados Paliativos remonta a vários séculos atrás, nomeadamente a grupos religiosos. No século XIX, e devido aos votos que faziam, estes grupos dedicavam-se aos cuidados aos moribundos e aos mais carenciados. Mas, é a partir da década de 60 que surgem os cuidados paliativos à luz do que se conhece hoje em dia. Em 1967, em Londres, Cecily Saunders abriu o Saint-Cristopher Hospice, onde tinha como objetivo apoiar os moribundos, com uma abordagem clínica, terapêutica e psicológica(13). Para Cecily Saunders, na altura enfermeira a fazer o curso de medicina, era urgente oferecer cuidados científicos, de rigor e com qualidade, àqueles a quem anteriormente já lhes tinha sido dito “*que já não havia nada a fazer*”(10). Foi através deste primeiro serviço de cuidados paliativos que se iniciou uma corrente nova na área da medicina, os Cuidados Paliativos. Ajudou a criar novas mentalidades, a abrir novas portas na área da medicina, mas acima de tudo, ajudou a mudar conceitos e visões sobre a morte e o morrer(14). Anos mais tarde, e a um Oceano de distância, surge uma outra pioneira dos Cuidados Paliativos nos Estados Unidos da América, Elisabeth Kübler-Ross.

Ao longo dos anos, a definição de cuidados paliativos foi-se alterando e evoluindo à medida que a filosofia dos CP também crescia. No entanto, as práticas diferem de continente para continente e de país para país. Contudo, hoje em dia já há revisões sistemáticas da literatura que evidenciam o impacto positivo das equipas multidisciplinares de CP, em diferentes contextos (hospitalar, hospício e domicílio), bem como a satisfação dos utentes e das suas famílias face aos cuidados prestados(15).

Em 2002, a OMS(1), definiu os cuidados paliativos como sendo uma “*abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes – e suas famílias – que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais*”. No entanto, há alguns aspetos que necessitam de ser clarificados, como podemos constatar no Programa Nacional de Cuidados Paliativos(12):

- a) Afirmam a vida e encaram a morte como um processo natural;
- b) Encaram a doença como causa de sofrimento a minorar;

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

Tendo em conta os princípios acima descritos, e citando Sapeta(16) *“os resultados terapêuticos pretendidos nesta fase são, privilegiadamente, fixados na busca de conforto e de bem-estar, alívio do sofrimento físico, psicológico e espiritual, e em que toda a ação terapêutica deverá estar centrada nas necessidades individuais manifestadas pelo doente e pelos seus familiares”*. Desde os primórdios, altura de Cicely Saunders (17), que a farmacologia e os fármacos utilizados em Cuidados Paliativos evoluíram muito. A cada dia que passa, as investigações são mais rigorosas e tal como é descrito pela OMS, um dos objetivos é o alívio dos sintomas. Para Twycross(2) a abordagem científica ao controlo dos sintomas é resumida em cinco categorias: 1)avaliação; 2)explicação; 3)controlo; 4)observação; 5)atenção aos pormenores. Para Strasser(18), de forma a determinar as necessidades de um doente em CP, entre outros, é preciso haver instrumentos de avaliação dos principais sintomas. A

avaliação deve ser contínua, sistemática e multidimensional. Estas avaliações devem ser preferencialmente, realizadas por uma equipa multidisciplinar(2,17,18).

Em Portugal, o desenvolvimento dos cuidados paliativos iniciou-se na década de 90. O investimento desde então tem sido grande, embora ainda haja uma escassez e desigualdade na sua acessibilidade(19). Começou inicialmente com a criação de uma Unidade da Dor no Hospital do Fundão(20), tendo hoje em dia, segundo a APCP(21), mais de 59 unidades espalhadas por Portugal. Segundo Capelas(22) “*a distribuição dos recursos deverá ser efetuada de forma faseada mas equitativa entre as diversas regiões do país*”. Ainda segundo o mesmo autor, de forma a disponibilizar unidades de CP de excelência, nas diversas vertentes (internamento, equipas intra-hospitalares e apoio domiciliário), “*considera-se que todo o sistema deve ser alicerçado num programa de formação específica pré e pós graduada em cuidados paliativos, que leve à individualização e reconhecimento de uma competência ou especialização pelas entidades competentes*”.

Um dos pilares dos cuidados paliativos é o trabalho em equipa multidisciplinar, devendo todos os intervenientes complementar as ações dos outros em prol do bem-estar do utente e da sua família. Sendo que cada membro da equipa é indispensável e tem o seu papel, visando uma abordagem holística a todos aqueles que são alvo dos cuidados. No entanto, de seguida irei abordar em concreto o papel do enfermeiro numa unidade de cuidados paliativos.

## 1.1 – PAPEL DO ENFERMEIRO EM CUIDADOS PALIATIVOS

Para Foucault(23), citando Watson, o objetivo dos cuidados de enfermagem em cuidados paliativos “*consiste em prestar um acompanhamento holístico em que os aspetos humanos e científicos dos cuidados paliativos têm tanto valor, senão mais, do que aqueles ditados pela persecução de objetivos de prolongamento da vida*”. Tendo em conta a autora acima citada, há cinco momentos muito importantes no que diz respeito à planificação dos cuidados de enfermagem, são elas: recolha de dados; interpretação de dados; planificação da intervenção; execução da intervenção e avaliação da intervenção. Para Sapeta (16), é importante que o enfermeiro mantenha uma atitude de autoavaliação ao longo do seu trabalho, pois esta área facilmente leva ao

confronto dos próprios medos relacionados com a possibilidade de sofrer e morrer, e há fatores intrínsecos e extrínsecos que também podem conduzir a interferências na qualidade dos cuidados prestados.

No quadro abaixo, elaborado por Sapeta(16), podemos observar as competências básicas do enfermeiro em CP. Sendo que as quatro componentes descritas são as áreas-chave dos CP.

**Quadro 1 - Competências básicas do Enfermeiro em Cuidados Paliativos(16)**

COMUNICAÇÃO	CONTROLO DE SINTOMAS	CUIDAR A FAMÍLIA	TRABALHO EM EQUIPA
Reconhece as suas atitudes pessoais bem como os sentimentos, valores e expectativas em relação à morte e à diversidade individual, cultural e espiritual que existem ao nível das crenças e tradições	Usa instrumentos standardizados e cientificamente testados e validados, para avaliar sintomas (por exemplo: dor, dispneia, obstipação, ansiedade, fadiga, náuseas, vômitos e alterações cognitivas) experimentados pelos doentes	Conhece o sistema familiar: a sua composição, dinâmica e a força do vínculo relacional entre os seus membros e com o doente	Compreende os princípios da filosofia dos CP Reconhece o doente e a família como o centro dos cuidados
Demonstra respeito pelas perspetivas e desejos do doente durante a prestação de cuidados	Descreve os componentes sensoriais, cognitivos, afetivos e comportamentais na forma como os sintomas são percebidos (p.ex. dor)	Descreve e usa métodos para avaliar as necessidades psicossociais e espirituais do doente e da sua família	Define CP como um processo de cuidados contínuo Discute a importância dos CP dentro do sistema de saúde
Aplica os princípios legais e éticos na análise de assuntos complexos inerentes aos cuidados na fase final da vida, reconhecendo a importância dos valores pessoais, dos códigos profissionais e das decisões do doente	Valoriza as múltiplas dimensões do sofrimento do doente, incluindo físicas, psicológicas, sociais e espirituais, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida	Identifica os obstáculos e facilidades relativamente à mobilização de recursos para o doente e para o seu potencial cuidador	Descreve o papel da enfermeira em CP, como ativo, necessário e importante e parte integrante dos cuidados de enfermagem
Identifica os principais obstáculos e dificuldades de comunicação com o doente e família, em cada situação concreta	Assiste o doente, a família e os amigos, ajudando-os a lidar com o sofrimento decorrente dos sintomas e a otimizar a sua qualidade de vida	Identifica as necessidades durante o processo de perda e luto no doente e família	Descreve a ação de cada membro da equipa multidisciplinar e articula-se com cada uma
Demonstra capacidades de comunicação eficaz e empática com o doente, a família e a equipa de cuidados	Descreve e utiliza os métodos mais comuns no alívio de sintomas, farmacológicos e não farmacológicos, a sua eficácia e os efeitos colaterais	Oferece apoio apropriado ao doente e família no processo de perdas sucessivas e de luto	Trabalha de modo articulado e complementar com os restantes membros da equipa
Usa as perícias básicas da comunicação Atua como gestor/mediador da informação entre doente/família e a equipa multidisciplinar	Usa os resultados da avaliação dos sintomas e os conhecimentos atualizados nas abordagens tradicionais e complementares, para planear e intervir no alívio dos sintomas	Reconhece a importância da educação para a saúde, do doente e da família	Avalia necessidades do doente e família e distribui-as a outros membros da equipa
Faz gestão de sentimentos do doente e família, e entre eles	Avalia os protocolos de atuação em conjunto com os doentes e sua família	Adota estratégias de educação efetivas, junto do doente e da família	Implementa um plano de cuidados de qualidade, integrado num sistema de prestação de cuidados dinâmico e complexo
Adota técnicas de comunicação e de apoio emocional mais apropriadas na discussão de assuntos relacionados com o processo de morte, com o doente e a família	Reavalia e redefine objetivos a cada momento, em função da evolução da situação, da percepção e dos desejos do doente	Promove o autocuidado e a autonomia do doente e da família	Avalia as intervenções específicas de enfermagem, relacionando a teoria com a prática e os resultados de pesquisas Avalia os resultados do trabalho da equipa multidisciplinar

Tendo em conta as competências acima descritas, e baseando-se estas nos pilares dos cuidados paliativos podemos também hierarquizar tendo em conta um outro autor. Segundo a Hierarquia das Necessidades de Maslow(24), há cinco níveis de necessidades. Estas necessidades estão dispostas em forma de pirâmide, sendo que na base estão as necessidades mais básicas e no topo estão as necessidades mais evoluídas. Assim, temos as seguintes necessidades (da base para o topo): Fisiológicas, Segurança, Associação, Estima, Autorrealização. Cabe ao profissional de saúde, nomeadamente ao enfermeiro dar ênfase e enfoque a todas as necessidades apresentadas pelo doente. Só assim irá conseguir prestar cuidados holísticos e adquirir as práticas nesta área. Citando o Código Deontológico dos Enfermeiros, artigo 82º, alínea c), os enfermeiros têm a obrigação de *“participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida”*. Valorizar a vida e a qualidade de vida, passa muitas vezes por respeitar as opiniões e os quereres dos doente e dos seus familiares. Para Abiven(13), *“convém deixar ao paciente um espaço de decisão, por muito estreito que seja, para preservar a existência da sua liberdade que está em jogo”*, nomeadamente quando se encontra numa situação paliativa, devendo *“fazer o possível para respeitar essa pouca autonomia e tentar seguir os desejos do doente, mesmo que isso provoque um acréscimo de trabalho ou nos pareça absurdo”*.

Segundo o Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE)(25), os enfermeiros são elementos importantes e indispensáveis nas equipas multidisciplinares que cuidam dos doentes terminais e familiares. O CIE preconiza como objetivos principais:

- Defender a participação do enfermeiro em abordagens multidisciplinares ao cuidado dos doentes terminais e respetivas famílias;
- Promover a integração dos seguintes aspetos na formação básica e pós-básica do currículo de enfermagem: aptidões na avaliação e gestão da dor, respeito pelos valores culturais, o direito dos doentes terminais tomarem decisões informadas, incluindo o direito a escolher ou a recusar o tratamento e o direito a uma morte digna;
- Prestar apoio aos enfermeiros que lidam com questões complexas relacionadas com a morte e o processo de morte;
- Encorajar os enfermeiros a prestarem cuidados compassivos durante a fase terminal da vida, a respeitarem os padrões éticos e as normas culturais na morte e no luto, considerar as necessidades dos membros da família em casa, no ambiente hospitalar, em

serviços de cuidados paliativos, lares ou outros locais onde são prestados cuidados terminais;

- Promover cuidados de enfermagem que respeitem os princípios éticos e culturais da legislação nacional de enfermagem;
- Promover o envolvimento dos enfermeiros em discussões, políticas e legislação relacionadas com as questões da morte e do processo de morte, incluindo o cuidado dos doentes terminais e das respetivas famílias.

O trabalho em cuidados paliativos, tal como já foi referido anteriormente, pressupõe uma equipa multidisciplinar e em que todos os elementos da equipa assumem o seu papel, sendo cada um deles uma peça importante e indispensável. Contudo, podemos afirmar que os enfermeiros assumem um papel privilegiado porque acompanham o doente durante vinte e quatro horas e podem estabelecer com ele uma relação de maior proximidade, tornando-nos profissionais essenciais na avaliação, monitorização e controlo dos sintomas.



## **2 – SINTOMAS EM CUIDADOS PALIATIVOS**

Para Neto(10) os cuidados paliativos “*afirmam a VIDA, valorizam-na, e consideram a MORTE um fenómeno natural e, como tal, não a aceleram nem retardam*”. Sendo o objetivo central a redução do sofrimento dos doentes, bem como das suas famílias, promovendo sempre a máxima qualidade de vida possível. Os sintomas são assim a principal razão de queixa dos utentes em cuidados paliativos.

Podemos ler no Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa(26), a seguinte definição de sintoma: “*acidente produzido pela doença, do qual se tira algum presságio ou consequência sobre a sua cura e esperanças nela depositadas; fenómeno subjetivo referido por um paciente acerca da sua doença, frequentemente utilizado para estabelecer o seu diagnóstico (...)*”. Todos os fenómenos subjetivos padecem de avaliação criteriosa, surgindo então a necessidade de instrumentos para avaliar esses mesmos fenómenos.

Para muitos autores, os sintomas devem ser avaliados de forma simples, tendo como base um instrumento de avaliação claro e simples de utilizar(2,27). No entanto, devemos ter em linha de conta que os sintomas são algo subjetivo e experimentados de forma diferente para cada pessoa. Acarretam ainda uma maior subjetividade quando são expressados pelos cuidadores(28). Há ainda autores que referem que os melhores instrumentos de avaliação de sintomas são aqueles que são multidimensionais, e que conseguem integrar num só as várias vertentes, bio-psico-sociais(18,27).

O principal objetivo da avaliação de sintomas é o bem-estar do doente e minimizar o seu sofrimento, mas permite também avaliar as instituições de saúde e a qualidade dos serviços prestados(29). Dependendo do instrumento utilizado, os resultados dessa avaliação de sintomas podem ser utilizados para melhoria contínua dos cuidados prestados, para realizar investigação científica e fornecem dados importantes em termos de indicadores de saúde(29).

Para Neto(10), há cinco princípios gerais para controlo dos sintomas, tornando esta tarefa complexa numa avaliação e controlo sintomático mais simples, perceptível e acessível:

1. Avaliar antes de tratar;
2. Explicar as causas dos sintomas;
3. Não esperar que um doente se queixe;
4. Adotar uma estratégia terapêutica mista;
5. Monitorizar os sintomas.

Os sintomas são multidimensionais e complexos pelo que exigem uma avaliação rigorosa e o mais objetiva possível. Sendo que o controlo sintomático exige uma criteriosa e sistemática reavaliação(2,10).

São inúmeros os sintomas referidos pelos doentes e pelos seus cuidadores. Sendo que a prevalência dos mesmos variam consoante o tipo de doença. Há já alguns estudos que nos indicam a prevalência dos sintomas em doentes em cuidados paliativos. O enfermeiro tem autonomia para explorar as necessidades dos doentes e assim estabelecer um plano de cuidados com os mesmos. A avaliação aprofundada e repetida dos sintomas é um elemento major da recolha de informações(30). Para a Sociedade Francesa de Acompanhamento e de Cuidados Paliativos(30), só pode haver alívio dos sintomas, *“se a avaliação permitir estabelecer um objetivo realista de cuidados e dar à pessoa que sofre a certeza de que tudo o que existe é utilizado para a ajudar”*.

## 2.1 – ANOREXIA

De acordo com Santos(31), o alimento é muito mais do que uma fonte de nutrição. A história da humanidade afirma que o ser humano utiliza o alimento como forma de socialização, de expressão cultural dos seus valores e crenças sobre o mundo e, finalmente, como simples forma de prazer.

A anorexia é entendida como pouco apetite(10). Pode ser de causa primária (síndrome anorexia-caquexia) ou secundária a um ou mais estados (ex.: alimentos pouco

apetitosos, excesso de alimentos, alterações do gosto, dispepsia, náuseas e vômitos, saciedade prematura, fadiga...). É comum em doenças em fase avançada e pode resultar em sofrimento significativo, nomeadamente para os familiares e/ou cuidadores informais(32).

De acordo com o Manual de Cuidados Paliativos(10), a anorexia e a caquexia surgem entre 15 a 40% dos doentes com cancro avançado. Para Twycross(2), também é um sintoma bastante comum nos doentes com cancro avançado.

Fatores que contribuem para a anorexia, divididos em três categorias(10):

- Anorexia induzida pelo cancro;
- Anorexia induzida pela terapêutica;
- Anormalidades do metabolismo intermediário do hospedeiro.

Em Cuidados Paliativos, os objetivos do tratamento a nível nutricional são diferentes. O objetivo é garantir a melhor qualidade de vida possível, tanto para o doente como para os seus familiares(31). Assim sendo, a alimentação deve ser adaptada em quantidade e qualidade(30).

## 2.2 – CAQUEXIA

A caquexia é descrita como perda de peso acentuada e perda de massa muscular(2). É uma síndrome complexo que combina perda peso, lipólise, perda de massa muscular e proteína visceral e fraqueza(33). Está descrito como sendo um dos sintomas mais devastadores no que diz respeito aos doentes com cancro(34).

Está descrito que 80% dos doentes com cancro avançado e SIDA desenvolvem caquexia em fase terminal(33–35). A caquexia é mais frequente em crianças e idosos, e tem tendência a ser mais frequente na fase final da vida(33).

A investigação da caquexia é algo complexa, pois *“a investigação da caquexia do cancro é, muitas vezes, complicada por dificuldades em distinguir a caquexia específica*

*do cancro das alterações metabólicas induzidas pela terapêutica neoplásica, da comorbilidade da doença bem como das alterações pós-operatórias”(10).*

Efeitos adversos da caquexia(33):

- Diminuição da sobrevivência;
- Aumento de complicações na cirurgia, radioterapia e quimioterapia;
- Fraqueza, anorexia, náuseas crónicas;
- Sofrimento psíquico para os doentes bem como para os seus familiares.

A caquexia é apontada como um dos sintomas que mais contribui para a diminuição da sobrevida dos doentes com cancro(36).

### 2.3 – XEROSTOMIA

A higiene oral faz parte dos cuidados gerais de higiene. Para a Sociedade Francesa de Acompanhamento e de Cuidados Paliativos(30) *“no contexto de fim de vida, o equilíbrio da boca é frágil: negligenciar este cuidado gera inevitavelmente um desconforto (dor, sede, etc) na pessoa dependente”*. A alteração da salivação e da motilidade podem ter causas como a doenças mas também os tratamentos inerentes às doenças. Há funções que são consideradas básicas e que estão associadas à boca, sendo elas(30,32): prazer, satisfação, convívio, comunicação verbal e não-verbal, estética e conforto.

Os cuidados à boca têm como principais objetivos:

- ❑ Prevenir, curar ou pelo menos melhorar o estado da boca já alterada;
- ❑ Obter uma diminuição ou desaparecimento das dores e dos odores;
- ❑ Recuperar a sua capacidade funcional e, entre outras coisas, o paladar, o apetite, a deglutição, uma melhor comunicação e a prática de ritos religiosos;
- ❑ Prevenir as infeções da cavidade oral e digestivas.

A mucosa oral é uma barreira física e química bastante complexa, e é necessária para a defesa de organismos patogénicos. A destruição da mucosa produz soluções de continuidade com a rede vascular e conseqüente aumento da infeção(10).

Para Feio e Sapeta, a xerostomia é vista como sensação subjetiva de boca seca. É um sintoma que assume uma prevalência de 60 a 88% na doença oncológica progressiva e avançada(37).

A xerostomia ocorre por falta de saliva. A sua manifestação pode ser multifatorial, como a ingestão insuficiente de líquidos, respiração oral crónica, fumo excessivo, doenças sistémicas e metabólicas, uso de antidepressivos ou outros medicamentos, lesão dos nervos que inervam as glândulas salivares e deficiente higiene oral(31).

Para além dos problemas físicos que a xerostomia provoca, como a dor, a reduzida ingestão de alimentos, perturbações da fala e as infeções, provoca também sintomas negativos em termos psicológicos e sociais, para além de diminuir a qualidade de vida dos doentes(38).

Os doentes com xerostomia devem evitar o álcool e o tabaco, e devem preferir alimentos ácidos para estimular a produção de saliva, bem como aumentar a ingestão de líquidos e os alimentos tendencialmente pastosos(10).

Há sentimentos negativos associados à xerostomia, os doentes sentem tristeza e frustrados devido à falta de apetite, às perturbações do sono devido à secura da boca e à sensação de que a doença está a progredir(38).



## **PARTE II – MATERIAL E MÉTODOS**



### **3 – METODOLOGIA**

A revisão sistemática da literatura é um tipo de estudo retrospectivo e tem como principal objetivo responder a uma questão de investigação através da análise e interpretação da literatura atualmente disponível, sendo possível e passível de ser reproduzida posteriormente(39–41). Em termos científicos, uma revisão sistemática da literatura bem elaborada encontra-se no topo de nível de evidência(42).

Para a realização deste tipo de estudos é necessário seguir algumas regras e aplicar algumas estratégias. Tem que se definir uma questão de investigação, identificar as informações necessárias, ter um método de pesquisa da literatura, avaliar criticamente os dados colhidos, identificar a aplicabilidade dos mesmos e como principal resultado teremos uma melhoria da prática baseada na evidência científica(40,43).

A utilização deste tipo de metodologia é um passo que se dá no que diz respeito à melhoria contínua dos cuidados prestados. Ou seja, permite-nos ir fazendo uma atualização dos estudos já realizados, permite-nos identificar áreas do conhecimento com maior escassez de publicações, proporciona uma economia dos recursos para quem os lê, uma vez que há uma síntese de vários estudos publicados (43).

Para este estudo, surgiu um problema inicial, o desconhecimento de quais os instrumentos mais frequentemente utilizados em investigação em Cuidados Paliativos para avaliação da Anorexia, Caquexia e Xerostomia, e se os mesmos se encontram validados para a população portuguesa. Após ter surgido este problema tentei verificar a pertinência desta investigação, assim sendo:

1 – Importância da adequada avaliação dos problemas/necessidades em Cuidados Paliativos, como instrumento básico e fundamental nesta área do cuidar;

2 – Para se comparar eficácia e efetividade de intervenções será necessário termos os mesmos instrumentos de avaliação e conseqüentemente as mesmas medidas de resultados (“outcomes”);

3 – Uniformizar os procedimentos de avaliação das necessidades com o panorama internacional;

4 – Pela necessidade de utilização de instrumentos estandardizados e validados para a população portuguesa, nos cuidados a prestar em Portugal e na investigação em Cuidados Paliativos;

5 – Para desenvolvimento de um conjunto de instrumentos/ ferramentas de avaliação mais frequentemente utilizados nesta área de investigação, em condições de serem adotados para os cuidados e investigação no nosso país (trabalho conjunto com outros colegas que têm os mesmos objetivos mas relacionados com outros sintomas ou necessidades);

6 – Para cumprir as recomendações da OMS (2002), relativas a Cuidados Paliativos “(...) prevenindo e aliviando o sofrimento através da identificação precoce, avaliação adequada e tratamento rigoroso dos problemas físicos, psicossociais e espirituais”; bem como para garantir o direito da pessoa em qualquer etapa da sua vida, a ter cuidados de saúde adequados às suas necessidades/problemas.

As questões desta investigação são:

Quais os instrumentos mais frequentemente utilizados em investigação para avaliação da anorexia em cuidados paliativos, e suas características psicométricas?

Quais os instrumentos mais frequentemente utilizados em investigação para avaliação da caquexia em cuidados paliativos, e suas características psicométricas?

Quais os instrumentos mais frequentemente utilizados em investigação para avaliação da xerostomia em cuidados paliativos, e suas características psicométricas?

Quais dos anteriores estão validados para a população portuguesa?

Para dar resposta às questões de investigação acima descritas, definiram-se alguns objetivos. São:

- 1- Identificar os instrumentos mais frequentemente utilizados em investigação para avaliação da anorexia em cuidados paliativos, e suas características psicométricas;
- 2- Identificar os instrumentos mais frequentemente utilizados em investigação para avaliação da caquexia em cuidados paliativos, e suas características psicométricas;

- 3- Identificar os instrumentos mais frequentemente utilizados em investigação para avaliação da xerostomia em cuidados paliativos, e suas características psicométricas;
- 4- Verificar quais dos anteriores estão validados para a população portuguesa;
- 5- Descrever a forma de acessibilidade aos instrumentos identificados e validados para a população portuguesa.

Tendo em conta os objetivos acima descritos e o tipo de estudo foram delineados procedimentos para a colheita de dados/informação e instrumentos de medida.

- Recurso a base de dados online (Pubmed® e EBSCO®);
- Repositório de universidades (Universidade Católica Portuguesa; Universidade de Medicina de Lisboa; Universidade de Medicina do Porto; Universidade de Medicina de Coimbra);
- Publicações não indexadas, em especial em português de Portugal;
- Atas de congressos científicos na área;
- Textbooks (Autores considerados peritos na área);
- Sítios na Internet de Associações e organizações científicas (APCP; DGS).

No entanto, houve a necessidade de criar critérios de inclusão e de exclusão dos artigos.

#### **Crítérios de Inclusão de artigos**

- Estudos científicos nas línguas: portuguesa, espanhola, francesa e inglesa;
- Publicações que resultem de investigação científica em cuidados paliativos;
- O instrumento de avaliação deverá estar claramente identificado

#### **Crítérios de exclusão de artigos**

- Artigos de opinião;
- Cartas ao editor/diretor;
- Comentários;
- Análises de artigo;
- Estudos de caso;

Os termos utilizados na pesquisa inicial das bases de dados online foram: Palliative Care; Terminal Care; Terminally Ill; Hospice Care. A estes termos foi-se adicionando o sintoma que se pretendia pesquisar (anorexia; cachexia; xerostomia).

Os limitadores utilizados nas bases de dados online foram criteriosamente selecionados. Inicialmente começou por se fazer uma pesquisa com datas de publicação compreendidas entre 2004 e 2014, mas tendo em conta os resultados que foram obtidos decidiu-se alargar o tempo de pesquisa. Assim sendo, a pesquisa realizada é compreendida entre o ano de 2000 e o ano de 2014, até a 15 de Março de 2014.

**EBSCO®:** Data de publicação: 20000201-20140231; Resumo disponível; Humano; Idioma: English, French, Portuguese, Spanish; Tipo de publicação: Abstract, Clinical Trial, Meta Analysis, Meta Synthesis, Randomized Controlled Trial, Review, Systematic Review; Faixas etárias: Adult: 19-44 years, Middle Aged: 45-64 years, Aged: 65+ years, Aged, 80 and over; Resumo disponível; Humano; Relacionado à idade: All Adult: 19+ years; Tipo de publicação: Clinical Trial, Comparative Study, Controlled Clinical Trial, Meta-Analysis, Multicenter Study, Randomized Controlled Trial, Review; Idioma: English, French, Portuguese, Spanish; Tipo de documento: Abstract; Idioma: English, French, Portuguese, Spanish

**Pubmed®:** Clinical Trial, Comparative Study, Controlled Clinical Trial, Meta-Analysis, Multicenter Study, Observational Study, Randomized Controlled Trial, Review, Systematic Reviews, Abstract available, Publication date from 2000/01/01 to 2014/02/28, Humans, English, French, Spanish, Portuguese, Adult: 19+ years

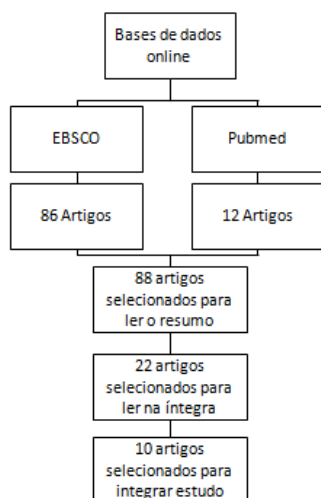
Assim sendo, os artigos obtidos, tendo em conta os critérios acima descritos foram:

**Tabela 1 - Número de artigos obtidos nas bases de dados online**

		Número de Artigos	
		Expressão Inicial	Com os limitadores
EBSCO	Anorexia	5050	86
	Caquexia		53
	Xerostomia		17
Pubmed	Anorexia	3217	12
	Caquexia		9
	Xerostomia		7

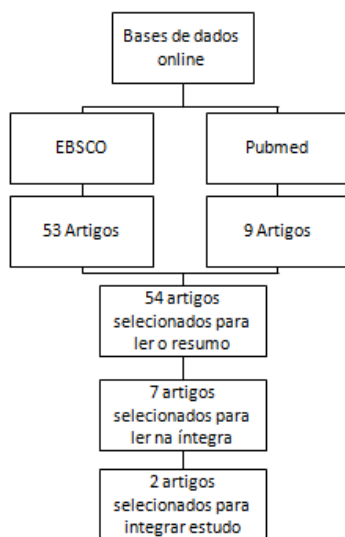
Posteriormente, e tal como podemos ver nas imagens seguintes, foram eliminados os artigos que se encontravam em ambas as bases de dados, depois de lidos os resumos dos artigos, também apenas alguns ficaram seleccionados e por fim, foram seleccionados os artigos que constam na revisão bibliográfica após a leitura completa dos mesmos.

Na leitura dos artigos sobre a anorexia houve quatro artigos que não se conseguiram na íntegra, após terem sido feitas algumas tentativas para a obtenção dos mesmos. Assim sendo, integram esta revisão sistemática 10 artigos sobre a anorexia e que cumprem todos os critérios acima descritos.



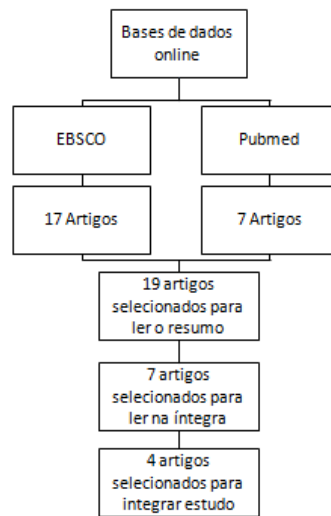
**Ilustração 1 – Fluxograma da seleção de artigos para Anorexia**

Sobre a temática da caquexia, integram esta revisão sistemática 2 artigos e que cumprem todos os critérios acima descritos.



**Ilustração 2 – Fluxograma da seleção de artigos para Caquexia**

Por fim, a seleção de artigos para a temática da Xerostomia, sendo que no final obtive 4 artigos que integram esta revisão sistemática.



**Ilustração 3 – Fluxograma da seleção de artigos da Xerostomia**

## **4 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS**

Neste capítulo pretende-se fazer a apresentação dos resultados após a pesquisa bibliográfica acima descrita. Está dividido em subcapítulos, tendo em conta os vários sintomas. No fim, temos ainda um subcapítulo dedicado às características psicométricas dos instrumentos de avaliação de sintomas encontrados.

### 4.1 – ANOREXIA

**Quadro 2 – Artigos seleccionados para o estudo da Anorexia**

Ano	País	Contexto	Tipo de Estudo	População alvo do Estudo/Tipo de Doentes	Instrumento	Publicação
2010	Japão	Hospital	Estudo multicêntrico prospetivo	Doentes em fase terminal com obstrução intestinal maligna	MD Anderson Symptoms Inventory	(44)
2003	Reino Unido	Hospital	Estudo randomizado controlado	Doentes com cancro	Palliative Care Assessment (PACA)	(45)
2009	Reino Unido	Hospital	Estudo quantitativo	Doentes com cancro	Patient Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA)	(34)
1998	Reino Unido	Hospital	Estudo randomizado controlado	Doentes internados em cuidados paliativos	Support team assessment schedule (STAS)	(46)
2010	Espanha	Hospital, clínicas, unidades de internamento	Estudo multicêntrico prospetivo quase-experimental	Doentes com cancro avançado admnitos nas unidades de cuidados paliativos	Escala Numérica Verbal	(47)
2009	Espanha	Hospital	Estudo experimental randomizado	Doentes em cuidados paliativos	Escala Numérica Verbal	(48)
2012	Estados Unidos da América	Hospital	Estudo experimental randomizado duplamente cego	Doentes com cancro	Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS)	(49)
2005	Itália	Hospital	Estudo prospetivo	Doentes em cuidados paliativos	Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS)	(50)
2000	Canadá	Hospital	Estudo experimental randomizado	Doentes com cancro da mama	European Organization for Research and Treatment of Cancer EORTC QLQ-C30	(51)
2000	Canadá	Hospital	Estudo experimental randomizado	Doentes com cancro com síndrome de dispepsia	Escala Visual Analógica	(52)

Para avaliação da anorexia é descrita a utilização de algumas escalas. As escalas utilizadas foram na sua maioria aplicadas a doentes com cancro (60%). Apenas três foram utilizadas para doentes em cuidados paliativos, independentemente da sua patologia de base.

A data de realização dos estudos varia entre 1998 e 2012, sendo que existe apenas um estudo realizado após o ano de 2010. Em relação à origem do estudo, podemos concluir que 3 dos estudos foram realizados no Reino Unido, 3 nos Estados Unidos da América, 3 na Europa e 1 no Japão. A investigação sobre esta temática é feita a nível mundial, no entanto a avaliação deste sintoma é tido como uma consequência do estudo e não motivo de estudo em si só.

A aplicação das escalas foi toda ela em meio hospitalar, carecendo de dados sobre o contexto de domicílio.

#### 4.2 – CAQUEXIA

**Quadro 3 – Artigos seleccionados para o estudo da Caquexia**

Ano	País	Contexto	Tipo de Estudo	População alvo do Estudo/Tipo de Doentes	Instrumento	Publicação
2009	Reino Unido	Hospital	Estudo quantitativo	Doentes com cancro	Patient Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA)	(34)
2012	Reino Unido	-	Estudo observacional longitudinal	Doentes com cancro	Cancer appetite and symptom questionnaire (CASQ)	(53)

Através da análise do quadro acima apresentado podemos ver que ambos os instrumentos encontrados são utilizados para doentes com cancro, não tendo em conta todos os outros doentes que necessitam de cuidados paliativos.

Ambos os estudos foram realizados no Reino Unido e a data de publicação dos mesmos é recente, pelo que permite afirmar que como investigação primária, com utilização de instrumentos específicos é uma temática ainda pouco desenvolvida na área dos cuidados paliativos, um pouco por todo o mundo.

O contexto de domicílio, uma vez mais não consta entre os estudos de investigação pesquisados.

#### 4.3 – XEROSTOMIA

**Quadro 4 – Artigos selecionados para o estudo da Xerostomia**

Ano	Países	Contexto	Tipo de Estudo	População alvo do Estudo/Tipo de Doentes	Instrumento	Publicação
2009	Suécia	Hospice	Estudo experimental	Doentes com cancro	Escala visual analógica	(38)
2006	Estados Unidos da América	Assisted Living	Estudo prospetivo longitudinal	Famílias de doentes com mais de 65 anos que morreram num lar	Family Memorial Symptom Assessment Scale-Global Distress Index (FMSAS-GDI)	(54)
2012	França, Alemanha, Grécia, Holanda, Noruega, Israel, Suécia e Reino Unido	-	Estudo longitudinal	Doentes paliativos com cancro	EORTC QLQ-OH17	(55)
2009	Estados Unidos da América	Hospital	Estudo prospetivo longitudinal	Doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica avançada	Memorial Symptom Assessment Scale [MSAS]	(56)

A avaliação deste sintoma, segundo a análise da tabela é recente, sendo que o estudo mais antigo remonta ao ano de 2006. Na sua maioria os estudos feitos foram realizados na Europa.

A população alvo dos estudos é variada, pelo que possibilita uma maior escolha aos investigadores tendo em conta a patologia base da sua população alvo. No entanto, não há um instrumento de avaliação repetido, pelo que podemos concluir que não há um instrumento consensual no que toca a avaliação da xerostomia.

#### 4.4 – CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS

De seguida será apresentada uma tabela em que constam todos os instrumentos de avaliação acima mencionados, e as suas características psicométricas (confiabilidade, sensibilidade e especificidade).

A confiabilidade é a propriedade para uma escala ter as medidas consistentes e estáveis mesmo quando esta é avaliada e repetida por diferentes investigadores, ou em alturas

diferentes(57). A sensibilidade é entendida como a propriedade que nos permite averiguar a qualidade de uma escala ao identificar aquilo que está a ser avaliado(58). A especificidade

Na mesma tabela podemos ainda ver se esses mesmos instrumentos se encontram validados para a população portuguesa e onde os poderemos obter.

**Tabela 2 – Características Psicométricas dos Instrumentos de Avaliação e a sua validação para Portugal**

Instrumento	Confiabilidade	Sensibilidade	Especificidade	Validação em Portugal
MD Anderson Symptom Inventory	0.82 a 0.94(59)	Variável	0.95(59)	Sim (contactar o autor)(60)
Palliative Care Assessment (PACA)	ND	ND	ND	Sim(61)
Patient Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA)	0.78(62)	0.98(63)	0.82(63)	Sim (64)
Support team assessment schedule (STAS)	0.68-0.89(65)	ND	ND	Não encontrado
Escala Visual Analógica	ND	ND	ND	Sim
Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS)	ND	ND	ND	Sim(66)
European Organization for Research and Treatment of Cancer EORTC QLQ-C30	ND	ND	ND	Sim(67)(68)
Cancer appetite and symptom questionnaire (CASQ)	0.80(53)	0.71(53)	0.66(53)	Não
Family Memorial Symptom Assessment Scale-Global Distress Index (FMSAS-GDI)	0.78(69)	ND	0.58(69)	Não
EORTC QLQ-OH17	ND	ND	ND	Em desenvolvimento(55)
Memorial Symptom Assessment Scale [MSAS]	ND	ND	ND	Não

Legenda da tabela:

ND – Não Disponível

**NOTA:** Até à data da publicação deste estudo, não foram encontrados novos dados sobre as características psicométricas dos instrumentos acima referidos, bem como a sua validação para Portugal.

## **5 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Numa primeira análise considereei pertinente distinguir os instrumentos mencionados ao longo desta pesquisa, em instrumentos unidimensionais, multidimensionais e de qualidade de vida. Posteriormente será apresentada a discussão dos artigos selecionados para este estudo.

### **5.1 – INSTRUMENTOS UNIDIMENSIONAIS**

Os instrumentos unidimensionais definem-se por quantificar a percepção subjetiva do sintoma, existindo um mínimo e um máximo. Quando se utilizam estes instrumentos, a intensidade é exprimida por um abstrato contínuo, Escala Visual Analógica (*EVA*), por números, Numeric Rating Scale (*NRS*) ou expressões verbais, Verbal Rating Scale (*VRS*) que representam os diferentes graus de intensidade distribuída num intervalo entre um nível mínimo e um nível máximo. Apesar de aparentemente simples, podem tornar-se complexos quando analisam os aspetos psicofisiológicos. Normalmente avaliam apenas uma característica do sintoma, a intensidade(70). Um outro instrumento que podemos considerar é o ESAS Edmonton Symptom Assessment Scale (*ESAS*), sendo um instrumento multissintomático, mas avalia cada um dos sintomas de forma individual(71). As vantagens destes instrumentos são: fácil aplicabilidade, rapidez de utilização e baixos custos(72).

Os instrumentos unidimensionais podem ser utilizados em vários sintomas, e como vimos anteriormente, também são utilizados para avaliação da anorexia, caquexia e xerostomia. A sua utilização permite-nos conhecer as percepções que os doentes têm sobre determinado sintoma no momento em que este é aplicado(73,74). Os dados obtidos através desta avaliação podem ser facilmente apresentados através de um registo gráfico, permitindo ao profissional de saúde uma análise mais detalhada sobre a evolução dos mesmos.

Há algumas desvantagens a ter em conta, como por exemplo a não consideração dos fatores bio-psico-sociais, a avaliação momentânea, não tendo em conta o historial diário, a não consideração de fatores de agravamento e/ou alívio.

Tendo em conta os dados apresentados, podemos verificar que a utilização de instrumentos unidimensionais foi preterida na avaliação de dois sintomas, a anorexia e a xerostomia.

Para avaliação da anorexia, há três estudos que referenciam a utilização de escalas unidimensionais (EVA e NRS). Tendo em conta que para a realização deste estudo foram considerados um total de 10 artigos, 3 utilizam escalas unidimensionais, o que nos permite afirmar que para avaliação deste sintoma, a utilização de escalas unidimensionais ainda é considerada preferida. No entanto, e tendo em conta as limitações destes instrumentos de avaliação podemos afirmar que a avaliação destes sintomas em cuidados paliativos fica à quem do esperado e desejado. E, a sua utilização não é uma prática comum a nível internacional.

## 5.2 – INSTRUMENTOS MULTIDIMENSIONAIS

Por outro lado, temos os instrumentos multidimensionais. Estes instrumentos têm como principal objetivo avaliar as queixas dos doentes, num contexto global. Correlaciona sintomas, sentimentos e sensação de bem-estar, avaliando os sintomas à luz da sua globalidade, nas diferentes dimensões do ser humano(70,74). Pelo que quando se utiliza este tipo de instrumentos tem que se ter em conta os fatores sensoriais, emocionais e culturais, pois podem influenciar a resposta aos mesmos(70).

Os instrumentos multidimensionais de avaliação de sintomas permitem avaliar a qualidade de vida ao longo do processo denominado doença. E estes instrumentos multidimensionais não foram construídos com o principal propósito de avaliar um sintoma, mas sim, avaliar a qualidade de vida de determinada população com um tipo de cancro. No entanto, e consoante as necessidades dos investigadores, estes foram adaptados tendo em conta os objetivos das investigações.

Alguns exemplos de instrumentos multidimensionais, são: MD Anderson Symptom Inventory; Patient Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA); Cancer appetite and symptom questionnaire (CASQ) e Family Memorial Symptom Assessment Scale-Global Distress Index (FMSAS-GDI).

### 5.3 – INSTRUMENTOS DE QUALIDADE DE VIDA

A medição da qualidade de vida, tem vários tipos de utilização na prática clínica, “a identificação e a priorização de problemas, a capacitação para uma melhor comunicação com o doente, o rastreio de eventuais problemas não visíveis, a possibilidade de partilha da tomada de decisão clínica e a monitorização das alterações de saúde ou das respostas a tratamentos”(75).

É uma prática importante pois permite a identificação precoce e global da condição do doente bem como da sua família. Este tipo de instrumentos permite avaliar e mensurar esta temática, através das diferentes perspetivas e dimensões da pessoa(76).

Alguns exemplos de instrumentos que avaliam a qualidade de vida, são(75): European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC QLQ-C30); Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS); Palliative Care Assessment (PACA) e Support team assessment schedule (STAS).

### 5.4 – ARTIGOS SELECIONADOS

Através da análise dos quadros anteriormente apresentados podemos retirar algumas conclusões.

Tendo em conta o Quadro 2, podemos observar que o estudo mais antigo data do ano de 1998 e o estudo mais recente do ano 2012. Tendo em conta o critério temporal, artigos publicados a partir do ano 2000 até ao presente, há dois anos que não são publicados artigos que avaliem a anorexia no âmbito dos cuidados paliativos, apesar de ser um sintoma, que segundo vários autores, tem uma prevalência de 15 a 40%(2,10). Quanto à origem, é dispersa, o que permite afirmar que há alguma preocupação por parte dos

investigadores a nível internacional. Todos os artigos foram realizados em contexto hospitalar, não havendo informação sobre o contexto domiciliário. Permanecendo a dúvida se estes instrumentos têm a mesma aplicabilidade e resultados no contexto domiciliário. A população alvo dos estudos é na sua maioria, 60%, doentes com cancro, não visando todos os doentes que integram os cuidados paliativos, pelo que não permite a generalização a todos os doentes que necessitam de cuidados paliativos. Os instrumentos utilizados são vários, no entanto destaco os instrumentos unidimensionais que representam 50% deste estudo.

A avaliação do Quadro 3, permite afirmar que há uma escassez de investigação no que diz respeito à caquexia. Muitos estudos referiam a síndrome anorexia-caquexia, mas apenas visavam a avaliação da anorexia e não da síndrome em si, pelo que foram excluídos. Os estudos apresentados são recentes, sendo o mais antigo de 2009. O país onde foi feita investigação para avaliação da caquexia como sintoma isolado, foi o Reino Unido. Podemos observar que o contexto foi a nível hospitalar e uma vez mais apenas engloba os doentes com cancro. Os instrumentos utilizados para avaliação deste sintoma são multidimensionais. Não há uma repetição dos instrumentos pelo que não é possível afirmar que a utilização de um deles é mais adequada ao contexto dos doentes em cuidados paliativos do que outro.

O Quadro 4, respeitante ao estudo da xerostomia, apresenta estudos bastante distintos. O estudo mais antigo remonta ao ano de 2000, e o mais recente a 2012. Há dois estudos que foram desenvolvidos na Europa, um na Suécia e outro em vários países europeus. Os outros dois foram desenvolvidos nos Estados Unidos da América. Os contextos são variados e destaco um estudo que está ainda em desenvolvimento, para um instrumento denominado EORTC QLQ-OH17. Este é o único instrumento dedicado à saúde oral. À semelhança dos outros sintomas, também aqui, num estudo, é utilizada a escala unidimensional EVA. Os outros instrumentos utilizados são multidimensionais e avaliam a xerostomia como uma consequência da doença e não como causa em si mesma. Assim sendo, e tendo em conta o estudo apresentado poderemos concluir que o melhor instrumento a utilizar será o EORTC QLQ-OH17, no entanto este ainda não está validado para a população portuguesa, mas os autores referem estar disponíveis para fornecer todos os materiais a quem queira desenvolver este estudo e fazer a validação no seu país.

## **6 – CONCLUSÃO**

Dos sintomas apresentados, não há um instrumento que se destaque e a nível nacional, cada instituição utiliza os instrumentos que considera mais pertinentes, não havendo uma norma uniformizada para a utilização dos mesmos.

Enquanto profissional de saúde deparo-me com esta limitação diariamente. Há instrumentos generalistas que permitem avaliar alguns dos sintomas, mas de forma muito breve e generalista. A falta de avaliação de determinada sintomatologia vai interferir com a existência de práticas uniformizadoras no que diz respeito à avaliação de necessidades, plano terapêutico, controlo sintomático e avaliação e monitorização de resultados. Assim, surge a questão de investigação, o ponto de partida para a realização deste estudo: “Quais os instrumentos de avaliação utilizados na investigação da anorexia, caquexia e xerostomia?”.

Para responder à questão acima mencionado, considerou-se pertinente a utilização de uma revisão sistemática da literatura a nível internacional. Perceber que instrumentos de avaliação são utilizados, quais aqueles que demonstram ser mais eficazes e se estes se encontram validados para a população portuguesa.

Considero que os objetivos propostos foram atingidos e que se deu resposta à questão de investigação.

Através da análise dos dados obtidos, posso concluir que a área de avaliação de sintomas é algo fundamental na prestação de cuidados, no entanto carece de algumas melhorias e otimização. As conclusões deste estudo são:

- A utilização de instrumentos de avaliação de sintomas é ainda pouco explorada a nível da investigação internacional e nacional;
- Não há instrumentos considerados “standard” para a avaliação da anorexia, caquexia e xerostomia;
- Os instrumentos utilizados a nível internacional e validados para a população portuguesa são de difícil acesso, e não se utilizam nas unidades de saúde;

- Não é possível comparar a eficácia e a efetividade de intervenções a nível nacional, pois não existe instrumentos de avaliação uniformizados;

- Há um longo caminho a percorrer para cumprir as recomendações da OMS no que diz respeito aos CP e que anteriormente foram mencionadas.

A partir das conclusões retiradas deste estudo poderemos melhorar a prática clínica, na medida em que se conhece o panorama internacional e nacional no que diz respeito à avaliação de sintomas (anorexia, caquexia e xerostomia) em cuidados paliativos. A investigação serviu como um ponto de partida, alertando-nos para a falta de práticas uniformizadas e divulgadas não só no contexto internacional mas também nacional.

Há algumas limitações neste estudo que devemos ter em conta. É um estudo limitado no tempo, tendo sido abrangidos artigos publicados nos últimos 15 anos. Uma outra limitação é o facto de a busca abranger artigos científicos publicados em quatro línguas, apesar de serem as quatro línguas mais faladas é também uma limitação. Por fim, apenas considera artigos e livros científicos que estão referenciados nas bases de dados anteriores.

A interação entre a metodologia qualitativa e os métodos de investigação utilizados permite-nos saber o atual panorama nacional no que diz respeito aos instrumentos de avaliação utilizados em investigação. Assim sendo, espero aliciar novas questões de investigação e desenvolvimento das mesmas num futuro próximo, de forma a contribuir para a melhoria contínua e crescimentos dos Cuidados Paliativos em Portugal.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. World Health Organization. World Health Organization [Internet]. 2014 [cited 2014 Jul 20]. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
2. Twycross R. Cuidados Paliativos. 2ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores; 2003.
3. The RM Knowledge Translation Toolkit: A Resource for Researchers. Systematic Reviews.
4. Varandas T, Vaz Carneiro A. Tipos de Estudos Clínicos. IV. Revisões Sistemáticas. Rev Port Cardiol. 2006;(1):233–46.
5. Reviews S, Mcnamara MC, Sc M, Arnold RM. A User ' s Guide to Research in Palliative Care. 2009;12(10).
6. Azevedo CAM, Azevedo AG. Metodologia Científica - contributos práticos para a elaboração de trabalhos académicos. 9ª Edição. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa Editora; 2008.
7. Martinez de Oliveira A. Manual de Referências Conforme o estilo de Vancouver. Universidade do Oeste Paulista, editor. 2011.
8. Biblioteca da Universidade de Aveiro. Referências bibliográficas , normas e estilos Manual estilo Vancouver. 2010.
9. PORDATA - Esperança de vida à nascença total e por sexo (base triénio a partir de 2001) - Portugal [Internet]. 2014 [cited 2014 Aug 10]. Available from: [http://www.pordata.pt/Portugal/Espanca+de+vida+a+nascenca+total+e+por+sexo+\(base+trienio+a+partir+de+2001\)-418](http://www.pordata.pt/Portugal/Espanca+de+vida+a+nascenca+total+e+por+sexo+(base+trienio+a+partir+de+2001)-418)
10. Barbosa A, Galriça Neto I, editors. Manual de Cuidados Paliativos. 2ª Edição. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2010.
11. Ariès P. Sobre a História da Morte no Ocidente desde a Idade Média. 4ª Edição. Teorema; 2010.
12. Direcção-geral da saúde. Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Lisboa; 2004.
13. Abiven M. Para uma morte mais humana, Experiência de uma unidade hospitalar de Cuidados Paliativos. 2ª Edição. Lusociência; 2001.
14. Radbruch L. A caring constituion. Public Serv Rev Eur Sci Technol. 2011;(11).

15. Finlay IG, Higginson IJ, Goodwin DM, Cook AM, Edwards AGK, Hood K, et al. Palliative care in hospital, hospice, at home: results from a systematic review. *Ann Oncol* [Internet]. 2002 Oct 1 [cited 2014 Sep 3];13(suppl 4):257–64. Available from: [http://annonc.oxfordjournals.org/cgi/content/long/13/suppl\\_4/257](http://annonc.oxfordjournals.org/cgi/content/long/13/suppl_4/257)
16. Sapeta P. *Cuidar em Fim de Vida: O Processo de Interação Enfermeiro-Doente*. Lisboa: Lusociência; 2011.
17. Saunders C. INTO THE VALLEY OF THE SHADOW OF DEATH A personal therapeutic journey. 1996;313(December):1599–601.
18. Strasser F. Palliative care: evaluation instruments in daily clinical practice. *Ann Oncol* [Internet]. 2006 Sep [cited 2014 Sep 4];17 Suppl 1(Supplement 10):x299–303. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17018742>
19. Martins Pereira S. *Cuidados Paliativos Confrontar a morte*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa Editora; 2010.
20. Galriça I. Palliative care development is well under way in Portugal. 2011;(May):278–81.
21. Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos [Internet]. 2014. Available from: <http://www.apcp.com.pt/>
22. Capelas ML. *Cuidados Paliativos : Uma Proposta para Portugal Palliative Care : A Proposal for Portugal*. 2007;2(4):51–7.
23. Foucault C. *A arte de tratar em Cuidados Paliativos Perspetivas de Enfermagem*. Lisboa: Instituto Piaget; 2004.
24. Zalenski RJ, Raspa R, Ph D. *Maslow ' s Hierarchy of Needs : A Framework for Achieving Human Potential in Hospice*. 2006;9(5):1120–7.
25. Conselho Internacional de Enfermeiros. *Posição do CIE : O papel dos enfermeiros na prestação de cuidados aos doentes terminais e suas famílias. :1–2*.
26. Houaiss A, Villar M de S. *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Instituto Antônio Houaiss; 2001.
27. Pautex S, Berger A, Chatelain C, Herrmann F, Zulian GB. Symptom assessment in elderly cancer patients receiving palliative care. *Crit Rev Oncol Hematol* [Internet]. 2003 Sep [cited 2014 Sep 5];47(3):281–6. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S104084280300043X>
28. Homs J, Walsh D, Rivera N, Rybicki L a, Nelson K a, Legrand SB, et al. Symptom evaluation in palliative medicine: patient report vs systematic assessment. *Support Care Cancer* [Internet]. 2006 May [cited 2014 Sep 4];14(5):444–53. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16402231>

29. Rn HRJ, Dassen T, Widdershoven G, Halfens R. Evaluating Palliative Care — A Review of the Literature. 2009;5–12.
30. Sociedade Francnesa de Acompanhamentos e de Cuidados Paliativos. Desafios da enfermagem em Cuidados Paliativos “Cuidar”: Ética e Práticas. Lisboa: Lusociência; 1999.
31. Santos FS. Cuidados Paliativos – Diretrizes, Humanização e Alívio de Sintomas. 1ª Edição. Atheneu; 2011.
32. Monahan FD, Sands J, Neighbors M, Marek J, Green C. Enfermagem-Médico-Cirúrgica Perspectivas de Saúde e Doença. 8ª Edição. Lisboa: Lusodidacta; 2010.
33. Bruera E. Anorexia , cachexia , and nutrition Does the patient have cachexia ? Why is the patient cachectic ? Which treatments are effective ? 1997;1219–22.
34. Andrew IM, Waterfield K, Hildreth AJ, Kirkpatrick G, Hawkins C. Quantifying the impact of standardized assessment and symptom management tools on symptoms associated with cancer-induced anorexia cachexia syndrome. Palliat Med [Internet]. 2009 Dec [cited 2014 Sep 2];23(8):680–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19797339>
35. Fabbro E del, Dala S, Bruera E. Symptom Control in Palliative Care - Part II: Cachexia/Anorexia and Fatigue. J Palliat Med. 2006;9(2).
36. Rhondali W, Chisholm GB, Daneshmand M, Allo J, Kang D-H, Filbet M, et al. Association between body image dissatisfaction and weight loss among patients with advanced cancer and their caregivers: a preliminary report. [Internet]. Journal of pain and symptom management. 2013. p. 1039–49. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23102755>
37. Feio M, Sapeta P. Xerostomia em cuidados paliativos. Acta Med Port. 2005;459–66.
38. Meidell L, Holritz Rasmussen B. Acupuncture as an optional treatment for hospice patients with xerostomia: an intervention study. Int J Palliat Nurs [Internet]. 2009 Jan;15(1):12–20. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19234425>
39. Sampaio R, Mancini M. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. Rev Bras Fisioter. 2007;11(1):83–9.
40. Bettany-Saltikov J. How to do a Systematic Literature Review in Nursing. A Step-by-Step Guide [Internet]. Mc Graw-Hill, editor. Nurse Education in Practice. Berkshire; 2013. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1471595312002326>
41. Introducción CDE, Investigación ALA. Capítulo 9: Investigación secundaria: la revisión sistemática y el metaanálisis. 2008;34(1):11–6.

42. Pereira ÂL, Bachion MM. Atualidades em revisão sistemática de literatuta, critérios de força e grau de recomendação de evidência. *Rev Gaúcha Enferm.* 2006;27(4):491–8.
43. Sawada NO, Trevizan MA. Revisão Sistemática: Recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. 2004;12(3):549–56.
44. Hisanaga T, Shinjo T, Morita T, Nakajima N, Ikenaga M, Tanimizu M, et al. Multicenter prospective study on efficacy and safety of octreotide for inoperable malignant bowel obstruction. *Jpn J Clin Oncol* [Internet]. 2010 Aug 21 [cited 2014 Sep 2];40(8):739–45. Available from: <http://jjco.oxfordjournals.org/cgi/content/long/hyq048v1>
45. Jack B, Hillier V, Williams A, Oldham J. Hospital based palliative care teams improve the symptoms of cancer patients. *Palliat Med* [Internet]. 2003 Sep;17(6):498–502. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14526882>
46. Edmonds PM, Stuttaford JM, Penny J, Lynch a M, Chamberlain J. Do hospital palliative care teams improve symptom control? Use of a modified STAS as an evaluation tool. *Palliat Med* [Internet]. 1998 Sep;12(5):345–51. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9924597>
47. Gómez-Batiste X, Porta-Sales J, Espinosa-Rojas J, Pascual-López A, Tuca A, Rodriguez J. Effectiveness of palliative care services in symptom control of patients with advanced terminal cancer: a spanish, multicenter, prospective, quasi-experimental, pre-post study. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2010 Nov [cited 2014 Sep 18];40(5):652–60. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20739143>
48. Tuca A, Roca R, Sala C, Porta J, Serrano G, González-Barboteo J, et al. Efficacy of granisetron in the antiemetic control of nonsurgical intestinal obstruction in advanced cancer: a phase II clinical trial. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2009 Feb [cited 2014 Sep 18];37(2):259–70. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18789638>
49. Yennurajalingam S, Willey JS, Palmer JL, Allo J, Del Fabbro E, Cohen EN, et al. The role of thalidomide and placebo for the treatment of cancer-related anorexia-cachexia symptoms: results of a double-blind placebo-controlled randomized study. *J Palliat Med* [Internet]. 2012 Oct [cited 2014 Sep 2];15(10):1059–64. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3438834&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
50. Modonesi C, Scarpi E, Maltoni M, Derni S, Fabbri L, Martini F, et al. Impact of palliative care unit admission on symptom control evaluated by the edmonton symptom assessment system. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2005 Oct [cited 2014 Sep 19];30(4):367–73. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16256901>

51. Geels BP, Eisenhauer E, Bezjak A, Zee B, Day A. Palliative Effect of Chemotherapy : Objective Tumor Patients With Metastatic Breast Cancer. *Am Soc Clin Oncol*. 2000;18(12):2395–405.
52. Bruera E, Belzile M, Neumann C, Harsanyi Z, Babul N, Darke a. A double-blind, crossover study of controlled-release metoclopramide and placebo for the chronic nausea and dyspepsia of advanced cancer. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2000 Jun;19(6):427–35. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10908823>
53. Halliday V, Porock D, Arthur a, Manderson C, Wilcock a. Development and testing of a cancer appetite and symptom questionnaire. *J Hum Nutr Diet* [Internet]. 2012 Jun [cited 2014 Aug 18];25(3):217–24. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22348402>
54. Cartwright JC, Hickman S, Perrin N, Tilden V. Symptom Experiences of Residents Dying in Assisted Living. *J Am Med Dir Assoc* [Internet]. 2006 May [cited 2014 Sep 2];7(4):219–23. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1525861005005487>
55. Hjerstad MJ, Bergenmar M, Fisher SE, Montel S, Nicolatou-Galitis O, Raber-Durlacher J, et al. The EORTC QLQ-OH17: a supplementary module to the EORTC QLQ-C30 for assessment of oral health and quality of life in cancer patients. *Eur J Cancer* [Internet]. Elsevier; 2012 Sep 9 [cited 2014 Sep 16];48(14):2203–11. Available from: <http://www.ejca.com/article/S0959804912003449/fulltext>
56. Blinderman CD, Homel P, Billings JA, Tennstedt S, Portenoy RK. Symptom distress and quality of life in patients with advanced chronic obstructive pulmonary disease. [Internet]. *Journal of pain and symptom management*. 2009. p. 115–23. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19232893>
57. Neto AC. *Psiquiatria para estudantes de Medicina* [Internet]. EDIPUCRS; 2003. Available from: [http://books.google.pt/books?id=B8LByUTKwS0C&hl=pt-PT&source=gbs\\_navlinks\\_s](http://books.google.pt/books?id=B8LByUTKwS0C&hl=pt-PT&source=gbs_navlinks_s)
58. Morete MC, Minson FP. Instrumentos para a avaliação da dor em pacientes oncológicos. *Rev da Dor*. 2010;11(1):74–80.
59. Cleeland CS. *The M . D . Anderson Symptom Inventory User Guide ▪ Version 1*.
60. Symptom Research - The MD Anderson Symptom Inventory (MDASI) MD Anderson Cancer Center.
61. PROQOLID. Instruments Database - Palliative Care Assessment (PACA) [Internet]. 2014. Available from: [http://www.proqolid.org/instruments/palliative\\_care\\_assessment\\_paca](http://www.proqolid.org/instruments/palliative_care_assessment_paca)
62. Fereshtehnejad S-M, Ghazi L, Shafieesabet M, Shahidi GA, Delbari A, Lökk J. Motor, psychiatric and fatigue features associated with nutritional status and its

- effects on quality of life in Parkinson's disease patients. PLoS One [Internet]. 2014 Jan [cited 2014 Oct 6];9(3):e91153. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3946796&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
63. Bauer J, Capra S, Ferguson M. Use of the scored Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) as a nutrition assessment tool in patients with cancer. *Eur J Clin Nutr* [Internet]. 2002 Aug [cited 2014 Oct 15];56(8):779–85. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12122555>
  64. Pt Global. PG-SGA© [Internet]. 2014. Available from: [http://pt-global.org/?page\\_id=13](http://pt-global.org/?page_id=13)
  65. Julie I, Bmedsci H. The development , validity , reliability and practicality of a new measure of palliative care : the Support Team Assessment Schedule . 1992;
  66. Santos ME, Capelas ML. Investigação em Cuidados Paliativos em Portugal. *Cad Saúde*. 2011;4:63–9.
  67. List of translations available by language – validated modules and C30 List of translations available by language – validated modules and C30 Languages [Internet]. 2014. Available from: <http://groups.eortc.be/qol/eortc-qlq-c30>
  68. Pais-Ribeiro J, Pinto C, Santos C. VALIDATION STUDY OF THE PORTUGUESE VERSION OF THE QLC-C30-V.3. *Psicol SAÚDE DOENÇAS*. 2008;9(1):89–102.
  69. Cartwright J. Family Reports of Dying Elders' Symptoms and Care in Community Settings [Internet]. 2004. Available from: <http://hdl.handle.net/10755/158328>
  70. Martinez JE, Grassi DC, Marques LG. Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação de dor em distintas unidades de atendimento: ambulatório, enfermaria e urgência. *Rev Bras Reumatol*. 2011;51(4):299–308.
  71. Richardson LA, Jones GW. CANCER REHABILITATION AND SURVIVORSHIP A review of the reliability and validity of the Edmonton Symptom Assessment System. *Curr Oncol*. 2009;16(1):53–64.
  72. Pereira LV. MENSURAÇÃO E AVALIAÇÃO DA DOR PÓS-OPERATÓRIA : UMA BREVE REVISÃO. *Rev Lat Am Enfermagem*. 1998;Volume 6(Número 3):77–84.
  73. Cláudia A, Tonioli DS, Marlena L, Pagliuca F, Ev ARALA. TECNOL OGIA TÁTIL P ARA A A V ALIAÇÃO D A DOR EM CEGOS. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2003;11(2):220–6.
  74. Bernardo A. Avaliação de sintomas em cuidados paliativos. Lisboa: Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina de Lisboa; 2005.

75. Lopes Ferreira P, Barros Pinto A. Medir qualidade de vida em cuidados paliativos. *Acta Med Port.* 2008;21:111–24.
76. Correia R, Carlo P De, Mara M, Enfermagem RL De, Paulo UDS, Paulo S. Avaliação de qualidade de vida no contexto dos cuidados paliativos: revisão integrativa de literatura. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2012;20:1–10.