



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**DISPNEIA NO DOENTE PALIATIVO:  
INCIDÊNCIA, ABORDAGENS E SUA EFETIVIDADE**

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

Por

Pedro Miguel Machado

Lisboa, 2012





UNIVERSIDADE | INSTITUTO DE  
**CATÓLICA** | CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PORTUGUESA

**DISPNEIA NO DOENTE PALIATIVO:  
INCIDÊNCIA, ABORDAGENS E SUA EFETIVIDADE**

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

Por

Pedro Miguel Machado

Sob a orientação de Prof. Doutor Francisco Pimentel e  
coorientação de Mestre Manuel Luís Capelas

Lisboa, 2012



## RESUMO

A dispneia é um sintoma subjetivo, relatado na primeira pessoa, que causa enorme perturbação e sofrimento quer ao doente quer aos seus familiares. Com o objetivo de determinar a incidência de dispneia em doentes internados nas unidades de cuidados paliativos portuguesas em 2010, desenvolveu-se um estudo observacional, longitudinal, descritivo.

Foi constituída uma amostra de 301 doentes admitidos em 2010, em seis unidades de internamento de cuidados paliativos. Os dados foram colhidos através da consulta de processos clínicos, registando a informação num guião de registo. A maioria dos doentes em estudo eram doentes oncológicos (90,70%), com comorbilidades (65,78%), do género masculino (58,5%), com mediana de idades de 76 anos.

A incidência de dispneia foi de 20,27% e a prevalência na admissão de 6,65%. Verificou-se uma incidência de 39,53% entre os doentes com neoplasia maligna do aparelho respiratório e dos órgãos intratorácicos e de 13,46% entre os doentes com neoplasia maligna dos órgãos digestivos.

No momento de admissão, o tempo de sobrevivência mediano foi de 11 dias (IIQ=31,50 dias). Após o episódio de dispneia foi de três dias (IIQ=12,00 dias).

Em 73,75% dos processos clínicos consultados havia avaliação da dispneia até às 48 horas após admissão, na sua maioria sem recurso a uma escala de avaliação (82,39%).

O controlo sintomático da dispneia foi realizado com recurso a medidas farmacológicas (78,69%) e não farmacológicas (22,95%), sendo a morfina o fármaco mais utilizado (25,27%), seguido da oxigenoterapia (21,98%) e broncodilatadores (20,88%).

As abordagens no alívio ou redução da dispneia em que foi possível verificar a sua efetividade correspondem a 57,38% dos casos de dispneia. Nestes, as intervenções foram eficazes em menos de 48 horas após episódio de dispneia, sendo que a utilização de medidas unicamente farmacológicas foi de 74,29%, as unicamente não farmacológicas de 8,57% e a utilização de ambas de 17,14%.

**Palavras-chave:** dispneia, cuidados paliativos, incidência, controlo sintomático

## **ABSTRACT**

Dyspnea is a subjective symptom, reported in the first person, causing significant distress and suffering to the patient and his family. In order to determine the incidence of dyspnea in patients hospitalized in portuguese palliative care units in 2010, an observational, longitudinal, descriptive study was developed.

A sample of 301 patients admitted in 2010 was set from six inpatient units of palliative care. Data was collected by consulting clinical records, gathering information in a registry form. Most patients in the study were cancer patients (90.70%), with co-morbidities (65.78%), male gender (58.5%), with a median age of 76 years.

The incidence of dyspnea was 20.27% and the prevalence at admission of 6.65%. There was an incidence of 39.53% among patients with malignant cancer of respiratory and intrathoracic organs and 13.46% among patients with malignant cancer of digestive organs.

At the time of admission, the median survival time was 11 days (IQR = 31.50 days). After the occurrence of dyspnea it was three days (IQR = 12.00 days).

Evaluation of dyspnea in 48 hours after admission was found on 73.75% of the clinical records, mostly without the use of an evaluation scale (82.39%).

The symptomatic control of dyspnea was conducted using pharmacological (78.69%) and nonpharmacological (22.95%) measures, with morphine as the most frequently used drug (25.27%), followed by oxygen (21.98%) and bronchodilators (20.88%).

The effectiveness of the approaches for the relief or reduction of dyspnea was possible to be verified in 57.38% of the cases of dyspnea. In these cases, the interventions were effective in fewer than 48 hours after an occurrence of dyspnea,

where the use of only pharmacological measures was 74.29%, only the non-pharmacological of 8.57% and only both of 17.14%.

**Keywords:** dyspnea, palliative care, incidence, symptomatic control

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Professor Doutor Francisco Pimentel, por ter aceitado orientar esta dissertação e pelo contributo das suas observações e sugestões ao longo desta investigação.

Ao Mestre Manuel Luís Capelas, pela sua disponibilidade na coorientação, objetividade e clareza ao longo de todo o processo de elaboração deste trabalho.

Às Unidades de Cuidados Paliativos que aceitaram participar neste estudo assim como aos profissionais envolvidos na logística de acesso aos processos clínicos, sem eles este trabalho não seria possível.

À minha mãe e Mestre Regina Machado pela disponibilidade, apoio e incentivo ao longo desta caminhada assim como ao resto da minha família, nomeadamente ao meu pai e irmãos pela paciência, carinho e confiança que depositaram em mim e neste trabalho.

Por fim, um agradecimento especial para a minha companheira nesta longa caminhada, Ana Sofia Dias, pela sua paciência, incentivo, apoio e cooperação, o meu obrigado.



## **LISTA DE SIGLAS**

CID-10 – 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ESAS – Edmonton Symptom Assessment System

OMS – Organização Mundial de Saúde

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SAM – Sistema de Apoio Médico

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

% – percentagem

cf – conforme

EV – endovenosa

IIQ – intervalo interquartil

l/min – litros por minuto

mg – miligramas

ml – mililitros

n – número

p. – página

SC – subcutânea

SL – sublingual

## ÍNDICE

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>19</b>
<b>PARTE I – REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b>	
<b>2. CUIDADOS PALIATIVOS.....</b>	<b>25</b>
<b>3. DISPNEIA .....</b>	<b>29</b>
3.1. EPIDEMIOLOGIA E ETIOLOGIA.....	30
3.2. AVALIAÇÃO E CONTROLO SINTOMÁTICO .....	32
<b>PARTE II – MATERIAIS E MÉTODOS</b>	
<b>4. MÉTODO.....</b>	<b>37</b>
4.1. TIPO DE ESTUDO.....	37
4.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	37
4.3. VARIÁVEIS .....	38
<b>4.3.1. Operacionalização das variáveis .....</b>	<b>38</b>
4.4. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS .....	42
4.5. PROCEDIMENTOS ÉTICOS E LEGAIS.....	42
4.6. PROCEDIMENTO RELATIVO À COLHEITA DE DADOS .....	43
<b>PARTE III – RESULTADOS</b>	
<b>5. ANÁLISE DESCRITIVA.....</b>	<b>47</b>
5.1. CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DA AMOSTRA .....	47
5.2. CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DA AMOSTRA .....	49
<b>5.2.1. Patologia de base, co-morbilidades e tempo de sobrevivência .....</b>	<b>49</b>
<b>5.2.2. Ocorrência de dispneia .....</b>	<b>54</b>
<b>5.2.3. Avaliação da dispneia .....</b>	<b>61</b>

5.2.4. Controlo sintomático da dispneia .....	62
6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	69
7. CONCLUSÃO .....	77
7.1. LIMITAÇÕES DO ESTUDO .....	79
7.2. SUGESTÕES.....	80
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	83

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE I** – Instrumento de colheita de dados

## **ANEXOS**

**ANEXO I** – Aprovação do Conselho Científico da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa

**ANEXO II** – Autorização da Comissão de Ética das unidades em estudo

## ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro 1.</b> Fases da prestação dos cuidados paliativos .....	26
<b>Quadro 2.</b> Etiologia da dispneia.....	31

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Caracterização da amostra quanto à idade, género e estado civil.....	48
<b>Tabela 2.</b> Caracterização da amostra quanto à patologia de base .....	50
<b>Tabela 3.</b> Quantidade de co-morbilidades descritas por doente .....	51
<b>Tabela 4.</b> Caracterização da amostra quanto às co-morbilidades .....	52
<b>Tabela 5.</b> Ocorrência de dispneia no momento de admissão e durante o internamento .....	54
<b>Tabela 6.</b> Ocorrência de dispneia em termos demográficos.....	55
<b>Tabela 7.</b> Ocorrência de dispneia e diagnósticos .....	57
<b>Tabela 8.</b> Ocorrência de dispneia e número de co-morbilidades.....	58
<b>Tabela 9.</b> Ocorrência de dispneia e presença de co-morbilidades .....	59
<b>Tabela 10.</b> Instrumento de avaliação da dispneia.....	61
<b>Tabela 11.</b> Avaliação da dispneia nas primeiras 48 horas de admissão.....	62
<b>Tabela 12.</b> Tipos de abordagens no controlo sintomático.....	63
<b>Tabela 13.</b> Abordagens não-farmacológicas.....	63
<b>Tabela 14.</b> Quantidade de fármacos diferentes utilizados por episódio de dispneia.....	63
<b>Tabela 15.</b> Abordagens farmacológicas.....	64
<b>Tabela 16.</b> Utilização de um único fármaco no controlo sintomático da dispneia .....	65
<b>Tabela 17.</b> Doses e vias de administração dos fármacos.....	66
<b>Tabela 18.</b> Tempo necessário para redução ou alívio do primeiro episódio de dispneia e controlo sintomático .....	67

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1.</b> Distribuição do tempo de sobrevivência após admissão .....	53
<b>Gráfico 2.</b> Curva de sobrevivência após admissão .....	54
<b>Gráfico 3.</b> Distribuição do tempo de sobrevivência após episódio de dispneia .....	60
<b>Gráfico 4.</b> Curva de sobrevivência após episódio de dispneia .....	61



## 1. INTRODUÇÃO

A evolução da medicina tem permitido avanços em termos de aumento da longevidade do ser humano, contribuindo também para o envelhecimento da população, no entanto, as doenças crônicas tornaram-se mais comuns e os últimos anos têm revelado uma tendência para aumentar. Estas têm um impacto negativo não só na qualidade de vida do doente mas também na sua família e sociedade, pelo que se torna importante ajustar os cuidados às necessidades desta nova realidade.

É neste plano de doenças incuráveis e geradoras de grande dependência e sofrimento que imergem os cuidados paliativos, dotados de humanização e rigor, que não pretendem acelerar ou retardar a morte, mas consideram-na como um processo natural.

Neste contexto, o controlo sintomático é um dos princípios fundamentais para proporcionar conforto ao doente e família no alívio e redução dos efeitos nocivos dos sintomas mais frequentes. Tal como a dor e outros sintomas, a dispneia é uma das causas de maior perturbação para os doentes com doença avançada e incurável e suas famílias, afetando fortemente a sua qualidade de vida. A dispneia tem a característica de ser uma sensação subjetiva relatada pelo doente através da sua perceção de falta de ar e com reações diferentes de pessoa para pessoa.

Na pesquisa bibliográfica efetuada de estudos sobre Dispneia em contexto de cuidados paliativos em Portugal, verificou-se que é uma área que necessita de mais investigação e que carece de informação nos seguintes níveis: incidência em doentes paliativos na realidade portuguesa; como é que a sua avaliação está a ser conduzida; e que intervenções são efetuadas para reduzir ou aliviar este sintoma. Como tal, surgiu a necessidade e pertinência de elaborar o presente estudo.

Apresenta-se com o título:

“Dispneia no doente paliativo: incidência, abordagens e sua efetividade”.

Como questões de investigação foram designadas as seguintes:

- Qual a incidência de dispneia nos doentes admitidos em unidades de internamento de cuidados paliativos portuguesas no ano de 2010?
- Que tipo de instrumento de avaliação da dispneia foi utilizado nas unidades de internamento de cuidados paliativos portuguesas no ano de 2010?
- Quais as abordagens efetuadas no controlo da dispneia e sua efetividade em doentes admitidos em unidades de internamento de cuidados paliativos portuguesas no ano de 2010?

De acordo com as questões de investigação delineadas, o objetivo geral foi assim definido:

- Determinar a incidência de dispneia em doentes internados em unidades de cuidados paliativos.

Foram, contudo, constituídos objetivos específicos:

- Determinar a prevalência de dispneia no momento de admissão;
- Identificar que tipo de instrumento é utilizado para a avaliação da dispneia;
- Descrever as abordagens efetuadas para o controlo sintomático da dispneia;
- Verificar a efetividade das abordagens no controlo sintomático da dispneia.

O estudo abrange uma amostra de 301 doentes internados em unidades de cuidados paliativos portuguesas com data de admissão no ano de 2010, de uma população total de 423 doentes, tendo-se desenvolvido um estudo observacional, longitudinal, descritivo.

Apresenta-se nas suas etapas através de três capítulos. No primeiro é apresentada uma revisão da literatura sobre o tema em epígrafe, seguindo-se um segundo capítulo com o método do estudo, descrevendo a sua tipologia, população e amostra, variáveis e sua operacionalização e o instrumento de colheita de dados.

Por último, são apresentados, num terceiro capítulo, os resultados e sua discussão, conclusões, limitações do estudo e sugestões.



## **PARTE I**

### **REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**



## 2. CUIDADOS PALIATIVOS

O processo de envelhecimento é tão inevitável como a morte, mas com os avanços da medicina nas últimas décadas, a longevidade tem aumentado consideravelmente. Segundo dados provisórios dos Censos 2011<sup>1</sup>, a população portuguesa é demograficamente envelhecida, sendo de 19% a população com 65 ou mais anos de idade.

A cura e a prevenção da doença têm sido consideradas, pela cultura da sociedade, os objetivos principais dos serviços de saúde, associando a falha da cura e a morte como um fracasso<sup>2</sup>. A tentativa de adiar algo tão natural como a morte, não é sinónimo de aumento da qualidade de vida, uma vez que, para isto, é necessário manter a autonomia e independência. Na última década, tem aumentado a ocorrência de doenças crónicas e incuráveis, tornando-se cada vez mais comuns, independentemente da idade. Tal situação tem-se verificado em Portugal, sendo que, no ano de 2009, as principais causas de morte foram as doenças do aparelho circulatório (31,90%), seguida das neoplasias (23,80%), nas quais se destacaram mais doentes com tumores malignos do esófago, estômago e cólon (5,30%) e tumores malignos da laringe, traqueia, brônquios e pulmões (3,70%)<sup>3</sup>. Torna-se imprescindível a prestação de cuidados especializados e humanizados que envolvam não só o doente mas a sua família e sociedade, para garantir a qualidade de vida na progressão da doença.

Em 1990 surgiu, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a primeira definição global de cuidados paliativos, sendo modificada para um âmbito mais alargado em 2002. Houve uma evolução de não focar apenas os doentes oncológicos com necessidade de cuidados paliativos mas sim alargar os cuidados a todos os doentes com doença incurável e prognóstico limitado, envolvendo também a saúde e bem-estar da família e cuidadores<sup>4,5</sup>. Com esta evolução nas especificidades da medicina paliativa, assumem-se atualmente os cuidados paliativos como:

(...) cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação de sofrimento decorrentes de doença severa e ou incurável em fase avançada e rapidamente progressiva, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e qualidade de vida.<sup>6</sup>

No entanto, verifica-se que a tipologia de doentes admitidos em unidades de cuidados paliativos são, na sua maioria, doentes do foro oncológico. No estudo de Potter et al.<sup>7</sup> a 400 doentes referidos para unidades de cuidados paliativos, apenas 5% não tinham um diagnóstico de cancro. Segundo dados de 2010 da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)<sup>8</sup>, foram admitidos nas unidades de cuidados paliativos da rede sobretudo doentes oncológicos (87%), seguidos de doentes com doenças neurodegenerativas (7%), cardiovasculares (3%) e do foro respiratório (2%). A fase da doença em que se encontravam a maioria dos doentes admitidos era terminal dado ser de cinco dias o tempo médio de sobrevivência.

Os cuidados paliativos devem começar desde logo no diagnóstico e, à medida que a doença evolui, é necessário ajustá-los<sup>9</sup>. De forma a melhor planear estes cuidados, existem alguns modelos de descrição das fases da doença, de acordo com as diferentes necessidades clínicas. No quadro 1, adaptado de Müller-Busch<sup>10</sup>, são apresentadas as fases da doença:

**Quadro 1.** Fases da prestação dos cuidados paliativos

Fase	Duração	Mobilidade	Intenção do Tratamento Paliativo	Princípios
Reabilitativa	meses / anos	Mantida	Restaurar autonomia; controlo sintomático	Possibilidade de tratamentos agressivos
Pré-Terminal	semanas / meses	Limitada	Qualidade de vida possível; controlo sintomático	Apoio Social
Terminal	dias / semanas	Maior parte do tempo acamado	Máximo Conforto	Expectativas realistas; reduzir impacto da dor
Final	horas / dias	Essencialmente acamado	Cuidados Ativos de Conforto	Valorizar, aceitar; aliviar

**Fonte:** Müller-Busch HC. Comunicação Sedação Paliativa: o mesmo que eutanásia? Em III Congresso Nacional de Cuidados Paliativos; 2004; Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Tal como o quadro 1 demonstra, os cuidados paliativos devem-se iniciar o mais precocemente possível e não apenas numa fase terminal ou final da doença. À medida que a doença progride, os cuidados devem ser adequados com base nas necessidades da pessoa e família e não apenas no diagnóstico ou prognóstico, prolongando-se pelo período de luto<sup>11</sup>.



### 3. DISPNEIA

A respiração é uma condição humana vital que acompanha o ser humano desde a primeira inspiração no nascimento à expiração do último sopro de vida. É um processo fisiológico natural e ao mesmo tempo inconsciente mas imprescindível à manutenção da vida. Alterações ao seu ritmo como o aumento do esforço respiratório, consciencializa a presença dos movimentos respiratórios e a fragilidade desta função corporal.

O termo dispneia é utilizado para definir uma sensação subjetiva de falta de ar ou dificuldade respiratória que o doente diz sentir. “Breathlessness has non-physical as well as physical aspects and, like pain, can be defined by what a patient says it is.”<sup>12</sup>.

Tal como a perda súbita de visão ou audição podem ser uma fonte geradora de grande ansiedade, a dispneia pode também conduzir a situações de pânico, sendo a sua experiência associada muitas vezes a uma aproximação da morte.

A dispneia é referida, com frequência, como uma sensação que retrata o sofrimento, angústia e medo pessoal do doente, personalizado nas frequentes expressões como falta de ar, sufoco, respiração pesada, fadiga em respirar e asfixia<sup>13</sup>.

A definição de dispneia pela American Thoracic Society assume um carácter multidimensional:

(...) subjective experience of breathing discomfort that consists of qualitatively distinct sensations that vary in intensity. The experience derives from interactions among multiple physiological, psychological, social, and environmental factors, and may induce secondary physiological and behavioral responses.<sup>14</sup>

A dispneia deve ser diferenciada de outras dificuldades respiratórias como a taquipneia (aumento dos ciclos respiratórios), uma vez que o controlo sintomático é dirigido para o alívio/redução do sintoma (dispneia) e não do sinal (taquipneia)<sup>15</sup>. É

possível um doente ter frequências respiratórias baixas e ao mesmo tempo sentir falta de ar, assim como estar taquipneico e não ter dispneia<sup>16</sup>.

O sofrimento e angústia causados pela dispneia não são exclusivos no doente, pois refletem-se na família e profissionais de saúde envolvidos<sup>17</sup>. A dispneia afeta a sua capacidade de executar tarefas no seu quotidiano assim como a sua mobilidade, o que o limita e torna-o dependente de outros<sup>18</sup>. É, por isso, um fator de grande desgaste físico e psicológico, com impacto na sua qualidade de vida e na sociedade.

### 3.1. EPIDEMIOLOGIA E ETIOLOGIA

Em contexto de cuidados paliativos, a dispneia é um sintoma que pode ocorrer tanto em doentes do foro oncológico como não-oncológico e surgir em qualquer fase da doença.

Nem todos os doentes são admitidos em unidades de cuidados paliativos com dispneia. A incidência deste sintoma no doente paliativo pode variar entre os 48% e 70%<sup>19</sup>.

A dispneia é um dos sintomas mais prevalente em diversos estudos, ocorrendo entre 19% a 51% dos doentes oncológicos<sup>20</sup> e rapidamente aumenta com a progressão da doença e no fim de vida<sup>21</sup>, especialmente em doentes com cancro do pulmão<sup>22</sup>.

Edmonds et al.<sup>23</sup> refere que chega a ser mais prevalente em doentes com doenças crónicas respiratórias no último ano (94%) e semana (91%) de vida do que em doentes com cancro do pulmão.

Num estudo de Solano et al.<sup>24</sup>, realizado a doentes terminais com cancro, vírus da imunodeficiência humana (VIH), doença cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) e doença renal, a dispneia foi observada em mais de 50% da amostra, sendo mais prevalente em doentes com DPOC e doença cardíaca.

A etiologia da sensação subjetiva de falta de ar, não se restringe a apenas um fator, podem existir vários outros subjacentes, envolvendo as várias dimensões física, psíquica, espiritual ou social, sendo por isso multifatorial e multidimensional.

Azevedo<sup>19</sup> sumariza diferentes causas etiológicas de dispneia no doente neoplásico:

**Quadro 2.** Etiologia da dispneia

<p><b>Consequência direta ou indireta da invasão local ou disseminação metastática de uma neoplasia</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obstrução das vias aéreas;</li> <li>• Invasão do parênquima pulmonar;</li> <li>• Linfangite carcinomatosa;</li> <li>• Derrame pleural;</li> <li>• Síndrome da veia cava superior;</li> <li>• Derrame pericárdico;</li> <li>• Ascite com distensão abdominal e elevação do diafragma.</li> </ul>
<p><b>Consequência da terapêutica antineoplásica</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirurgia de amputação do parênquima pulmonar (pneumectomia, lobectomia ou ressecção atípica);</li> <li>• Radioterapia com consequentes lesões fibrosantes pulmonares;</li> <li>• Quimioterapia com recurso a fármacos com potencialidades fibrosantes do parênquima pulmonar ou com potencial lesivo do miocárdio conducente a processos de miocardiopatia (bleomicina, adriamicina, etc.).</li> </ul>
<p><b>Outras causas em doentes neoplásicos ou com situações terminais de outra etiologia</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caquexia com consequente fraqueza dos músculos respiratórios;</li> <li>• Anemia;</li> <li>• Dificuldade na mobilização das secreções brônquicas;</li> <li>• Insuficiência cardíaca;</li> <li>• Infecção respiratória;</li> <li>• Tromboembolismo pulmonar;</li> <li>• Acidose metabólica;</li> <li>• Edema agudo do pulmão;</li> <li>• Broncospasmo (asma brônquica, DPOC);</li> <li>• Pneumotórax;</li> <li>• Dor torácica;</li> <li>• Ansiedade.</li> </ul>

**Fonte:** Azevedo P. Dispneia. Em Barbosa A, Neto IG, editores. Manual de Cuidados Paliativos. 2ª ed. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa; 2010. p. 191-202.

Também podem existir fatores que predispõem o doente a maior risco de desenvolver dispneia. De entre os vários fatores de risco identificados por Dudgeon et al.<sup>25</sup> no seu estudo em doentes com cancro, destacam-se: história de tabagismo,

asma, DPOC e irradiação pulmonar. Descreve igualmente que há uma forte relação na quantidade de fatores de risco e a prevalência de dispneia.

### 3.2. AVALIAÇÃO E CONTROLO SINTOMÁTICO

Existem causas frequentes de dispneia que devem ser identificadas e podem ser tratadas. Assume-se como indicador de qualidade em doentes oncológicos, que referem dispneia ou o seu agravamento, haver documentação ou investigação de pelo menos uma delas: anemia, hipoxia, derrame pleural, obstrução brônquica ou da traqueia por tumor, pneumonia, embolismo pulmonar, ou DPOC<sup>26</sup>.

Elia e Thomas sublinham ainda que:

(...) in patients with advanced illnesses such as cancer, we do recommend that the decision to embark on the evaluation and treatment of potentially reversible causes of dyspnea involve a careful evaluation of the burdens and benefits of these efforts in the context of an individual's functional status and goals of care.<sup>27</sup>

Quando a causa subjacente da dispneia não é corrigível, o controlo sintomático assume um papel particularmente importante. "The optimal treatment of dyspnea is to treat reversible causes. If this is no longer possible, then both nonpharmacological and pharmacological methods are used."<sup>28</sup>.

No controlo da dispneia ou de outro sintoma, é importante uma avaliação frequente com escalas estandardizadas de forma a conseguir um controlo eficaz, seguro e num tempo mínimo que seja aceitável tanto para o doente como para a sua família<sup>29</sup>.

O controlo eficaz da dispneia requer que esta seja devidamente avaliada e documentada, para que se possa monitorizar a eficácia das intervenções no seu alívio. Pasman<sup>30</sup> refere mesmo que a documentação da avaliação da dispneia deve ser feita logo nas 48 horas de admissão.

Devido à natureza subjetiva da dispneia, deve ser tido em conta na sua avaliação a pessoa como um todo, uma vez que as suas dimensões psicológica, social e espiritual podem amplificar a intensidade da experiência de falta de ar<sup>31,32</sup>. O facto

de ser um sintoma que é descrito e interpretado pelo doente, dificulta a avaliação. “Patients experience different sensations with various intensities when they describe breathlessness.”<sup>33</sup>.

Neste contexto, são diversos os instrumentos de avaliação documentados para a dispneia. Sendo um sintoma com várias dimensões e embora a maioria dos instrumentos foquem a dispneia como uma entidade única<sup>34</sup>, estes podem ser tanto unidimensionais como multidimensionais, podendo estes últimos serem dirigidos em específico para a dispneia ou para a doença em si<sup>33</sup>.

Azevedo<sup>19</sup> refere que “(...) a abordagem clínica deste sintoma é frequentemente mal conduzida, pelo que, tende a ser uma manifestação clínica, por vezes, subdiagnosticada e inadequadamente tratada.” O conhecimento das abordagens efetuadas no controlo da dispneia torna-se importante para a melhoria da prática através de uma melhor monitorização e revisão das medidas prescritas.

Para garantir e melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos doentes e seus familiares, devem ser definidos critérios explícitos de qualidade e boas práticas. É assumido como indicador de qualidade, que o alívio ou redução da dispneia seja alcançado em 90% dos casos até às 48 horas após admissão<sup>30</sup>.

O controlo correto da dispneia pode ser uma tarefa difícil de alcançar mas requer a conjugação de ambas as medidas farmacológicas e não-farmacológicas<sup>35</sup>.

Exemplo de medidas não farmacológicas são as diversas técnicas respiratórias, de relaxamento e posicionamento, de distração, cinesiterapia, drenagem postural, assim como a otimização do ambiente físico (promover circulação/humidificar o ar, regular temperatura do quarto, providenciar espaço amplo)<sup>36-38</sup>.

Em termos farmacológicos, considera-se a utilização de opióides, benzodiazepinas, broncodilatadores e corticoides (em situações de broncospasmo), oxigénio<sup>19</sup>.

O uso de opióides é a linha da frente para o alívio da dispneia<sup>39-41</sup>, no entanto, a preocupação dos profissionais de saúde com os seus efeitos secundários como a depressão respiratória, pode ser uma barreira para a sua aplicação<sup>27,42</sup>. A via oral/parentérica é a mais indicada, quando possível<sup>39</sup>, sendo a morfina o fármaco de eleição.

As benzodiazepinas podem também ser utilizadas no controlo da dispneia e não só em doentes em situação de ansiedade e pânico. De entre os fármacos mais usados destacam-se lorazepam, diazepam, midazolam. No caso do midazolam, estudos referem que pode até ser utilizado como adjuvante da morfina para potenciar o tratamento da dispneia<sup>43</sup> ou até mesmo substituir esta<sup>44</sup>. Um estudo recente refere que quando as medidas não-farmacológicas e opióides falham, as benzodiazepinas podem ser utilizadas como segunda ou terceira linha de tratamento<sup>45</sup>.

A indicação de administração de oxigenoterapia a curto prazo e em situação de hipoxemia grave e insuficiência respiratória, para o alívio da sensação de falta de ar, é defendida por vários autores<sup>46-48</sup>, no entanto, alguns estudos contrariam esta medida, demonstrando não haver benefício comparativamente ao ar já existente no quarto<sup>49,50</sup>.

## **PARTE II**

### **MATERIAIS E MÉTODOS**



## 4. MÉTODO

Este capítulo encontra-se dividido em seis subcapítulos, em que se define o tipo de estudo, caracteriza-se a população e amostra, definem-se as variáveis, instrumento de colheita de dados, descreve-se os procedimentos éticos e legais assim como o procedimento relativo à colheita de dados.

### 4.1. TIPO DE ESTUDO

De modo a responder da melhor forma às questões de investigação, desenvolveu-se um estudo seguindo a tipologia de Burkett<sup>51</sup>:

- Longitudinal e retrospectivo (quanto ao tempo);
- Descritivo (quanto ao objetivo do estudo);
- Observacional (quanto à intervenção do investigador).

### 4.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população alvo do estudo abrangeu os doentes internados em unidades de cuidados paliativos portuguesas com data de admissão no ano de 2010. Das 19 unidades contactadas, obtiveram-se 12 respostas aos pedidos de autorização sendo que apenas seis entraram no estudo. Foram excluídas seis por não fornecerem resposta favorável (uma unidade recusou; duas exigiram pedido de parecer à Comissão Nacional de Proteção de Dados, o que em termos de espera de resposta atrasaria o estudo; duas exigiram autorizações complementares de outras entidades e referiram que o tempo de espera de resposta poderia ser elevado; e uma unidade apenas permitia que fosse um profissional da unidade a aceder aos dados e colhê-los pelo investigador, o que enviesaria o estudo e impossível em termos de recursos

humanos da unidade) e excluídas sete por falta de resposta até ao final do mês de Setembro 2011.

Antes de se iniciar a colheita de dados, não era conhecido o número total da população em estudo, uma vez que as unidades, quando contactadas, não forneceram essa informação. A fim de obter uma amostra representativa da população em estudo, foi utilizada uma técnica de amostragem aleatória simples, aplicada individualmente em cada unidade, com margem de erro amostral de 5% e com recurso a uma tabela numérica aleatória na seleção dos processos. Por este motivo, a amostra obtida foi superior à necessária para o estudo. De todas as unidades, houve apenas uma que não facilitou acesso a todos os processos, sendo a amostra inferior. Assim, foi constituída uma amostra com um total de 301 doentes de uma população de 423 doentes.

#### 4.3. VARIÁVEIS

Foram definidas as variáveis sócio-demográficas (idade, género, estado civil) e variáveis clínicas (patologia, co-morbilidades, dispneia, tempo de sobrevivência, avaliação, controlo sintomático, efetividade).

##### 4.3.1. Operacionalização das variáveis

As 10 variáveis em estudo encontram-se a seguir descritas assim como a sua operacionalização.

##### Género

Esta variável foi determinada através de uma pergunta fechada e dicotómica:

- Feminino ou Masculino.

## **Idade**

Esta variável foi apurada através de uma pergunta aberta, em que se registou a idade do sujeito, em anos, documentada no momento da admissão. De acordo com o mínimo e o máximo das idades observadas na amostra, foram constituídos grupos etários.

## **Estado Civil**

Variável apurada através de uma pergunta fechada e de escolha única:

- Solteiro(a); União de Facto; Casado(a); Divorciado(a) ou Viúvo(a).

## **Patologia**

A variável Patologia foi aquilatada por uma pergunta mista, registando-se o diagnóstico principal no momento de admissão:

- Oncológico e diagnóstico;
- Não Oncológico e diagnóstico.

Consoante os diagnósticos principais documentados e devido à sua elevada diversidade, foram agrupados em dois grupos principais (oncológicos e não oncológicos) e subgrupos. Por sua vez, os subgrupos foram constituídos de acordo com a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10)<sup>52,53</sup>.

## **Co-morbilidades**

Esta variável foi determinada através de uma pergunta aberta, em que se registaram todos os diagnósticos secundários documentados no processo clínico.

Consoante as co-morbilidades observadas, estas foram distribuídas por grupos.

## **Dispneia**

A variável Dispneia foi aquilatada através de duas perguntas fechadas:

- Dispneia presente: admissão e/ou internamento

A ausência ou presença deste sintoma foi observado através dos registos dos processos clínicos que evidenciassem ocorrência de episódio de dispneia.

A incidência de dispneia foi determinada tendo em conta apenas o primeiro internamento durante o ano de 2010 e a prevalência da dispneia foi determinada no momento da primeira admissão do mesmo ano.

## **Tempo de Sobrevivência**

Esta variável foi apurada através de três perguntas abertas:

- Data de admissão;
- Data de óbito;
- Data do episódio.

Dadas as fases da doença de Müller-Busch<sup>10</sup> serem sobrepostas em termos de intervalos temporais e nos processos consultados não haver utilização de um instrumento preditivo de sobrevivência, foi determinado apenas o tempo de sobrevivência do doente aquando da admissão e do primeiro episódio de dispneia.

Recorrendo à diferença de tempo entre a data de admissão e de óbito, foi possível determinar o tempo de sobrevivência do sujeito aquando do momento de admissão.

Através da diferença de tempo entre a data do primeiro episódio de dispneia e a data de óbito, foi possível determinar o tempo de sobrevivência a partir do momento do episódio.

## **Avaliação**

A variável avaliação foi operacionalizada através de perguntas mistas, no sentido de saber se:

- é utilizada uma escala na avaliação da Dispneia:
  - Sim ou Não
- de que tipo:
  - Unidimensional ou Multidimensional
- e qual?

Como indicador de qualidade ter uma avaliação de dispneia documentada nas primeiras 48 horas após o momento de admissão, foi determinado se tal facto se verificou através de uma pergunta fechada:

- Sim ou Não.

Procedeu-se a este registo verificando a existência ou não de registos que determinassem ausência ou presença de dispneia dentro deste período de tempo, quer por notas de evolução ou recurso a uma escala unidimensional ou multidimensional de avaliação da dispneia.

## **Controlo Sintomático**

Esta variável foi determinada através de perguntas mistas:

- Farmacológico ou Não farmacológico

Nas medidas não farmacológicas, foram registadas todas as documentadas nos processos clínicos.

Quanto às medidas farmacológicas, foram registados todos os fármacos administrados na decorrência do episódio de dispneia, com a finalidade de aliviar ou

reduzir este sintoma, assim como a dose inicial, data e via de administração. Foram igualmente registadas a dose, via e data de administração dos fármacos em que se atingiu o controlo da dispneia assim como a dose utilizada em SOS.

### **Efetividade**

A variável efetividade foi apurada através do indicador de qualidade a dispneia ser reduzida ou aliviada em menos de 48 horas. Para tal, foi utilizada uma pergunta fechada com registo em horas. Na existência de episódio de dispneia documentado, contabilizou-se as horas até ao registo seguinte em que há evidência quer por avaliação por escala quer por apenas identificação e registo de alívio da dispneia em notas de evolução. De acordo com o mínimo e o máximo de horas registados, os casos observados foram distribuídos por grupos.

#### **4.4. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS**

De forma a dar resposta às questões de investigação do estudo, foi elaborado um guião de registo com as perguntas necessárias à colheita dos dados (apêndice I).

O guião de registo apresenta um cabeçalho no topo com o nome do estudo e identifica o investigador, o orientador e coorientador. É constituído por 11 questões, abertas, fechadas e mistas, direcionadas para uma colheita de dados sócio-demográficos e clínicos. Não existem campos com registo de dados nominativos.

#### **4.5. PROCEDIMENTOS ÉTICOS E LEGAIS**

O pedido de autorização para realização do estudo iniciou-se com a submissão do projeto de investigação ao Conselho Científico da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa, tendo sido aprovado (anexo I).

Para a consulta de processos clínicos foi necessário elaborar pedidos de autorização formal, através da Universidade, à Administração das Instituições das

unidades de cuidados paliativos em estudo. Procedeu-se, assim, à colheita de dados nas unidades de cuidados paliativos em que as Comissões de Ética autorizaram a realização do estudo (anexo II).

Em todo o momento da consulta dos processos clínicos, foram apenas registados os dados previstos no guião de registo e foi assegurada a privacidade e sigilo dos mesmos.

#### 4.6. PROCEDIMENTO RELATIVO À COLHEITA DE DADOS

Para a realização do estudo foi submetido em Janeiro de 2011 o projeto de investigação ao Conselho Científico, tendo sido aprovado no início de Fevereiro do mesmo ano.

De forma a constituir a amostra do estudo, foram contactadas as Unidades de Internamento de Cuidados Paliativos em estudo a fim de cederem o número total de doentes que foram admitidos no ano de 2010. Dado não ter sido possível obter resposta de todas as unidades por contacto eletrónico (*e-mail*) e posteriormente telefónico até ao final de Março de 2011, foi decidido não atrasar mais o estudo e proceder ao envio dos pedidos de autorização. Em meados de Abril de 2011, a Universidade Católica Portuguesa de Lisboa procedeu ao envio dos pedidos de autorização por carta aos Conselhos de Administração das respetivas Unidades, para a consulta dos processos clínicos.

O prazo para a colheita de dados, previsto no cronograma do projeto de investigação, seria até final de Maio 2011. Mas até final de Setembro, apenas 12 unidades tinham respondido aos pedidos, dando-se assim por encerrado o número de unidades a fazerem parte da amostra, para não atrasar mais o estudo.

Nas instituições autorizadas foi necessário o contacto e agendamento prévio para a deslocação, de forma a instituição poder providenciar os meios logísticos de acesso aos processos. Com o conhecimento, no local, do número total da população de cada unidade, foi constituída uma amostra aleatória simples com margem de erro amostral de 5%, selecionando os processos clínicos com recurso a uma tabela numérica aleatória.

Os diversos processos clínicos consultados estavam em formato papel e outros informatizados através das aplicações Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), Sistema de Apoio Médico (SAM) e plataforma da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

O período decorrido entre o envio dos pedidos de autorização às instituições e o término da recolha dos dados foi de aproximadamente cinco meses, entre Abril e Setembro de 2011.

## **PARTE III**

## **RESULTADOS**



## 5. ANÁLISE DESCRITIVA

No presente capítulo são apresentados os dados e resultados recolhidos através da aplicação do instrumento de colheita de dados e tratamento estatístico.

Foram utilizadas técnicas de estatística descritiva, recorrendo ao programa informático *Statistical Package for Social Sciences 19* (SPSS), com vista a tratar e a sistematizar os dados deste estudo.

Deste modo, procedeu-se à análise da distribuição de frequências, de medidas de tendência central e medidas de dispersão.

### 5.1. CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DA AMOSTRA

A caracterização sócio-demográfica da amostra foi elaborada tendo em conta a idade, o género e o estado civil.

#### **Género**

A amostra do estudo é constituída por 301 doentes maioritariamente do género masculino (58,47%; n=176) face ao género feminino, que constitui 41,53% (n=125) da amostra.

#### **Idade**

As idades observadas na amostra variam entre os [34;95] anos, com uma mediana de 76,00 anos e um desvio padrão de 12,556 (cf. tabela 1). De forma a facilitar o tratamento estatístico, a variável idade apresenta-se agrupada em 4 grupos etários distintos:

- Doente adulto: < 65 anos
- Doente geriátrico jovem: [65;74] anos
- Doente geriátrico: [75;84] anos
- Doente geriátrico velho: ≥ 85 anos

O grupo etário doente geriátrico foi o mais representativo (36,54%; n=110), seguido do grupo doente geriátrico jovem (24,25%; n=73), sendo o grupo com menos frequência o doente geriátrico velho (16,28%; n=49).

### Estado Civil

Nos processos clínicos não foi possível confirmar se o estado civil de alguns sujeitos seria “união de facto” ou “casado(a)” pelo facto de aparecer com ambas as referências ou a presença do termo “esposa/marido” ou “cônjuge” ser incoerente com o estado civil registado. Ficaram, assim, no mesmo grupo “união de facto” e “casado(a)”.

A maioria dos sujeitos era casada ou em união de facto (55,81%; n=168), sendo os sujeitos divorciados os menos frequentes na amostra (5,98%; n=18).

**Tabela 1.** Caracterização da amostra quanto à idade, género e estado civil

<i>Dados demográficos</i>	Masculino		Feminino		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<b>Idade (anos)</b>						
Doente adulto	45	14,95	24	7,97	69	22,92
Doente geriátrico jovem	43	14,29	30	9,97	73	24,25
Doente geriátrico	66	21,93	44	14,62	110	36,54
Doente geriátrico velho	22	7,31	27	8,97	49	16,28
<b>Estado civil</b>						
Casado(a) / União de facto	106	35,22	62	20,60	168	55,81
Viúvo(a)	40	13,29	46	15,28	86	28,57
Solteiro(a)	16	5,32	13	4,32	29	9,63
Divorciado(a)	14	4,65	4	1,33	18	5,98
<b>Total:</b>	176	58,47	125	41,53	301	100,00

## 5.2. CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DA AMOSTRA

A caracterização das variáveis clínicas foi elaborada em função da patologia de base, co-morbilidades, tempo de sobrevivência, avaliação da dispneia, controle sintomático e efetividade.

### 5.2.1. Patologia de base, co-morbilidades e tempo de sobrevivência

Dada a diversidade de diagnósticos, estes foram agrupados de acordo com a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10)<sup>52,53</sup>.

No presente estudo, a patologia de base é maioritariamente do foro oncológico (90,70%; n=273), com maior predominância a nível das neoplasias malignas dos órgãos do sistema digestivo (38,10%; n=104). Segue-se em maior frequência as neoplasias do aparelho respiratório e órgãos intratorácicos (15,75%; n=43) e menor e igual frequência as neoplasias benignas e neoplasias de comportamento incerto ou desconhecido (2,56%; n=7).

As patologias de base não oncológicas surgem com menor frequência (9,30%; n=28), prevalecendo entre estas a cirrose hepática (21,43%; n=6) e cardiopatias (14,29%; n=4) (cf. tabela 2).

**Tabela 2.** Caracterização da amostra quanto à patologia de base

<i>Patologia de base</i>	<i>n=301</i>	<i>%</i>	<i>% grupo</i>
<b><i>Oncológico</i></b>	<b>273</b>	<b>90,70</b>	
Neoplasias malignas, órgãos digestivos	104	34,55	38,10
Neoplasias malignas do aparelho respiratório e dos órgãos intratorácicos	43	14,29	15,75
Neoplasias malignas dos olhos, do encéfalo e de outras partes do sistema nervoso central	23	7,64	8,42
Neoplasias malignas dos órgãos genitais femininos	17	5,65	6,23
Neoplasias malignas da mama	16	5,32	5,86
Neoplasias malignas do trato urinário	16	5,32	5,86
Neoplasias malignas dos órgãos genitais masculinos	14	4,65	5,13
Neoplasias malignas, lábio, cavidade oral e faringe	11	3,65	4,03
Neoplasias malignas, declaradas ou presumidas como primárias, dos tecidos linfático, hematopoético e tecidos relacionados	9	2,99	3,30
Neoplasias benignas	7	2,33	2,56
Neoplasias de comportamento incerto ou desconhecido	7	2,33	2,56
Melanoma e outras neoplasias malignas da pele	5	1,66	1,83
Neoplasias malignas do tecido mesotelial e tecidos moles	1	0,33	0,37
<b><i>Não oncológico</i></b>	<b>28</b>	<b>9,30</b>	
Cirrose hepática	6	1,99	21,43
Cardiopatias	4	1,33	14,29
Acidente vascular cerebral (AVC)	3	1,00	10,71
Demências	3	1,00	10,71
Diabetes mellitus	3	1,00	10,71
Úlceras de pressão	3	1,00	10,71
Infeções do trato respiratório e urinário	2	0,66	7,14
Anemia	1	0,33	3,57
Doenças osteoarticulares	1	0,33	3,57
DPOC	1	0,33	3,57
Insuficiência renal crônica	1	0,33	3,57

*% grupo é relativa ao n de doentes oncológicos e ao n de doentes não oncológicos*

As co-morbilidades encontravam-se documentadas em 65,78% (n=198) do total de doentes da amostra, verificando-se que 23,92% (n=72) tinham três ou mais co-morbilidades e 24,92% apenas uma (n=75) (cf. tabela 3).

**Tabela 3.** Quantidade de co-morbilidades descritas por doente

<i>Co-morbilidades</i>	<i>n=301</i>	<i>%</i>
0	103	34,22
1	75	24,92
2	51	16,94
≥ 3	72	23,92

Conforme a tabela 4, documentou-se as co-morbilidades de 198 doentes distribuídas por 13 diferentes grupos. As doenças do sistema circulatório foram observadas em 59,09% (n=117) dos doentes com co-morbilidades, estando, entre estas doenças, a hipertensão arterial (80,34%; n=94). De entre os doentes com doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (30,81%; n=61), destacou-se a diabetes mellitus em 83,60% (n=51) e a obesidade em 11,48% (n=7). A nível dos doentes com doenças do sistema respiratório (9,09%; n=18), destacou-se a DPOC em cerca de 66,67% (n=12). O tabagismo fez parte de 60,00% (n=18) do consumo de aditivos (15,15%; n=30) observados nos doentes com co-morbilidades. A co-morbilidade menos frequente foi as anomalias cromossômicas, na qual apenas se documentou o Síndrome de Down (0,51%; n=1).

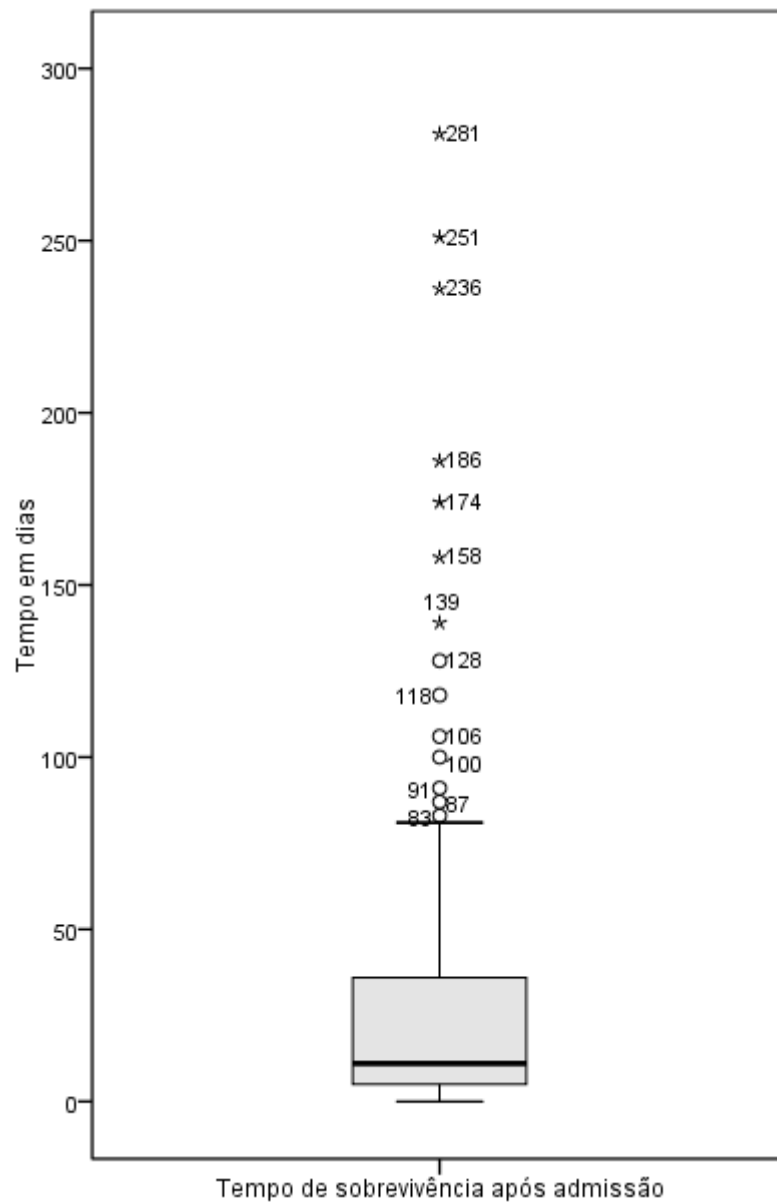
**Tabela 4.** Caracterização da amostra quanto às co-morbilidades

<i>Co-morbilidades</i>	<i>n=198</i>	<i>% doentes</i>
<b>Doenças do sistema circulatório</b>	<b>117</b>	<b>59,09</b>
- Hipertensão arterial	94	47,47
- Outras doenças do sistema circulatório	23	11,62
<b>Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas</b>	<b>61</b>	<b>30,81</b>
- Diabetes mellitus	51	25,76
- Obesidade	7	3,54
- Outras doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	3	1,52
<b>Perturbações mentais e de comportamento</b>	<b>31</b>	<b>15,66</b>
<b>Consumo de aditivos</b>	<b>30</b>	<b>15,15</b>
- Tabagismo	18	9,09
- Outros consumos de aditivos	12	6,06
<b>Doenças do sangue</b>	<b>26</b>	<b>13,13</b>
<b>Doenças do sistema respiratório</b>	<b>18</b>	<b>9,09</b>
- DPOC	12	6,06
- Outras doenças do sistema respiratório	6	3,03
<b>Neoplasia anterior</b>	<b>18</b>	<b>9,09</b>
<b>Doenças do sistema digestivo</b>	<b>16</b>	<b>8,08</b>
<b>Insuficiência renal</b>	<b>15</b>	<b>7,58</b>
<b>Doenças do sistema nervoso</b>	<b>11</b>	<b>5,56</b>
<b>Patologia osteoarticular</b>	<b>11</b>	<b>5,56</b>
<b>Doenças infecciosas</b>	<b>4</b>	<b>2,02</b>
<b>Anomalias cromossómicas</b>	<b>1</b>	<b>0,51</b>

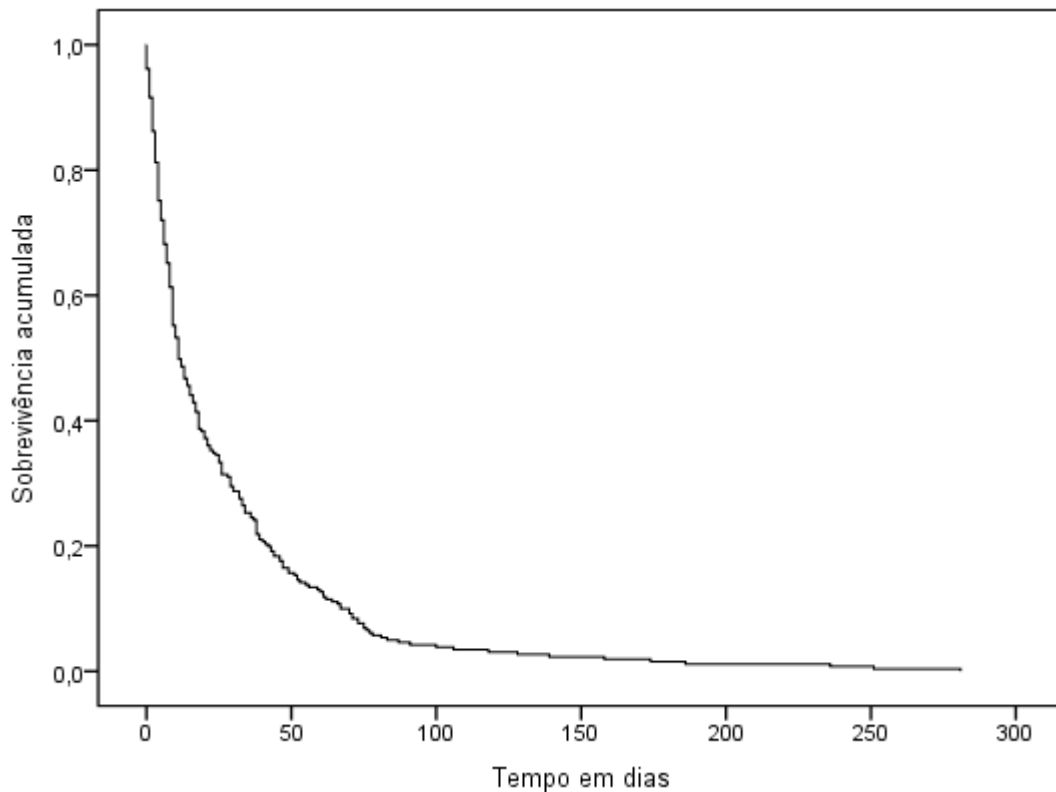
De um total de 301 doentes, apenas foi possível calcular o tempo de sobrevivência de 261 doentes no momento de admissão, por ausência de registo de data de óbito em 40 processos clínicos, pelo que os dados apresentados serão apenas destes.

No momento de admissão, o tempo de sobrevivência variou entre ]1; 281] dias, com uma mediana de 11 dias (intervalo interquartil (IIQ) de 31,50 dias) e um desvio padrão de 38,896 (cf. gráfico 1). No dia em que foram admitidos, faleceram 10 doentes (3,83%) e 4,60% (n=12) tiveram apenas um dia de internamento, falecendo no dia seguinte à admissão.

**Gráfico 1.** Distribuição do tempo de sobrevivência após admissão



**Gráfico 2.** Curva de sobrevivência após admissão



### 5.2.2. Ocorrência de dispneia

Dos 301 doentes em estudo, a dispneia esteve presente em apenas 61 doentes quer no momento de admissão, durante o internamento ou em ambos, com uma incidência de 20,27% (n=61) e uma prevalência na admissão de 6,64% (n=20). A ocorrência de episódio de dispneia na admissão e com reincidência durante o internamento foi verificado em apenas 1,00% (n=3) do total da amostra (cf. tabela 5).

**Tabela 5.** Ocorrência de dispneia no momento de admissão e durante o internamento

<i>Momentos de episódio de dispneia</i>	<i>n=301</i>	<i>%</i>
Sem ocorrência	240	79,73
Durante o internamento	41	13,62
Admissão	17	5,65
Em ambos	3	1,00

Dos 61 doentes com episódio de dispneia e de acordo com a tabela 6, 62,30% (n=38) eram do género masculino e 37,70% (n=23) do género feminino. A incidência de dispneia entre os indivíduos do género masculino foi de 21,59%, representando estes 12,62% do total da amostra. Os indivíduos do género feminino com episódio de dispneia representam 7,64% do total da amostra, verificando-se entre estes uma incidência de dispneia de 18,84%.

Relativamente à idade, é entre os indivíduos do grupo etário doente geriátrico que se verifica uma incidência de dispneia de 25,45% (n=28), representando 45,90% dos doentes com dispneia e 9,30% do total de doentes na amostra.

Os doentes com dispneia no grupo etário doente geriátrico velho, representam 9,84% (n=6) dos doentes com este sintoma na amostra, tendo-se verificado uma incidência de dispneia de 12,24% neste grupo etário (cf. tabela 6).

**Tabela 6.** Ocorrência de dispneia em termos demográficos

<i>Dados demográficos</i>	<i>n=61</i>	<i>%</i>	<i>% grupo</i>	<i>% amostra</i>
<b>Género</b>				
Masculino	38	62,30	21,59	12,62
Feminino	23	37,70	18,84	7,64
<b>Idade (anos)</b>				
Doente adulto	16	26,23	23,19	5,32
Doente geriátrico jovem	11	18,03	15,07	3,65
Doente geriátrico	28	45,90	25,45	9,30
Doente geriátrico velho	6	9,84	12,24	1,99

*% grupo é relativa ao n de doentes de cada género e ao n de doentes de cada grupo etário*  
*% amostra é relativa ao n de doentes da amostra (n=301)*

Segundo a tabela 7, de entre os 61 doentes com dispneia, verificou-se que 90,16% (n=55) tinham uma patologia de base do foro oncológico e 9,84% (n=6) do foro não oncológico.

De entre os doentes oncológicos, a incidência de dispneia verificou-se de 20,15% e de 21,43% entre os doentes não oncológicos.

A dispneia esteve presente entre os doentes com diagnóstico de neoplasia maligna do aparelho respiratório e dos órgãos intratorácicos com uma incidência de 39,53% (n=17) e nos doentes com neoplasia maligna dos órgãos digestivos com uma incidência de 13,46% (n=14). Nos doentes com neoplasias malignas dos olhos, do encéfalo e de outras partes do sistema nervoso central a incidência de dispneia foi de 21,74% (n=4) e entre os doentes com neoplasia da mama a incidência foi de 25,00% (n=3).

Nos doentes com diagnóstico de anemia, diabetes mellitus, doenças osteoarticulares, infeções do trato respiratório e urinário, insuficiência renal crónica e úlceras de pressão não foi observado episódio de dispneia.

**Tabela 7.** Ocorrência de dispneia e diagnósticos

<i>Patologia de base</i>	<i>n=61</i>	<i>%</i>	<i>% grupo</i>
<b><i>Oncológico</i></b>	<b>55</b>	<b>90,16</b>	<b>20,15</b>
Neoplasias malignas do aparelho respiratório e dos órgãos intratorácicos	17	27,87	39,53
Neoplasia malignas, órgãos digestivos	14	22,95	13,46
Neoplasias malignas dos olhos, do encéfalo e de outras partes do sistema nervoso central	5	8,20	21,74
Neoplasias malignas da mama	4	6,56	25,00
Neoplasias malignas, lábio, cavidade oral e faringe	3	4,92	27,27
Neoplasias malignas dos órgãos genitais masculinos	3	4,92	21,43
Neoplasias malignas do trato urinário	2	3,28	12,50
Neoplasias benignas	2	3,28	28,57
Melanoma e outras neoplasias malignas da pele	1	1,64	20,00
Neoplasias malignas do tecido mesotelial e tecidos moles	1	1,64	100,00
Neoplasias malignas dos órgãos genitais femininos	1	1,64	5,88
Neoplasias malignas, declaradas ou presumidas como primárias, dos tecidos linfático, hematopoético e tecidos relacionados	1	1,64	11,11
Neoplasias de comportamento incerto ou desconhecido	1	1,64	14,29
<b><i>Não oncológico</i></b>	<b>6</b>	<b>9,84</b>	<b>21,43</b>
Cirrose hepática	2	3,28	33,33
AVC	1	1,64	33,33
Cardiopatias	1	1,64	25,00
Demências	1	1,64	33,33
DPOC	1	1,64	100,00

*% grupo é relativa ao n de doentes com esse diagnóstico na amostra*

De acordo com a tabela 8, dos doentes com episódio de dispneia, 24,59% tinham três ou mais co-morbidades (n=15) enquanto que 31,15% (n=19) não tinham qualquer registo de co-morbidades.

A incidência de dispneia entre os doentes com co-morbidades foi de 21,21%, sendo de 20,83% entre os doentes com três ou mais co-morbidades. Entre os doentes sem co-morbidades documentadas, a incidência de dispneia foi de 18,45%.

**Tabela 8.** Ocorrência de dispneia e número de co-morbilidades

<i>Co-morbilidades</i>	<i>n=61</i>	<i>%</i>	<i>% grupo</i>
0	19	31,15	18,45
1	14	22,95	18,67
2	13	21,31	25,49
≥ 3	15	24,59	20,83

*% grupo é relativa ao n dos doentes com esse número de co-morbilidades na amostra*

As co-morbilidades observadas nos 61 doentes com episódio de dispneia foram distribuídas por 12 grupos diferentes (cf. tabela 9). Nestes doentes, 47,54% (n=29) tinham doenças do sistema circulatório, sendo que destas, a hipertensão arterial representa 72,41% (n=21) e as outras doenças do sistema circulatório 27,59% (n=8).

As doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas encontram-se também presentes nos doentes com dispneia (14,75%; n=9), registrando-se de entre estes, ocorrência de diabetes mellitus (66,67%; n=6) e obesidade (11,11%; n=1). De entre os doentes dispneicos com doenças do sistema respiratório (13,11%; n=8), sete (87,50%) tinham DPOC.

O consumo de aditivos foi observado em 9,84% (n=6) dos doentes com dispneia, sendo que, entre estes, registaram-se quatro casos (66,67%) de tabagismo.

O único doente com co-morbilidade anomalias cromossômicas não tinha episódio de dispneia documentado.

A incidência de dispneia dentro de cada grupo de doentes com co-morbilidades foi variável sendo de 24,79% nos doentes com doenças do sistema circulatório (22,34% entre os doentes com hipertensão arterial), 44,44% nos doentes com doenças do sistema respiratório (58,33% entre os doentes com DPOC), 14,75% nos doentes com doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (11,76% entre os doentes com diabetes mellitus e 14,29% entre os doentes com obesidade) e 20,00% nos doentes com consumos aditivos (22,22% no entre os doentes com tabagismo).

**Tabela 9.** Ocorrência de dispneia e presença de co-morbilidades

<i>Co-morbilidades</i>	<i>n=61</i>	<i>%</i>	<i>% grupo</i>
<b>Doenças do sistema circulatório</b>	<b>29</b>	<b>47,54</b>	<b>24,79</b>
- Hipertensão arterial	21	34,43	22,34
- Outras doenças do sistema circulatório	8	13,11	34,78
<b>Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas</b>	<b>9</b>	<b>14,75</b>	<b>14,75</b>
- Diabetes mellitus	6	9,84	11,76
- Obesidade	1	1,64	14,29
- Outras doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	2	3,28	66,67
<b>Doenças do sistema respiratório</b>	<b>8</b>	<b>13,11</b>	<b>44,44</b>
- DPOC	7	11,48	58,33
- Outras doenças do sistema respiratório	1	1,64	16,67
<b>Consumo de aditivos</b>	<b>6</b>	<b>9,84</b>	<b>20,00</b>
- Tabagismo	4	6,56	22,22
- Outros consumos de aditivos	2	3,28	16,67
<b>Perturbações mentais e de comportamento</b>	<b>5</b>	<b>8,20</b>	<b>16,13</b>
<b>Doenças do sangue</b>	<b>5</b>	<b>8,20</b>	<b>19,23</b>
<b>Doenças do sistema digestivo</b>	<b>4</b>	<b>6,56</b>	<b>25,00</b>
<b>Neoplasia anterior</b>	<b>3</b>	<b>4,92</b>	<b>16,67</b>
<b>Patologia osteoarticular</b>	<b>3</b>	<b>4,92</b>	<b>27,27</b>
<b>Doenças do sistema nervoso</b>	<b>2</b>	<b>3,28</b>	<b>18,18</b>
<b>Insuficiência renal</b>	<b>2</b>	<b>3,28</b>	<b>13,33</b>
<b>Doenças infecciosas</b>	<b>1</b>	<b>1,64</b>	<b>25,00</b>

*% grupo é relativa ao n dos doentes com essa co-morbilidade na amostra*

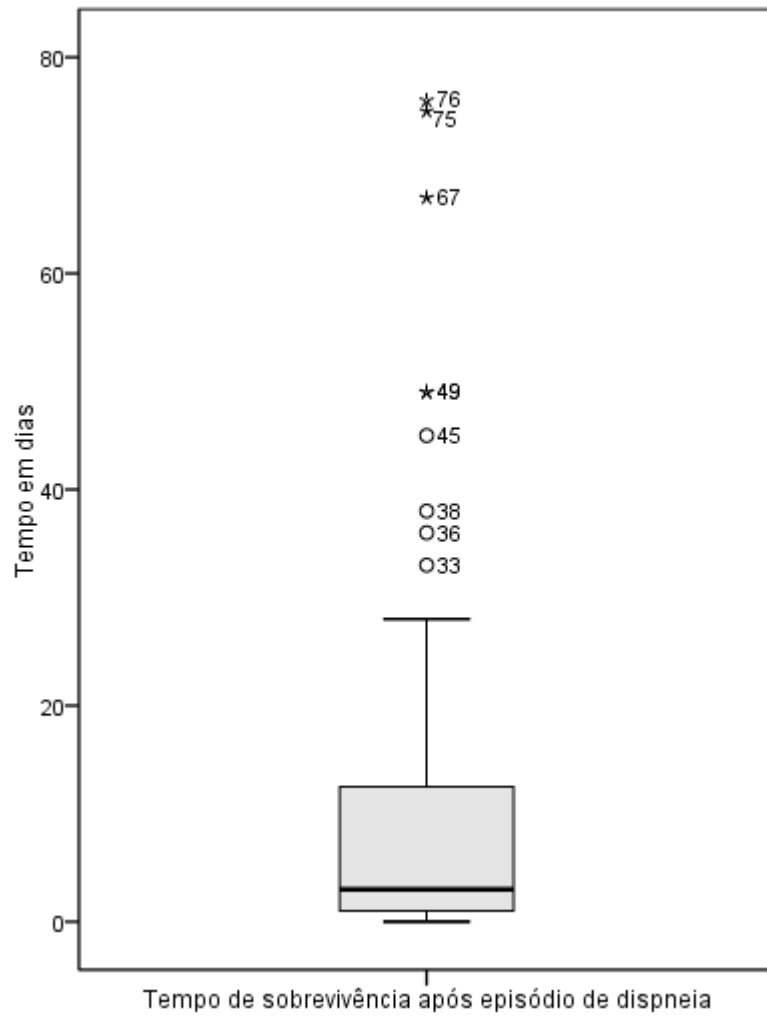
Para a determinação do tempo de sobrevivência, após o primeiro episódio de dispneia, foram apenas selecionados os doentes com episódio de dispneia e com registo de data de óbito, totalizando apenas 55 doentes.

Após episódio de dispneia, o tempo de sobrevivência variou entre [1;76] dias, com uma mediana de 3,00 dias (IIQ de 12,00 dias) e um desvio padrão de 19,598, conforme ilustram os gráficos 3 e 4.

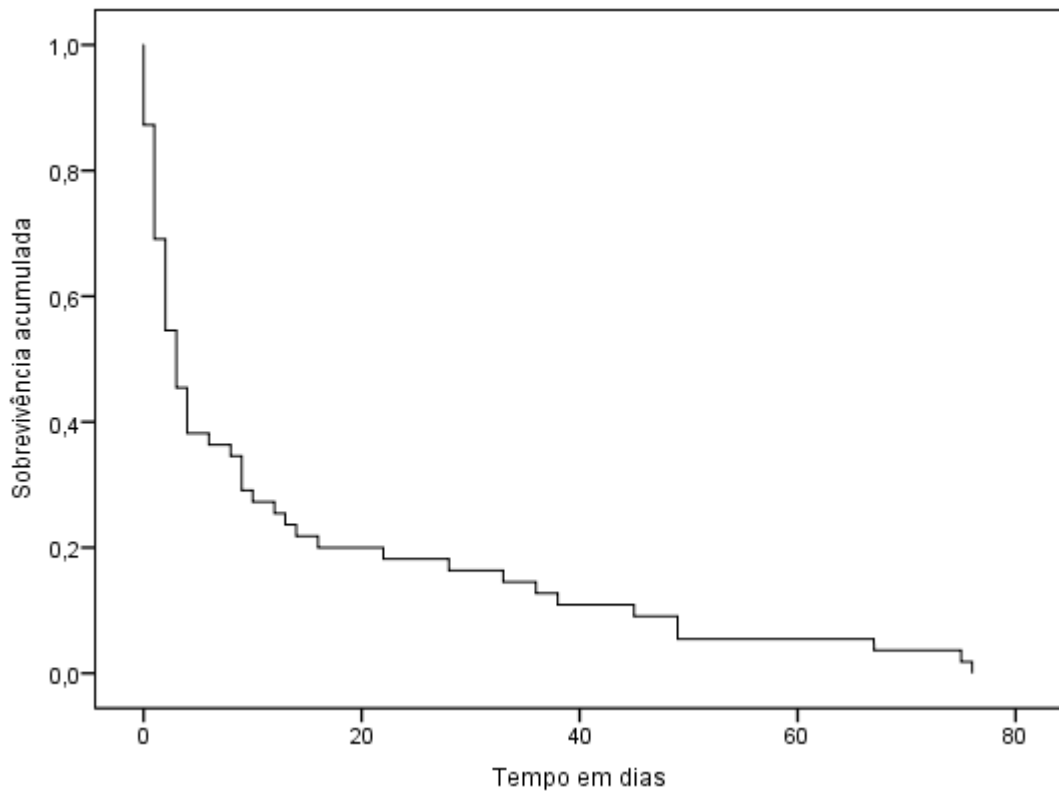
Verificou-se que destes 55 doentes, sete (12,73%) faleceram no próprio dia do episódio de dispneia e 10 (18,18%) no dia seguinte ao episódio, sendo que apenas

um (1,82%) faleceu no próprio dia em que foi admitido e três (5,45%) faleceram no dia seguinte à admissão.

**Gráfico 3.** Distribuição do tempo de sobrevivência após episódio de dispneia



**Gráfico 4.** Curva de sobrevivência após episódio de dispneia



### 5.2.3. Avaliação da dispneia

Dos 301 doentes, a avaliação da dispneia foi realizada na sua maioria sem recurso a uma escala de avaliação (82,39%; n=248), apenas com registo da sua ocorrência (cf. tabela 10).

A única escala de avaliação da dispneia documentada foi a Escala de Sintomas de Edmonton (ESAS), do tipo unidimensional.

**Tabela 10.** Instrumento de avaliação da dispneia

<i>Instrumento de avaliação</i>	<i>n=301</i>	<i>%</i>
<b><i>Avaliação por escala</i></b>	<b>53</b>	<b>17,61</b>
Tipo unidimensional	53	17,61
Tipo multidimensional	0	0,00
<b><i>Sem escala</i></b>	<b>248</b>	<b>82,39</b>

Nas primeiras 48 horas após admissão, verificou-se registo de avaliação de dispneia na maioria da amostra (73,75%; n=222). A ausência de avaliação ou de registo de avaliação foi de 26,25% (n=79) (cf. tabela 11).

Observou-se igualmente que dos doentes que não tinham avaliação da dispneia nas primeiras 48 horas de admissão, cinco tiveram episódio de dispneia durante o internamento.

**Tabela 11.** Avaliação da dispneia nas primeiras 48 horas após admissão

<i>Avaliação</i>	<i>n=301</i>	<i>%</i>
Sim	222	73,75
Não	79	26,25

#### **5.2.4. Controlo sintomático da dispneia**

No controlo sintomático dos 61 episódios de dispneia documentados, foram registadas tanto abordagens farmacológicas como não-farmacológicas.

Não havendo um plano terapêutico exclusivo para o controlo sintomático da dispneia, foram registadas todas as medidas não farmacológicas documentadas no processo clínico, no momento do episódio de dispneia, com sentido de reduzir ou aliviar este sintoma. Quanto às medidas farmacológicas, foram registados todos os novos fármacos introduzidos no momento do episódio de dispneia ou os existentes em que a dosagem tenha sido alterada na decorrência do mesmo.

A utilização única de intervenções farmacológicas abrangeu 62,3% dos episódios (n=38), contudo, em 16,4% (n=10) dos episódios de dispneia, foram utilizados ambos os tipos de abordagens e em 14,8% (n=9) dos episódios não havia registo de intervenções (cf. tabela 12).

**Tabela 12.** Tipos de abordagens no controlo sintomático

<i>Tipo de abordagens</i>	<i>n=61</i>	<i>%</i>
Farmacológico	38	62,30
Ambos	10	16,39
Ausente	9	14,75
Não-farmacológico	4	6,56

As abordagens não-farmacológicas no controlo sintomático da dispneia foram verificadas em 14 dos 61 doentes com episódio de dispneia, no entanto, apenas foram documentados posicionamentos (71,43%; n=10) e aspiração de secreções (28,57%; n=4) (cf. tabela 13).

**Tabela 13.** Abordagens não-farmacológicas

<i>Abordagens Não-farmacológicas</i>	<i>n=14</i>	<i>%</i>
Posicionamentos	10	71,43
Aspiração de Secreções	4	28,57

Nos episódios de dispneia observados, foi utilizado na sua maioria um (37,70%; n=23) ou dois fármacos (22,95%; n=14). A inexistência de registo de utilização de fármacos, constitui 21,31% (n=13) dos episódios de dispneia (cf. tabela 14).

**Tabela 14.** Quantidade de fármacos diferentes utilizados por episódio de dispneia

<i>Fármacos</i>	<i>n=61</i>	<i>%</i>
0	13	21,31
1	23	37,70
2	14	22,95
3	7	11,48
4	2	3,28
5	0	0,00
6	2	3,28

Os fármacos documentados foram distribuídos em 8 grupos, segundo o seu grupo farmacológico.

Das abordagens farmacológicas observadas em toda a amostra, foram utilizados 15 fármacos diferentes, descritos na tabela 15, de acordo com a sua utilização na ocorrência do primeiro episódio de dispneia em cada doente.

Do total de 91 fármacos documentados, os mais utilizados foram a morfina (25,27%; n=23), oxigenoterapia (21,90%; n=20) e brometo de ipatrópio (12,09%; n=11), sendo que, os menos utilizados foram os antidepressivos (1,10%; n=1) e os anti-histamínicos (2,20%; n=2).

**Tabela 15.** Abordagens farmacológicas

<i>Abordagens farmacológicas</i>	<i>n=91</i>	<i>%</i>
Oxigenoterapia	20	21,98
<i>Antiasmáticos e broncodilatadores</i>		
- Brometo de ipatrópio	11	12,09
- Salbutamol	6	6,59
- Brometo de ipatrópio + Salbutamol	1	1,10
- Aminofilina	1	1,10
<i>Corticosteroides</i>		
- Dexametasona	3	3,30
- Metilprednisolona	3	3,30
- Prednisolona	2	2,20
<i>Antidepressivos</i>		
- Amitriptilina	1	1,10
<i>Anti-histamínicos</i>		
- Hidroxizina	2	2,20
<i>Antiespasmódicos</i>		
- Butilescopolamina	9	9,89
<i>Benzodiazepinas</i>		
- Lorazepam	3	3,30
- Midazolam	3	3,30
- Diazepam	3	3,30
<i>Opióides</i>		
- Morfina	23	25,27

A utilização de apenas um fármaco nos doentes com episódio de dispneia foi verificada em 37,70% dos casos, sendo entre estes a morfina (56,52%; n=13) a medida terapêutica mais utilizada seguida da oxigenoterapia (17,39%; n=4) (cf. tabela 16).

**Tabela 16.** Utilização de um único fármaco no controlo sintomático da dispneia

<i>Fármacos</i>	<i>n=23</i>	<i>%</i>
Morfina	13	56,52
Oxigénio	4	17,39
Brometo de Ipatrópio	1	4,35
Brometo de ipatrópio + Salbutamol	1	4,35
Diazepam	1	4,35
Midazolam	1	4,35
Dexametasona	1	4,35
Metilprednisolona	1	4,35

Na tabela 17 encontram-se descritos os fármacos, sua via de administração e dose inicial. Em alguns fármacos, foram registadas dosagens diferentes. No caso da Morfina por via oral, as dosagens foram de 5 e 10 mg e por via subcutânea a dosagem variou entre 1,25 e 40 miligramas.

Na oxigenoterapia, os débitos de oxigénio administrados variaram entre 1,5 a 6 litros por minuto.

**Tabela 17.** Doses e vias de administração dos fármacos

<i>Abordagens farmacológicas</i>	Vias de administração e dose inicial				
	Inalação	Oral	SL	SC	EV
Oxigénio	[1,5 - 6] l/min				
Brometo de ipratrópio	2 ml				
Salbutamol	2,5 ml				
Brometo de ipratrópio + Salbutamol	2,5 ml				
Aminofilina					240 mg
Prednisolona		20 mg			250 mg
Metilprednisolona					125 mg
Dexametasona				4 mg	
Amitriptilina		35 mg			
Hidroxizina		25 mg			
Butilescopolamina				20 mg	
Lorazepam		2,5 mg	1 mg		
Midazolam				5 mg	
Diazepam		5 mg			
Morfina		[5 - 10] mg		[1,25 - 40] mg	

Verificou-se igualmente que nos casos em que foi possível reduzir ou aliviar a dispneia, a dose de início de um determinado fármaco foi a mesma de quando atingiu controlo da dispneia, assim como as dosagens de resgate.

De acordo com o mínimo e máximo de horas registados, foram constituídos grupos com uma amplitude de 10 horas, compreendidos entre 1 e 40 horas (cf. tabela 18).

Dos 61 casos em que foi observada ocorrência de dispneia, apenas 35 (57,38%) mencionavam redução ou alívio de dispneia, sendo que, nos outros 26 casos (42,62%), ou não havia registos ou o doente acabou por falecer sem o alívio do sintoma. Destes 35 casos, houve recorrência do sintoma em três doentes.

Todas as ocorrências se registaram entre o valor mínimo de 1 hora e máximo de 40 horas, com uma média de 7,83 horas, uma mediana de 4 horas e um desvio padrão de 9,031. Foi mais frequente a redução ou alívio de dispneia num intervalo de tempo entre 1 hora a 10 horas (82,86%; n=29).

De entre os 35 casos em que se verificou que as abordagens foram eficazes no alívio ou redução da dispneia, a utilização de medidas unicamente farmacológicas foi de 74,29% (n=26), as unicamente não farmacológicas de 8,57% (n=3) e a utilização de ambas de 17,14% (n=6).

**Tabela 18.** Tempo necessário para redução ou alívio do primeiro episódio de dispneia e controlo sintomático

<i>Tempo</i>	<b>Não Farmacológico</b>		<b>Farmacológico</b>		<b>Ambos</b>		<b>Total</b>	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
1 - 10	3	8,57	22	62,86	4	11,43	29	82,86
11 - 20	0	0,00	2	5,71	2	5,71	4	11,43
21 - 30	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
31 - 40	0	0,00	2	5,71	0	0,00	2	5,71
<b>Total:</b>	3	8,57	26	74,29	6	17,14	35	100,00



## 6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

De forma a proceder a uma discussão sobre as implicações dos resultados obtidos para o conhecimento da temática em estudo, neste capítulo são discutidos os resultados obtidos de forma a responder aos objetivos propostos no início do estudo.

Com o declínio da fecundidade e o aumento da longevidade, a população portuguesa tem, ao longo dos últimos anos, sofrido um envelhecimento demográfico, havendo redução da população jovem e aumento da população idosa, sendo de 19% a população portuguesa com 65 ou mais anos de idade, segundo os dados provisórios dos Censos 2011<sup>1</sup>. Estes dados são consistentes com a amostra deste estudo, em que a mediana de idades é elevada, cerca de 76 anos e as idades a concentrarem-se mais nos grupos etários doente geriátrico jovem (65-74 anos) e doente geriátrico (75-84 anos).

O género predominante em estudo é o masculino (58,5%), o que não espelha a realidade nacional em que o género feminino é ainda dominante, com cerca de 91,5 homens para 100 mulheres<sup>1</sup>. Isto pode dever-se ao facto de os doentes em estudo terem doença prolongada, incurável e progressiva e, segundo dados do Instituto Nacional de Estatística<sup>54</sup>, tem-se verificado nos últimos anos uma sobremortalidade da população masculina, havendo mais homens do que mulheres com causa de morte por tumores malignos, cardiopatia isquémica, doenças crónicas das vias aéreas e do fígado.

A última definição de cuidados paliativos pela OMS, estende os cuidados não só aos doentes oncológicos mas também a outros doentes com doença incurável e prognóstico limitado<sup>4,5</sup>. Os doentes admitidos em unidades de cuidados paliativos, têm um diagnóstico de base predominantemente do foro oncológico<sup>55</sup> e este estudo espelha essa realidade com 90,70% de doentes com esta tipologia de doença. Os doentes não oncológicos representam 9,30% da amostra, valor próximo ao do estudo de Potter et al.<sup>7</sup> em que 5% dos 400 doentes em estudo não tinham

diagnóstico de cancro e ao de Currow et al.<sup>22</sup> com 8,18% de doentes não oncológicos.

Dos doentes oncológicos em estudo, os diagnósticos mais predominantes foram o das neoplasias malignas dos órgãos do sistema digestivo (38,10%), seguido das neoplasias do aparelho respiratório e órgãos intratorácicos (15,75%) e das neoplasias malignas dos olhos, do encéfalo e de outras partes do sistema nervoso central (8,42%). Estes resultados estão em consonância com as principais causas de morte por neoplasias em 2009 segundo o Instituto Nacional de Estatística<sup>54</sup>, registando-se mais doentes com tumores malignos do esófago, estômago e cólon (5,30%) seguido de tumores malignos da laringe, traqueia, brônquios e pulmões (3,70%).

Embora neste estudo os doentes não oncológicos estejam em minoria, a principal causa de morte em Portugal em 2009, seguida das neoplasias (23,70%), foram as doenças do sistema circulatório (31,90%)<sup>3</sup>. Face aos dados da amostra em estudo, enquanto patologia de base, 1,99% tiveram cirrose hepática, seguida de cardiopatias (1,33%) e acidente vascular cerebral (1,00%) e a nível de co-morbilidades, as doenças do sistema circulatório foram observadas em 59,09% dos doentes com co-morbilidades, estando entre estas a hipertensão arterial (80,34%).

Nem todos os doentes tinham co-morbilidades documentadas, observando-se em apenas 65,78% da amostra. A DPOC verificou-se em cerca de 66,67% dos doentes com doenças do sistema respiratório (9,09%), sendo que o tabagismo fez parte de 60,00% do consumo de aditivos (15,15%) observados nos doentes com co-morbilidades.

A sobrevivência no momento de admissão foi apenas calculada para 261 doentes uma vez que 12,96% dos casos clínicos não tinham registo de data de óbito, observando-se uma mediana de tempo de sobrevivência de 11 dias (IIQ=31,50 dias), variando entre ]1;281] dias. Cerca de 3,83% dos doentes com registo de data de óbito faleceram no mesmo dia em que foram admitidos e 4,60% tiveram apenas um dia de internamento até ao falecimento, revelando assim, estes dados, internamentos de curta duração e grande número de doentes em fase terminal. Segundo dados de 2010 das unidades de cuidados paliativos da RNCCI<sup>55</sup>, o tempo

médio de sobrevivência era de cinco dias, encontrando-se assim a maioria dos doentes admitidos numa fase terminal.

A dispneia é um dos sintomas mais prevalentes em doentes paliativos e observou-se uma prevalência de 6,64 % no momento de admissão, valor inferior ao da amostra do estudo de Potter et al.<sup>7</sup>, que obteve uma prevalência deste sintoma na ordem dos 31%. Segundo Azevedo<sup>19</sup>, a incidência deste sintoma no doente paliativo pode variar entre os 48% e 70%, no entanto, 20,27% foi a incidência de dispneia na amostra em estudo. Ao ser um sintoma que é subjetivamente comunicado pelo doente, a proximidade da morte pode interferir com esse relato dado o agravamento do seu estado<sup>56</sup> e, ao ter-se verificado que neste estudo a mediana de tempo de sobrevivência após admissão é baixa, a quantidade de episódios de dispneia poderão ter sido superiores aos documentados.

Dos doentes com episódio de dispneia, apenas três tiveram dispneia no momento de admissão e reincidência durante o internamento, sendo dois doentes oncológico e o outro não oncológico. Reddy et al.<sup>57</sup> refere que em doentes oncológicos, a presença de episódios recorrentes de dispneia é mais frequente.

A dispneia esteve presente em ambos os géneros, com uma incidência de 21,59% entre os indivíduos do género masculino e de 18,84% entre os indivíduos do género feminino.

No grupo etário doente geriátrico (75-84 anos) inserem-se a maioria dos doentes da amostra e verificou-se neste grupo uma incidência de dispneia de 25,45%, representando 45,90% dos doentes com este sintoma na amostra.

De entre os 61 doentes com dispneia, a maioria tinha uma patologia de base do foro não oncológico (90,16%), uma proporção idêntica à tipologia de doentes da amostra, predominantemente oncológicos (90,70%). A incidência de dispneia entre os doentes oncológicos foi de 20,15% e entre os doentes não oncológicos de 21,43%.

Na revisão sistemática de Solano<sup>24</sup>, a dispneia esteve presente em doentes com vários tipos de patologia de base incluindo doentes com cancro do pulmão, no entanto, foi entre doentes com DPOC e doenças cardíacas que a dispneia foi mais prevalente. No presente estudo, o único doente com patologia de base DPOC teve

episódio de dispneia, assim como um dos quatro doentes com cardiopatias. Ao nível de co-morbilidades, 47,54% dos doentes com dispneia tinham doenças do sistema circulatório (72,41% com hipertensão arterial) e 13,11% tinham doenças do sistema respiratório (87,50% com DPOC).

Em termos de doentes oncológicos, a dispneia esteve presente entre os doentes com diagnóstico de neoplasia maligna do aparelho respiratório e dos órgãos intratorácicos com uma incidência de 39,53% e entre os doentes com neoplasia maligna dos órgãos digestivos com uma incidência de 13,46%.

Dudgeon et al.<sup>25</sup>, no seu estudo em doentes com cancro, descreve que há uma forte relação na quantidade de fatores de risco e a prevalência de dispneia e destaca como fatores que podem predispor o doente a maior risco de desenvolver dispneia a existência de história de tabagismo, asma, DPOC e irradiação pulmonar.

A dispneia foi incidente tanto entre os doentes com co-morbilidades (21,21%) como entre os doentes sem co-morbilidades (20,83%), sendo de 24,79% nos doentes com doenças do sistema circulatório (22,34% entre os doentes com hipertensão arterial), 44,44% nos doentes com doenças do sistema respiratório (58,33% entre os doentes com DPOC), 14,75% nos doentes com doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (11,76% entre os doentes com diabetes mellitus e 14,29% entre os doentes com obesidade) e 20,00% nos doentes com consumos aditivos (22,22% entre os doentes com tabagismo).

Este sintoma torna-se mais prevalente e incidente com a progressão da doença e no fim de vida<sup>21,22</sup> e, embora nesta amostra o tempo de sobrevivência após episódio de dispneia tenha variado entre ]1;76] dias, o valor mediano de dias foi bastante curto, de 3 dias (IIQ=12,00 dias). O falecimento neste curto espaço de tempo após episódio de dispneia pode pressupor que a mesma surgiu, na maioria dos doentes, num contexto avançado e final da doença.

A qualidade nos cuidados de saúde é algo que os profissionais de saúde são a favor, mas não acontece sem planeamento e esforço consciente<sup>58</sup>. Há muito que a avaliação é reconhecida como fundamental para as boas práticas e constitui-se como um componente essencial do ciclo de planeamento da promoção da saúde,

desempenhando um papel importante na proteção do público contra práticas inadequadas ou prejudiciais<sup>59</sup>.

A avaliação e monitorização de um sintoma deve começar desde logo na admissão e assume-se como indicador de qualidade haver documentação da avaliação da dispneia nas 48 horas de admissão<sup>30</sup>. Em 73,75% dos processos clínicos consultados havia uma avaliação da dispneia até às 48 horas após admissão, o que não atinge o padrão de desempenho de 90% estipulado para este indicador. Este nível de desempenho assume particular importância neste estudo, uma vez que dos 26,25% (n=79) doentes que não tinham avaliação de dispneia nas primeiras 48 horas de admissão, 6,33% (n=5) tiveram episódio de dispneia durante o internamento.

A avaliação deste sintoma foi realizada na sua maioria (82,39%) sem recurso a uma escala de avaliação, recorrendo apenas ao registo da sua ocorrência ou ausência. Embora a dispneia seja um sintoma de natureza subjetiva, em que a dimensão psicológica, social e espiritual podem também ampliar a intensidade da sensação de falta de ar<sup>31,32</sup>, a única escala documentada foi a de Escala de Sintomas de Edmonton, do tipo unidimensional, que avalia a intensidade de um conjunto de sintomas.

Após identificação e avaliação da dispneia, deve-se proceder ao alívio ou redução deste sintoma. O controlo sintomático da dispneia pode ser realizado tanto com medidas farmacológicas como não-farmacológicas ou ambas e assume um papel importante quando não existem causas reversíveis ou não seja possível corrigi-las<sup>28</sup>.

Durante a colheita de dados, verificou-se que não havia um plano terapêutico distinto para o controlo sintomático da dispneia pelo que foram registadas todas as medidas não farmacológicas documentadas no processo clínico, no momento do episódio de dispneia, com sentido de reduzir ou aliviar este sintoma. Estas medidas foram observadas em 22,95% dos doentes com dispneia, nomeadamente posicionamentos e aspiração de secreções e aplicadas exclusivamente a 6,56% dos doentes com dispneia.

Quanto às medidas farmacológicas, foram registados todos os novos fármacos introduzidos no momento do episódio de dispneia bem como todos os fármacos já

prescritos cuja dosagem tenha sofrido alterações na decorrência do episódio de dispneia. Conclui-se que foram utilizadas medidas farmacológicas em 78,69% dos doentes com dispneia e aplicadas exclusivamente em 62,30% destes doentes.

Não se observou registo de qualquer tipo de intervenções em 14,75% dos doentes com dispneia, o que pode revelar nestes casos uma falha nos registos ou a falta de medidas para controlar o sintoma.

Em termos de quantidade de fármacos, foi utilizado na sua maioria um fármaco (37,70%) ou dois (22,95%), havendo dois casos (2,28%) em que foram utilizados seis fármacos diferentes, o que revela que em alguns casos a utilização de apenas um fármaco no controlo sintomático da dispneia não foi suficiente. Verificou-se também a inexistência de registo de utilização de fármacos em 21,31% dos episódios de dispneia.

São várias as medidas farmacológicas existentes para a redução ou alívio da dispneia e nesta amostra foi observada a utilização de 15 fármacos diferentes de entre oito grupos farmacológicos distintos. Os fármacos mais utilizados no controlo sintomático da dispneia foram a morfina (25,27%), oxigenoterapia (21,98%) e brometo de ipatrópio (12,09%), sendo os menos utilizados os antidepressivos (1,10%) e os anti-histamínicos (2,20%).

Embora a dispneia seja um sintoma multidimensional, não se observou evidência documentada de medidas que englobem a dimensão psicológica, social e espiritual dos doentes com dispneia. São dimensões da pessoa que, tal como a dimensão física, assumem um papel igualmente importante no controlo sintomático da dispneia, uma vez que podem amplificar a intensidade da experiência de falta de ar<sup>31,32</sup>.

A dispneia é um sintoma que muitas vezes não é tão bem controlada como a dor<sup>60</sup>, no entanto, a eficácia na redução ou alívio da dispneia, assume um papel importante na qualidade de vida do doente com este sintoma e é um indicador de qualidade que deve ser atingido em 90% dos casos em menos de 48 horas<sup>30</sup>. Apenas 57,38% dos doentes com episódio de dispneia tinham registos relativos à eficácia das intervenções, mencionando redução ou alívio deste sintoma entre 1 e 40 horas após o episódio de dispneia, o que está de acordo com o indicador de qualidade, com um

desempenho de 100%. Nos restantes casos (42,62%) não foi possível averiguar a eficácia do controlo sintomático por ausência de registos, no entanto, destes doentes, cinco faleceram no próprio dia do episódio de dispneia e cinco no dia seguinte ao episódio. Estes dados permitem pressupor que parte da ausência de alguns registos de eficácia do controlo sintomático se possa dever ao facto do doente ter o episódio de dispneia numa fase iminente do final de vida sem que as medidas tivessem tempo de aliviar ou reduzir o sintoma.

De entre os casos em que se verificou que as abordagens foram eficazes no alívio ou redução da dispneia, a utilização de medidas unicamente farmacológicas foi de 74,29%, as unicamente não farmacológicas de 8,57%, e a utilização de ambas as medidas de 17,14%.



## 7. CONCLUSÃO

A evolução da medicina tem conseguido avanços em termos de aumento da esperança média de vida, contribuindo também para o envelhecimento da população. As idades na amostra deste estudo são o retrato desse envelhecimento com predominância de doentes em grupos etários superiores a 65 anos, quer no género feminino quer no masculino. Mas este aumento da longevidade não é traduzido em qualidade de vida e, nos últimos anos, as doenças crónicas têm-se tornado mais comuns, com um impacto negativo não só na qualidade de vida do doente mas também na sua família e sociedade. Torna-se prioritário um ajuste dos cuidados às necessidades desta nova realidade e, nesse sentido, surgem os cuidados paliativos, focados não só nos doentes oncológicos mas em todos os doentes com doença incurável e prognóstico limitado. São cuidados dotados de humanização e rigor, que envolvem tanto o doente como a sua família e sociedade, que não pretendem acelerar ou retardar a morte, mas consideram-na como um processo natural.

A tipologia de doentes da amostra é maioritariamente do foro oncológico, com maior predominância a nível das neoplasias malignas dos órgãos do sistema digestivo, seguido das neoplasias do aparelho respiratório e órgãos intratorácicos. Alguns doentes não tinham registo de co-morbilidades, havendo outros que tinham mais de três.

Como um dos sintomas mais prevalentes e incidentes em doentes em cuidados paliativos, a dispneia é um sintoma subjetivo relatado na primeira pessoa que causa enorme perturbação e sofrimento quer ao doente quer aos seus familiares e é muitas vezes identificado por estes como um sinal de aproximação da morte.

A dispneia esteve presente em 61 dos 301 doentes da amostra com uma incidência de 20,27%, estando presente em todos os grupos etários e em ambos os géneros e com uma prevalência na admissão de 6,65%. Tanto nos doentes oncológicos como não oncológicos registaram-se episódios de dispneia, assim como nos doentes com

e sem co-morbilidades, com uma incidência de 39,53% entre os doentes com neoplasia maligna do aparelho respiratório e dos órgãos intratorácicos e de 13,46% entre os doentes com neoplasia maligna dos órgãos digestivos.

No momento de admissão, o tempo de sobrevivência mediano foi de 11 dias, havendo doentes a falecerem no próprio dia de admissão ou no dia seguinte, enquanto que após episódio de dispneia a mediana do tempo de sobrevivência foi de três dias.

É importante que a avaliação da dispneia seja realizada nas primeiras 48 horas de admissão e tal foi verificado na maioria da amostra em estudo, contudo, na sua maioria sem recurso a uma escala de avaliação, apenas com registo da sua ocorrência. A única escala documentada foi a de ESAS. Dos doentes sem avaliação de dispneia nas primeiras 48 horas após admissão, cinco tiveram episódio de dispneia durante o internamento.

Sendo um dos princípios fundamentais em cuidados paliativos para proporcionar conforto ao doente e família no alívio e redução dos efeitos nocivos dos sintomas mais frequentes, o controlo sintomático da dispneia foi realizado com recurso a medidas farmacológicas e não farmacológicas, havendo alguns doentes com dispneia e sem registo de intervenções. As intervenções exclusivamente farmacológicas foram as mais adotadas, sendo a morfina o fármaco mais utilizado, seguido da oxigenoterapia e broncodilatadores.

A efetividade das abordagens no alívio ou redução da dispneia foi possível de ser verificada em 35 dos 61 doentes com episódio de dispneia por falta de registos ou falecimento dos mesmos sem alívio do sintoma. As abordagens foram eficazes dentro das primeiras 48 horas após episódio de dispneia.

Torna-se fundamental referir que a falta de registos em alguns casos clínicos foi uma das dificuldades sentidas e que de certa forma influenciam os resultados do estudo.

É importante salientar que a falta de resposta por parte da Administração de várias unidades de cuidados paliativos portuguesas para autorizar o estudo, foi superior às respostas negativas, revelando ainda pouca abertura para realização de estudos nesta área.

Apesar das limitações ocorridas durante todo este estudo, foi possível atingir os objetivos propostos no início deste trabalho de investigação. Foi gratificante o processo de investigação que permitiu, a nível pessoal, fomentar o interesse pela investigação científica e aumentar os conhecimentos face aos estudos aprofundados, alargando os horizontes para futuras investigações quer no campo da própria profissão quer em relação a outros campos.

### 7.1. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Como em qualquer estudo de investigação que envolva dependência de outros elementos para além dos investigadores principais, podem ocorrer imprevistos no decurso do mesmo, tendo que superar-se os obstáculos encontrados para dar continuidade ao estudo.

O desenho inicial de investigação do estudo, englobava todas as unidades de internamento de cuidados paliativos portuguesas com doentes admitidos no ano de 2010. Esta larga abrangência permitiria obter uma amostra representativa a nível nacional, dando um panorama e impressão mais real da situação atual. No entanto, o não envio de resposta e respostas não favoráveis aos pedidos de autorização, por parte de várias instituições, limitaram o estudo às unidades presentes. Mesmo com estas barreiras institucionais, foi possível obter um número significativo de sujeitos para a constituição da amostra. Com o atraso das respostas favoráveis, foi necessário alargar o horizonte temporal para a recolha de dados previsto no cronograma do projeto.

Por ser um estudo retrospectivo, a colheita de dados cingiu-se apenas aos dados já existentes em cada unidade de cuidados paliativos.

Não foi possível determinar a fase da doença em que o doente se encontrava durante o episódio de dispneia, quer pela falta de utilização de um instrumento preditivo de sobrevivência quer pela falta da data de óbito em vários processos, necessária para agrupar pelas fases da doença de Müller-Busch. Contudo, os intervalos temporais das fases de doença deste autor são sobrepostas, tendo-se

optado, assim, apenas pela determinação do tempo de sobrevivência do doente aquando da admissão e do primeiro episódio de dispneia nos doentes com registo de data de óbito.

Observou-se ainda, em alguns processos, falta de registos essenciais para o estudo, nomeadamente:

- falta de reavaliação da dispneia após as abordagens para a reduzir, o que impediu de determinar, em alguns episódios, se as medidas foram eficazes;
- referência à administração de medicação mas sem registo da prescrição ou dosagem e via da mesma, impedindo a completa descrição das abordagens;
- identificação de dispneia mas sem registo das intervenções.

Esta ausência de registos afeta o decorrer normal do estudo e compromete o impacto dos resultados estatísticos.

## 7.2. SUGESTÕES

Face à constante evolução da medicina, torna-se imprescindível uma sistemática revisão das intervenções específicas mais recentes para o controlo da dispneia, quer a nível farmacológico como não-farmacológico, assim como monitorização das medidas que estão a ser aplicadas nas unidades de cuidados paliativos. Torna-se assim fundamental a divulgação dos resultados obtidos neste estudo, assim como deverão ser desenvolvidos novos estudos que descrevam as intervenções adotadas pelas equipas das unidades de cuidados paliativas portuguesas no controlo sintomático da dispneia.

Dado ser um estudo descritivo, pode servir de ponte para um estudo analítico, para melhor compreender a interação entre as variáveis e comparar forças de grandeza entre as mesmas.

Sendo a dispneia apenas um dos sintomas mais prevalentes e incidentes em doentes em cuidados paliativos, este estudo pode servir para o desenho de estudos

de outros sintomas, fazendo assim um retrato da realidade portuguesa a nível de prevalência e incidência de sintomas em unidades de cuidados paliativos portuguesas.

A correta avaliação e monitorização deste sintoma assumem um importante papel no controlo sintomático pelo que a validação de novas escalas de avaliação de dispneia poderá constituir uma mais-valia.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional de Estatística. Censos 2011 – Resultados Provisórios. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística; 2011.
2. Direcção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Circular Normativa N° 14/DGCG. 2004 Jul 13.
3. Instituto Nacional de Estatística. Estatísticas Demográficas 2010. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística; 2012.
4. Stevens E. Definitions and aims of palliative care. Em Stevens E, Jackson S, Milligan S, editores. Palliative Nursing: Across the Spectrum of Care. 1ª ed.: Wiley-Blackwell; 2009. p. 17-34.
5. Sepúlveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A. Palliative Care: The World Health Organization's Global Perspective. J Pain Symptom Manage. 2002 Ago; 24(2): p. 91-6.
6. Diário da República. Decreto-Lei nº 101/2006 - I Série A. Secção 4. Artigo 19. 2006 Jun.
7. Potter J, Hami F, Bryan T, Quigley C. Symptoms in 400 patients referred to palliative care services: prevalence and patterns. 2003 Jun; 17(4).
8. Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. [Em linha]. 2011 [Citado 2011 Set 20]. Disponível na Internet: [http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/cuidadospaliativos\\_1-1-2011.pdf](http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/cuidadospaliativos_1-1-2011.pdf) .

9. Panke JT, Ferrell BR. Emotional problems in the family. Em Doyle D, Hanks G, Cherny N, Calman K. Oxford Textbook of Palliative Medicine. 3ª ed. Londres; 2003. p. 985-91.
10. Müller-Busch HC. Comunicação Sedação Paliativa: o mesmo que eutanásia? Em III Congresso Nacional de Cuidados Paliativos; 2004; Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
11. Neto IG. Princípios e Filosofia dos Cuidados Paliativos. Em Barbosa A, Neto IG, editores. Manual de Cuidados Paliativos. 2ª ed. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa; 2010. p. 1-42.
12. Davis C, Percy G. Breath. Em Fallon M, Hanks G, editores. ABC of palliative care. 2ª ed. Massachusetts: Blackwell Publishing; 2006.
13. Ripamonti C, Fusco F. Respiratory problems in advanced cancer. Support Care Cancer. 2002 Abr; 10(3): p. 204-16.
14. American Thoracic Society. Dyspnea: mechanisms, assessment and management: a consensus statement. Am J Respir Crit Care Med. 1999 Jan;(159): p. 321-40.
15. Del Fabbro E, Dalal S, Bruera E. Symptom control in palliative care - Part III: dyspnea and delirium. J Palliat Med. 2006 Abr; 9(2): p. 422-36.
16. Swartz MH. Tórax. Em Tratado de Semiología: Anamnesis y Exploración. 6ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2010. p. 362-90.
17. Dean M, Harris JD, Regnard C. The Consequences of Advanced Disease. 2ª ed. Abingdon: Radcliffe Publishing; 2011.
18. Gysels MH, Higginson IJ. Caring for a person in advanced illness and suffering from breathlessness at home: Threats and resources. Palliat Support Care. 2009 Jun; 7(2): p. 153-62.

19. Azevedo P. Dispneia. Em Barbosa A, Neto IG, editores. Manual de Cuidados Paliativos. 2ª ed. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa; 2010. p. 191-202.
20. Viola R, Kiteley C, Lloyd NS, Mackay JA, Wilson J, Wong RK. The management of dyspnea in cancer patients: a systematic review. Support Care Cancer. 2008 Abr; 16(4): p. 329-37.
21. Balkstra CR. Em Matzo M, Sherman DW, editores. Palliative Care Nursing: Quality Care to the End of Life. 3ª ed. New York: Springer Publishing Company; 2010. p. 411-28.
22. Currow DC, Smith J, Davidson PM, Newton PJ, Agar MR, Abernethy AP. Do the trajectories of dyspnea differ in prevalence and intensity by diagnosis at the end of life? A consecutive cohort study. J Pain Symptom Manage. 2010 Abr; 39(4): p. 680-90.
23. Edmonds P, Karlsen S, Saba K, Addington-Hall J. A comparison of the palliative care needs of patients dying from chronic respiratory diseases and lung cancer. Palliat Med. 2001 Jun; 15(4): p. 287-95.
24. Solano JP, Gomes B, Higginson IJ. A comparison of symptom prevalence in far advanced cancer, AIDS, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease and renal disease. J Pain Symptom Manage. 2006 Jan; 31(1): p. 58-69.
25. Dudgeon DJ, Kristjanson L, Sloan JA, Lertzman M, Clement K. Dyspnea in Cancer Patients: Prevalence and Associated Factors. J Pain Symptom Manage. 2001 Fev; 21(2): p. 95-102.
26. Lorenz KA, Dy SM, Naeim A, Walling AM, Sanati H, Smith P, et al. Quality measures for supportive cancer care: the Cancer Quality-ASSIST Project. J Pain Symptom Manage. 2009 Jun; 37(6): p. 943-64.
27. Elia G, Thomas J. The symptomatic relief of dyspnea. Curr Oncol Rep. 2008 Jul; 10(4): p. 319-25.

28. Dudgeon D. Dyspnea, Death Rattle, and Cough. Em Ferrel BR, Coyle N, editores. Oxford Textbook of Palliative Nursing. 3ª ed.: Oxford University Press; 2010. p. 303-19.
29. National Quality Forum. A National Framework and Preferred Practices for Palliative and Hospice Care Quality Washington, DC (WA): National Quality Forum; 2006.
30. Pasma HR, Deliens L, Francke AL. Quality indicators for palliative care: a systematic review. J Pain Symptom Manage. 2009 Jul; 38(1): p. 145-156.
31. Thomas JR, Gunten CF. Dyspnea. Em Bruera E, Higginson IJ, Ripamonti C, Gunten CF, editores. Textbook of Palliative Medicine.: Hodder Arnold; 2006. p. 655-62.
32. Hensch I, Bergman B, Danielson E. Dyspnea experience and management strategies in patients with lung cancer. Psychooncology. 2008 Dez; 17(7): p. 709-715.
33. Bausewein C, Farquhar M, Booth S, Gysels M, Higginson IJ. Measurement of breathlessness in advanced disease: a systematic review. Respir Med. 2007 Mar; 101(3): p. 399-410.
34. Lansing RW, Gracely RH, Banzett RB. The multiple dimensions of dyspnea: review and hypotheses. Respir Physiol Neurobiol. 2009 Mai; 167(1): p. 53-60.
35. Bausewein C, Booth S, Gysels M, Higginson IJ. Non-pharmacological interventions for breathlessness in advanced stages of malignant and non-malignant diseases. Cochrane Database Syst Rev. 2008 Abr: p. 1-69.
36. Porta J, Batiste XG, Tuca A. Manual de Control de síntomas en pacientes con Cáncer Avanzado y Terminal. 2ª ed. Madrid: Arán Ediciones; 2008.

37. Ross D, Alexander CS. Management of Common Symptoms in Terminally Ill Patients: Part II. Constipation, Delirium and Dyspnea. *Am Fam Physician*. 2001 Set; 64(6): p. 1019-26.
38. Buckholz GT, von Gunten CF. Nonpharmacological management of dyspnea. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2009 Jun; 3(2): p. 98-102.
39. Jennings AL, Davies AN, Higgins JP, Gibbs JS, Broadley KE. A systematic review of the use of opioids in the management of dyspnoea. *Thorax*. 2002 Nov; 57(11): p. 939-44.
40. Qaseem A, Snow V, Shekelle P, Casey DE, Thomas JT, Owens DK. Evidence-Based Interventions to Improve the Palliative Care of Pain, Dyspnea, and Depression at the End of Life. *Ann Intern Med*. 2008 Jan; 148(2): p. 141-6.
41. Clemens KE, Quednau I, Klaschik E. Is there a higher risk of respiratory depression in opioid-naïve palliative care patients during symptomatic therapy of dyspnea with strong opioids? *J Palliat Med*. 2008 Mar; 11(2): p. 204-216.
42. Mahler DA, Selecky PA, Harrod CG. Management of dyspnea in patients with advanced lung or heart disease: practical guidance from the American college of chest physicians consensus statement. *Pol Arch Med Wewn*. 2010 Mai; 120(5): p. 160-6.
43. Navigante AH, Cerchietti LC, Castro MA, Lutteral MA, Calabar ME. Midazolam as adjunct therapy to morphine in the alleviation of severe dyspnea perception in patients with advanced cancer. *J Pain Symptom Manage*. 2006 Jan; 31(1): p. 38-47.
44. Navigante AH, Castro MA, Cerchietti LC. Morphine versus midazolam as upfront therapy to control dyspnea perception in cancer patients while its underlying cause is sought or treated. *J Pain Symptom Manage*. 2010 Mai; 39(5): p. 820-30.

45. Simon ST, Higginson IJ, Booth S, Harding R, Bausewein C. Benzodiazepines for the relief of breathlessness in advanced malignant and non-malignant diseases in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 Jan: p. 1-63.
46. Twycross R. Controlo dos sintomas II. Em *Cuidados Paliativos*. Lisboa: Climepsi Editores; 2003. p. 140-51.
47. Philip J, Gold M, Milner A, Di Julio J, Miller B, Spruyt O. A randomized, double-blind, crossover trial of the effect of oxygen on dyspnea in patients with advanced cancer. *J Pain Symptom Manage*. 2006 Dez; 32(6): p. 541-50.
48. Naqvi F, Cervo F, Fields S. Evidence-based review of interventions to improve palliation of pain, dyspnea, depression. *Geriatrics*. 2009 Ago; 64(8): p. 8-10, 12-4.
49. Uronis HE, Currow DC, McCrory DC, Samsa GP, Abernethy AP. Oxygen for relief of dyspnoea in mildly- or non-hypoxaemic patients with cancer: a systematic review and meta-analysis. *Br J Cancer*. 2008 Jan; 98(2): p. 294-9.
50. Abernethy AP, McDonald CF, Frith PA, Clark K, Herndon JE, Marcello J, et al. Effect of palliative oxygen versus room air in relief of breathlessness in patients with refractory dyspnoea: a double-blind, randomised controlled trial. *Lancet*. 2010 Set; 376(9743): p. 784-93.
51. Last JM. *Um dicionário de Epidemiologia*. 2ª ed. Lisboa: Departamento de estudos e Planeamento da Saúde, Ministério da Saúde de Portugal; 1995.
52. World Health Organization. *International Classification of the Diseases (ICD)*. [Em linha]. [Citado 2011 Ago 10]. Disponível na Internet: <http://www.who.int/classifications/icd/en/> .
53. *Diário da República*. Deliberação n.º 131/97 - II Série nº 166. 1997 Jul.
54. Carrilho MJ, Patrício L. A Situação Demográfica Recente em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos*. 2010 Nov 30;(48): p. 101-145.

55. Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. A Rede. [Em linha]. 2011 [Citado 2011 Set 20]. Disponível na Internet: <http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/RelatorioAnualRNCCI2010VersaoFinal.pdf> .
56. Campbell ML, Templin T, Walch J. Patients who are near death are frequently unable to self-report dyspnea. *J Palliat Med*. 2009 Out; 12(10).
57. Reddy SK, Parsons HA, Elsayem A, Palmer JL, Bruera E. Characteristics and correlates of dyspnea in patients with advanced cancer. *J Palliat Med*. 2012 Jan; 12(1): p. 29-36.
58. Mclaughlin CP, Kaluzny AD. Continuous quality improvement in health care. 3ª ed. Estados Unidos da América: Jones and Barlett Publishers; 2006.
59. Green J, South J. Evaluation. 1ª ed. New York: McGraw-Hill International; 2006.
60. Booth S, Dudgeon D, editores. Dyspnoea in advanced disease. 1ª ed. New York: Oxford University Press; 2006.



# APÊNDICES



## **APÊNDICE I**

### **Instrumento de colheita de dados**



### Dispneia no Doente Paliativo: incidência, abordagens e sua efectividade

Investigador: Pedro Miguel Machado

Orientador: Prof. Doutor Francisco Pimentel

Co-Orientador: Mestre Manuel Luís Capelas

1. **Idade:** \_\_\_ anos
2. **Género:**  Masculino  Feminino
3. **Estado Civil:**  Solteiro(a)  União de Facto  Casado(a)  Divorciado(a)  Viúvo(a)
4. **Patologia de base:**  Oncológico \_\_\_\_\_  Não Oncológico \_\_\_\_\_
5. **Co-morbilidades** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. Data de **Admissão** \_\_\_ / \_\_\_ / 2010 e **Óbito** \_\_\_ / \_\_\_ / 20\_\_\_
7. **Dispneia presente:**  Na admissão  No internamento Data do episódio: \_\_\_ / \_\_\_ / 2010
8. A **avaliação da dispneia** é realizada através de uma escala:  
 Sim  
 Do tipo:  Unidimensional  Multidimensional Qual? \_\_\_\_\_  
 Não
9. A **avaliação da dispneia é documentada** nas primeiras 48h de admissão:  Sim  Não
10. O **controlo sintomático da dispneia** é realizado através de abordagens do tipo:  
 Não farmacológico Quais? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Farmacológico:

FÁRMACO	----- DOSAGEM -----						
	INICIAL	Via	Data	CONTROLO	Via	Data	SOS
			/ /2010			/ /2010	
			/ /2010			/ /2010	
			/ /2010			/ /2010	
			/ /2010			/ /2010	
			/ /2010			/ /2010	
			/ /2010			/ /2010	
			/ /2010			/ /2010	

11. **Tempo necessário para redução ou alívio** do 1º episódio de dispneia: \_\_\_\_\_ horas



# **ANEXOS**



## **ANEXO I**

**Aprovação do Conselho Científico da  
Universidade Católica Portuguesa de Lisboa**





## Mestrado em Cuidados Paliativos

### Projecto de realização de Dissertação de Mestrado

PEDRO MIGUEL SIMÕES MARTINS DUARTE MACHADO, aluno nº 192409009,  
aprovado(a) no 1º ano do curso de Mestrado em Cuidados Paliativos apresenta o projecto de dissertação  
intitulado: **(Anexar Projecto)**  
DISPNETA NO DOENTE PALIATIVO: INCIDÊNCIA, ABORDAGENS E SUA EFECTIVIDADE

Data: 26/01/2011

Assinatura: Pedro Miguel Machado

#### Parecer do orientador

Nome <sup>(1)</sup>: Francisco Luis Maia Mamede Pimentel  
com o grau académico de Doutorado em Agrupação obtido no(a) Universidade de Aveiro  
declara que aprova e aceita orientar a Dissertação do(a) aluno(a) acima  
identificado.

Contacto: e-mail fpimentel@ua.pt, telefone: 933591981 ou 227128094

Data: 25/01/2011

Assinatura: [Assinatura]

#### Parecer do co-orientador

Nome <sup>(1)</sup>: MANUEL LUIS VILA CAPELAS  
com o grau académico de MEDICINA EM C. PAUADRES, obtido no(a) FAC. MEDICINA DE LISBOA  
declara que aprova e aceita orientar a Dissertação do(a) aluno(a) acima  
identificado.

Contacto: e-mail VILA.CAPELAS@ICS.LISBOA.UCP.PT telefone: 217214147 ou 918110522

Data: 26/01/2011

Assinatura: [Assinatura]

(1) Se não for docente da UCP juntar CV do orientador e do co-orientador

#### Conselho Científico

- Autoriza o registo do projecto de dissertação.
- Não autoriza o registo do projecto de dissertação.

  
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Data: 01/02/2011

Assinatura: [Assinatura]



## **ANEXO II**

**Autorização da Comissão de Ética das unidades em estudo**



Exmo. Senhor  
Sr. Prof. Doutor Alexandre Castro Caldas  
Universidade Católica Portuguesa  
Instituto de Ciências da Saúde  
Palma de Cima  
1649-023 LISBOA

**Ofício**

SUA REFERÊNCIA	DATA	NOSSA REFERÊNCIA
Ofício DE 11.04.13 ICS/0274/2011	[REDACTED] 11.05.03	PROC N.º OFÍCIO N.º 343-P

ASSUNTO: Autorização para realização de colheita de dados – *Aluno Pedro Miguel Simões Martins Duarte Machado*

NA RESPOSTA INDICAR A "NOSSA REFERÊNCIA" - EM CADA OFÍCIO, TRATAR-SE DE UM ASSUNTO

No seguimento do pedido efectuado por V. Exa., serve o presente para informar que o [REDACTED] se encontra disponível para colaborar com a vossa instituição e nesse sentido atender ao pedido do vosso aluno Pedro Miguel Simões Martins Duarte Machado – Enfermeiro, Mestrando em Cuidados Paliativos, na colheita de dados para o estudo académico que está a efectuar.

Assim para qualquer assunto relacionado com o estudo informamos que o poderá fazer através do telefone geral do Hospital ou para a Unidade de Cuidados Paliativos, cuja Responsável de Serviço é a [REDACTED]

Com os melhores cumprimentos, *[Handwritten Signature]*

A Presidente do Conselho de Administração

*[Handwritten Signature]*





Exmo. Sr. Prof. Doutor Alexandre Castro  
Caldas  
Director da  
Universidade Católica Portuguesa

Palma de Cima  
1649-023 LISBOA

Sua referência	Sua comunicação de	Nossa referência	Data
ICS/355/2011 ICS/354/2011	12.05.2011	/2011/4922	27.05.2011

ASSUNTO: **APLICAÇÃO DE QUESTIONÁRIOS - ALUNOS: ANA SOFIA DIAS E PEDRO MACHADO**

Em resposta ao solicitado, informo V. Exa. que está autorizada a aplicação dos questionários no Hospital [redacted] desta Unidade local de Saúde.

Para o efeito, deve ser contactada a Administradora Hospitalar, [redacted]

Com os melhores cumprimentos, *J. Ferris*

o Conselho de Administração



VF  
27.05.2011

Mori 37





[REDACTED]

Exmo. Senhor.  
Prof. Doutor Alexandre Castro Caldas  
Instituto de Ciências da Saúde  
Universidade Católica Portuguesa  
Lisboa

CC. [REDACTED]

Lisboa, 2011.JUN.14  
Ref.º [REDACTED] 130/2011  
V. Ref.ª ICS/0274/2011

Assunto: Pedido para colheita de dados no Hospital [REDACTED]  
por Enf.º Pedro Miguel Simões Martins Duarte Machado.

Exmo. Senhor Professor Castro Caldas.

Venho comunicar que o Pedido de Investigação em cima indicado a realizar no Hospital [REDACTED], havendo sido submetido à Comissão de Ética do [REDACTED] a resposta daquela foi positiva.

Face ao parecer positivo da Comissão de Ética, a Direcção do [REDACTED], aprova o estudo acima referenciado na certeza de que sejam cumpridos todos os procedimentos.

Sem outro assunto no momento, subscrevo-me com os melhores cumprimentos.

[REDACTED]

Anexo: Cópia do parecer da Comissão de Ética.

---

[REDACTED]



25/05/11

Núcleo de Investigações  
15 JUN 2011

Parecer:	Despacho: <i>em autorizado</i> <i>[Handwritten signatures]</i>
<b>ASSUNTO:</b> Projecto de Investigação nº37/2011 - "Dispneia no doente paliativo: incidência, abordagens e sua efectividade"	
<b>PARA:</b> Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração	<b>N.º</b> 42/2011
<b>DE:</b> Núcleo de Investigação	<b>Data</b> 25/05/2011
<p>Em relação ao assunto em epígrafe, junto envio o pedido de autorização de Pedro Miguel Simões Martins Duarte Machado, aluno do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para a realização de um estudo subordinado ao tema "Dispneia no doente paliativo: incidência, abordagens e sua efectividade", a realizar no [redacted] - Serviço de Cuidados Paliativos deste Centro Hospitalar.</p> <p>Informo que se encontram reunidos todos os requisitos necessários de acordo com o Regulamento e normas do Núcleo de Investigação.</p> <p>Informo ainda que o estudo não foi submetido ao parecer da Comissão de Ética de acordo com a tomada de decisão desta Comissão, constante na Acta nº 2, da reunião de 22 de Janeiro de 2009: "A Comissão de Ética decidiu ainda: --- Que o parecer da Comissão de Ética será dispensável sempre que não haja contacto directo com os doentes, como é o caso de consulta de processos clínicos e desde que o investigador se comprometa a manter a confidencialidade;...".</p> <p>Com os melhores cumprimentos, <i>pesteiris</i></p> <p>P'lo Núcleo de Investigação</p> <p><i>[Handwritten signature]</i></p>	
Nota: Solicita-se aos investigadores a entrega de um exemplar do trabalho final.	

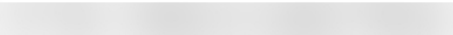




**Ex.mo Senhor  
Instituto de Ciências da Saúde  
Universidade Católica Portuguesa  
Palma de Cima  
1649-023 Lisboa**

Ofício nº 7394/2011/DHO  
2011/05/12

**ASSUNTO: Pedido de Colheita de Dados  
Trabalho Final intitulado: "Dispneia no doente paliativo: incidência,  
abordagens e sua efectividade"**

Correspondendo ao solicitado por Vossas Excias no V/Ofício Ref<sup>a</sup>. ICS/0274/2011 de 13-04-2011, somos a informar que, o Mestrando Pedro Miguel Simões Martins Duarte Machado, está autorizado a realizar a colheita de dados na Unidade , desde que sejam mantidos os princípios legais e éticos de sigilo.

Com os melhores cumprimentos,

**A Enfermeira Directora do** 



SP

---



Exm<sup>o</sup>. Senhor  
Prof. Doutor Alexandre Castro Caldas  
Director do Instituto de Ciências da Saúde  
Universidade Católica Portuguesa  
Palma de Cima

1649-023 Lisboa

Sua referência  
ICS/0275/2011  
ICS/0274/2011

Sua comunicação de  
13/04/11

Nossa referência

**6113**

Data, 29/07/11

ASSUNTO: **Pedido da realização de colheita de dados.**

De acordo com os pedidos de V. Ex.<sup>a</sup>., mencionados em epígrafe, cumpre-nos informar que, o Conselho de Administração desta Unidade de Saúde e após parecer da Comissão de Ética, nada tem a opor à consulta dos processos dos doentes da Unidade Local de Saúde [REDACTED]

Apesar da respectiva autorização, deverá V. Ex.<sup>a</sup>. fazer um contacto prévio com a Responsável do Serviço de Gestão de Doentes [REDACTED] a fim de que a consulta dos processos clínicos por parte dos Alunos Ana Sofia Dias e Pedro Miguel Machado, decorra sem prejuízo para o normal funcionamento do Serviço de Arquivo Clínico.

Informamos ainda que no final do trabalho, deverá ser entregue 1 exemplar de cada trabalho no Conselho de Administração para arquivo da nossa Biblioteca.

Com os melhores cumprimentos.

O Presidente do Conselho de Administração





