

Manejo farmacológico e não farmacológico de pacientes oncológicos em cuidados paliativos

CATEGORIA: clínico cirúrgico

INSTITUIÇÃO: CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO

AUTORES:

BENEDITO, V. L.⁽¹⁾- vini-sp35@hotmail.com; Avenida Angélica 177 apto 53 santa Cecília;
11987313578;

BENNE, P. H. C.⁽¹⁾

MARIETTO, Déborah⁽¹⁾

MAGALE, Luisa (1)

MONFERDINI, Ettore⁽¹⁾

SALTÃO, R. Q.⁽¹⁾

ORIENTADORA:

EUGÊNIO, C.⁽²⁾

⁽¹⁾Discente da Faculdade de Medicina do Centro universitário São camilo

⁽²⁾Docente da Faculdade de Medicina do Centro universitário São camilo

Manejo farmacológico e não farmacológico de pacientes oncológicos em cuidados paliativos

CATEGORIA: clínico cirúrgico

DESCRITORES: "Palliative Care"; "Depression"; "Oncologic".

Resumo:

Introdução: Esse trabalho busca entender os impactos psíquicos e emocionais do câncer no paciente oncológico, sua família e cuidadores.

Método: Trata-se de uma revisão narrativa realizada a partir de uma análise crítica de um conjunto selecionado de artigos científicos indexados na U. S. National Library of Medicine National Institutes of Health (PubMed). Foram analisados 146 artigos, publicados nos últimos 5 anos, em inglês e português, dos quais 26 foram selecionados para compor este estudo.

Resultados: São demonstrados vários métodos para o alívio do sofrimento do paciente oncológico. As intervenções paliativas não devem ser apenas físicas, mas também psicológicas. Os impactos psíquicos podem levar a uma importante piora da doença oncológica, qualidade de vida, e também da sobrevida do paciente.

Conclusão: A depressão é a comorbidade psiquiátrica mais prevalente na população com câncer, avançado, assim deve ser trabalhada dentro do cuidado paliativo para uma melhora da qualidade de vida e estado psíquico do paciente.

Manejo farmacológico e não farmacológico de pacientes oncológicos em cuidados paliativos

Introdução:

O câncer na população idosa se tornou um problema cada vez mais comum, visto que 60-70% das pessoas com 65 anos ou mais sofrem de câncer. Ademais, a magnitude da sobreposição entre a velhice e o câncer está aumentando devido à maior expectativa de vida, mais métodos sensíveis de diagnosticar o câncer e o fato de que muitos dos cânceres ocorrem mais comumente com o aumento da idade. Dessa forma, o manejo de pacientes idosos é uma parte importante da oncologia. Os pacientes com câncer mais velhos e seus cuidadores geralmente têm necessidades diferentes dos pacientes mais jovens e, portanto, devem considerar essas necessidades ao tomar decisões sobre seus cuidados e tratamento⁽¹⁾.

Apesar de existirem variações na prevalência da depressão na população em questão, devido a definição e métodos de diagnóstico não bem definidos, estima-se, através de uma metanálise recente que utiliza o DSM-5 como base, que, na população sob estado de cuidados oncológicos, hematológicos e paliativos, a depressão maior possui prevalência de aproximadamente 15%, enquanto que a da depressão menor é de cerca de 10%. Como consequência, a depressão no paciente oncológico pode piorar a qualidade de vida do paciente e de seus familiares, assim como reduzir a adesão ao tratamento ou prolongar o tempo de internação. Além disso, ela se associa fortemente à pior sobrevida dos pacientes. Para combatê-la, utilizam-se métodos farmacológicos, abordados em dois do total dos artigos utilizados, e métodos não farmacológicos, sendo um exemplo desse último, a psicoterapia, que, por vezes, é mais eficaz devido ao fato de que pacientes com câncer avançado apresentam baixa tolerância aos antidepressivos⁽²⁾.

Posto isso, há considerável evidência mostrando que a chave para melhoria na qualidade de vida do paciente idoso com o câncer é uma consciência de suas necessidades específicas e uma familiaridade com emergentes opções de tratamento, como cuidados paliativos. Portanto, a The European Palliative Care Research Collaborative criou diretrizes para o gerenciamento de depressão incidente em pacientes com câncer sob cuidados paliativos. Essas diretrizes recomendam o uso de terapia psicológica como forma de combate à depressão em indivíduos sob essas condições⁽²⁾. Outras terapias holísticas são reconhecidas para combater e gerenciar tais malefícios, sendo práticas que promovem o equilíbrio entre a mente e o corpo, como por exemplo, a ioga, prática complementar frequente nos Estados Unidos⁽³⁾, a acupuntura⁽⁴⁾ e a musicoterapia⁽⁵⁾.

Objetivos:

Avaliar o impacto de cuidados paliativos sobre os aspectos emocionais de pacientes oncológicos.

Metodologia:

Este estudo trata-se de uma revisão narrativa, de natureza descritiva, com tratamento qualitativo dos resultados analisados. Foi feita a análise crítica de um conjunto selecionado de artigos científicos, de modo ordenado. A construção do trabalho foi desenvolvida a partir da definição de área e tema de pesquisa, criteriosa escolha de descritores e de referências a fazer parte do estudo, leitura das fontes e análise das mesmas, apresentação das informações de forma compilada e sintética em um modelo estruturado no presente trabalho. Os artigos são indexados na U. S. National Library of Medicine National Institutes of Health (PubMed), sendo usados na pesquisa “palliative care AND depression” como descritores e operadores booleanos e os filtros ativados foram: artigos de revisão; publicados nos últimos 5 anos; em inglês e português. A busca resultou em 146 artigos, dos quais 18 foram selecionados para compor este

estudo. Esta escolha se deu por avaliação de título e resumo de cada artigo, selecionando os pertinentes ao objetivo de estudo.

Discussão e Resultados:

A prevenção e o alívio do sofrimento psicológico e social em pacientes com câncer e suas famílias, assim como o apoio à sua personalidade tem sido um objetivo central dos cuidados paliativos desde sua criação. Isso se deve ao fato de que o impacto do câncer, sobre o estado psíquico e emocional do paciente pode adquirir grandes proporções. Existem seis tipos clínicos de reações psico(patológicas) comumente vistas após o diagnóstico e tratamento do câncer: dependência, ansiedade, depressão pós-operatória, resposta hipocondríaca, reações obsessivo-compulsivas e reações paranoides, como descrito por Sutherland. Enquanto isso, estudos recentes observaram que transtornos de adaptação, depressão maior, delirium e transtornos de ansiedade ocorrem entre 10% e 34% dos pacientes com câncer. Apesar de todos os pacientes oncológicos estarem presentes no grupo de risco de sofrerem com transtornos psiquiátricos, muitos fatores individuais influenciam nisso. Um estudo em homens com câncer de próstata, por exemplo, indicou que homens mais velhos relataram menos ansiedade e desconforto do que homens mais jovens⁽⁶⁾.

Apesar da grande importância do estado psíquico e emocional do indivíduo, intervenções físicas recebem muito mais atenção se comparado à prestação sistemática de cuidados psicológicos e espirituais, presentes nos cuidados paliativos. Isso configura-se como uma desvantagem pois esse tipo de cuidado, realizado de forma especializada em hospitais, juntamente com tratamento direcionado a tumores e prolongamento da vida, contribui para melhores cuidados oncológicos para pacientes e familiares, em termos de melhor manejo dos sintomas, qualidade de vida, satisfação com os cuidados e menos sofrimento psicológico⁽⁷⁾. Alguns estudos sugerem até benefícios de sobrevida como consequência disso, uma vez que sintomas de depressão, desmoralização e história espiritual, comuns nos pacientes com câncer avançado, tendem a se agravar com maior proximidade com a morte⁽⁷⁾⁽⁸⁾.

Essas intervenções incluem terapia de grupo de apoio expressivo, psicoterapia centrada no significado, terapia de resolução de problemas, ativação comportamental e terapia de dignidade, além da psicofarmacologia usada como tratamento adjuvante, sendo esta uma opção de tratamento para depressão leve a moderada e um requisito para depressão grave⁽⁷⁾⁽⁸⁾.

Os primeiros estudos sobre a eficácia dos cuidados paliativos precoces em pacientes com diagnóstico de doença metastática e prognóstico limitado produziram evidências de baixa certeza, indicando benefício para a qualidade de vida relacionada à saúde⁽⁹⁾.

Enquanto isso, um estudo dos pesquisadores de Temelan demonstra que, dentre os pacientes com câncer de pulmão recém-diagnosticado, os cuidados paliativos precoces não só reduziram a depressão e a carga de sintomas, como melhoraram a qualidade de vida, mas também produziram um benefício de sobrevida⁽⁷⁾.

Por isso, os esforços para integrar os cuidados paliativos aos regimes de cuidados oncológicos padrão, fornecendo cuidados paliativos especializados e tratamento do câncer como uma unidade única, devem entrar em prática mais difundida, diferenciando-se da forma convencional, forma na qual os cuidados paliativos são iniciados na época do fim do tratamento convencional do câncer, estágio em que se lida com múltiplos problemas⁽⁷⁾.

Essa integração pode complementar as vantagens e desvantagens dos cuidados paliativos, e, através de sua implementação, pode ocorrer melhoria da qualidade de vida, diminuição da taxa de depressão e melhorar a compreensão da doença e satisfação do paciente⁽⁸⁾. Um achado que fundamenta isso consiste na observação de que o período de tempo no qual medicamentos anticancerígenos foram utilizados foi menor para os pacientes no grupo com cuidados paliativos se comparado ao período de tempo do grupo sem cuidados paliativos. E, ainda assim, foi observado uma extensão da sobrevida dos pacientes do primeiro grupo⁽⁸⁾.

Obstáculos para essa integração consistem em diversos fatores, como o medo da equipe médica da resposta do paciente e incompreensão do papel dos cuidados paliativos, assim como

estigmatização dos pacientes e insatisfação dos familiares por acreditarem que não se deve utilizar esse tipo de cuidado de maneira antecipada⁽⁸⁾.

Existem diversas práticas que podem ser utilizadas nos cuidados paliativos para melhorar a qualidade de vida do paciente. Uma delas é a hipnoterapia cognitiva (CH), que engloba a terapia cognitivo-comportamental (TCC) e a hipnose. A hipnose é recomendada como uma terapia para diminuir a dor, aliviar os sintomas e melhorar a qualidade de vida, além de aumentar a capacidade dos pacientes de usar a auto-hipnose para criar uma experiência de paz, serenidade e bem-estar. Enquanto isso, a TCC baseia-se no conceito de que ensinar os pacientes a reconhecer e examinar suas crenças negativas e suas tendências de processamento de informações para ensinar às pessoas deprimidas várias técnicas que lhes permitam examinar e modificar suas crenças e comportamentos depressogênicos⁽¹⁰⁾.

Após três meses de terapia, os pacientes tratados com a hipnoterapia cognitiva (CH) foram menos deprimidos, tiveram maior auto-estima e aumentaram o locus de controle interno em comparação com os controles não tratados⁽¹⁰⁾.

A psicoterapia também é um aspecto pertencente aos cuidados paliativos, que, por vezes, é mais eficaz do que os métodos farmacológicos de combate à depressão devido ao fato de que pacientes com câncer avançado apresentam baixa tolerância aos antidepressivos. A psicoterapia, segundo dados de metanálises, causam redução considerável de escores de depressão entre pacientes com câncer avançado, efeito benéfico que pode variar de acordo com a intensidade desta e pela variação de sua forma e abordagem. Por exemplo, é possível que o efeito da terapia em grupo ou individual possuam níveis diferentes de eficácia, mesmo que estes sejam aproximados. Para a melhor análise dessas variações, de forma que seja possível realizar generalizações sobre os resultados da psicoterapia, é preciso mantê-la constante através do uso de um manual de terapia, por exemplo⁽²⁾.

Enquanto isso, a psicofarmacologia, forma de intervenção abordada em dois dos artigos utilizados neste trabalho, pode auxiliar na estabilidade da qualidade de vida do paciente através de diversas classes de medicamentos que mitigam sintomas decorrentes do câncer, como ansiedade, depressão e delírios. Entre eles, estão os antidepressivos e, também, os psicoestimulantes, utilizados para combater a fadiga, baixa energia, falta de motivação que acabam prejudicando a qualidade de vida de pacientes com câncer. Além disso, são utilizados os estabilizadores de humor, prescritos para manejo de outras indicações como impulsividade, irritabilidade e descontrole de temperamento relacionados ao uso de corticoides. Observa-se, também, o uso de antipsicóticos, na maioria das vezes são usados por seus efeitos colaterais, para combater alguns sintomas do câncer, sendo útil no combate ao delírium⁽¹¹⁾.

O uso de ansiolíticos ou neurolépticos podem ser preferidos em situações em que um paciente tem depressão grave que precisa de alívio urgente, ou que um paciente tem um prognóstico extremamente ruim e não pode esperar por semanas. Os ansiolíticos e hipnóticos, geralmente os benzodiazepínicos (BZD), podem ser usados como medicação adjuvante aos antidepressivos para aliviar os problemas de angústia, ansiedade, agitação e / ou sono. Porém, cautela é necessária porque os BZD podem induzir o delírium em pacientes vulneráveis, como pacientes idosos e aqueles com doença avançada. Os neurolépticos (ou seja, antipsicóticos ou tranquilizantes maiores) são usados como terapia alternativa para ansiolíticos, especialmente para pacientes com sintomas graves que não podem ser aliviados por BZD ou para pacientes em risco de dependência em uso dos mesmos, visto que os neurolépticos não causam dependência, mas os benzodiazepínicos, sim. No entanto, é necessária cautela devido aos riscos elevados de mortalidade e complicações graves (por exemplo, doença cerebrovascular) associados ao uso de antipsicóticos que foram relatados na população idosa⁽¹²⁾.

O câncer, através de seu diagnóstico e tratamento, pode desencadear o sofrimento do paciente e efeitos como dor, alterações do sono, imunossupressão, entre outros. O combate e gerenciamento a esses malefícios, que podem ter curta ou longa duração, pode ser realizado através de práticas que promovem o equilíbrio entre a mente e o corpo, como por exemplo, a ioga, prática presente nos cuidados paliativos. A ioga apresentou melhorias nos estados

psicológicos de seus praticantes. Dessa forma, nesses indivíduos, houve redução dos níveis de depressão, angústia e ansiedade. Além disso, houve melhoria do bem-estar espiritual e qualidade de vida dos pacientes em questão. Enquanto isso, em relação aos aspectos não psicológicos, o sono e a fadiga, características mais frequentemente mensuradas pelas pesquisas, demonstram evoluções benéficas⁽³⁾. É possível, também, realizar a prática da meditação, que demonstrou, em casos controles realizados com pacientes terminais, ser capaz de trazer benefícios para a pressão sanguínea elevada e controlar os níveis de dor crônica. Os estudos sobre os efeitos da meditação, entretanto, são, em sua maioria, relacionados a indivíduos saudáveis ou pacientes não terminais. Nesses casos, a meditação aumenta a atividade cerebral, trazendo benefícios para pessoas com depressão ou ansiedade. Porém, devido ao pequeno número de estudos realizados com pacientes terminais, não é possível obter conclusões efetivas sobre o efeito dessa prática em pacientes oncológicos nesse estado⁽¹³⁾.

Dentre outras técnicas, está a acupuntura, que tem sido amplamente incorporada na medicina ocidental para o manejo da dor, náusea, depressão e sofrimento existencial; Suplementos de ervas que têm sido usados para reduzir a anorexia e melhorar a constipação com poucos efeitos colaterais; Reiki tem visto uso crescente para melhorar o relaxamento, como um complemento ao manejo da dor, para distúrbios do sono e bem-estar psico – espiritual⁽⁴⁾. Enquanto isso, a massagem tem sido usada com sucesso em pacientes com câncer para tratar a dor, ansiedade e depressão, apesar de meta-análises em larga escala serem menos convincentes. Métodos integrativos usando música podem representar uma intervenção importante que os enfermeiros podem sugerir como uma intervenção barata, não tóxica e prontamente disponível para minimizar potencialmente a dor do câncer. Todavia, o uso da música como adjuvante da medicação para a dor requer estudos adicionais, principalmente que seu número, até o momento, é pequeno. Esses estudos devem focar, principalmente, nos mecanismos do efeito da musicoterapia na dor de amostras diversas e grandes com múltiplos tipos de dor oncológica⁽⁵⁾.

Com a progressão de sua doença e com a iminência de sua morte, o paciente oncológico manifesta sofrimento emocional e seu senso de dignidade fica facilmente abalado. Por isso, a Terapia de dignidade (TD) é uma promissora intervenção presente nos cuidados paliativos. A TD consiste em uma psicoterapia individual de curta duração que tem como objetivo mitigar o sofrimento psíquico e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos que tem sua vida ameaçada pelo câncer. Isso ocorre através da reflexão, por parte dos pacientes, de questões que relevantes para eles. Essa prática é uniformizada, de forma que os pacientes respondem nove questões padrões sobre temas de sua vida, dentre eles, aspectos de sua história de vida, questões familiares, os papéis que eles exercem e suas conquistas. Com isso, eles podem decidir sobre quais temas eles desejam refletir e colocar em questão. Como resultado da TD, os pacientes conseguem resenificar e dignidade de sua vida, combatendo assim, por consequência, a sua desmoralização, uma síndrome clínica separada da depressão grave e que é avaliada regularmente⁽¹⁴⁾.

Entretanto, a efetividade da TD pode ser controversa. Em relação a pacientes com alto grau de sofrimento psicológico, foi observado a redução expressiva tanto da ansiedade como de escores de depressão em alguns indivíduos. Porém, também foi observado a redução apenas dos níveis de ansiedade, de forma que os níveis de depressão se mantiveram constantes. No que se refere aos pacientes com baixo grau de sofrimento psicológico, ou seja, com baixos níveis de depressão, ansiedade ou angústia, os resultados positivos apresentaram melhora pouco expressiva. Além disso, já foi relatado o aumento nos escores de depressão e ansiedade após a prática da TD.

No âmbito familiar, a TD, segundo relatos de familiares, é considerada efetiva ao aumentar a percepção de dignidade e significado da vida de seu parente doente. Dessa forma, reduzindo seu sofrimento. Os parentes do paciente ainda afirmam que essa prática melhora a comunicação entre ambas as partes⁽¹⁴⁾.

Paralelamente a isso, uma revisão sistemática que utilizou um total de 12 artigos mostrou que a presença de significado na vida do paciente, um conceito semelhante ao de dignidade, buscado pela TD, pode ajudar as pessoas a lidar melhor com a doença, para adaptar-se às circunstâncias de sua própria doença ou de uma pessoa amada e tolerar os sintomas graves⁽¹⁴⁾. O encontro interpessoal entre paciente e terapeuta, componente central das intervenções, pode auxiliar nesse aspecto à medida que permite que o paciente explore fontes de significado de sua vida e restabeleça um senso de conexão com ela⁽⁴⁾.

Enquanto isso, na população idosa com câncer, a depressão é o distúrbio mais comum nessa população em questão e está associado à incapacidade, morbidade e mortalidade. Como os pacientes idosos com câncer e seus cuidadores geralmente têm necessidades diferentes dos pacientes mais jovens, deve-se considerar essas necessidades ao tomar decisões sobre seus cuidados e tratamento. Assim, é importante que os clínicos de cuidados paliativos sejam capazes de identificar a depressão em seus pacientes. Para isso, usa-se a escala de depressão geriátrica (Yesavage et al., 1983), uma escala multi-item que tem muitas características desejáveis em cuidados paliativos. Ela tem excelente sensibilidade e especificidade na comunidade idosa⁽¹⁾.

Assim, se realizada de maneira eficiente, os cuidados paliativos podem melhorar a qualidade de vida do paciente a partir dos benefícios que esta traz para o estado emocional e psicológico do paciente. A boa manutenção desse estado, além de evitar o sofrimento psíquico do indivíduo, também evita uma possível somatização realizada por ele, processo que danifica a saúde dele. Os sintomas de somatização em pacientes com câncer ativo podem piorar tanto os desfechos quanto a qualidade de vida, como mostrado no estudo realizado por Zimmerman, Story, Gaston-Johansson e Rowles (1996), que encontrou uma associação significativa entre a intensidade da dor e os níveis de depressão, ansiedade e hostilidade e somatização⁽¹⁵⁾.

Por fim, os cuidados paliativos também podem ser usados para combater sequelas físicas do câncer como a fadiga, que é um dos sintomas mais prevalentes nos sobreviventes dessa doença, apresentando uma prevalência de 14% em sobreviventes de tumores ósseos de extremidades, segundo Aksnes et al. A fadiga não dura apenas durante o tratamento ou logo após ele, ela prevalece na vida de um adolescente vítima do câncer por longos anos após curado. Ela é uma morbidade que continua com o jovem, comprometendo seu desenvolvimento e afetando seu aspecto emocional, quando o mesmo quer reconstruir sua vida.

Cria-se, assim, a necessidade de intervenções para tratá-la. Uma forma de fazer isso é através da atividade física, que já é utilizada atualmente para tratar a fadiga em adultos com câncer. Porém, pouquíssimos estudos investigam a viabilidade da atividade física para combater a fadiga nessa faixa etária, enquanto não existem estudos avaliando outras intervenções para tratar a fadiga nessa idade⁽¹⁶⁾.

Vale observar, também, que pacientes com doença hepática avançada experimentam cuidados paliativos e, atualmente, há poucas informações sobre as necessidades sociais, emocionais, existenciais desses indivíduos, ou como elas mudam com o tempo, sendo esses especialmente pertinentes à medida que a doença progride para o transplante de fígado ou morte. Isto é de particular interesse à luz das preocupações atuais em relação à menor disponibilidade de serviços de apoio e cuidados paliativos para pacientes com doenças limitantes da vida não malignas em comparação com pacientes com câncer⁽¹⁷⁾.

Apesar da eficiência dos cuidados paliativos, diversos estudos que envolvem essa prática apresentam falhas em seus métodos. Por isso, as taxas encontradas de prevalência de depressão em pacientes com câncer avançado variam consideravelmente. Isso pode ser devido a amostras heterogêneas e uso de diferentes métodos de avaliação. Descrições adequadas da amostra e uso consistente de medidas são necessárias para ser capaz de generalizar os resultados da pesquisa e aplicá-los à prática clínica. Além disso, a falta de um sistema de diagnóstico válido para classificar a depressão prejudica na análise dos resultados. Não obstante, informações sobre intervenções não farmacológicas implementadas e avaliadas,

assim como suas características, contextos de aplicação e população estão dispersas na literatura, dificultando a formulação de perguntas precisas sobre o tema⁽¹⁸⁾.

Um grupo de especialistas internacionais recentemente enfatizou a notificação deficiente e não sistemática das características da amostra em estudos clínicos em cuidados paliativos como uma barreira importante para a realização de pesquisas de alta qualidade. Uma recente revisão de literatura, por exemplo, investigou a descrição de amostras de pacientes com câncer em cuidados paliativos incluídos em ECRs concluiu que muito poucas variáveis demográficas ou relacionadas à doença foram consistentemente registradas e relatadas. Por isso, descrições padronizadas de amostras de pacientes têm sido defendidas para estudos clínicos em geral. Para estudos clínicos em cuidados paliativos, Currow et al. propuseram uma lista de verificação similar de variáveis centrais para descrever populações e características de serviço. A lista inclui formação relacionada a cinco domínios: "cuidador", "serviço", "saúde e política social", "pesquisa"⁽⁶⁾ e "dados demográficos de participantes individuais", sendo que este último domínio abrange diversos fatores pessoais, como idade, sexo, status socioeconômico, etnia, doença que limita a vida, status de desempenho e dias desde o encaminhamento até a morte.

A verificação dessas variáveis relacionadas aos pacientes se demonstra importante a medida que estes influenciam fortemente na manifestação da depressão e de outras formas de sofrimento psíquico, como a ansiedade, por exemplo, do paciente oncológico terminal. Portanto, a inclusão da avaliação dessas variáveis na metodologia dos estudos nessa área, e sua consequente padronização, permitiria uma melhor constatação dos resultados do tratamento paliativo sobre a saúde mental do paciente.

Conclusão:

Logo, constata-se que os casos de câncer estão aumentando atualmente, seja pelo envelhecimento da população, pelo modo de vida diferente ou pela melhoria nos métodos de rastreio. Com esse aumento dos casos (muitos terminais), há um aumento dos sinais e sintomas que os acompanham e por isso os cuidados paliativos passam a ter relevância.

Os cuidados paliativos são uma vertigem nova, mas que visa o alívio do sofrimento mental e físico do paciente e seus familiares e ele pode ser aplicado através de medicamentos, terapia, ioga, meditação, entre outros.

Dentro dos problemas mentais do indivíduo com câncer terminal, a principal é a depressão que atinge 15% dos pacientes. A depressão está ligada com a qualidade e o tempo de vida do paciente.

Por isso, o manejo da depressão nos cuidados paliativos é essencial. Porém, pode se concluir que, há poucos estudos com alto nível de evidência indicando quais são os benefícios e malefícios de cada método na depressão. Seja pelas amostras que não podem ser generalizadas, pela falta de pesquisas na área, pela falta de um método diagnóstico objetivo para a depressão e outros motivos. Em um dos estudos utilizados para realização desta revisão narrativa foi constatado o mesmo problema, o qual ficou demonstrável que prevalência da depressão varia de 2% a 56%, e foi utilizado critério diagnóstico válido em apenas 25% das pesquisas. Além disso, foi observado que fatos importantes da história clínica do paciente deixaram de ser mencionados, como informações medicamentosas e tratamentos prévios. Ademais, história de transtorno depressivo (por exemplo depressivo maior ou distímia), duração dos episódios e casos de reincidência foram raramente relatados na publicações visualizadas⁽¹⁸⁾.

Portanto, pode se dizer que a depressão nos cuidados paliativos é um tema extremamente relevante e que precisa de atenção da comunidade médico-científica para chegar, assim, a um desfecho com condutas claras, seguras e com alto nível de evidência para uma população que vem crescendo cada vez mais.

Referências Bibliográficas:

- 1.Parpa, E., Tsilika, E., Gennimata, V., & Mystakidou, K. (2015). Elderly cancer patients' psychopathology: A systematic review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 60(1), 9–15.
- 2.Okuyama, T., Akechi, T., Mackenzie, L., & Furukawa, T. A. (2017). Psychotherapy for depression among advanced, incurable cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Cancer Treatment Reviews*, 56, 16–27.
- 3.Danhauer, S. C., Addington, E. L., Sohl, S. J., Chaoul, A., & Cohen, L. (2017). Review of yoga therapy during cancer treatment. *Supportive Care in Cancer*, 25(4), 1357–1372.
- 4.STEINHORN, David M.; DIN, Jana; JOHNSON, Angela. Healing, spirituality and integrative medicine. *Annals Of Palliative Medicine*, [s.l.], v. 6, n. 3, p.237-247, jul. 2017. AME Publishing Company.
- 5.Keenan, A., & Keithley, J. (2015). Integrative Review: Effects of Music on Cancer Pain in Adults. *Oncology Nursing Forum*, 42(6), E368–E375.
- 6.Naeim, A., Aapro, M., Subbarao, R., & Balducci, L. (2014). Supportive Care Considerations for Older Adults With Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 32(24), 2627–2634.
- 7.Kaasa, S., Loge, J. H., Aapro, M., Albreht, T., Anderson, R., Bruera, E., ... Lundeby, T. (2018). Integration of oncology and palliative care: a Lancet Oncology Commission. *The Lancet Oncology*.
- 8.SAGA, Yudai et al. Transitions in palliative care: conceptual diversification and the integration of palliative care into standard oncology care. *Chinese Clinical Oncology*, Sha Tin, v. 7, n. 3, p.1-10, jun. 2018.
- 9.Coelho, A., Parola, V., Cardoso, D., Bravo, M. E., & Apóstolo, J. (2017). Use of non-pharmacological interventions for comforting patients in palliative care. *JBIC Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 15(7), 1867–1904.
- 10.ALLADIN, Assen. Cognitive hypnotherapy for psychological management of depression in palliative care. *Annals Of Palliative Medicine*, [s.l.], v. 7, n. 1, p.112-124, jan. 2018. AME Publishing Company.
- 11.Thekdi, S. M., Trinidad, A., & Roth, A. (2014). Psychopharmacology in Cancer. *Current Psychiatry Reports*, 17(1).
- 12.Bausewein, C., Simon, S. T., Pralong, A., Radbruch, L., Nauck, F., & Voltz, R. (2015). Palliative Care of Adult Patients With Cancer. *Deutsches Aerzteblatt Online*.
- 13.Ball, M. S., & Vernon, B. (2014). A review on how meditation could be used to comfort the terminally ill. *Palliative and Supportive Care*, 13(05), 1469–1472.

14. Martínez, M., Arantzamendi, M., Belar, A., Carrasco, J. M., Carvajal, A., Rullán, M., & Centeno, C. (2016). "Dignity therapy", a promising intervention in palliative care: A comprehensive systematic literature review. *Palliative Medicine*, 31(6), 492–509.
15. Caruso, R., Nanni, M. G., Riba, M. B., Sabato, S., & Grassi, L. (2017). The burden of psychosocial morbidity related to cancer: patient and family issues. *International Review of Psychiatry*, 29(5), 389–402.
16. Spathis, A., Booth, S., Grove, S., Hatcher, H., Kuhn, I., & Barclay, S. (2015). Teenage and Young Adult Cancer-Related Fatigue Is Prevalent, Distressing, and Neglected: It Is Time to Intervene. A Systematic Literature Review and Narrative Synthesis. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, 4(1), 3–17.
17. Kimbell, B., & Murray, S. A. (2013). What is the patient experience in advanced liver disease? A scoping review of the literature. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 5(5), 471–480.
18. Janberidze, E., Hjermstad, M. J., Haugen, D. F., Sigurdardottir, K. R., Løhre, E. T., Lie, H. C., ... Van den Block, L. (2014). How Are Patient Populations Characterized in Studies Investigating Depression in Advanced Cancer? Results From a Systematic Literature Review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 48(4), 678–698.