

DEPRESSÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS

Prevalência e Avaliação

Miguel JULIÃO, António BARBOSA

RESUMO

A depressão é reconhecida como um dos problemas psicossociais mais prevalentes em Cuidados Paliativos. No entanto, continua uma doença sub-diagnosticada, sub-tratada e entendida como uma tarefa médica complexa. A patologia psicossocial é fonte de sofrimento para os doentes e seus cuidadores, acarretando diminuição da qualidade de vida e amplificação da dor, assim como risco elevado para suicídio e desejo de antecipação de morte.

Deve ser realizada a todos os doentes em Cuidados Paliativos uma avaliação clínica inicial cuidada, que inclua os factores de risco, os antecedentes psiquiátricos familiares e pessoais e os sinais e sintomas típicos de depressão na doença terminal.

A avaliação da depressão em Cuidados Paliativos divide-se em duas abordagens: Categorical vs Dimensional.

A *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) é o instrumento mais utilizado no rastreio e diagnóstico de depressão na doença avançada e está validado para a população portuguesa. A HADS ultrapassa o principal problema da avaliação da depressão na doença avançada: a influência dos sintomas decorrentes da doença física nos resultados das escalas de depressão e ansiedade. São explorados neste artigo as vantagens e desvantagens de outras abordagens como a pergunta única – *Está deprimido?*; duas perguntas – *No último mês tem-se sentido em baixo, deprimido ou sem esperança?* / *No último mês tem sentido pouco interesse ou prazer nas coisas?*; as entrevistas estruturadas (*Mini International Neuropsychiatric Interview* – M.I.N.I.) ou os critérios diagnóstico (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* – DSM).

Os profissionais de Cuidados Paliativos devem criar uma consciência crescente acerca da patologia psicossocial, para que a sua resposta clínica possa ser eficaz e atempada na melhoria da qualidade de vida e conforto dos doentes e suas famílias.

É necessária mais evidência científica de qualidade na área da patologia psicossocial em doentes paliativos.

SUMMARY

DEPRESSION IN PALLIATIVE CARE Prevalence and Assessment

Depression is the most common mental health problem in palliative care, yet it's widely misunderstood, underdiagnosed, undertreated and considered a complex medical task.

Psychological distress is a major cause of suffering among patients and families and it's highly correlated with reduced quality of life and amplification of pain. Terminally-ill individuals who suffer from depression are also at high risk of suicide and desire for a hastened death.

Every patient receiving palliative care should receive a complete personal and familial psychiatric history, with risk factors, as well as the typical signs and symptoms in the terminal disease. There are two different approaches to assess depression in palliative care: Categorical vs Dimensional

The *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) is the most used assessment method for depression in advanced disease and it's validated to the Portuguese population. HADS overcomes the biggest problem when evaluating depression in the terminally-ill: the influence of somatic symptoms due to the underlying disease on the results of the depression scales.

In this article we revise other approaches for the assessment of depression in advanced disease: single question vs two-item question; structured clinical interview and diagnostic criteria.

Clinicians who care for terminally-ill patients must develop competences on the psychological area, developing state-of-the-art clinical skills that provide quality of life and comfort to patients and their families.

M.J.: Medicina Geral e Familiar.
UCSP de Marvila.

IHSCJ - Casa de Saúde da
Idanha.

Faculdade de Medicina de Lisboa.
Lisboa, Portugal.

A.B.: Serviço de Psiquiatria do
Hospital de Santa Maria. Centro
de Bioética/Núcleo de Cuidados
Paliativos da Faculdade de Medicina
da Universidade de Lisboa.
Lisboa, Portugal.

INTRODUÇÃO

A intervenção paliativa não se esgota no controlo sintomático físico, intervindo activamente noutras áreas como a depressão, a qualidade de vida ou mesmo o sofrimento associado à fase terminal¹.

A depressão sendo reconhecida como um dos problemas psicossociais mais comuns em Cuidados Paliativos continua uma doença pouco investigada, sub-diagnosticada e sub-tratada. O seu tratamento é entendido como uma tarefa médica complexa²⁻⁶. Esta realidade foi bem ilustrada no trabalho de Lloyd-Williams *et al*⁴ ao revelar que de 1046 doentes internados em unidades de Cuidados Paliativos apenas 10% estavam medicados com antidepressivos (dose sub-terapêutica) e, destes, 73% faleceram duas semanas após início do tratamento. Estes dados mostram que os profissionais de saúde falham o reconhecimento da depressão, medicando *pouco e tarde*.

A depressão acarreta diminuição da qualidade de vida e amplificação da dor^{2,7,8}, assim como angústia e *burnout* nos cuidadores. A depressão em doentes terminais diminui a adesão terapêutica, a capacidade de lidar com o curso da doença e é factor de risco major para suicídio e desejo de antecipação de morte, incapacitando os doentes na busca de sentido, no estabelecimento de relações e na despedida⁹.

Estudos clínicos comprovam que os doentes com depressão apresentam redução da capacidade funcional semelhante aos doentes com angina ou artrite, assim como interferência mais elevada nos papeis sociais e familiares quando comparados com doentes padecendo de outras doenças crónicas e incapacitantes^{10,11}. O sofrimento psicossocial é reconhecido como uma fonte de mal-estar nos doentes terminais¹².

Os autores propõem realizar uma revisão narrativa da literatura no sentido de esclarecer aspectos relacionados com a prevalência, definição e avaliação da depressão na doença avançada seguida em Cuidados Paliativos.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica na Medline, EMBASE *Cochrane Library*, *UpToDate* e *DynaMed*, sem limite temporal, utilizando as palavras-chave em língua inglesa: *depression, terminally-ill, physical illness, assesment, treatment, management e palliative care*. Os 143 artigos seleccionados incluem ensaios clínicos, casos clínicos, revisões sistemáticas e artigos originais.

RESULTADOS

Definição de Depressão em Cuidados Paliativos

Apesar da depressão estar bem definida na população geral sem comorbilidade médica, na literatura referente aos doentes com comorbilidade médica avançada, o termo depressão aparece com diferentes significados, desde *epi-sódio depressivo major*, até conceitos vagos como *stress emocional* ou *tristeza*¹³.

Este desafio aumenta se considerarmos outro problema presente em doentes terminais: o humor deprimido e muitos dos sintomas vegetativos da depressão podem ser uma consequência esperada da doença física de base. Sintomas como anorexia, perda de peso, insónia e fadiga são esperados no decurso da doença (oncológica ou não). Inúmeras estratégias têm sido propostas no sentido de ultrapassar a ausência de uma definição consensual, embora nenhum desses esforços mereça ainda aceitação consensual. Em primeiro lugar, tem-se assistido a uma modificação dos critérios de diagnóstico, retirando os sintomas biológicos e privilegiando os psíquicos, como na escala de Endicott¹⁴ para doentes com cancro onde os sintomas físicos são substituídos por factores cognitivos e emocionais. Por outro lado, diversos estudos aumentam o *cut-off* a partir do qual se considera existir doença psiquiátrica.

Uma outra forma encontrada para fazer face ao problema é a de argumentar que a depressão é uma síndrome constituída por diversos sintomas e que não deve ser feito esforço na diferenciação etiológica: doença psiquiátrica vs doença física¹⁵.

Prevalência e principais problemas metodológicos encontrados

A prevalência de depressão em Cuidados Paliativos varia consideravelmente ao longo da literatura.

A variabilidade encontrada é explicada essencialmente por duas razões transversais à maioria dos estudos¹⁶:

- Dimensão amostral reduzida, com uma consequente estimativa de prevalência imprecisa;
- Muitos estudos excluem cerca de metade dos doentes elegíveis, já que as entrevistas estruturadas ou o auto-preenchimento de questionários pressupõem capacidade de atenção, tempo e estabilidade clínica, condições raras no contexto da doença médica grave.

Na revisão sistemática de 2002 sobre prevalência de depressão em doença avançada, Hotopf *et al*¹⁶ calculam a prevalência em 15% e concluem que os estudos incluídos utilizam quatro abordagens de avaliação diferentes:

- a) *reconhecimento clínico*;
- b) *formulação de pergunta única*;
- c) *questionários diagnósticos* e
- d) *entrevistas estruturadas (critérios diagnósticos)*.

O *reconhecimento clínico* baseia-se na avaliação feita por um profissional de saúde. É uma forma rápida e fácil de reconhecer depressão e estimar a sua prevalência, contudo, esta está, usualmente, subestimada, já que é uma patologia pouco reconhecida na prática clínica. A análise retrospectiva dos diagnósticos de depressão escritos em processos clínicos revela uma prevalência baixa (7 a 14%), sendo mais elevada

quando avaliada retrospectivamente através dos registos de referenciação a unidades de Cuidados Paliativos. O contraste entre a experiência psico-patológica do doente e a percepção do seu médico é notório no trabalho de Grande *et al.*⁴⁹ no qual a depressão é referida em 63% dos doentes e apenas identificada pelo médico de família em 23% destes.

A **formulação de pergunta única**, usualmente *Sente-se deprimido ou triste?*, tem sido usada para avaliação de depressão em doentes com doença avançada. A prevalência sobrestimada obtida a partir desta abordagem pode explicar-se por diversas razões. O diagnóstico de depressão baseia-se apenas num único sintoma depressivo – estar deprimido/estar triste – e não na síndrome clínica definida pelas classificações diagnósticas mais comuns, o que conduz a uma prevalência média de 40,5% (29 a 53,5%).

Os **questionários diagnósticos** (HADS - *Hospital Anxiety and Depression Scale*, e.g.) tendem a sobrestimar a prevalência já que possuem diminuída especificidade e elevada sensibilidade. Os principais estudos utilizando a HADS apresentam uma amostra média de 70 doentes (variação 46 a 95), o que explica a prevalência média de depressão de 29% (variação 16 a 50). A **definição de depressão** ao longo dos ensaios que utilizam a HADS é dispar e com recurso a diversos *cut-offs*. O termo depressão definitiva derivada da HADS raramente utiliza critérios diagnósticos comparativos e apenas significa que o doente pontua acima de um *cut-off* arbitrário.

A prevalência de depressão utilizando entrevistas estruturadas, consideradas o *gold-standard* para diagnóstico, é cerca de metade quando comparada com a HADS. Tal facto pode significar que alguns casos definidos como *depressã* pela HADS não possuem critério para tal, estando a prevalência sobrestimada.

As **entrevistas estruturadas (critérios diagnósticos)** permitem a recolha de um conjunto de sintomas, utilizando algoritmos para a identificação de depressão a partir de sistemas de diagnóstico psiquiátricos.

Com esta abordagem, os resultados da prevalência variam consideravelmente [média 15%; (5-26)], mostrando ser mais reduzidos em relação aos valores provenientes de outras formas de avaliação.

Diversas razões explicam a variabilidade de resultados encontrados. Não existe homogeneidade nos métodos utilizados ao longo dos estudos – entrevista estruturada vs critérios diagnósticos como o DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). Chochinov *et al.*¹⁷ diminuíram o *cut-off* da SADS (*Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia*), verificando que a prevalência de depressão se elevava e *vice-versa*, afastando mais uma vez a possibilidade de adopção de um *cut-off* universal.

O elevado tempo de preenchimento das entrevistas estruturadas tornam-nas difíceis para os doentes terminais, já que estes apresentam maior debilidade, incapacidade de comunicação e alteração cognitiva. Como resultado óbvio desta realidade, a taxa de exclusão e abandonos dos estudos

utilizando este tipo de avaliação é elevada, diminuindo a prevalência.

AVALIAÇÃO DO DOENTE PALIATIVO DEPRIMIDO

Embora não consensual, é aceite e preconizado por alguns autores e sociedades científicas⁷⁴ que a depressão deve ser rastreada em todos os doentes (oncológicos ou não) recebendo Cuidados Paliativos, dada a prevalência elevada desta patologia.

Neste contexto, a avaliação da depressão deve seguir etapas bem definidas na prática clínica diária dos profissionais de saúde:

1.A Avaliação Inicial integra um conjunto de passos transversais a qualquer área da medicina. Esta pretende obter uma primeira impressão clínica, com a identificação precoce dos doentes *em risco*. A abordagem inicial ao doente paliativo inclui:

1.1. A Escuta Activa que tenha em consideração os problemas, preocupações, medos e preferências do doente, não excluindo a família.

A Comunicação médico-doente clara, aberta e empática, sem juízos de valor e sem recurso a termos técnicos.

Deve ser fornecida ao doente a Informação que este pretender quanto ao diagnóstico, evolução clínica e plano de tratamento, permitindo o envolvimento recíproco no processo de decisão e devolução de autonomia.

1.2. Em qualquer doente devem conhecer-se os Antecedentes Psiquiátricos Pessoais e Familiares.

Quadro 1. Sinais e sintomas indicadores de depressão em doentes terminais.

Sinais e Sintomas Psicológicos
Disforia ^{1*} ⁷⁵
Humor deprimido
Tristeza
Choro fácil
Anedonia
Desesperança*
Desamparo
Inutilidade*
Isolamento social
Culpa*
Ideação suicida*
Outros Sinais e Sintomas
Dor ou outros sintomas não controlados
Somatização excessiva
Incapacidade desproporcionada
Má adesão e colaboração terapêuticas

Traduzido e adaptado de Susan D. Block, 2000.

1.3. Os doentes paliativos apresentam um conjunto de **Sinais e Sintomas** Típicos de depressão (Quadro 1). Os sinais e sintomas de depressão na população geral

Tabela 1. Estudos representativos de prevalência de depressão em Cuidados Paliativos e respectivos instrumentos de avaliação

População	Autores	n	Doença/ Tratamento	Local/ Seguimento	Método/Instrumento	Prevalência
Doença oncológica	Addington-Hall et al ¹⁸	554	ME	Amb CP	PU (Quest) HADS	· PU: Interv: 48% Controlo: 53% · Dep (HADS ≥ 11): Interv: 20% Controlo: 36%
	Conill et al ¹⁹	176	ME (Met 66,5%, met mult 48%)	UCP Amb CP	PU (ESint)	53%
	Curtis et al ²⁰	100	ME	UCP	PU (ESint)	31%
	Miller e Walsh ²¹	92	ME	UCP	PU (EPsicoS)	54%
	Pratheepawani et al ²²	36	ME	UCP	PU (MQOL) PU (PEPS)	17%
	Chan e Woodruff ²³	130	ME	CP	PU (ESint)	50-58%
	Donnelly et al ²⁴	1000	ME	CCP	PU (Quest)	21%
	Coyle et al ²⁵	90	ME	UCP	Sintomas reportados	8%
	Brunelli et al ²⁶	148	ME	UCP	PU (Quest)	27%
	Chaturvedi ²⁷	50	ME	UCP	PU (checklist preocupações)	32% (tristeza)
	Baustista et al ²⁸	27	ME	CSP	Sintomas reportados	41%
	Sze et al ²⁹	70	ME	UCP	HADS	· Dep provável (HADS 8-10): 20% · Dep (HADS ≥ 11): 29%
	Fulton ³⁰	44	ME met	UCP	HADS	· Dep provável (HADS 8-10): 23% · Dep (HADS ≥ 11): 50%
	Hopwood et al ³¹	214	Mama	Senologia	HADS	· Dep provável (HADS 8-10): 2% · Dep (HADS ≥ 11): 18%
	Faull et al ³²	228 (3 UCP) 50 (1 Amb)	ME	UCP Amb CP	HADS	· Dep (HADS ≥ 11): 28% (1 Amb) · Dep (HADS ≥ 11): 24%, 29%, 32% (3 UCP)
	Grassi et al ³³	86	ME	Amb CP	HADS	Dep (HADS ≥ 11): 45%
	Ford et al ³⁴	108	ME	COnc	HADS	Dep (HADS ≥ 9): 36%
	Kramer ³⁵	60	Pulmão	COnc Amb CP	HADS	· Dep (HADS ≥ 11): 7% (aval inicial) · Dep (HADS ≥ 11): 32% (seg 2M)
	Stone et al ³⁶	95	ME	UCP	HADS	Dep (HADS ≥ 11): 35%
	Payne ³⁷	53	Mama e Ovarios	UOnc	HADS	Dep (HADS > 8): 21-27%
	Plumb e Holland ³⁸	97	ME + QT	IntHosp	BDI	· 4% grave · 19% moderada
	Meyer e Sinnott ³⁹	21	ME	CP	MEQ PU	43%
	Plumb e Holland ⁴⁰	80	ME	IntHosp	ECLinEst CAPPs	· 20% grave · 22% moderada · 33% ligeira
	Chochivov et al ⁴¹	200	ME	UCP	SADS	· Dep maior: 8% · Dep minor: 4,5%
	Hopwood et al ⁴²	81	Mama	Senologia	HADS + CIS DSM-III	17%
	Maguire et al ⁴³	61	Cólo-rectal	ND	PAS	5%
	Pugliese et al ⁴⁴	52	Cólo-rectal + QT	ND	DSM-III	9%
	Akechi et al ⁴⁵	209	ME	UCP	HADS DSM-III-R	· Dep: 6,7% (aval inicial) · Dep: 11,8% (seg 58 dias)
	Wilson e Chochinov ⁴⁶	93	ME	CP	DSM-IV	13,1%
	Breitbart et al ⁴⁷	200	ME	UCP	SAHD DSM-IV BDI	16%

Várias doenças	Dunphy e Amesbury ⁴⁸	404 (UCP) 143 (Amb)	ME	UCP Amb CP	RC	· UCP: 14% · Amb: 7%
	Grande et al ⁴⁹	30	ME	Amb CSP	RC por MF PU	· RC: 23% · PU: 63%
	Morize et al ⁵⁰	245	ME	UCP	RC por Med/Enf	38%
	McCarthy ⁵¹	195	Cancro (95%) SIDA (4%)	UCP Amb	RC	36%
	Ng e von Gunten ⁵²	100	ME	UCP	PU	37%
	Edmonds et al ⁵³	352	Cancro (92%)	CP	PU (E-STAS)	40%
	Heaven e Maguire ⁵⁴	87	ME	Amb CP	HADS	Dep (HADS >19): 17%
	Urch et al ⁵⁵	52	ND	Amb CP	HADS	Dep (HADS ≥11): 29%
	Spiller e Alexander ⁵⁶	16	ME	UCP	HADS	Dep (HADS ≥11): 17%
	Lloyd-Williams ⁵⁷	15	ME	Amb CP	HADS	Dep (HADS >9): 40%
	Holtom e Barraclough ⁵⁸	100	Cancro (92%)	UCP	HADS	Dep (HADS ≥11): 30%
	Melvin et al ⁵⁹	27	ME	Amb CP	GDS MEQ	· Dep grave: 8% · Dep moderada: 33%
	Weitzner et al ⁶⁰	44	ME	Amb CP	CES-D DSM-IV	· CES-D: 45% · DSM-IV: Dep major: 16% Dep minor: 16%
	Minagawa et al ⁶¹	93	ME	UCP	DSM-III	Dep major: 5.6%
	Power et al ⁶²	82	ME	UCP	DSM-III-R	26%
	Lloyd-Williams et al ⁶³	100	ME	Amb CP	PSE	22%
Le Fevre et al ⁶⁴	79	ME	Amb CP	HADS GHQ	18%	
Brown et al ⁶⁵	44	ME	UCP	DSM-III BDI	25%	
Insuficiência renal	Murtagh et al. ⁶⁶ [RevSist]	ND	IR terminal	Nefrologia	ND	27%
	Cohen et al ⁶⁷	79	IR terminal	Nefrologia	DSM-IV	5-25%
Doença de Parkinson	Lieberman ⁶⁸	ND	DPark	Neurologia	HDRS MADRS	20-40%
Esclerose múltipla avançada	Chwastiak et al ⁶⁹	739	Esclerose múltipla	ND	CES-D	41,8%
Insuficiência cardíaca	Rutledge et al ⁷⁰ [Metanálise]	36 estudos	ICC terminal	Cardiologia	Vários	21,5%
	Gibbs et al ⁷¹	675	ICC terminal	Cardiologia	ND	59% (h dep)
SIDA	Selwyn et al ⁷²	132	SIDA	CP	MSAS RDRS	23%
	Cook et al ⁷³	1716	SIDA	CEsp	CES-D	· Dep: 32% (ñ terminal) · Dep: 52% (terminal)

Amb, ambulatório; aval, avaliação; BDI, Beck Depression Inventory; CAPPs, Current and Past Psychopathological Scales; CCP, consulta de cuidados paliativos; CES-D, Center for Epidemiology Self-report Depression Scale; CEsp, consulta de especialidade; CIS, Clinical Interview Schedule; COnc, consulta de oncologia; CP, cuidados paliativos; CSP, cuidados de saúde primários; Dep, depressão; DPark, doença de Parkinson; DSM-III, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edition; DSM-III-R, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edition, revised; DSM-IV, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition; ECLinEst, entrevista clínica estruturada; Enf, enfermeiro; EpsicoS, escala psicossocial; ESint, escala de sintomas; E-STAS, expanded support team assessment schedule; GDS, Geriatric Depression Scale; GHQ, General Health Questionnaire; HADS, Hospital Anxiety and Depression Scale; h dep, humor deprimido; HDRS, Hamilton Depression Rating Scale; ICD-10, International Classification of Diseases; IR, insuficiência renal; IntHosp, internamento hospitalar; Interv, intervenção; M, meses; MADRS, Montgomery Asberg Depression Rating Scales; Med, médico; MEQ, Mood Evaluation Questionnaire; met, metastização; met mult, metastização múltipla; MF, médico de família; MQOL, McGill Quality of Life Questionnaire; MSAS, Memorial Symptom Assessment Scale; ñ, não; ND, não disponível; PAS, Psychiatric Assessment Scale; PEPS, Patient-Evaluated Problem Scores; PSE, Present State Examination; PU, pergunta única; QT, quimioterapia; Quest, questionário; RC, reconhecimento clínico; RDRS, Rapid Disability Rating Scale; RevLit, revisão literatura; RevSist, revisão sistemática; SAHD, Schedule of Attitudes Toward Hastened Death; seg, seguimento; SIDA, Síndrome da Inunodeficiência Humana Adquirida; UCP, unidade de cuidados paliativos; UOnc, unidade de oncologia.

podem, na população com doença avançada e grave, ser devidos à progressão da doença física e/ou ao tratamento, e, portanto, pouco úteis para diagnóstico.

1.4. Estão identificados diversos **Factores de Risco** para depressão em doentes paliativos:

1.4.1. A Idade parece ser, na maioria dos estudos, um factor de risco para depressão. Indivíduos mais novos apresentam maior prevalência de depressão^{76,77} e relatam o sofrimento psicológico mais frequentemente⁷⁸⁻⁸⁰.

1.4.2. Género. Na população geral, a depressão é duas vezes mais frequente em mulheres do que em homens⁸¹. Contudo, na população oncológica os dados não se mostram consistentes com esta tendência^{82,83}.

1.4.3. A História Anterior de Depressão é um conhecido factor de risco para depressão *major* em doentes oncológicos^{6,84}. A doença grave e incurável é um factor desencadeante para depressão recorrente⁸⁵.

1.4.4. A presença de Descontrolo Sintomático, particularmente dor, é factor de risco para depressão *major* e suicídio em doentes com cancro, particularmente o metastizado^{79,86-89}.

1.4.5. O Estado Funcional correlacionou-se, em diversos estudos⁹⁰⁻⁹³, com o sofrimento psicológico e depressão. O declínio funcional aumenta com a progressão de doença, daí que, na fase avançada, seja esperado maior risco de desenvolver patologia psiquiátrica⁹⁴.

1.4.6. Tipo de Doença e Factores Relacionados com o Tratamento. A prevalência de depressão é superior em doentes com tumores da cabeça e pescoço e pâncreas^{30,95}, estando calculada para esta última neoplasia entre 30 a 40%⁹⁶⁻⁹⁸. Nestes doentes, a depressão pode preceder os sintomas físicos da doença orgânica, provavelmente por alterações neuroendócrinas provocadas por citocinas tumorais^{87,95,96}, assim como pelo confronto com um prognóstico limitado e pela presença de dor.

Os tumores do sistema nervoso central (primários ou metastizados) podem provocar depressão⁹⁹⁻¹⁰⁵.

A depressão é frequente em doentes com Síndrome de Imunodeficiência Humana Adquirida (SIDA), já que infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) lesa directamente determinadas áreas subcorticais e os doentes apresentam maior isolamento social e desmoralização.

Outras causas orgânicas foram apontadas como responsáveis pela depressão em doentes com cancro, como alterações auto-imunes¹⁰⁶, infecções virais e deficiências nutricionais.

Muitos tratamentos oncológicos produzem efeitos adversos desencadeantes de sintomas depressivos, como é o caso da corticoterapia, da quimioterapia (vincristina, vinblastina, asparaginase, metotrexato, interferão e tamoxifeno)¹⁰⁷⁻¹¹⁴, assim como da radioterapia cerebral e da cabeça e pescoço¹¹⁵⁻¹¹⁹.

1.4.7. Preocupações Existenciais e Espiritualidade. Perante a doença progressiva e incurável, o indivíduo

confronta-se com preocupações existenciais como projectos de vida fracassados, ausência de sentido e perda de dignidade². Alguns estudos^{120,121} mostram que os doentes com desconhecimento da natureza da sua doença têm menor morbidade psiquiátrica, comparados com os que possuem total conhecimento da sua circunstância patológica.

2. O Rastreo de Depressão deve ser considerado em todos os doentes recebendo Cuidados Paliativos ou, pelo menos, naqueles em que a avaliação inicial identifica um possível *caso*.

Diversos instrumentos têm sido propostos para rastreo da depressão em doentes terminais. Chochinov *et al*¹²² desenvolveram a **pergunta única** – *Está deprimido?* – para rastreo de depressão. Neste trabalho, 197 doentes oncológicos terminais foram avaliados quanto à depressão com uma pergunta única usando a SADS (*Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia*) como critério diagnóstico comparativo. A pergunta *Está deprimido?* identificou correctamente o diagnóstico de depressão em todos os doentes (sensibilidade 1,0; especificidade 1,0; valor preditivo positivo 1,0). Um estudo posterior¹²³ realizado em doentes paliativos ingleses, utilizando a mesma pergunta, mostra valores de sensibilidade e especificidade inferiores (0,55 e 0,74, especificamente), sugerindo alguma interferência cultural – muitas sociedades como a asiática não possuem uma única palavra que defina humor deprimido¹²⁴.

Chochinov *et al*¹²⁵ alargaram o estudo inicial a **duas perguntas** – *No último mês tem-se sentido em baixo, deprimido ou sem esperança?* e *No último mês tem sentido pouco interesse ou prazer nas coisas?*. A adição de uma segunda questão referente à anedonia reduziu a sensibilidade (0,98) e o valor preditivo positivo (0,86), mas não a especificidade (1,0).

Numa revisão sistemática de 2009, Wasteson *et al.* concluem que o método mais utilizado no rastreo de depressão em doentes paliativos oncológicos é a **HADS**. Esta escala de auto-avaliação foi desenvolvida em 1983 por Zigmond e Snaith¹²⁶, colmatando aquele que parece o maior problema na avaliação da depressão na doença avançada: a interferência dos sintomas físicos decorrentes da doença médica grave nos resultados da escala de ansiedade e depressão. Para tal, os autores excluíram propositadamente os *items* relacionados com a doença física (sintomas vegetativos como vertigem, cefaleia, insónia, anergia, adinamia, anorexia e perda de peso), inserindo na escala apenas os *items* relativos aos sintomas psíquicos. Desta forma, a eficácia de medição da ansiedade e depressão é assegurada pelo controlo dos factores de confundimento¹²⁷. A HADS está dividida em duas sub-escalas classificadas separadamente – ansiedade e depressão – cada uma constituída por sete *items*. Cada *item* é respondido numa escala ordinal de quatro pontos (0 – inexistente a 3 – muito grave). Está validada para portugueses¹²⁸ em doentes com doença médica

Quadro 2 - Instrumentos mais utilizados na avaliação de sintomas depressivos em doentes paliativos e suas principais características.

Instrumento	Critério Diagnóstico	Cut-off utilizado	Sensibilidade	Especificidade	VPP
Pergunta única: Está deprimido?	SADS	ND	1,00	1,00	1,00
Duas perguntas: - No último mês tem-se sentido em baixo, deprimido ou sem esperança? - No último mês tem sentido pouco interesse ou prazer nas coisas?	SADS	ND	1,00	0,98	0,86
HADS	EDC	20	0,77	0,85	0,48
EPDS	ICD-10	13	0,81	0,89	0,53

EDC, *Endicott Diagnostic Criteria for depression*; EPDS, *Edinburgh Postnatal Depression Scale*; HADS, *Hospital Anxiety and Depression Scale*; ICD-10, *International Classification of Diseases*; ND, não disponível.

para validade de conteúdo, de critério e de constructo, sensibilidade entre populações, sensibilidade à mudança, fiabilidade e *cognitive debriefing*.

Le Fevre⁶⁴ administrou a HADS em 79 doentes paliativos, utilizando a EDC (*Endicott Diagnostic Criteria for depression*) como critério diagnóstico comparativo, obtendo sensibilidade de 0,77; especificidade de 0,85 e valor preditivo positivo de 0,48, para um *cut-off* de 20^{1f}.

Lloyd-Williams sublinha a importância do rastreio de depressão nos doentes paliativos que apresentem desejo de antecipação de morte, já que Chochinov *et al.*⁹ encontraram uma forte associação entre o diagnóstico clínico de depressão (realizado através da escala de Beck, validada para a população portuguesa¹²⁹) e o desejo de antecipação de morte ($p=0.009$). A depressão emergiu como o único factor preditivo independente de antecipação de morte.

3. Diagnóstico. Wasteson *et al.*¹³ conceptualizam a questão do diagnóstico de depressão na doença médica avançada em duas grandes divisões: *categorial* (que entende a depressão como uma doença) e *dimensional* (que olha a depressão como um conjunto de sintomas depressivos que podem não constituir doença como uma entidade rígida).

Na *divisão categorial*, o DSM-IV, desenvolvido como uma classificação taxonómica de doenças mentais, é considerado o *gold-standard* para a identificação, gravidade e necessidade de tratamento da depressão. O diagnóstico de depressão, definido pelo DSM-IV, pode ser obtido através da utilização de entrevistas estruturadas como a M.I.N.I.²⁸ (*Mini International Neuropsychiatric Interview*), mais práticas, rápidas e cómodas para o doente. O DSM-IV possui critérios diagnóstico rigorosos, e foi desenvolvido por profissionais de saúde mental com base em formulações mais descritivas e empíricas do que teóricas¹³⁰, e validado em populações sem comorbidade médica significativa. Na população de doentes terminais (oncológicos ou não) coloca-se o problema da sobrepo-

sição dos sintomas atribuíveis à doença física com os da doença psiquiátrica. Estudos recentes^{19,131} mostram que os doentes avançados possuem redução de peso, astenia, anorexia, insónia, fadiga, lentificação psico-motora (entre 30 e 77%), sintomas esses que nos sistemas diagnósticos clássicos, como o DSM-IV, seriam considerados como parte do quadro depressivo.

Assiste-se a uma questão essencial quanto ao diagnóstico de depressão em doentes médicos graves: sintomas físicos resultantes da progressão da doença vs sintomas vegetativos resultantes do quadro depressivo.

Por esta razão, na *perspectiva dimensional*, foram desenvolvidos instrumentos para populações com doença avançada que excluem os sintomas depressivos somáticos, como os critérios de Endicott¹³² e a HADS.

Na revisão sistemática de Wasteson *et al.* a maioria dos estudos (76/202) utiliza a HADS para a identificação de sintomas depressivos. O DSM-IV é indicado como o sistema diagnóstico mais utilizado, contudo, e paradoxalmente, a maioria das definições de *caso* de depressão (59%) não provinha desta classificação, mas sim da HADS, com uma frança variabilidade de *cut-offs*. Creed defende que a avaliação da depressão através de escalas de auto-administração é a forma mais adequada de obter uma imagem real do que acontece na população com doença avançada e não necessita de *cut-offs* definidos¹³³. A confirmação da presença de sintomas depressivos nas duas semanas anteriores utilizando o DSM-IV foi avaliada em 22% dos estudos e apenas 18% referiu alteração no funcionamento dos doentes. Perante a enorme heterogeneidade de dados apresentados, muitos casos definidos como “depressão” podem ser apenas tristeza ou reacções normais perante a perda, alterando a visão global do problema (da prevalência, *e.g.*).

Face à evidência existente pode afirmar-se que critérios diagnósticos clássicos como o DSM-IV possuem limitações na avaliação da depressão em doentes avançados e devem ser guardados para identificar *casos* a intervir com um tratamento¹³⁴.

Em termos práticos, e na opinião de vários autores,

1^f Na validação para português por Pais-Ribeiro, o *cut-off* considerado é 11 para depressão e ansiedade.

2^s Apesar de não validado para a população portuguesa, este instrumento encontra-se traduzido para português.

deve ser escolhido o instrumento mais adequado à **população** (HADS – doença física avançada vs DSM-IV – doença psiquiátrica), ao **objectivo** (HADS – rastreio, identificação, seguimento e tratamento na doença avançada vs DSM-IV – apenas para identificação de *caso* para tratamento) e **facilidade de aplicação** considerando a fragilidade e instabilidade clínica do doente (brevidade, incómodo, aceitabilidade para doente e profissional).

Assim, a avaliação da depressão deve seguir a *perspectiva dimensional* que englobe, preferencialmente, os instrumentos de auto-avaliação que tenham sido construídos para a população médica com patologia avançada (HADS, *e.g.*).

CONCLUSÃO

A depressão é a patologia psicossocial mais comum em Cuidados Paliativos e a literatura existente apresenta francas limitações, nomeadamente no que concerne às indicações para o tratamento e aos critérios diagnósticos utilizados.

A prevalência média de depressão ao longo dos estudos está calculada em 15%, no entanto esta doença continua pouco investigada, sub-diagnosticada e sub-tratada.

Em indivíduos com doença avançada, a depressão provoca diminuição da qualidade de vida, aumento do sofrimento físico, angústia e *burnout* nos cuidadores. Estudos recentes mostram que os doentes deprimidos apresentam risco superior de ideação suicida, suicídio, assim como desejo de antecipação de morte.

Através da análise da evidência existente, parece ser possível apresentar as seguintes conclusões:

- O humor deprimido e a tristeza são respostas normais e apropriadas face à doença grave e/ou ao tratamento debilitante. A depressão também pode surgir neste contexto, contudo, deve ser reconhecida e tratada;

- Sinais e sintomas como anedonia, perda/ganho de peso, anorexia, insónia e lentificação psico-motora podem ser decorrentes da doença médica avançada e não da depressão. Por esta razão, outros indicadores clínicos possuem maior valor preditivo para depressão nesta população, *p. ex.*: sentimentos de desesperança, desamparo, inutilidade, culpa e ideação suicida;

- Os doentes que apresentam desejo de antecipação de morte devem ser avaliados quanto a depressão já que está demonstrada uma associação significativa entre estas duas entidades psico-patológicas;

- Os profissionais de Cuidados Paliativos devem realizar uma avaliação clínica inicial cuidada a todos os doentes, que inclua os antecedentes psiquiátricos familiares e pessoais, os sinais e sintomas típicos de depressão na doença terminal e os seus factores de risco conhecidos;

- Idealmente, todos os doentes em Cuidados Paliativos

devem ser rastreados para depressão;

- Os principais instrumentos para a avaliação de sintomas depressivos são:

- Formulação de uma ou duas perguntas – *Está deprimido?* ou *No último mês tem-se sentido em baixo, deprimido ou sem esperança?* e *No último mês tem sentido pouco interesse ou prazer nas coisas?*;

- A HADS é o único instrumento de avaliação de ansiedade e depressão desenvolvido especialmente para população médica, já que foram eliminados os sintomas relacionados com a perturbação física e incluídos apenas sintomas psíquicos. Esta escala de auto-preenchimento está validada para a população portuguesa. Não está definido universalmente o *cut-off* a partir do qual se considera o diagnóstico clínico de depressão. Na maioria dos estudos avaliados o *cut-off* > 11 representa *depressão definitiva*;

- Os critérios diagnósticos (DSM, *e.g.*) e as entrevistas estruturadas (M.I.N.I., *e.g.*) são o *gold-standard* para diagnóstico de depressão, contudo foram desenvolvidas em populações sem comorbilidade médica. Os sintomas decorrentes da doença médica avançada (anergia, astenia, fadiga, entre outros) podem, erroneamente, ser considerados como fazendo parte do quadro depressivo, criando doença psiquiátrica onde ela não existe. Embora não consensual, estes instrumentos de avaliação devem ser guardados para doentes cuja avaliação inicial identifica um possível *caso* de depressão ou quando o doente não apresenta sintomas somáticos que possam interferir no diagnóstico psiquiátrico.

- É necessária investigação futura nesta área para que se possa adoptar uma definição universalmente aceite de depressão na doença avançada, assim como os instrumentos de avaliação adequados e respectivos *cut-offs* com significado clínico.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem a Vivelinda Guerreiro, Filipa Fareira, Sofia Mata o apoio, tempo e paciência dispensados na realização deste artigo.

Conflito de interesses:

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

Fontes de financiamento:

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

REFERÊNCIAS

1. BLOCK SD: Assessing and managing depression in the terminally ill patient. ACP-ASIM End-of-Life Care Consensus Panel. American College of Physicians – American Society of Internal Medicine. *Ann Intern*

Med 2000; 132(3):209-218

2. BREITBART W, BRUERA E, CHOCHINOV H, LYNCH M et al: Neuropsychiatric syndromes and psychological symptoms in patients with advanced cancer. *J Pain Symptom Manage* 1995; 10:131
3. SHARPE M, STRONG V, ALLEN K et al: Major depression in outpatients attending a regional cancer centre: screening and unmet treatment needs. *Br J Cancer* 2004;90:314
4. LLOYD-WILLIAMS M, FRIEDMAN T, RUDD N: A survey of antidepressant prescribing in the terminally ill. *Palliat Med* 1999; 13:243
5. O'MAHONY S, GOULET J, KORNBLITY A et al: Desire for hastened death, cancer pain and depression: report of a longitudinal observational study. *J Pain Symptom Manage* 2005;29:446
6. MEYER HA, SINNOTT C, SEED PT: Depressive symptoms in advanced cancer. Part 2. Depression over time; the role of the palliative care professional. *Palliat Med* 2003;17:604
7. MASSIE MJ, HOLLAND JC: The cancer patient with pain: psychiatric complications and their management. *Med Clin North Am* 1987;71(2):243-58 Review
8. DEAN C: Psychiatric morbidity following mastectomy: preoperative predictors and types of illness. *J Psychosom Res* 1987;31(3):385-92
9. CHOCHINOV HM, WILSON KG, ENNS M, MOWCHUN N, LANDER S, LEVITT M, CLINCH JJ: Desire for death in the terminally ill. *Am J Psychiatry* 1995;152(8):1185-91
10. WELLS KB, SHERBOURNE CD: Functioning and utility for current health of patients with depression or chronic medical conditions in managed, primary care practices. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56(10):897-904
11. Wells KB, STEWART A, HAYS RD, BURNAM MA, ROGERS W, DANIELS M, BERRY S, GREENFIELD S, WARE J: The functioning and well-being of depressed patients. Results from the Medical Outcomes Study. *JAMA* 1989;262(7):914-9
12. WILSON KG, CHOCHINOV HM, MCPHERSON CJ, et al: Suffering with advanced cancer. *J Clin Oncol* 2007;25:1691
13. WASTESON E, BRENNE E, HIGGINSON IJ, HOTOPF M, LLOYD-WILLIAMS M, KAASA S, LOGE JH; European Palliative Care Research Collaborative (EPCRC): Depression assessment and classification in palliative cancer patients: a systematic literature review. *Palliat Med* 2009; 23(8):739-753
14. ENDICOTT J: Measurement of depression in patients with cancer. *Cancer* 1984;53(10):2243-9
15. HOUSE A: Mood disorders in the physically ill - problems of definition and measurement. *J Psychosom Res* 1988;32(4-5):345-53. Review
16. HOTOPF M, CHIDGEY J, ADDINGTON-HALL J, LY KL: Depression in advanced disease: a systematic review Part 1. Prevalence and case finding. *Palliat Med* 2002;16:81
17. CHOCHINOV HM, WILSON KG, ENNS M, LANDER S: Prevalence of depression in the terminally ill: effects of diagnostic criteria and symptom threshold judgments. *Am J Psychiatry* 1994; 151:537-40
18. ADDINGTON-HALL J, MACDONALD MD, ANDERSON HR, CHAMBERLAIN J, FREELING P, BLAND JM, et al: Randomised controlled trial of effects of coordinating care for terminally ill cancer patients. *BMJ* 1992; 305:1317-1322
19. CONILL C, VERGER E, HENRIQUEZ I, SAIZ N, ESPIER M, LUGO F, GARRIGOS A: Symptom prevalence in the last week of life. *J Pain Symptom Manage* 1997; 14(6):328-31
20. CURTIS EB, KRECH R, WALSH TD: Common symptoms in patients with advanced cancer. *J Palliat Care* 1991; 7(2):25-9
21. MILLER RD, WALSH TD: Psychosocial aspects of palliative care in advanced cancer. *J Pain Symptom Manage* 1991; 6(1):24-9
22. PRATHEEPWANIT N, SALEK MS, FINLAY IG: The applicability of quality-of-life assessment in palliative care: comparing two quality-of-life measures. *Palliat Med* 1999; 13(4):325-34
23. CHAN A, WOODRUFF RK: Comparison of palliative care needs of English- and non-English-speaking patients. *J Palliat Care* 1999; 15(1):26-30
24. DONNELLY S, WALSH D, RYBICKI L: The symptoms of advanced cancer: identification of clinical and research priorities by assessment of prevalence and severity. *J Palliat Care* 1995; 11(1):27-32
25. COYLE N, ADELHARDT J, FOLEY KM, PORTENOY RK: Character of terminal illness in the advanced cancer patient: pain and other symptoms during the last four weeks of life. *J Pain Symptom Manage* 1990; 5(2):83-93
26. BRUNELLI C, COSTANTINI M, DI GIULIO P, GALLUCCI M, FUSCO F, MICCINESI G, PACIE, PERUSELLI C, MORINO P, PIAZZA M, TAMBURINI M, TOSCANI F: Quality-of-life evaluation: when do terminal cancer patients and health-care providers agree? *J Pain Symptom Manage* 1998; 15(3):151-8
27. CHATURVEDI SK: Exploration of concerns and role of psychosocial intervention in palliative care—a study from India. *Ann Acad Med Singapore* 1994; 23(2):256-60
28. BAUSTISTA JAA, ARES JF, ECHAVARRI CT, DOMÍNGUEZ EG, ROMÁN MTRS, IBÁÑEZ MTM: Manejo de los pacientes con cancer terminal en un centro de atención primaria. *Atención Primaria* 1994; 14: 555-58
29. SZE FK, WONG E, LO R, WOO J: Do pain and disability differ in depressed cancer patients? *Palliat Med* 2000; 14(1):11-7
30. FULTON CL: The physical and psychological symptoms experienced by patients with metastatic breast cancer before death. *Eur J Cancer Care* 1997; 6(4):262-6
31. HOPWOOD P, HOWELLA, MAGUIRE P: Psychiatric morbidity in patients with advanced cancer of the breast: prevalence measured by two self-rating questionnaires. *Br J Cancer* 1991; 64(2):349-52
32. FAULL CM, JOHNSON IS, BUTLER TJ: The Hospital Anxiety and Depression (HAD) Scale: its validity in patients with terminal malignant disease. *Palliat Med* 1994; 8: 69
33. GRASSI L, INDELLI M, MARZOLA M, MAESTRI A, SANTINI A, PIVA E, BOCCALON M: Depressive symptoms and quality of life in home-care-assisted cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 1996; 12(5):300-7
34. FORD MF, JONES M, SCANNELL T, POWELL A, COOMBES RC, EVANS C: Is group psychotherapy feasible for oncology outpatients attenders selected on the basis of psychological morbidity? *Br J Cancer* 1990; 62(4):624-6
35. KRAMER JA: Use of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in the assessment of depression in patients with inoperable lung cancer. *Palliat Med* 1999; 13(4):353-4
36. STONE P, HARDY J, BROADLEY K, TOOKMAN AJ, KUROWSKA A, A'HERN R: Fatigue in advanced cancer: a prospective controlled cross-sectional study. *Br J Cancer* 1999; 79(9-10):1479-86
37. PAYNE, S: Anxiety and depression in women with advanced cancer: Implications for counselling. *Counselling Psychology Quarterly* 1989; 2(3): 337-344.
38. PLUMB MM, HOLLAND J: Comparative studies of psychological function in patients with advanced cancer - I. Self-reported depressive symptoms. *Psychosom Med* 1977; 39(4):264-76
39. MEYER M, SINNOTT S: Study to evaluate the prevalence and range of depressive symptoms in patients with advanced cancer receiving specialist palliative care. *Psycho-Oncol* 1999; 8:9
40. PLUMB M, HOLLAND J: Comparative studies of psychological function in patients with advanced cancer. II. Interviewer-rated current and past psychological symptoms. *Psychosom Med* 1981; 43(3):243-54
41. CHOCHINOV HM, WILSON KG, ENNS M, MOWCHUN N, LANDER S, LEVITT M, CLINCH JJ: Desire for death in the terminally ill. *Am J Psychiatry* 1995; 152(8):1185-91
42. HOPWOOD P, HOWELLA, MAGUIRE P: Screening for psychiatric morbidity in patients with advanced breast cancer: validation of two self-report questionnaires. *Br J Cancer* 1991; 64(2):353-6
43. MAGUIRE P, WALSH S, JEACOCK J, KINGSTON R: Physical and psychological needs of patients dying from colo-rectal cancer. *Palliat Med* 1999; 13(1):45-50
44. PUGLIESE P, NISI E, GARUFI C, TERZOLI E, DI GIANDO-

- MENICO F, CARUSO A: Evaluation and improvement of psychological distress in 52 advanced colo-rectal cancer patients submitted to chromomodulated chemotherapy. 4th International Congress of Psycho-Oncology, Hamburg, 1998
45. AKECHI T, OKUYAMA T, SUGAWARA Y, NAKANO T, SHIMA Y, UCHITOMI Y: Major depression, adjustment disorders, and post-traumatic stress disorder in terminally ill cancer patients: associated and predictive factors. *J Clin Oncol* 2004; 22(10):1957-65
46. WILSON KG, CHOCHINOV HM, SKIRKO MG, ALLARD P, CHARY S, GAGNON PR, MACMILLAN K, DE LUCA M, O'SHEA F, KUHL D, FAINSINGER RL, CLINCH JJ: Depression and anxiety disorders in palliative cancer care. *J Pain Symptom Manag* 2007; 33(2):118-29
47. BREITBART W, ROSENFELD B, PESSIN H, KAIM M, FUNESTI-ESCH J, GALIETTA M, NELSON CJ, BRESCIA R: Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. *JAMA* 2000; 284(22):2907-11
48. DUNPHY KP, AMESBURY BDW: A comparison of hospice and home care patients: patterns of referral, patient characteristics and predictors of place of death. *Palliat Med*; 4:105-111
49. GRANDE GE, BARCLAY SI, TODD CJ: Difficulty of symptom control and general practitioners' knowledge of patients' symptoms. *Palliat Med* 1997; 11(5):399-406
50. MORIZE V, NGUYEN DT, LORENTE C, DESFOSSÉS G: Descriptive epidemiological survey on a given day in all palliative care patients hospitalized in a French university hospital. *Palliat Med* 1999; 13:105-117
51. MCCARTHY M: Hospice patients: a pilot study in 12 services. *Palliat Med* 1990; 4:93-104
52. NG K, VON GUNTEN CF: Symptoms and attitudes of 100 consecutive patients admitted to an acute hospice/palliative care unit. *J Pain Symptom Manag* 1998; 16(5):307-16
53. EDMONDS PM, STUTTAFORD JM, PENNY J, LYNCH AM, CHAMBERLAIN J: Do hospital palliative care teams improve symptom control? Use of a modified STAS as an evaluation tool. *Palliat Med* 1998; 12(5):345-51
54. HEAVENCM, MAGUIRE P: The relationship between patients' concerns and psychological distress in a hospice setting. *Psycho-Oncology* 1998; 7:502-507
55. URCH CE, CHAMBERLAIN J, FIELD G: The drawback of the Hospital Anxiety and Depression Scale in the assessment of depression in hospice inpatients. *Palliat Med* 1998; 12(5):395-6
56. SPILLER JA, ALEXANDER DA: Domiciliary care: a comparison of the views of terminally ill patients and their family caregivers. *Palliat Med* 1993; 7(2):109-15
57. LLOYD-WILLIAMS M: The use of the HAD scale in research. *Palliat Care Today* 1993; 2:39
58. HOLTOM N, BARRACLOUGH J: Is the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) useful in assessing depression in palliative care? *Palliat Med* 2000; 14(3):219-20
59. MELVIN TA, OZBEK IN, EBERLE DE: Recognition of depression. *Hosp J* 1995; 10(3):39-46
60. WEITZNER MA, GONZALEZ L, MCMILLAN SC, JACOBSEN PB, SCHONWETTER R: Prevalence of major and minor depression in outpatient hospice patients. *Psycho-Oncol* 1999; 8(suppl6):8
61. MINAGAWA H, UCHITOMI Y, YAMAWAKI S, ISHITANI K: Psychiatric morbidity in terminally ill cancer patients. A prospective study. *Cancer* 1996; 78(5):1131-7
62. POWER D, KELLY S, GILSENAN J, KEARNEY M, O'MAHONY D, WALSH JB, COAKLEY D: Suitable screening tests for cognitive impairment and depression in the terminally ill - a prospective prevalence study. *Palliat Med* 1993; 7(3):213-8
63. LLOYD-WILLIAMS M, FRIEDMAN T, RUDD N, RATHBONE G: Are terminally ill patients depressed? *Palliat Med* 1998; 12:486
64. LE FEVRE P, DEVEREUX J, SMITH S, LAWRIE SM, CORN- BLEET M: Screening for psychiatric illness in the palliative care inpatient setting: a comparison between the Hospital Anxiety and Depression Scale and the General Health Questionnaire-12. *Palliat Med* 1999; 13(5):399-407
65. BROWN JH, HENTELEFF P, BARAKAT S, ROWE CJ: Is it normal for terminally ill patients to desire death? *Am J Psychiatry* 1986; 143(2):208-11
66. MURTAGH FE, ADDINGTON-HALL J, HIGGINSON IJ: The prevalence of symptoms in end-stage renal disease: a systematic review. *Adv Chronic Kidney Dis* 2007; 14(1):82-99
67. COHEN LM, DOBSCHA SK, HAILS KC, PEKOW PS, CHOCHINOV HM: Depression and suicidal ideation in patients who discontinue the life-support treatment of dialysis. *Psychosom Med* 2002; 64(6):889-96
68. LIEBERMAN A: Depression in Parkinson's disease - a review. *Acta Neurol Scand* 2006; 113(1):1-8. Review
69. CHWASTIAK L, EHDE DM, GIBBONS LE, SULLIVAN M, BOWEN JD, KRAFT GH: Depressive symptoms and severity of illness in multiple sclerosis: epidemiologic study of a large community sample. *Am J Psychiatry* 2002; 159(11):1862-8
70. RUTLEDGE T, REIS VA, LINKE SE, GREENBERG BH, MILLS PJ: Depression in heart failure a meta-analytic review of prevalence, intervention effects, and associations with clinical outcomes. *J Am Coll Cardiol* 2006; 48(8):1527-37
71. GIBBS JS, MCCOY AS, GIBBS LM, ROGERS AE, ADDINGTON-HALL JM: Living with and dying from heart failure: the role of palliative care. *Heart* 2002; 88 Suppl 2:36-9. Review
72. SELWYN PA, RIVARD M, KAPPELL D et al: Palliative care for AIDS at a large urban teaching hospital: program description and preliminary outcomes. *J Palliat Med* 2003;6(3):461-474
73. COOK JA, GREY D, BURKE J et al: Depressive symptoms and AIDS-related mortality among a multisite cohort of HIV-positive women. *Am J Public Health* 2004; 94(7):1133-40
74. RAYNER L, HIGGINSON IJ, PRICE A, HOTOPF M: The Management of Depression in Palliative Care: Draft European Clinical Guidelines. London: Department of Palliative Care, Policy & Rehabilitation/ European Palliative Care Research Collaborative; 2009
75. MASSIE MJ: Depression. Ed. Holland JC, Rowland JH. Oxford University Press. New York 1989; 283-90
76. KATHOL RG, NOYES R JR, WILLIAMS J, et al: Diagnosing depression in patients with medical illness. *Psychosomatics* 1990; 31:434
77. LEVINE PM, SILBERFARB PM, LIPOWSKI ZJ: Mental disorders in cancer patients: a study of 100 psychiatric referrals. *Cancer* 1978; 42(3):1385-91
78. SPIEGEL D, BLOOM JR: Pain in metastatic breast cancer. *Cancer* 1983; 52:341
79. CRAIG TJ, ABELOFF MD: Psychiatric symptomatology among hospitalized cancer patients. *American Journal of Psychiatry* 1974; 131:1323-27
80. NOYES R JR, KATHOL RG, DEBELIUS-ENEMARK P, WILLIAMS J, MUTGIA, SUELZER MT, CLAMON GH: Distress associated with cancer as measured by the illness distress scale. *Psychosomatics* 1990; 31(3):321-30
81. STAHL SM: Essential Psychopharmacology, 2nd edition. Cambridge University Press. New York 2000; 140-141
82. MASSIE MJ: Prevalence of depression in patients with cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2004;57
83. DEFLORIO ML, MASSIE MJ: Review of depression in cancer: gender differences. *Depression* 1995; 3:66
84. HUGHES JE: Depressive illness and lung cancer. I. Depression before diagnosis. *Eur J Surg Oncol* 1985; 11:15
85. HARRISON J, MAGUIRE P: Predictors of psychiatric morbidity in cancer patients. *Br J Psychiatry* 1994; 165:593
86. KELSEN DP, PORTENOY RK, THALER HT, et al: Pain and depression in patients with newly diagnosed pancreas cancer. *J Clin Oncol* 1995; 13:748
87. GLOVER J, DIBBLE SL, DODD MJ, MIASKOWSKI C: Mood states of oncology outpatients: does pain make a difference? *J Pain Symptom*

- Manag 1995; 10:120
88. CHOCHINOV HM, WILSON KG: The euthanasia debate: attitudes, practices and psychiatric considerations. *Can J Psychiatry* 1995; 40:593
 89. WILSON KG, CHOCHINOV HM: Physician-assisted suicide. *N Engl J Med* 1996; 335:518
 90. LANSKY SB, LIST MA, HERRMANN CA, ETS-HOKIN EG, DASGUPTA TK, WILBANKS GD, HENDRICKSON FR: Absence of major depressive disorder in female cancer patients. *J Clin Oncol* 1985; 3(11):1553-60
 91. LANCEE WJ, VACHON ML, GHADIRIAN P, ADAIR W, CONWAY B, DRYER D: The impact of pain and impaired role performance on distress in persons with cancer. *Can J Psychiatry* 1994; 39(10):617-22
 92. WILLIAMSON GM, SCHULZ R: Activity restriction mediates the association between pain and depressed affect: a study of younger and older adult cancer patients. *Psychol Aging* 1995; 10(3):369-78
 93. KAASAS, MALT U, HAGEN S, WIST E, MOUM T, KVIKSTADA: Psychological distress in cancer patients with advanced disease. *Radiother Oncol.* 1993; 27(3):193-7
 94. DEROGATIS LR, MORROW GR, FETTING J, PENMAN D, PIASETSKY S, SCHMALE AM, HENRICH M, CARNICKE CL JR: The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 1983; 249(6):751-7
 95. BOYD AD, RIBA M: Depression and pancreatic cancer. *J Natl Compr Canc Netw* 2007; 5:113
 96. SHAKIN EJ, HOLLAND J: Depression and pancreatic cancer. *J Pain Symptom Manag* 1988; 3:194
 97. GREEN AI, AUSTIN CP: Psychopathology of pancreatic cancer. A psychobiologic probe. *Psychosomatics* 1993; 34(3):208-21. Review
 98. PASSIK SD, BREITBART WS: Depression in patients with pancreatic carcinoma. Diagnostic and treatment issues. *Cancer* 1996; 78(3 Suppl):615-26. Review
 99. PELLETIER G, VERHOEF MJ, KHATRI N, HAGEN N: Quality of life in brain tumor patients: the relative contributions of depression, fatigue, emotional distress, and existential issues. *J Neurooncol* 2002; 57:41
 100. WALSH D, DONNELLY S, RYBICKI L: The symptoms of advanced cancer: relationship to age, gender, and performance status in 1,000 patients. *Support Care Cancer* 2000; 8:175
 101. MAINIO A, HAKKO H, NIEMELA A, et al: Gender difference in relation to depression and quality of life among patients with a primary brain tumor. *Eur Psychiatry* 2006; 21:194
 102. LITOFKY NS, FARACE E, ANDERSON F JR, et al: Depression in patients with high-grade glioma: results of the Glioma Outcomes Project. *Neurosurgery* 2004; 54:358
 103. WEITZNER MA, KANFER S, BOOTH-JONES M: Apathy and pituitary disease: it has nothing to do with depression. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2005; 17:159
 104. KELLY WF, CHECKLEY SA, BENDER DA, MASHITER K: Cushing's syndrome and depression - a prospective study of 26 patients. *Br J Psychiatry* 1983; 142:16
 105. BREITBART W: Endocrine-related psychiatric disorders. In: *Handbook of Psychooncology: Psychological Care of the Patient with Cancer.* Holland JC, Rowland JH, eds. New York Oxford University Press 1989;356
 106. BROWN JH, PARASKEVAS F: Cancer and depression: cancer presenting with depressive illness: an autoimmune disease? *Br J Psychiatry* 1982; 141:227
 107. PATTEN SB, BARBUI C: Drug-induced depression: a systematic review to inform clinical practice. *Psychother Psychosom* 2004; 73:207
 108. DEVLEN J, MAGUIRE P, PHILLIPS P, et al: Psychological problems associated with diagnosis and treatment of lymphomas. I: Retrospective study. *Br Med J* 1987; 295:953
 109. DEVLEN J, MAGUIRE P, PHILLIPS P, CROWTHER D: Psychological problems associated with diagnosis and treatment of lymphomas. II: Prospective study. *Br Med J* 1987; 295:955
 110. STIEFEL FC, BREITBART WS, HOLLAND JC: Corticosteroids in cancer: neuropsychiatric complications. *Cancer Invest* 1989; 7:479
 111. HOLLAND JC, FASSANELLOS OT: Psychiatric symptoms associated with L-asparagine administration. *J Psychiatr Res* 1974; 10:105
 112. ADAMS F, QUESADA JR, GUTTERMAN JN: Neuropsychiatric manifestations of human leukocyte interferon therapy in patients with cancer. *JAMA* 1984; 252:938
 113. DENICOFF KD, RUBINOW DR, PAPA MZ: The neuropsychiatric effects of treatment with interleukin-w and lymphokine-activated killer cells. *Ann Intern Med* 1987; 107:293
 114. WEDDINGTON WW: Delirium and depression associated with amphotericin B. *Psychosomatics* 1982; 23:1076
 115. KELLY C, PALERI V, DOWNS C, SHAH R: Deterioration in quality of life and depressive symptoms during radiation therapy for head and neck cancer. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2007; 136:108
 116. IRWIN PH, KRAMER S, DIAMOND NH, et al: Sex differences in psychological distress during definitive radiation therapy for cancer. *J Psychosoc Oncol* 1986; 4:63
 117. SEHLEN S, LENK M, HERSCHBACH P, et al: Depressive symptoms during and after radiotherapy for head and neck cancer. *Head Neck* 2003; 25:1004
 118. KOHDA R, OTSUBO T, KUWAKADO Y, et al: Prospective studies on mental status and quality of life in patients with head and neck cancer treated by radiation. *Psychooncology* 2005; 14:331
 119. ARMSTRONG CL, GYATO K, AWADALLA AW, et al: A critical review of the clinical effects of therapeutic irradiation damage to the brain: the roots of controversy. *Neuropsychol Rev* 2004; 14:65
 120. ALEXANDER PJ, DINESH N, VIDYASAGAR MS: Psychiatric morbidity among cancer patients and its relationship with awareness of illness and expectations about treatment outcome. *Acta Oncol* 1993; 32(6):623-6
 121. DE WALDEN-GALUSZKO K: Prevalence of psychological morbidity in terminally-ill cancer patients. *Psychooncology* 1996; 5:45-49
 122. CHOCHINOV HM, WILSON KG, ENNS M, LANDER S: "Are you depressed?" Screening for depression in terminally ill. *Am J Psychiatry* 1997; 154:674-76
 123. LLOYD-WILLIAMS M, DENNIS M, TAYLOR F, BAKER I: Is asking patients in palliative care, "Are you depressed?" appropriate? Prospective study. *BMJ* 2003; 327: 372-373
 124. LLOYD-WILLIAMS M, SPILLER J: Which depression screening tools should be used in palliative care? *Palliat Med* 2003; 17:40-43
 125. CHOCHINOV HM, WILSON KG: "Are you depressed?" Screening for depression in terminally ill: reply. *Am J Psychiatry* 1998; 155:994-95
 126. ZIGMOND A, SNAITH RP: The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scand* 1983; 67:361-370
 127. JONSTON M, POLLARD B, HENNESSEY P: Construct validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale with clinical populations. *J Psych Res* 2000; 48:579-584
 128. PAIS-RIBEIRO J, SILVA I, FERREIRA T, MARTINS A, MENESES R, BALTASAR M: Validation study of a portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychol Health Med* 2007; 12:225-237
 129. VAZ-SERRA A, ABREU J: Aferição dos quadros clínicos depressivos: I- Ensaio de aplicação do "inventário depressivo de Beck" a uma amostra portuguesa de doentes deprimidos. *Coimbra Médica* 1973; XX:623-644
 130. TELLES-CORREIA D et al: Ansiedade e depressão em medicina: modelos teóricos e avaliação. *Acta Med Port* 2009;22(1):89-98
 131. CAVANAUGH S: Diagnosing depression in the hospitalized medically ill. *Psychosomatics* 1983; 24:809-815
 132. ENDICOTT J: Measurement of depression in patients with cancer. *Cancer* 1984; 53:2243-9
 133. CREED F, DICKENS C: Depression in the medically ill. Depression and physical illness. Andrew Steptoe, ed. London. Cambridge University Press 2007; 1:2-18
 134. HOUSE A: Mood disorders in the physically ill. Problems of definition and measurement. *J Psych Res* 1988; 32:345-353

(Footnotes)

1 * Massie considera que sintomas como perda/ganho de peso, anorexia, insónia, fadiga, lentificação motora e perda da libido possuem pouca validade para o diagnóstico de depressão em doentes oncológi-

cos, aparecendo como consequência da doença física e/ou tratamento. Outros sinais e sintomas como disforia, sentimento de desesperança, inutilidade, culpa e ideação suicida possuem maior valor preditivo para o diagnóstico de depressão.