



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA

MANUELLA ITALIANO PEIXOTO

Terapia nutricional enteral: prevalência e fatores associados em
idosos nas últimas 48 horas de vida

Recife
2019

MANUELLA ITALIANO PEIXOTO

**Terapia nutricional enteral: prevalência e fatores associados
em idosos nas últimas 48 horas de vida**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como parte dos requisitos parciais para obtenção do título de mestre em Gerontologia.

Área de concentração: Gerontologia.

Orientadora: Prof^a Dr^a Adriana Falangola Benjamin Bezerra.

Recife

2019

Catálogo na Fonte
Bibliotecária: Elaine Freitas, CRB4-1790

P379t Peixoto, Manuella Italiano.
Terapia nutricional enteral: prevalência e fatores associados em idosos nas últimas 48 horas de vida / Manuela Italiano Peixoto. – 2019. 39 f.

Orientadora: Adriana Falangola Benjamin Bezerra.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS. Programa de Pós-Graduação em Gerontologia. Recife, 2019.

Inclui referências e anexos.

1. Estado terminal. 2. Nutrição enteral. 3. Alimentação enteral. 4. Alimentação artificial. 5. Nutrição do idoso I. Bezerra, Adriana Falangola Benjamin (Orientadora). II. Título.

610 CDD (23.ed.) UFPE (CCS2019-095)

MANUELLA ITALIANO PEIXOTO

Terapia nutricional enteral: prevalência e fatores associados em idosos nas
últimas 48 horas de vida

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Gerontologia do Centro de Ciências
da Saúde da Universidade Federal
de Pernambuco, como parte dos
requisitos parciais para obtenção do
título de mestre em Gerontologia.

Aprovada em: 04/01/2019.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Adriana Falangola Benjamin Bezerra (Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Rogerio Dubosselard Zimmermann (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr.^a Adriana de Melo Gomes (Examinadora Externa)
Real Hospital Português de Beneficência em Pernambuco

RESUMO

A presente pesquisa teve como objetivo analisar a prevalência e fatores associados ao uso de terapia nutricional enteral (TNE) nos idosos hospitalizados nas suas últimas 48 horas de vida. Trata-se de um estudo de caráter transversal, retrospectivo, que foi desenvolvido em um hospital. Foram estudados os prontuários de pacientes idosos sob cuidados paliativos que foram a óbito entre os anos de 2010 e 2017. Foram analisadas dezoito variáveis, referente as últimas 48 horas de vida dos pacientes, a saber: uso de dieta enteral, considerada como variável dependente e as variáveis independentes: doenças crônicas, úlcera por pressão, uso de analgesia/ sedação, disfagia, tempo de internamento, sexo e idade. Além de ter sido verificado se a utilização da TNE iniciou antes ou após o último internamento. A construção do banco de dados foi realizada no Excel versão 16.0.6741.2048 e a estatística foi realizada no programa R, versão 3.5.1. O cálculo de proporção foi aplicado para identificar quais doenças utilizavam mais/ menos dieta enteral, enquanto que o teste de Pearson e Kendall analisaram as correlações. Dos 443 prontuários analisados, 316 (71,33%) utilizavam TNE e a maioria dos idosos não fazia uso dessa terapia antes desse internamento. Foi verificado que os indivíduos com disfagia eram os que utilizavam mais dieta enteral. Não foi verificada correlação entre TNE com as condições clínicas investigadas. A prevalência do uso de dieta enteral nos pacientes sob cuidados paliativos foi elevada, assim como demonstrado em outros estudos com população alvo semelhante. Além disso, a maioria desse tipo de dieta foi iniciada no último internamento.

Palavras-chave: Estado terminal. Nutrição enteral. Alimentação enteral. Alimentação artificial. Nutrição do idoso.

ABSTRACT

The main goal of this research was to analyze the prevalence and related factors to enteral feeding (EF) use in the hospitalized elderly in their last 48 hours of life. This was a cross-sectional retrospective study, that was developed at a hospital. The medical records of elderly patients undergoing palliative care who died between 2010 and 2017 were studied. Eighteen variables were analyzed, referring to the last 48 hours of life of the patients as: use of enteral diet, considered as a dependent variable and the independent variables: chronic diseases, pressure ulcer, use of analgesia / sedation, dysphagia, length of hospitalization, sex and age. In addition, it was verified whether the use of EF started before or after the last hospitalization. The construction of the database was performed in Excel version 16.0.6741.2048 and the statistic was performed in program R, version 3.5.1. Proportion calculation was applied to identify which diseases used more / less enteral diet, whereas the Pearson and Kendall test analyzed the correlations. A total of 443 medical records were analyzed, of which 316 (71.33%) used EF and most of the elderly did not use this therapy before this hospitalization. It was verified that individuals with dysphagia were prescribed an enteral diet more frequently. There was no correlation between EF to the investigated clinical conditions. The prevalence of enteral diet use in patients undergoing palliative care was high, as was demonstrated in other studies with similar target population. In addition, most of this type of diet was started at the last hospitalization.

Keywords: Critical Illness. Enteral nutrition. Enteral feeding. Artificial feeding. Elderly Nutrition.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
2	REVISÃO DA LITERATURA	10
2.1	ENVELHECIMENTO	10
2.2	CUIDADOS PALIATIVOS EM IDOSOS	11
2.3	ALIMENTAÇÃO NOS PACIENTES IDOSOS SOB CUIDADOS PALIATIVO	13
3	OBJETIVOS	18
3.1	OBJETIVO GERAL	18
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
4	MÉTODO	19
4.1	DESENHO DO ESTUDO	19
4.2	LOCAL DO ESTUDO	19
4.3	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	19
4.4	PROCEDIMENTOS E TÉCNICAS	19
4.5	VARIÁVEIS INVESTIGADAS	19
4.6	ANÁLISE DOS DADOS	20
4.7	ASPECTOS ÉTICOS	20
5	RESULTADOS	21
6	DISCUSSÃO	24
6.1	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	24
6.2	USO DE DIETA ENTERAL	24
6.3	DOENÇAS MAIS PREVALENTES	25
7	CONCLUSÃO	28
	REFERÊNCIAS	29
	ANEXO A- TERMO DE COMPROMISSO E CONFIDENCIALIDADE	38
	ANEXO B- TERMO DE ANUÊNCIA	39

1 INTRODUÇÃO

Os cuidados paliativos (CP) são direcionados a pacientes com doenças que ameaçam a continuidade da vida e tem como objetivo principal oferecer suporte para manter ou melhorar a qualidade da mesma. Esse tipo de cuidado é ofertado desde o momento do diagnóstico, sendo promovido de forma multifacetada, englobando além dos aspectos biológicos, questões psicossociais e espirituais para o paciente e sua família (KELLEY; MORRISON, 2015). A última etapa do CP é aplicada aos pacientes terminais, ou seja, quando as medidas terapêuticas aplicadas não promovem aumento da sobrevida, a morte está próxima e é considerada inevitável (PIVA, CARVALHO, 2009).

Um dos grupos populacionais que mais se beneficiam da abordagem paliativa é o de idosos, pois com o envelhecimento há o aumento de doenças que requerem esse tipo de cuidado como: câncer, demência, diabetes, hipertensão e suas possíveis complicações (INCA, 2006; CAMPOLINA, DINI, CICONELLI, 2011; KUHN, FORREST, 2012).

O idoso, pela própria condição do envelhecimento, é mais fragilizado. Quando se associa o declínio das funções orgânicas, que ocorre de maneira fisiológica, com alguma doença ameaçadora de vida o indivíduo ficará mais susceptível a desenvolver complicações de saúde. Por isso, em virtude da relação entre idosos e cuidados paliativos, a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) enfatiza que “Cuidados Paliativos não são um apêndice do tratamento da pessoa idosa; são um fundamento da sua assistência” (AZEVEDO et al., 2015).

No organismo do idoso pode ocorrer comprometimento da absorção e excreção dietética, além de sintomas que dificultam a ingestão alimentar (FUHRMAN, 2009). Ademais, quando o paciente é terminal, a frequência e intensidade dessas alterações será ainda maior (CORRÊA, SHIBUYA, 2007). Essas mudanças, são motivo de preocupação para a família e equipe dos profissionais de saúde. Surge então o dilema: continuar alimentando o paciente por via oral, mesmo que as metas calóricas diárias não sejam atingidas, ou garantir o suporte dietético por meio da alimentação enteral?

Em relação a utilização de terapia nutricional enteral (TNE), a mesma é indicada de forma geral, quando o indivíduo não aceita ou não consegue consumir 60% das suas necessidades energéticas. Porém, na condição de pacientes sob cuidados paliativos, procedimentos invasivos, como no caso da dieta enteral, devem ser indicados com extrema cautela; pois é preconizado, pelo guideline da ESPEN (2016), que se os riscos são maiores do

que os benefícios a terapia não deve ser utilizada (PREVOST, GRACH,2012; CASTRO, FRANGELLA, HAMADA, 2016).

Isto posto, as metas dietoterápicas devem ser aplicadas considerando a etapa da palição na qual o paciente se encontra. No estágio inicial da doença, será preconizado a oferta adequada de quantidades de macro e micronutrientes. Porém, ao se aproximar do estágio final, quando o prognóstico de vida é de dias ou semanas, a meta será a promoção da qualidade de vida e o alívio de sofrimento (CARVALHO, PARSONS, 2012; CASTRO, FRANGELLA, HAMADA, 2017).

Deve-se considerar que a alimentação por via oral é priorizada no paciente terminal em relação a enteral, visto que o ato de se alimentar está relacionado a sensações de prazer e a encontros sociais, além de remeter para a própria cultura (BUAMDEN, 2009). Ademais, a TNE está associada a possíveis complicações gastrointestinais, mecânicas e metabólicas (COTOGNI, 2016). Além de que, o indivíduo após inserção da sonda geralmente fica agitado e apresenta tentativas de removê-la. Por isso, há um aumento da contenção física e da sedação farmacológica restringindo o contato social (PALLECK et al., 2010).

Apesar dos efeitos adversos, as dietas enterais continuam sendo utilizadas na tentativa de aumentar a sobrevida, melhorar o estado nutricional e a qualidade de vida e diminuir a ocorrência de úlceras por pressão (UPP) (LEMBECK, PAMEIJER, WESTCOTT, 2016). Contudo, foi evidenciado que esses benefícios não são obtidos, sendo considerados procedimentos fúteis nos indivíduos sob cuidados paliativos por autores como Reiriz et al. (2008), Carvalho, Parsons (2012), Escuin et al. (2013). Principalmente na fase de morte iminente, que seriam as últimas 48 horas de vida, a utilização de dieta enteral é considerada algo fútil, pois nos momentos finais de vida há uma diminuição fisiológica do metabolismo e, conseqüentemente, o corpo requer menos alimento (CARVALHO, PARSONS, 2012).

O ideal é que o paciente expresse os seus desejos no tocante ao seu fim de vida e os mesmos sejam respeitados, conforme preconizado pelo princípio da autonomia (REIRIZ et al, 2008). A American Geriatrics Society (2014) recomenda que a discussão das diretrizes avançadas de vida seja realizada previamente a internação do paciente terminal. Porém, nas situações em que não há essa possibilidade, os profissionais de saúde devem tomar as decisões baseados em potencializar os benefícios para o paciente (ANDRADE, ALMEIDA, PINHO-REIS,2017).

Na revisão sistemática realizada por Raijmakers et al. (2011), foi observado que o uso de dieta enteral nos últimos dias de vida de adultos e idosos portadores de câncer foi variado, com prevalências de 3% a 53%. Nos ambientes com investimento paliativo a frequência foi

consideravelmente menor (3%-10%), comparando com os que não tinham essa abordagem (8-53%). No entanto, todos os estudos eram internacionais, o que pode ser diferente da realidade brasileira.

Nesse contexto, é essencial identificarmos qual é na prática a prevalência de uso de terapia nutricional enteral nas últimas 48 horas de idosos terminais e analisar quais fatores estão associados ao uso de TNE. Após revisão integrativa realizada previamente pelos autores da atual pesquisa, na qual analisamos os estudos acerca de cuidados paliativos e dieta enteral dos últimos dez anos (2007 a 2017) nas bases IBECs, LILACS, MEDLINE, PUBMED, foi verificado que são raras as pesquisas que analisaram essa prevalência e associação.

O presente estudo irá contribuir com a construção de dados sobre uso de dieta enteral nesses pacientes supracitados para que as decisões terapêuticas, nesse sentido, sejam realizadas com um embasamento teórico cada vez mais solidificado. E assim, contribuir para que o cuidado alimentar e nutricional seja adequado para as necessidades específicas dos idosos no fim de vida.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 ENVELHECIMENTO

Um dos conceitos mais amplos sobre o envelhecimento, foi citado pela Organização Pan Americana de Saúde, que o define como:

Um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não-patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2003, p. 30).

O número de idosos está aumentando no Brasil em decorrência da diminuição da fecundidade e do aumento da longevidade (FLORES, 2015). Por isso, a questão do envelhecimento é um tópico em crescente e em constante discussão. Projeções do IBGE (2017) indicam que em 2030 equivalerão a 13,44%, enquanto que em 2000 representavam 5,61% da população. O grupo dos indivíduos acima dos 80 anos é um dos mais crescentes e equivalem a 1,81% da população brasileira, com estimativa para corresponder a 2,93% em 2030 (IBGE, 2017).

Em decorrência do envelhecimento populacional, houve um aumento da incidência de doenças crônicas/degenerativas e de suas complicações (MELO, CÂNDIDO, 2017). No paciente idoso o cuidado deve ser intensificado, pois é comum a ocorrência de múltiplas morbidades, o que reflete diretamente no número de internações (AHLSTRÖM et al. 2018).

Considerando apenas o ano de 2017, foram internados no Sistema Único de Saúde (SUS) 2.922.563 indivíduos acima de 60 anos (BRASIL, 2017). É estimado que 36% dos idosos admitidos no hospital requerem cuidados paliativos, portanto é fundamental que as medidas paliativas sejam bem planejadas e implementadas nos pacientes hospitalizados (GOTT et al. 2013). Porém, no estudo de Paz et al. (2015), com longevos, que ocorreu em 14 unidades de saúde em São Paulo, reforçaram que o início desse tipo de cuidado deve ser mais precoce, preferencialmente ocorrendo na atenção primária.

O número crescente das doenças crônicas não transmissíveis, como: demência, câncer, doença renal crônica, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica, fragilidade, entre outras, aumentou, também, a necessidade por cuidados paliativos (AZEVEDO et al., 2014). No coorte de Arcanjo et al. (2018), com 572 idosos de um hospital em São Paulo,

observaram que os pacientes terminais tinham prevalentemente demência (45%), câncer (38%), insuficiência cardíaca congestiva (25%) e doença renal crônica avançada (24%).

Conforme a idade dos indivíduos avança, há maior probabilidade de desenvolverem demência, que é uma doença progressiva e incurável (KUHN et al. 2012). Estimativas indicam que em 2030, 75 milhões de pessoas serão acometidos por essa enfermidade (PRINCE et al., 2015). Calcula-se que esse paciente, além dessa doença, será acometido por mais duas a oito comorbidades (BUNN et al. 2014).

No indivíduo demenciado ocorrem alterações cognitivas que comprometem funções fisiológicas e sociais, dificultando a realização das atividades básicas e instrumentais de vida diária (WHO,2017). Além disso, conforme o curso da doença avança os mesmos tem maior risco de desenvolver infecções e serem hospitalizados (SAMPSON et al. 2017).

Como há uma certa previsibilidade no percurso da demência, o ideal é que esse paciente expresse os desejos precocemente relativos ao seu fim de vida, quando se encontra consciente para realizar tais decisões (GOMES ET AL. 2012). Segundo Gage et al. (2012) e Goddard (2013), nem sempre são planejadas as diretrizes antecipadas desses indivíduos e, conseqüentemente, há um prejuízo na oferta de cuidados paliativos adequados. Kupeli et al. (2016), afirmam ainda que os profissionais de saúde não estão preparados para promover os cuidados paliativos dos pacientes com demência avançada.

2.2 CUIDADOS PALIATIVOS EM IDOSOS

Em decorrência de uma frequência crescente de idosos e pacientes em estágio terminal houve um aumento das discussões a respeito de medidas com a finalidade de promover a dignidade, qualidade e conforto no fim da vida. Sendo estes os propósitos gerais dos cuidados paliativos (BIONDO, SILVA, SECCO, 2009).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), cuidados paliativos ou cuidado de conforto ou de fim de vida, é uma abordagem a fim de aumentar a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares que enfrentam doenças ameaçadoras de vida, mediante prevenção e alívio do sofrimento. Deve ser instituído desde o momento do diagnóstico abrangendo até o suporte familiar pós-morte (WHO, 2017).

Uma das propostas da OMS é a formação de uma rede de apoio entre profissionais da saúde, pacientes e familiares. O que irá auxiliar na compreensão da morte como um processo natural e minimizar a utilização de procedimentos considerados fúteis, ou seja, que não melhorem o prognóstico, conforto, bem-estar ou estado de saúde (CARVALHO, PARSONS,

2012). Além disso, todos os cuidados devem ser embasados nos seguintes princípios: avaliação e gerenciamento metódico de sintomas, comunicação aberta, atenção psicológica, social e às necessidades espirituais (HANKS et al., 2010).

Para uma melhor compreensão acerca dos cuidados paliativos é necessária a elucidação dos termos eutanásia, distanásia e ortotanásia. A eutanásia é denominada como “boa morte”, pois proporciona o alívio do sofrimento do paciente após a administração de um medicamento que ocasiona o seu óbito. O procedimento é apenas realizado a pedido explícito do indivíduo e em países onde existe autorização legal (HEIDE et al. 2007). A distanásia ou obstinação terapêutica, é a utilização de recursos tecnológicos a fim de promover o prolongamento da vida biológica em pacientes sem perspectiva de cura (SELLI, ALVES, 2009). Porém, os procedimentos realizados levam a sofrimento desnecessários e sem benefícios concretos (PITTELLI, OLIVEIRA, 2009; PESSINI 2009). A ortotanásia está interligada aos cuidados paliativos, pois tem em comum o objetivo de promover o alívio do sofrimento e a dignidade do paciente. Evita-se a utilização de procedimentos desnecessários e invasivos, além de respeitar o processo natural de morte (VILLAS- BÔAS, 2008; JUNGES, 2010, MORITZ, 2013).

Independentemente do tipo de procedimento adotado; eutanásia, distanásia ou ortotanásia, os princípios éticos propostos por Beauchamp e Childrens (1994) devem ser respeitados e servir como um guia para as decisões médicas. São eles: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. A autonomia reconhece que o indivíduo tem o direito e capacidade de fazer escolhas pessoais; a beneficência nesse contexto deve contribuir para alívio do sofrimento; não-maleficência, implica em não realizar procedimentos que causem danos intencionais; a justiça significa fornecer ao paciente o necessário para promover a sua qualidade de vida (CHAO, GIRELA, 2011; DRUML et al, 2016).

Chao e Girela (2011) propõem três perguntas que devem ser consideradas para a realização de procedimentos: qual é o propósito, para quem e quando devem ser iniciados. Druml et al. (2016) alegam que se os riscos são maiores que os benefícios, os profissionais de saúde não devem realizar a terapia, diminuindo o sofrimento na fase terminal.

A discussão com enfoque nos cuidados a serem prestados no fim de vida se constitui uma temática considerada polêmica, pois a aceitação da finitude ainda é um tabu (GRIEBELER, QUINTANA, OLIVEIRA, 2010). Além disso, o advento da tecnologia e consequentemente uso da distanásia, podem ter resultado em uma morte mais distante. Porém a relação tempo de vida versus qualidade não deve ser desconsiderada (PESSINI, 2009; MEFFERT et al. 2016).

Nesse contexto, o uso de procedimentos invasivos nos pacientes terminais é bastante discutido, incluindo a utilização da terapia nutricional enteral. A compreensão do papel da alimentação e dos malefícios e benefícios associados à utilização de TNE, são fundamentais para a escolha da terapia mais adequada.

2.3 ALIMENTAÇÃO NOS PACIENTES IDOSOS SOB CUIDADOS PALIATIVOS

Os objetivos da dietoterapia direcionada a pacientes em cuidados paliativos irão se modificar de acordo com o estágio no qual o paciente se encontra. Na etapa inicial, será preconizada a oferta de quantidades adequadas de macro e micronutrientes, porém ao se aproximar do fim de vida o alimento será utilizado principalmente para proporcionar conforto, bem-estar e qualidade de vida (CARVALHO, PARSONS, 2012; CASTRO, FRANGELLA, HAMADA, 2017). Nesse sentido, a alimentação por via oral deve ser priorizada, realizando as possíveis adaptações, caso necessário.

A dieta por via oral é a considerada a via mais fisiológica e, portanto, mais segura, além de promover a manutenção do contato social durante as refeições (HARWOOD, 2013). Enquanto que a alimentação enteral pode estar associada a mais aspectos negativos do que benefícios, contrariamente ao recomendado pelo princípio ético da não maleficência (REIRIZ et al., 2008; DRUML et al. 2016). Portanto, a decisão de utilizar a TNE deve ser analisada com cautela, considerando como um dos pontos centrais para a tomada de decisões o estágio de palição do paciente.

Nos momentos finais de vida, os indivíduos raramente relatam sensação de fome ou sede. Caso refiram, podem ser revertidas com algumas medidas simples como molhar os lábios, utilizar gelo e higiene dental (VAN DER RIET, BROOKS, ASHBY, 2006.; PALLECEK et al. 2010). Nas últimas 48 horas de vida ocorre uma diminuição metabólica e uma consequente anorexia fisiológica. Desse modo, a alimentação nesses momentos não deve ser forçada, incluindo-se o uso de dieta enteral (CARVALHO, PARSONS, 2012).

O jejum está associado com o aumento de corpos cetônicos, o que diminuirá a fome e ocasionará euforia. Além disso, proporciona diminuição das secreções respiratórias, náuseas, episódios eméticos e diarreia (TRUOG, COCHRANE, 2011). A diminuição da ingestão alimentar e de líquidos é um processo natural da morte e é essencial que todos os indivíduos envolvidos no cuidado tenham essa compreensão (KRISHNA, 2011).

Muitas vezes a família apresenta uma resistência em permitir que o paciente suspenda ou diminua a sua ingestão alimentar, mesmo quando a dieta está ocasionando mais desconforto que prazer. Por isso, para o paciente, muitas vezes o momento das refeições torna-se algo negativo associado à sensação de culpa por não conseguir atender às expectativas dos outros (SHAW, ELDRIDGE, 2015). Destarte, é essencial que ocorra um processo de educação familiar para a elucidação dos objetivos dietéticos nos pacientes terminais, os efeitos colaterais proporcionados pela dieta enteral, assim como os benefícios do jejum (ACREMAN, 2009).

A “alimentação de conforto”, na qual o paciente se alimenta apenas com o tolerável, é uma alternativa que mantém a interação social, o prazer da alimentação, além de evitar a utilização de terapia mais agressivas (PALLECEK et al. 2010). Outro método, para diminuir a ocorrência do uso de dietas enterais, é ofertar a alimentação cuidadosamente em pequenas quantidades na boca dos pacientes que apresentam dificuldades para se alimentar sozinhos, o que ocorre frequentemente nos portadores de demência avançada (PALLECEK et al. 2010, DRUML et al.2016).

Independente da via escolhida para a oferta alimentar, as decisões devem ser baseadas objetivando a qualidade de vida, considerando todos os riscos e benefícios, centrados preferencialmente na decisão do paciente e envolvendo carinho acima de tudo (ORREVALL et al. 2009).

A alimentação não é um ato puramente biológico, mas remete também a fatores culturais, sociais e emocionais (BUAMDEN, 2009). O fator emocional irá se sobressair principalmente nos momentos finais de vida. Uma boa aceitação alimentar e um estado nutricional adequado, especialmente para a família, está relacionada à esperança da melhora do paciente (SHAW, ELDRIDGE, 2015). Porém, no idoso sob cuidados paliativos e a nível hospitalar, uma ingestão alimentar adequada pode ser uma realidade distante em decorrência de inúmeros fatores.

No idoso podem ocorrer alterações corporais, físicas, patológicas, psicológicas e cognitivas que podem favorecer a ocorrência da desnutrição. Entre as alterações físicas, destacam-se a sarcopenia, osteopenia fisiológica, dentição comprometida e alterações sensoriais, com a respectiva diminuição do paladar. Demência, delirium, depressão e isolamento são condições mais prevalentes em idosos, e que podem alterar o padrão alimentar (FUHRMAN, 2009). Além disso, é comum nessa fase uma alta prevalência de comorbidades, gerando em consequência um alto consumo de medicamentos associados a efeitos colaterais negativos, como anorexia, náuseas e interações droga-nutrientes (HELDT, LOSS, 2013).

O paciente internado tem maiores dificuldades em apresentar uma boa aceitação da dieta, pois as refeições ofertadas são diferentes das que usualmente são realizadas em domicílio. O tempo de consumo é mais limitado, assim como a flexibilidade de horários, além de restrições dietoterápicas que podem ser prescritas pelo nutricionista ou médico (BUAMDEN, 2009).

Conforme o fim de vida se aproxima, há uma menor demanda calórica e o indivíduo pode apresentar sintomas como anorexia, disfagia, xerostomia, náuseas, episódios eméticos, fadiga, alterações intestinais e sensoriais. Estas condições podem resultar em uma baixa aceitação dietética (CORRÊA, SHIBUYA, 2007; SHAW, ELDRIDGE, 2015). Nesta fase o paciente estará menos consciente e, conseqüentemente, a ingestão irá decair progressivamente (GOOD, 2014).

Esse conjunto de fatores irá fazer com que o paciente idoso terminal apresente baixa aceitação alimentar associada com perda ponderal, gerando preocupação para a família e profissionais de saúde. Uma escolha difícil deve ser realizada: continuar com a ingestão via oral na quantidade e qualidade aceita por ele ou utilizar a dieta enteral, por meio de sonda ou ostomia, para atingir as demandas de macro e micronutrientes. Independente da escolha, deve-se considerar que a decisão final respeite as preferências pessoais do paciente (SHAW, ELDRIDGE, 2015).

A terapia nutricional enteral é utilizada nos indivíduos que não têm condições de se alimentar por via oral. Pode ser administrada via sonda nasogástrica/enteral (SNG/SNE), quando o período de utilização for inferior a seis semanas. As ostomias (gastrostomia/jejunostomia) são realizadas quando há necessidade de um suporte nutricional por tempo mais prolongado ou para decompressão do trato gastrointestinal (TGI) ocasionado por tumores (SANTOS et al., 2011; DIVER et al., 2013; CASTRO, FRANGELLA, HAMADA, 2017).

A utilização de TNE não deve ser prescrita de forma indiscriminada, visto que o uso de forma pouco criteriosa está associado a uma série de efeitos colaterais que podem ocorrer em uma prevalência de 32 a 70% (PALLECEK et al., 2010). As complicações podem ser gastrointestinais, mecânicas, metabólicas e irão variar de acordo com a via de administração da dieta (RAIJMAKERS et al., 2011).

As SNG/SNE aumentam a prevalência de pneumonia, aspiração, migração da sonda, obstrução, formação de fístula, erosão nasal. Como já foi referido, muitos indivíduos ficam agitados após a inserção dos tubos e precisam ser contidos fisicamente ou quimicamente, diminuindo o contato social (KRISHNA, 2011). Complicações pós cirúrgicas podem ocorrer após o procedimento de gastrostomia (GTT) ou jejunostomia (JTM), como perfuração,

migração do tubo, hemorragia, peritonite e infecções (POTACK, CHOKHAVATIA, 2008; SAMPSON, 2010; HARTSELL, WILLIAMS, 2010).

Os efeitos colaterais gerais devido à terapia de nutrição enteral incluem a síndrome de realimentação, azotemia, desequilíbrio ácido-básico, distensão abdominal, hiperglicemia, hipervolemia, náuseas, episódios eméticos, ascite, diarreia, dor e, inclusive, aumento das taxas de mortalidade (REIRIZ et al. 2008, SAMPSON, 2010). Fisicamente o corpo do paciente será modificado com a TNE, o que pode comprometer a sua autoestima (RIET et al., 2008). Além de tudo, o prazer que a alimentação proporciona não será mais sentido por aqueles que não utilizam a via oral (PALLECEK et al., 2010). Todos esses fatores contribuem para diminuir a dignidade e qualidade de vida do paciente (CASTRO; FRANGELLA; HAMADA, 2017).

Como referido anteriormente, nos pacientes com demência avançada é observada anorexia, dificuldade em reconhecer alimentos e de mastigação, além de maior ocorrência de disfagia (HARWOOD, 2013). Por isso, havia a crença de que a dieta enteral poderia ser um tratamento benéfico para a manutenção do estado nutricional. Estudos demonstram que essa terapia aumenta o risco de aspiração, restrição no leito, refluxo gastroesofágico, pneumonia, mortalidade (ALVAREZ-FERNÁNDEZ et al. 2005; LANGMORE, GRILLONE, 2009). Além disso, o uso de TNE não demonstra benefícios concretos (SAMPSON, CANDY, JONES, 2009).

Mas, por que a terapia nutricional enteral continua sendo utilizada nos momentos finais de vida, mesmo com inúmeras limitações e efeitos colaterais associados ao seu uso? Muitos familiares relatam o medo de que o paciente sinta fome ou sede e isto os leva a pressionar os médicos para a introdução da TNE (KRISHNA, 2011; LOPEZ et al., 2010). Há também o sentimento de que fornecer o alimento, mesmo sendo por via enteral, é um ato de carinho e cuidado (GILLICK, VOLANDES, 2008). Acresce ainda que alguns profissionais de saúde não são capacitados para o tratamento em cuidados paliativos, e podem não considerar os efeitos colaterais associados às dietas enterais (DRUML et al. 2016). Ademais, são amplamente utilizadas, pois se espera que irá aumentar a qualidade de vida, diminuir a mortalidade, provocar impacto positivo na resposta tumoral e reverter a desnutrição (KRISHNA, 2011). No entanto, além desses benefícios não serem obtidos, é observada uma piora na sobrevida e qualidade de vida de forma geral (REIRIZ et al. 2008; SAMPSON, CANDY, JONES, 2009).

Porém, em determinadas situações os pacientes podem se beneficiar com a TNE, como no caso de alguns tumores situados na cabeça, pescoço, faringe, esôfago, tórax, estômago, intestino (SANTOS et al. 2011; GRILO, SANTOS; FONSECA, 2012). Nesses casos, há uma

menor mortalidade e prevenção da desnutrição após a sua inserção, evitando que esses pacientes venham a óbito por inanição (ORREVALL et al., 2009). É observada também, uma melhora da qualidade de vida, que é um dos principais objetivos dos cuidados paliativos (NGUYEN et al., 2006; RICHARDS et al., 2013).

Ademais, a Associação Médica Brasileira afirma que o uso de suporte nutricional enteral nos pacientes com tumores localizados no trato gastrointestinal, precocemente, pode reduzir internação hospitalar por desidratação (PINHO et al. 2017). Rajimakers et al. (2011), analisando todos os aspectos relacionados ao uso dessa via alimentar, destacam que há necessidade por mais estudos que avaliem os riscos e benefícios da dieta enteral nos últimos dias de vida.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a prevalência e fatores associados ao uso de terapia nutricional enteral nos idosos hospitalizados nas suas últimas 48 horas de vida.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❖ Caracterizar a amostra quanto a sexo, idade, condições de morbidade (demência, diabetes, hipertensão arterial sistêmica (HAS), câncer, doença hepática crônica (DHC), insuficiência cardíaca congestiva (ICC), doença renal crônica (DRC), insuficiência renal aguda (IRA), doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), doença de Parkinson, úlcera por pressão (UPP), disfagia). Além do uso de analgesia e sedação;
- ❖ Identificar a prevalência do uso de terapia nutricional enteral (sonda nasogástrica/nasoenteral e gastrostomia/jejunostomia);
- ❖ Determinar tempo de início do uso de dieta enteral;
- ❖ Verificar a correlação entre uso de terapia nutricional enteral em pacientes idosos no estágio terminal com as variáveis supracitadas;

4 MÉTODOS

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de caráter transversal, retrospectivo, de base hospitalar.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida no Real Hospital Português de Beneficência, localizado na cidade de Recife/PE, durante os meses de junho e julho de 2018.

4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram estudados os prontuários de pacientes idosos (idade \geq a 60 anos completos) sob cuidados paliativos que foram a óbito entre os anos de 2010 e 2017, do serviço de geriatria do referido hospital. Os prontuários de pacientes idosos sob cuidados paliativos que não tinham todos os dados necessários disponíveis no prontuário seriam excluídos. Porém, não houveram prontuários com informações insuficientes.

4.4 PROCEDIMENTOS E TÉCNICAS

Os mesmos dados foram coletados, de forma separada, pela autora do projeto e por outro mestrando. Foram então construídas duas planilhas, uma para cada pesquisador. As mesmas foram cruzadas no programa R para avaliar possíveis incongruências. Caso houvesse alguma, o dado era revisto no arquivo original, ou seja, no prontuário eletrônico e posteriormente solucionado o conflito. Os dados foram obtidos do arquivo digital do hospital, após consentimento da direção da instituição e o estudo iniciou-se após aprovação pelo comitê de ética. Foi verificado o horário de óbito dos pacientes e foi analisado as 48 horas antecedentes. Os pacientes, foram considerados em cuidados paliativos, quando tinham registrados nos seus prontuários as seguintes palavras-chave: “suporte”, “medidas de conforto”, “paliação”, “plano de cuidados”, “diretrizes de cuidados”.

4.5 VARIÁVEIS INVESTIGADAS

Foram analisadas dezoito variáveis, a saber: uso de dieta enteral, considerada como variável dependente e as seguintes variáveis independentes: demência, diabetes, hipertensão

arterial, câncer (com seu respectivo tipo), doença hepática crônica, insuficiência cardíaca congestiva, doença renal crônica, insuficiência renal aguda, doença pulmonar obstrutiva crônica, doença de Parkinson, úlcera por pressão, uso de analgesia/ sedação, disfagia, tempo de internamento, sexo e idade. Além de ter sido verificada se a utilização da TNE iniciou antes ou após o último internamento.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

A construção do banco de dados foi realizada no Excel versão 16.0.6741.2048 e as análises estatísticas foram realizadas no programa R, versão 3.5.1. Foi realizado o cálculo de frequência para quantificar os prontuários dos pacientes e condições clínicas. Quanto a idade dos indivíduos, foi verificada a média, mediana e desvio padrão. O cálculo de proporção foi aplicado para identificar quais doenças utilizavam mais ou menos dieta enteral. O teste de Pearson foi utilizado para analisar a correlação entre o uso de terapia nutricional enteral com alguma comorbidade ou condição clínica, exceto ao se utilizar a variável tempo de internamento. Nesse caso, foi aplicado o teste de Kendall por se tratar de uma variável categórica ordinal.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido para avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, com número de aprovação do CAAE 88857418.0.0000.5208. Os dados coletados serão armazenados pelo período mínimos de 5 anos após o término da pesquisa. Os pesquisadores assinaram o Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD), por se tratar de extração de dados em prontuário (ANEXO A). O hospital autorizou a realização da pesquisa, por meio da Carta de anuência para prosseguimento da pesquisa (ANEXO B).

5 RESULTADOS

Foram analisados ao total 443 prontuários de pacientes idosos, sob cuidados paliativos. A maior parcela da população estudada era de mulheres (65,25%). A idade média dos homens e das mulheres foi semelhante, 87,8 e 87,6 anos, respectivamente (Tabela 1).

Tabela 1- Características da população estudada, quanto a sexo e idade, do serviço de geriatria de um hospital do Recife-PE, entre os anos de 2010 a 2017.

Sexo	N	Idade (média)	Idade (mediana)	Desvio Padrão
Feminino	291 (65,25%)	87,62	88	8,26
Masculino	152 (34,75%)	87,82	88	7,84

Fonte: Elaboração própria.

As comorbidades mais frequentes foram hipertensão arterial sistêmica (69,53%), demência (55,53%) e úlcera por pressão (59,37%), respectivamente. O uso de analgesia e sedação teve uma prevalência elevada (92,1%). A comorbidade menos frequente foi doença hepática crônica (11,51%) (Tabela 2).

Quanto ao tipo de câncer, os mais frequentes foram os do trato gastrointestinal (n= 25), pulmonar (n= 16), hepáticos/ vias biliares e de próstata com 15 pacientes acometidos.

Tabela 2- Frequência total das comorbidades e condições clínicas dos idosos sob cuidados paliativos do serviço de geriatria de um hospital do Recife-PE, entre os anos de 2010 a 2017.

Morbidades	N	%
Analgesia/sedação	408	92,1
HAS	308	69,53
UPP	263	59,37
Demência	246	55,53
DM	176	39,73
DRC/IRA	172	38,83
Delirium	129	29,12
AVE	126	28,44
Câncer	120	27,09
ICC	110	24,83
Depressão	97	21,90
DPOC	68	15,35
Disfagia	64	14,45
Parkinson	55	12,42
DHC	51	11,51

Legenda: AVE- Acidente Vascular Encefálico; DHC- Doença Hepática Crônica; ICC- Insuficiência Cardíaca Congestiva; DRC- Doença Renal Crônica; IRA- Insuficiência Renal Aguda; DPOC- Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; UPP- Úlcera por Pressão; HAS- Hipertensão Arterial Aguda; DM- Diabetes Mellitus.

Fonte: Elaboração própria.

Dos 443 prontuários dos pacientes analisados, 316 (71,33%) utilizavam dieta enteral, mais especificamente 227 (71,83%) apresentavam sonda nasoenteral/ nasogástrica e 120 (37,97%) faziam uso de gastrostomia. Enquanto que 31 pacientes (9,81%) estavam com sonda e gastrostomia ao mesmo tempo.

A maioria dos idosos não fazia uso de TNE antes desse internamento. Foram iniciados 267 (60,27%) procedimentos desse tipo, sendo que 237 (88,76%) consistiam de SNG/SNE e 94 (35,21%) de GTT.

Foi verificado, por meio do cálculo de proporção, que os indivíduos com disfagia eram os que utilizavam mais dieta enteral (75%), seguido dos que tinham câncer (73%), úlceras por

pressão (73%) e demência (72%). Enquanto que os pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica eram os que utilizavam menos (59%).

Não foi verificada correlação entre o uso de terapia nutricional enteral com alguma comorbidade ou condição clínica (Tabela 3). Para a análise foram utilizados os testes de Pearson e Kendall.

Tabela 3- Correlação entre uso de terapia nutricional enteral e comorbidades/condições clínicas selecionadas dos idosos sob cuidados paliativos do serviço de geriatria de um hospital do Recife-PE, entre os anos de 2010 a 2017.

Morbidades	Correlação
Câncer	0,016
AVE	- 0,09
Demência	0,02
Delirium	- 0,02
Depressão	- 0,04
DHC	- 0,08
ICC	- 0,06
DRC/IRA	- 0,05
DPOC	- 0,11
UPP	0,01
HAS	- 0,03
DM	- 0,07
Parkinson	- 0,02
Analgesia/sedação	- 0,04
Disfagia	0,03
Tempo de internamento	0,01

Legenda: AVE- Acidente Vascular Encefálico; DHC- Doença Hepática Crônica; ICC- Insuficiência Cardíaca Congestiva; DRC- Doença Renal Crônica; IRA- Insuficiência Renal Aguda; DPOC- Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; UPP- Úlcera por Pressão; HAS- Hipertensão Arterial Aguda; DM- Diabetes Mellitus.

Fonte: Elaboração própria.

6 DISCUSSÃO

6.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A maior prevalência das mulheres (65,25%) detectada no presente estudo, pode ter ocorrido devido ao perfil demográfico do Brasil e Pernambuco. De acordo com os dados do IBGE, no Brasil até o ano de 2017, 7,51% da população era composta de mulheres acima dos 60 anos e 5,94% eram de homens maiores que 60 anos. A proporção mais elevada de mulheres também pode ser verificada no estado de Pernambuco, no qual 7,2% da população são de idosas e 5,18% são de idosos. Acima dos 85 anos de vida, que foi a população mais prevalente na vigente pesquisa, o grupo idoso feminino é maior comparado com o dos homens desse mesmo estado brasileiro (0,52% *versus* 0,28%).

6.2 USO DE DIETA ENTERAL

A frequência do uso de dieta enteral foi considerada acima do adequado, principalmente se considerarmos a concepção de autores, como Castro, Frangella e Hamada (2017), que não apoiam esse tipo de terapia nos momentos finais de vida. Segundo esses pesquisadores, o uso desse procedimento não é considerado indicado para pacientes em fase terminal por não promover o conforto do paciente, porém, é mais aceitável pelos envolvidos no cuidado, continuar esse tratamento do que suspendê-lo. Schwartz (2012), também corrobora com essa constatação afirmando que a nutrição enteral pode prejudicar a qualidade de vida dos pacientes nos seus dias finais, por ser uma intervenção considerada invasiva.

Os resultados do presente estudo divergem de um realizado nos Estados Unidos com residentes de seis lares de idosos que foram a óbito, no qual 7,1% dos mesmos fizeram uso de sonda enteral nos últimos dois meses de vida, reduzindo para 1 paciente no último mês. Quanto ao uso de gastrostomia, 7,02% dos pacientes utilizaram essa via 1 mês precedente ao óbito (MONTURO, STRUMPF, 2007). Enquanto que na pesquisa prospectiva de Shinozaki et al. (2016) em 11 centros e hospitais universitários no Japão, aplicada a 100 pacientes com idade média de 69 anos portadores de câncer avançado, foi encontrado que a nutrição enteral era utilizada em 59,7% dos pacientes, pouco antes do fim de vida.

Os resultados da prevalência do uso de TNE no nosso estudo, podem ter sido influenciados também pelo tipo de local estudado e tempo médio de sobrevivência, como demonstrado por alguns autores. No estudo de Lopez et al. (2010), foi observado que as instituições para idosos com

um ambiente promovendo refeições em conjunto, uma equipe adequada para alimentar os indivíduos e qualificada para entender as necessidades dietéticas dos mesmos, tinham uma menor prevalência de tubos de alimentação (10,7%) comparando com os ambientes que não tinham essa estrutura (41,8%).

Pesquisa realizada na Suécia, por Orrevall et al. (2013), observou que além do ambiente, o tempo médio de sobrevida dos pacientes pode alterar a frequência do uso de dieta enteral. O mesmo avaliou a prevalência do uso dessa via alimentar em pacientes com câncer avançado, em duas modalidades de serviços, um especializado em cuidados paliativos no domicílio (PHCs), cujo tempo médio de sobrevida era de 2 a 3 meses, e o outro direcionado à pacientes em cuidados paliativos nas unidades de saúde (PIUs), no qual o tempo médio de sobrevida era de 2 a 3 semanas. No total foram analisados 32 serviços. Nas PIUs, 4 de 100 pacientes utilizavam dieta enteral e nos PHCs a prevalência foi mais elevada (19 de 100).

Como demonstrado previamente no vigente trabalho, as dietas enterais foram iniciadas nesse último internamento na maioria dos pacientes (60, 27%). Na pesquisa de Kuo et al. (2009), que foi aplicada a idosos com demência avançada, os resultados foram semelhantes. Os mesmos demonstraram que 2/3 dos tubos alimentares (68,1%) são inseridos durante alguma hospitalização e, após inserção, a média de sobrevida foi menor que 2 meses. No estudo de Ahronheim et al (2000), realizado em pacientes com demência avançada, 44% dos mesmos receberam novos tubos alimentares durante o internamento no hospital. Esses estudos reforçam que o meio hospitalar pode ser um dos determinantes para a iniciação desse tipo de procedimento, portanto, deve ser visto como um ambiente de oportunidades para um planejamento dietoterápico adequado (GOTT et al., 2013).

6.3 DOENÇAS MAIS PREVALENTES

Quanto a utilização de dieta enteral, os indivíduos que tinham disfagia eram os que mais utilizavam esse tipo de alimentação (75%). É relativamente comum, que em idosos, ocorram dificuldades na deglutição dos alimentos, devido a alterações fisiológicas, maior ocorrência de doenças neurológicas e ingestão elevada de medicamentos (SURA ET AL.2012; ALLEPAERTS, DELCOURT, PETERMANS, 2014).

Em pacientes que estão mais próximos do fim de vida, como é o caso da população estudada na nossa pesquisa, a disfagia será mais frequente (HUI, DEV, BRUERA, 2015; ABE et al.2016). A relação entre disfagia e momentos finais de vida também foi constatada por Lichter e Hunter (1990), que analisaram as últimas 48 horas de vida de 200 pacientes em um

hospice da Nova Zelândia e detectaram uma prevalência de disfagia em 29% dos mesmos. Frequência semelhante (28%) foi apontada por Hall, Schroder, Weaver (2002), os quais também avaliaram as últimas 48 horas de vida de 185 indivíduos no Canadá. Enquanto que, no estudo de Allepaerts et al. (2011), o qual foi aplicado à 127 pacientes hospitalizados de um serviço de geriatria, foi identificado que 44% desses tinham dificuldades na deglutição.

A elevada prevalência do uso de dieta enteral por indivíduos disfágicos, na presente pesquisa, pode ter sido encontrada em função desse tipo de disfunção aumentar a ocorrência de broncoaspiração e desnutrição e como refere Sura et al. (2012), nestes casos a TNE, geralmente, é cogitada como uma alternativa para minimizar essas complicações. No estudo realizado no Japão por Kosaka et al. (2000) foi observada uma ocorrência maior, 90% dos pacientes com dificuldades na deglutição utilizavam tubos de alimentação. Kuo et al. (2009) também demonstraram que a presença de disfagia é uma das principais causas para ser iniciada terapia nutricional enteral em paciente hospitalizado. Contrariamente, no estudo de Roy et al. (2007), aplicado a idosos, a prevalência de disfagia foi de 37,6%, e 5,2% desses usaram nutrição enteral devido a essa condição.

Quanto a prevalência do uso de dieta enteral em pessoas que apresentavam demência, a mesma ultrapassou mais da metade (72%). Pode ter ocorrido pois, entre outros fatores, conforme o curso da doença avança esses pacientes evoluem com dificuldades na aceitação alimentar devido a alterações na percepção de fome, dificuldades no reconhecimento dos alimentos, em realizar os movimentos básicos da alimentação, como mastigação e no manuseamento dos utensílios (PARKER, POWER,2013). Além de comumente apresentarem disfagia, que consiste em um dos indicadores da fase final de suas vidas (ALZHEIMER'S ASSOCIATION,2010).

De acordo com Congedo et al. (2010), há uma dificuldade na aceitação da demência como uma doença terminal e, portanto, uso elevado de procedimentos agressivos, como é o caso da nutrição enteral. Pinzon et al. (2013), afirmam que os cuidados paliativos são aplicados de forma inadequada em indivíduos demenciados, fazendo uso de terapia nutricional enteral muitas vezes de forma desnecessária, destacando os pacientes que morrem no âmbito hospitalar. O Conselho Nuffield (2009) em bioética constatou que o paciente com demência tem acesso a menos cuidados paliativos comparado aos que não tem a mesma doença. Sob outra perspectiva, nos países que o curso da demência é considerado algo normal e esperado, como no caso da Holanda, o uso de nutrição enteral não é frequente (Goodman et al., 2010).

Com relação ao uso de dieta enteral nos pacientes com úlceras por pressão, foi constatada uma frequência elevada (73%). Corroborando com o que foi inferido por outros

autores, que apontaram maior ocorrência de UPP nos pacientes usuários dessa terapia (ESCUIN, 2013; AMERICAN GERIATRICS SOCIETY, 2014). Esses resultados podem ter sido encontrados pois, há o aumento das excreções promovido pelo uso desse tipo de dieta, o que resulta em um ambiente mais úmido e favorável para a ocorrência de feridas (YING, 2015). Ou contrariamente, a dieta enteral pode ter sido iniciada na tentativa de diminuir a ocorrência de úlceras por pressão. Lomangino (2012), reitera que os pacientes com demência avançada, que usam dieta enteral, têm uma chance duas vezes maior para desenvolver UPP durante uma hospitalização, comparando com os que não fazem uso.

A prevalência de pacientes com câncer que usavam TNE também foi elevada no presente estudo (73%). Shinozaki et al. (2017) obtiveram resultados semelhantes na sua pesquisa, que foi realizada com indivíduos que tinham câncer avançado de cabeça/ pescoço, na qual 74,6% da amostra utilizavam dieta enteral. Em contrapartida, Johnson et al. (2005) encontraram uma prevalência menor (15%), nos pacientes com câncer de instituições de longa permanência.

A respeito dos tipos de câncer, o mais prevalente no nosso estudo foi o do trato gastrointestinal (n=25). Amano et al. (2016), ao realizar uma pesquisa em 133 hospices do Japão, com idosos que tinham diferentes tipos de câncer em nível avançado, encontraram que o sítio mais prevalente era também no TGI (26.9%), seguido dos de pulmão (22.6%), fígado/bile/pâncreas (18.6%). Orrevall et al. (2013), que avaliaram a prevalência do uso de dieta enteral de 1083 pacientes com câncer, sob cuidados paliativos, apontaram que os tumores mais comuns eram também os localizados no trato gastrointestinal.

Os indivíduos com tumores malignos podem apresentar obstruções intestinais e limitações físicas para se alimentarem. Por isso, alguns autores relataram benefícios quanto a melhora da qualidade de vida e diminuição da desnutrição quando os pacientes com tumores no trato gastrointestinal utilizavam tubos de alimentação (ANTOUN et al. 2006; LIN et al. 2012; SHETH, SHARP, WALTERS, 2013). Grilo, Santos, Fonseca (2012) demonstraram que o uso de gastrostomia endoscópica percutânea (PEG) em indivíduos com câncer esofágico avançado, sem previsão de ingestão oral diminui a ocorrência de desnutrição e suas respectivas complicações. Dy (2006) afirma que, nos pacientes com tumores no trato gastrointestinal, a nutrição enteral pode aumentar sobrevida, status funcional e qualidade de vida. Portanto, as vantagens associadas à suportes dietéticos alternativos, nesses casos, podem ter influenciado o uso de TNE pelos pacientes do presente trabalho.

7 CONCLUSÃO

A maioria da população estudada era de mulheres, na faixa média de 87 anos e de portadores de hipertensão arterial sistêmica. A prevalência do uso de dieta enteral nos pacientes sob cuidados paliativos foi elevada, principalmente se considerarmos que esses idosos estavam nas suas últimas 48 horas de vida. Além disso, a maioria desse tipo de dieta foi iniciada nesse último internamento, reforçando a questão do ambiente hospitalar como promotor da iniciação desse tipo de terapia.

Portanto, o presente estudo reforça a importância do conhecimento dos profissionais e, na medida do possível, da família, quanto ao uso de dieta enteral nos pacientes terminais. É essencial que se tenha um fortalecimento da rede de apoio para esse paciente, na qual todos os envolvidos no cuidado compreendam quais são as indicações, benefícios e malefícios associados ao uso dessa via dietética nos idosos em situação de terminalidade.

Os indivíduos com disfagia, câncer, úlceras por pressão e demência foram os que utilizavam mais dieta enteral, porém não houve como realizar inferências causais, por se tratar de um estudo transversal retrospectivo. Sugere-se então, que novas pesquisas sejam realizadas para verificar se esse achado se aplica a outras realidades e quais são os fatores causais.

Por fim, é destacado que houve uma limitação em discutir o estudo atual, a partir da produção literária científica, visto que há escassez de investigação com pacientes terminais, devido à dificuldade em recrutar amostra. Além de que, são poucas as pesquisas a respeito do uso de dieta enteral em cuidados paliativos.

REFERÊNCIAS

- ABE, K.; YAMASHITA, R.; KONDO, K.; TAKAYAMA, K.; YOKOTA, O.; SATO, Y.; KAWAI, M.; ISHIZU, H.; NAKASHIMA, T.; HAYASHI, H.; NAKATA, K.; ASABA, H.; KADOTA, K.; TANAKA, K.; MORISADA, Y.; OSHIMA, E.; TERADA, S. Long-term survival of patients receiving artificial nutrition in Japanese psychiatric hospitals. **Dementia and geriatric cognitive disorders extra**, Okayama, v. 6, n. 3, p. 477-485, 2016.
- ACREMAN, S. Nutrition in palliative care. **British journal of community nursing**, v. 14, n. 10, p. 427-431, 2009.
- AHLSTRÖM, G.; NILSEN, P.; BEZEIN, E.; BEHM, L.; WALLERSTEDT, B.; PERSSON, M.; SANDGREN, A. Implementation of knowledge-based palliative care in nursing homes and pre-post post evaluation by cross-over design: a study protocol. **BMC palliative care**, Lund, v. 17, n. 1, p. 52, 2018.
- AHRONHEIM, J.C; MORRISON, R.S; MORRIS, J.; BASKIN, S.; MEIER, D. Palliative care in advanced dementia: a randomized controlled trial and descriptive analysis. **Journal of palliative medicine**, v. 3, n. 3, p. 265-273, 2000.
- AMANO, K.; MAEDA, I.; MORITA, T.; OKAJIMA, Y.; HAMA, T.; AYOMA, M.; KIZAWA, Y.; TSUNETO, S.; SHIMA, Y.; MIYASHITA, M. Eating-related distress and need for nutritional support of families of advanced cancer patients: a nationwide survey of bereaved family members. **Journal of cachexia, sarcopenia and muscle**, v. 7, n. 5, p. 527-534, 2016.
- AMERICAN GERIATRICS SOCIETY. Feeding tubes in advanced dementia position statement. **JAm Geriatr Soc**, v. 62, n. 8, p. 1590-93, 2014.
- ANDRADE, J.S.; ALMEIDA, M.M; PINHO-REIS, C. Bioethical principles and nutrition in palliative care. **Acta Portuguesa de Nutrição**, n. 9, p. 12-16, 2017.
- ANTOUN, S.; MERAD, M.; RAYNARD, B.; RUFFIÉ, P. Malnutrition in cancer patients. **Rev Prat**, v. 56, p. 2025-2029, 2006.
- ALLEPAERTS, S.; DELCOURT, S.; WISLEZ, S.; BOMAN, X.; MAGNE, J.; PETERMANS, J. Promoting factors of laryngeal penetrations in elderly. **Geriatric et psychologie neuropsychiatrie du vieillissement**, v. 9, n. 1, p. 45-50, 2011.
- ALLEPAERTS, S.; DELCOURT, S.; PETERMANS, J. Personnes âgées et troubles de la déglutition: approche pluridisciplinaire. **Revue Médicale de Liège**, v. 69, n. 5-6, p. 349-356, 2014.
- ALVAREZ-FERNÁNDEZ, B.; GARCIA-ORDOÑEZ, M.A.; MARTÍNEZ- MANZANARES, C.; HUELGAS-GÓMEZ, R. Survival of a cohort of elderly patients with advanced dementia: nasogastric tube feeding as a risk factor for mortality. **International journal of geriatric psychiatry**, v. 20, n. 4, p. 363-370, 2005.
- ARCANJO, S.P.; SAPORETTI, L.A.; CURIATI, J.A.E.; JACOB-FILHO, W.; AVELINO-SILVA, T.J. Clinical and laboratory characteristics associated with referral of hospitalized elderly to palliative care. **Einstein**, São Paulo, v. 16, n. 1, 2018.

AZEVEDO D, TOMMASO A.B.G.D, BURLÁ C, SANTOS G., DIAS L.M, PY L, REBELLO M. Vamos falar de cuidados paliativos. **Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.1, p.32-35, 2015. Disponível em: <https://sbgg.org.br/vamos-falar-de-cuidados-paliativos/>. Acesso em: 05 jun. 2018.

ALZHEIMER'S ASSOCIATION. Alzheimer's disease facts and figures. **Alzheimer's & dementia**, v. 6, n. 2, p. 158-194, 2010.

BEAUCHAMP, T.L.; CHILDRESS, J.F. Principles of Biomedical Ethics. **Oxford**, Nova York, v. 4, p. 100-103, 1994.

BIONDO, C.A.; SILVA, M.J.P.; SECCO, L.M.D. Distanásia, eutanásia e ortotanásia: percepções dos enfermeiros de unidades de terapia intensiva e implicações na assistência. **Revista Latina Americana Enfermagem**, v.17, n.5, p.613-619, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS)**. 2017. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>. Acesso em: 05 jun. 2018.

BUNN, F.; BURN, A.M; GOODMAN, C.; RAIT, G.; NORTON, S.; ROBINSON, L.; SCHOEMAN, J.; BRAYNE, C. Comorbidity and dementia: a scoping review of the literature. **BMC Med**, v. 12, n. 1, p. 192, 2014.

BUAMDEN, S.A. Alimentación en pacientes terminales internados y su relación con los principios bioéticos. **DIAETA**, v.27, n. 129, p. 7-10, 2009.

CAMPOLINA, A.G.; DINI, P.K.; CICONELLI, R.M. Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade em São Paulo (SP, Brasil). **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n.6, p. 2919-2925, 2011.

CASTRO, J.M.F.; FRANGELLA, V.S.; HAMADA, M.T. Consensos e dissensos na indicação e continuidade da terapia nutricional enteral nos cuidados paliativos de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis. **ABCS Health Science**, v.42, n 1, p.55-59, 2017.

CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. Cuidados Paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. **Diagraphic**, Rio de Janeiro, n. 2, p. 23, 2012.

CAVINATO, C.C.; ANDRADE, D.A.; DIZ, M.D.P.E.; SABUNDJAN, G. Levantamento bibliográfico sobre metodologias para elaboração de um banco de dados da saúde da população em casos de ocorrências de câncer. **Brazilian Journal of Radiation Sciences**, v. 3, n. 1, p.1-14, 2015.

CHAO, C.; GIRELA, E. Problemas éticos en relación a la nutrición y a la hidratación: aspectos básicos. **Nutrición Hospitalaria**, v. 26, n. 6, p.1231-1235, 2011.

CONGEDO, M.; CAUSARANO, R.I.; ALBERTI, F.; BONITO, V.; BORGHI, L.; COLOMBI, L.; DEFANTI, C.A; MARCELLO, N.; PORTERI, C.; PUCCI, E.; TARQUINI, D.; TETTAMANTI, M.; TIEZZI, A.; TIRABOSCHI, P.; GASPARINI, M. Ethical issues in end of life treatments for patients with dementia. **European journal of neurology**, v. 17, n. 6, p. 774-779, 2010.

CORRÊA, P. H.; SHIBUYA, E. Administração da terapia nutricional em cuidados paliativos. **Revista brasileira de cancerologia**, v. 53, n. 3, p. 317-323, 2007.

COTOGNI, P. Enteral versus parenteral nutrition in cancer patients: evidences and controversies. **Annals of palliative medicine**, v. 5, n. 1, p. 42-49, 2016.

DEL GIGLIO, A.; KALIKS, R.; KARNAKIS, T.; JACOB-FILHO, W. **Oncogeriatría: uma abordagem multidisciplinar**. 2012. Disponível em: <http://observatorio.fm.usp.br/handle/OPI/3414?show=full>. Acesso em: 10 out. 2018.

DIVER, E.; CONNOR, O.; GARRETT, L.; BORUTA, D.; GOODMAN, A.; CARMEN, M.D.; SCHORGE, J.; MUELLER, P.; GROWDON, W. Modest benefit of total parenteral nutrition and chemotherapy after venting gastrostomy tube placement. **Gynecology oncology**, v. 129, n.2, p. 332-335, 2013.

DRUML, C.; BALLMER, P.E.; DRUML, W.; OEHMICHEN, F.; SHENKIN, A.; SINGER, P.; SOETERS, P.; WEIMANN, A.; BISCHOFF, S.C. Espen guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration. **Clinical Nutrition**, v. 35, p 545-556, 2016.

DY, S.M. Enteral and parenteral nutrition in terminally ill cancer patients: a review of the literature. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine**, v. 23, n. 5, p. 369-377, 2006.

ESCUIN, M.; VACA, J.; CARBONELL, J.; SOLER, P. Uso de las sondas de alimentación en el paciente con demência avanzada - Revision sistemática. **Revista Clínica Med Fam**, v. 6, n.1, p. 37-42, 2013.

FLORES, L.P.O.O envelhecimento da população brasileira. **Redeca**, v.2, n. 1, p 86-100, 2015.

FUHRMAN, M.P. Home Care for the Elderly. **Nutrition in Clinical Practice**, v. 24. n. 2. p. 196-205, 2009.

GAGE, H.; DICKINSON, A.; VICTOR, C.; WILIAMS, P.; CHEYNEL, J.; DAVIES, S.L.; ILIFFE, S.; FROGGATT, K.; MARTIN, W.; GOODMAN, C. Integrated working between residential care homes and primary care: a survey of care homes in England. **BMC geriatrics**, v. 12, n. 1, p. 71, 2012.

GILLICK, M.R; VOLANDES, A.E. The standard of caring: why do we still use feeding tubes in patients with advanced dementia. **Journal of the american medical directors association**, v. 9, n. 5, p. 364-367, 2008.

GODDARD, C.; STEWART, F.; THOMPSON, G.; HALL, S. Providing end-of-life care in care homesfor older people: A qualitative study of the views of care home staff and community nurses. **Journal of Applied Gerontology**, v. 32, n.1, p. 76–95, 2013.

GOMES, B.; HIGGINSON, IJ; CALANZANI, N.; COHEN, J.; DELIENS, L.; DAVESON, BA., et al. Preferences for place of death if faced with advanced cancer: a population survey in England, Flanders, Germany, Italy, the Netherlands, Portugal and Spain. **Annals of oncology**, v. 23, n. 8, p. 2006-2015, 2012.

GOOD, P.; RICHARD, R.; SYRMIS, W.; JENKINS-MARSH, S.; STEPHENS, J. Medically assisted nutrition for adult palliative care patients. **The Cochrane Library**, 2014. Disponível

em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006274.pub3/full>. Acesso em: 10 ago. 2017.

GOODMAN, C.; EVANS, C.; WILCOCK, J.; FROGGATT, K.; DRENNAN, V.; SAMPSON, E.; BLANCHARD, M.; BISSETT, M.; ILIFFE, S. End of life care for community dwelling older people with dementia: an integrated review. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 25, n. 4, p. 329–37, 2010.

GOTT, M.; FREY, R.; RAPHAEL, D.; O'CALLAGHAN, A.; ROBINSON, J.; BOYD, M. Palliative care need and management in the acute hospital setting: a census of one New Zealand Hospital. **BMC Palliat Care**, v.12, n.15, p.15, 2013.

GRACIANO, R.D.M.; FERRETTI, R.E.L. Nutrição enteral em idosos na Unidade de Terapia Intensiva: prevalência e fatores associados. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, v. 2, n. 4, p. 151-155, 2008.

GRIEBELER, O.S.; QUINTANA, A.M.; OLIVEIRA, B.K.C. Reflexões acerca da morte: um desafio para a enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 6, p. 1077-1080, 2010.

GRILO, A.; SANTOS, C.A.; FONSECA, J. Percutaneous endoscopic gastrostomy for nutritional palliation of upper esophageal cancer unsuitable for esophageal stenting. **Arquivos de gastroenterologia**, v. 49, n 3, p. 227-231, 2012.

HALL, P.; SCHRODER, C.; WEAVER, L. The last 48 hours of life in long-term care: A focused chart audit. **J Am Geriatr Soc**, v. 50, n.3, p. 501-506, 2002.

HANKS, G.; CHERNY, N.I.; CHRISTAKIS, N.A.; FALLON, M.; KAASA, S.; PORTENOY, R.K. Oxford Textbook of Palliative Medicine. **Oxford: Oxford University Press**, v.10, p. 10, 2010.

HARTSELL, Z.C.; WILLIAMS, J.S. Is it ethical to provide enteral tube feedings for patients with dementia? **JAAPA**, v. 23, n.10, p.55, 2010.

HARWOOD, R. H. Feeding decisions in advanced dementia. **The journal of the Royal College of physicians of Edinburgh**, v. 44, n. 3, p. 232-237, 2013.

HEIDE, A.V.D.; ONWUTEAKA-PHILIPSEN, B.D.; RURUP, M.L.; BUITING, H.M.; DELDEN, J.M.; WOLF, J.E.H.; JANSSEN, A.G.J.M.; PASMEN, M.A.H.R.W.; RIETJENS, J.A.C.; PRINS, C.J.M.; DEERENBERG, I.M.; GEVERS, J.K.M.; MAAS, P.J.; WAL, G.V.D. End-of-Life Practices in the Netherlands under the Euthanasia Act. **The New England Journal of Medicine**, v. 356, n.19, p. 1957-65, 2007.

HELDT, T.; LOSS, S. H. Drug-nutrient interactions in the intensive care unit: literature review and current recommendations. **Revista brasileira terapia intensiva**. v. 25, n. 2, p. 162-167, 2013.

HUI, D.; DEV, R.; BRUERA, E. The last days of life: symptom burden and impact on nutrition and hydration in cancer patients. **Current opinion in supportive and palliative care**, v. 9, n. 4, p. 346, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação**. 2017. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>. Acesso em: 20 nov. 2017.

INSTITUTO NACIONAL DO CANCER (INCA). **A situação do câncer no Brasil**. 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/situacao_cancer_brasil.pdf. Acesso em: 25 jul. 2017.

JUNGES, JR. Reflexões legais e éticas sobre o final da vida: uma discussão sobre a ortotanásia. **Revista Bioética**, v. 18, n. 2, p. 275-288, 2010.

JOHNSON, V.M.; TENO, J.M.; BOURBONNIERE, M.; MOR, V. Palliative care needs of cancer patients in U.S nursing homes. **J Palliat Med**, v. 8, p. 273-279, 2005.

KELLEY, A.S.; MORRISON, R.S. Palliative care for the seriously ill. **New England Journal of Medicine**, v. 373, n. 8, p. 747-755, 2015.

KOSAKA, Y.; YAMAYA, M.; NAKAJOH, K.; MATSUI, T.; YANAI, M.; SASAKI, H. Prognosis of elderly patients with dysphagia in Japan. **Gerontology**, v. 46, n. 2, p. 11-112, 2000.

KRISHNA, L. Nasogastric feeding at the end of life: A virtue ethics approach. **Nursing Ethics**, v. 18, n.4, p. 485-494, 2011.

KUHN, D.R.; FORREST, J.M. Palliative Care for Advanced Dementia: A Pilot Project in 2 Nursing Homes. **American Journal of Alzheimer's Disease and other dementias**, v. 27, n. 1, p. 33-40, 2012.

KUO, S.; RHODES, R.L.; MITCHELL, S.L.; MOR, V.; TENO, J.M. Natural history of feeding-tube use in nursing home residents with advanced dementia. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 10, n. 4, p. 264-270, 2009.

KUPELI, N.; LEAVEY, G.; MOORE, K.; HARRINGTON, J.; LORD, K.; KING, M.; JONES, L. Context, mechanisms and outcomes in end of life care for people with advanced dementia. **BMC palliative care**, v. 15, n. 1, p. 31, 2016.

LANGMORE, S.E.; GRILLONE, G. Disorders of swallowing: palliative care. **Otolaryngologic Clinics of North America**, v. 42, n. 1, p. 87-105, 2009.

LEMBECK, M.E.; PAMEIJER, C.R.; WESTCOTT, A.M. The role of intravenous fluids and enteral or parenteral nutrition in patients with life- limiting illness. **Medical Clinics of North America**, v. 100, n. 5, p. 1131-1141, 2016.

LICHTER, I.; HUNT, E. The last 48 hours of life. **Journal of palliative care**, v. 6, n. 4, p. 7-15, 1990.

LIN, C.L.; PERNG, C.L.; CHAO, Y.; LI, C.P.; HOU, M.C.; TSENG, H.S.; LIN, H.C.; LEE K.C. Application of stent placement or nasojejunal feeding tube placement in patients with malignant gastric outlet obstruction: A retrospective serie of 38 casos. **Journal of the chinese medical association**, v. 75, n. 12, p. 624-629, 2012.

LINDQUIST, J.H.; TULSKY, J.A. Identifying, recruiting, and retaining seriously-ill patients and their caregivers in longitudinal research. **Palliat. Med.**, v. 20, n. 8, p. 745–754, 2006.

LOMANGINO, K. Feeding Tubes Linked to Worse Pressure Sore Outcomes. **Clinical Nutrition Insight**, v. 38, n. 10, p. 6-8, 2012.

LOPEZ, R.P.; AMELLA, E.J.; STRUMPF, N.E.; TENO, J.M.; MITCHELL, S.L. The influence of nursing home culture on the use of feeding tubes. **Archives of Internal Medicine**, v. 170, n. 1, p 83-88, 2010.

MEFFERT, C.; RÜCKER, G.; HATAMI, I.; BECKER, G. Identification of hospital patients in need of palliative care – a predictive score. **BMC Palliative Care**, n.15, v. 21, p.1-7, 2016.

MELO, A.S.T.; CÂNDIDO, A.P.C. Avaliação dos aspectos nutricionais, das condições de saúde e do perfil sociodemográfico de idosos atendidos no departamento de saúde do idoso-juiz de fora, mg. **Revista de APS**, v. 19, n. 4, p. 13, 2017.

MONTURO C.A.; STRUMPF N.E. Advance directives at end-of-life: nursing home resident preferences for artificial nutrition. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 8, n. 4, p. 224-228, 2007.

MORITZ, R.D. Ortotanásia: o direito à morte no tempo certo. **Ciência Hoje**, v. 301, p 64-65, 2013.

NUFFIELD COUNCIL ON BIOETHICS. **Dementia: The ethical issues**. Londres, 2009. Disponível em: http://www.nuffieldbioethics.org/fileLibrary/pdf/Dementia_Report_for_web.pdf Nuffield Council on Bioethics. Acesso em: 10 ago. 2018.

NGUYEN, NP.; NORTH, D.; SMITH, H.J.; DUTTA, S.; ALFIERI, A.; KARLSSON, U.; LEE, H.; MARTINEZ, T.; LEMANSKI, C.; NGUYEN, L.M.; LUDIN, A.; SALLAH, S. Safety and effectiveness of prophylactic gastrostomy tubes for head and neck cancer patients undergoing chemoradiation. **Surgical oncology**, v. 15, n. 4, p. 199-203, 2006.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Guia Clínica para Atención Primaria a las Personas Mayores**. Washington, v. 3, n.1, p. 81, 2003. Disponível em: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/introduccion.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2018.

ORREVAL, Y.; TISHELMAN, C.; PERMERT, J; CEDERHOLM, T. The use of artificial nutrition among cancer patients enrolled in palliative home care services. **Palliative medicine**, v. 23, n. 6, p. 556-564, 2009.

ORREVAL, Y.; TISHELMAN, C.; PERMERT, J.; LUDSTROM, S. A national observational study of the prevalence and use of enteral tube feeding, parenteral nutrition and intravenous glucose in cancer patients enrolled in specialized palliative care. **Nutrients**, v. 5, n. 1, p. 267-282, 2013.

PALLECEK, E.J.; TENO, J.M.; CASARETT, D.J.; HANSON, L.C.; RHODES, R.L.; MITCHELL, S.L. Comfort Feeding Only: A Proposal to Bring Clarity to Decision Making Regarding Difficulty with Eating for Persons with Advanced Dementia. **Journal of the American Geriatric Society**, v. 58, n. 3, p. 580-584, 2009.

PARKER, M.; POWER, D. Management of swallowing difficulties in people with advanced dementia. **Nursing Older People**, v. 25, n. 2, p. 26-31, 2013.

PAZ, P.; REGINA, C.; PESSALACIA, R.; DIAS, J., ZOBOLI, C.P.; LOURDES, E.; DE SOUZA, L.; FERREIRA, H.G; SCHVEITZER, C.M. New demands for primary health care in Brazil: palliative care. **Investigación y Educación en Enfermería**, v.34, n.1, p.46-57, 2016.

PESSINI, L. Distanásia: até quando investir sem agredir? **Revista Bioética**, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 1-11, 2009.

PICON, R.V.; FUCHS, F.D.; MOREIRA, L.B; FUCHS, S.C. Prevalence of hypertension among elderly persons in urban Brazil: a systematic review with meta-analysis. **Am J Hypertens**. v. 26, n. 4, p.541-518, 2013.

PINHO, N.B.; OLIVEIRA, G.P.C.; CORREIA, M.I.T.D.; OLIVEIRA, A.G.L. Terapia nutricional na oncologia. **Associação Médica Brasileira**, p. 1-15. Disponível em: https://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/terapia_nutricional_na_oncologia.pdf. Acesso em: 03 out. 2018.

PINZON, L.C.E.; CLAUS, M.; PERRAR, K.M.; ZEPF, K.I.; LETZEL, S.; WEBER, M. Dying with dementia: symptom burden, quality of care, and place of death. **Deutsches Ärzteblatt International**, v. 110, n. 12, p. 195, 2013.

PITTELLI, S.D; OLIVEIRA, R.A. Eutanásia e sua relação com casos terminais, doenças incuráveis, estados neurovegetativos, estados sequelares graves ou de sofrimento intenso e irreversível e morte encefálica. **Saúde, Ética & Justiça**, v. 14, n. 1, p. 32-39, 2009.

PIVA, J.P; CARVALHO, P.R.A. Considerações éticas nos cuidados médicos do paciente terminal. **Revista Bioética**, v. 1, n. 2, 2009.

PREVOST, V.; GRACH, M.C. Nutritional support and quality of life in cancer patients undergoing palliative care. **European Journal of Cancer Care**, v. 21, n. 5, p. 1365-1368, 2012.

PRINCE, M.; WIMO A.; GUERCHET M.; GEMMA-CLAIRE A.; YU-TZU W.; PRINA M. **World Alzheimer Report 2015 The Global Impact of Dementia An analysis of prevalence, incidence, cost and trends**, Londres. Disponível em: <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2015.pdf>. Acesso em: 13 out. 2018.

POTACK, J.Z.; CHOKHAVATIA, S. Complications of and controversies associated with percutaneous endoscopic gastrostomy: Report of a case and literature review. **The Medscape Journal of Medicine**, v. 10, n. 6, p. 142, 2008.

RAIJMAKERS, N.J.H.; ZUYLEN, V.L.; COSTANTINI, M.; CARACENI, A.; CLARK, J.; LUNDQUIST, G.; VOLTZ, R.; ELLERSHAW, J.E; HEIDE, V.D. Artificial nutrition and hydration in the last week of life in cancer patients. A systematic literature review of practices and effects. **Annals of Oncology**, v. 22, n. 7, p. 1478-1486, 2011.

REIRIZ, A.B.; MOTTER, C.; BUFFON, V.R.; SCATOLA, R.P.; FAY, A.S.; MANZINI, M. Cuidados paliativos - há benefícios na nutrição do paciente em fase terminal? **Revista da sociedade brasileira de clínica médica**, v. 6, n. 4, p. 150-155, 2008.

- RICHARDS, D.M; TANIKELLA, R.; ARORA, G.; GUHA, S.; DEKOVICH, A.A. Percutaneous endoscopic gastrostomy in cancer patients: predictors of 30-day complications, 30-day mortality, and overall mortality. **Digestive diseases and sciences**, v. 58, n. 3, p. 768-776, 2013.
- RIET, P.V.; GOOD, P.; HIGGINS, I.; SNEESBY, L. Palliative care professionals perceptions of nutrition and hydration at the end of life. **International Journal of Palliative Nursing**, v. 14, n. 3, p. 145-51, 2008.
- ROY, N.; STEMPLE, J.; MERRILL, RM.; THOMAS, L. Dysphagia in the elderly: preliminary evidence of prevalence, risk factors, and socioemotional effects. **Ann Otol Rhinol Laryngol**, v. 116, n. 11, p. 858-865, 2007.
- SAMPSON, E.L; CANDY, B.; JONES, L. Enteral tube feeding for older people with advanced dementia (Review). **The Cochrane Library**, v. 15, n. 2, p. 1-25, 2009.
- SAMPSON E. L. Palliative care for people with dementia. **British medical bulletin**, v. 96, n. 1, p. 159-174, 2010.
- SANTOS, J. S.; KEMP, R.; SANKARANKUTTY, A.K.; JUNIOR, W.S.; TIRAPELLI L, F.; JÚNIOR, O.C.S. Gastrostomia e jejunostomia: aspectos da evolução técnica e da ampliação das indicações. **Medicina**, Ribeirao Preto, v. 44, n. 1, p. 39-50, 2011.
- SCHWARTZ, D.B. Three Steps for Improving End-of-Life Nutrition Care. **Clinical Nutrition Insight**, v. 38, n. 10, p. 4-5, 2012.
- SELLI, M.L; ALVES J.S. Distanásia: percepção dos profissionais da enfermagem. **Revista Latina Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 1- 6, 2009.
- SHAW, C.; ELDRIDGE, L. Nutritional considerations for the palliative care patient. **International Journal of Palliative Nursing**, v. 21, n. 1, p. 7-15, 2015.
- SHETH, C. H.; SHARP, S.; WALTERS, E. R. Enteral feeding in head and neck cancer patients at a UK cancer centre. **Journal of Human Nutrition and Dietetics**, v. 26, n. 5, p. 421-428, 2013.
- SHINOZAKI, T.; EBIHARA, M.; IWASE, S.; YAMAGUCHI, T.; HIRAKAWA, H.; SHIMBASHI, W.; KAMIJO, T.; OKAMOTO, M.; BEPPU, T.; OHORI, J.; MATSUURA, K.; SUZUKI, M.; NISHINO, H.; SATO, Y.; ISHIKI, H. Quality of life and functional status of terminally ill head and neck cancer patients: a nation-wide, prospective observational study at tertiary cancer centers in Japan. **Japanese journal of clinical oncology**, v. 47, n. 1, p. 47-53, 2017.
- SURA L.; MADHAVAN, A.; CARNABY, G.; CRARY, M.A. Dysphagia in the elderly: management and nutritional considerations. **Clinical interventions in aging**, v. 7, p. 287, 2012.
- TRUOG, R. D.; COCHRANE, T.I. Refusal of hydration and nutrition: irrelevance of the “artificial” vs “natural” distinction. **Archives of Internal Medicine**, v. 165, n. 22, p. 2574-2576, 2005.

VAN DER RIET, P.; BROOKS, D.; ASHBY, M. Nutrition and hydration at the end of life: pilot study of a palliative care experience. **Journal of law and medicine**, v. 14, n. 2, p. 182-198, 2006.

VIGITEL BRASIL. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. 2014. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/abril/15/PPT-Vigitel-2014-.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2018.

VILLAS-BÔAS, M.E. A ortotanásia e o direito penal brasileiro. **Revista Bioética**, v. 1, n. 16, p. 61-83, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global status report on noncommunicable diseases**. 2014. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148114/9789241564854_eng.pdf;jsessionid=B9E2057E2CF2C9EAB14C75775AA1E3AA?sequence=1. Acesso em: 09 set. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO definition of palliative care**. 2017. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. Acesso em: 30 jul. 2017.

YING, I. Artificial nutrition and hydration in advanced dementia. **Canadian Family Physician**, v. 61, n.3, p. 245-248, 2015.

ANEXO A - TERMO DE COMPROMISSO E CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto: Terapia nutricional enteral: prevalência e fatores associados em idosos nas últimas 48 horas de vida.

Pesquisador responsável: Manuella Italiano Peixoto

Instituição/Departamento de origem do pesquisador: Programa de Pós-Graduação em Gerontologia UFPE

Telefone para contato: (81) 99900-1307

E-mail: manuellaip@gmail.com

O pesquisador do projeto acima identificado assume o compromisso de:

- 4 Garantir que a pesquisa só será iniciada após a avaliação e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco – CEP/UFPE e que os dados coletados serão armazenados pelo período mínimo de 5 anos após o término da pesquisa;
- 5 Preservar o sigilo e a privacidade dos voluntários cujos dados serão estudados e divulgados apenas em eventos ou publicações científicas, de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificá-los;
- 6 Garantir o sigilo relativo às propriedades intelectuais e patentes industriais, além do devido respeito à dignidade humana;
- 7 Garantir que os benefícios resultantes do projeto retornem aos participantes da pesquisa, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa;
- 8 Assegurar que os resultados da pesquisa serão anexados na Plataforma Brasil, sob a forma de Relatório Final da pesquisa;

Recife, 30 de abril de 2018.

Assinatura Pesquisador Responsável

ANEXO B - TERMO DE ANUÊNCIA

Eu, _____, diretor do Real Hospital Português de Beneficência em Pernambuco estou ciente e de acordo com a realização da pesquisa “ **Terapia nutricional enteral:** prevalência e fatores associados em idosos nas últimas 48 horas de vida”, que será desenvolvida por Manuella Italiano Peixoto como dissertação do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da UFPE.

Recife, DATA _____

Real Hospital Português de Beneficência em Pernambuco