

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Escola de Enfermagem

Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Saúde

Lígia Amanda Ventura

Associação da Terapia Nutricional, Qualidade de Vida e desfecho hospitalar na pessoa idosa
internada em unidade de cuidados paliativos – estudo de coorte

Belo Horizonte,

2024

Lígia Amanda Ventura

Associação da Terapia Nutricional, Qualidade de Vida e desfecho hospitalar na pessoa idosa internada em unidade de cuidados paliativos – estudo de coorte

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Nutrição e Saúde.

Área de Concentração: Nutrição e Saúde

Linha de Pesquisa: Nutrição Clínica e Experimental

Orientadora: Dra. Ann Kristine Jansen

Coorientador: Dr. Alexandre Ernesto Silva

Belo Horizonte

2024

V468a Ventura, Lígia Amanda.
Associação da Terapia Nutricional, Qualidade de Vida e desfecho hospitalar na pessoa idosa internada em unidade de cuidados paliativos [recurso eletrônico]: estudo de coorte. / Lígia Amanda Ventura. - - Belo Horizonte: 2024.
117f.: il.
Formato: PDF.
Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions.

Orientador (a): Ann Kristine Jansen.
Coorientador (a): Alexandre Ernesto Silva.
Área de concentração: Nutrição e Saúde.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Cuidados Paliativos. 2. Idoso. 3. Nutrição Enteral. 4. Avaliação de Sintomas. 5. Dissertação Acadêmica. I. Jansen, Ann Kristine. II. Silva, Alexandre Ernesto. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. IV. Título.

NLM: WY 152.3



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ENFERMAGEM - COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO SAÚDE - SECRETARIA

ATA DE NÚMERO 111 (CENTO E ONZE) DA SESSÃO DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA LÍGIA AMANDA VENTURA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM NUTRIÇÃO E SAÚDE.

Aos 16 (dezesesseis) dias do mês de setembro de dois mil e vinte e quatro, às 13:30 horas, realizou-se no Auditório Laís Netto da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, e por meio de videoconferência, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "**ASSOCIAÇÃO DA TERAPIA NUTRICIONAL, QUALIDADE DE VIDA E DESFECHO HOSPITALAR NA PESSOA IDOSA INTERNADA EM UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS – ESTUDO DE COORTE**", da aluna **Lígia Amanda Ventura**, candidata ao título de "Mestre em Nutrição e Saúde", linha de pesquisa "Nutrição Clínica e Experimental". A Comissão Examinadora foi constituída pelos professores doutores Ann Kristine Jansen, Alexandre Ernesto Silva (videoconferência), Fausto Aloísio Pedrosa Pimenta (videoconferência) e Livia Costa de Oliveira (videoconferência), sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

- APROVADO;
 APROVADO COM AS MODIFICAÇÕES CONTIDAS NA FOLHA EM ANEXO;
 REPROVADO.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Ann Kristine Jansen, Presidente da Comissão Examinadora, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos demais membros da Comissão Examinadora.

Belo Horizonte, 16 de setembro de 2024.

Profa. Dra. Ann Kristine Jansen
Orientadora (UFMG)

Prof. Dr. Alexandre Ernesto Silva
Coorientador (UFSJ)

Prof. Dr. Fausto Aloísio Pedrosa Pimenta
Membro Titular (UFOP)

Profa. Dra. Livia Costa de Oliveira
Membro Titular (INCA)



Documento assinado eletronicamente por **Ann Kristine Jansen, Professora do Magistério Superior**, em 17/09/2024, às 12:14, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Fausto Aloísio Pedrosa Pimenta, Usuário Externo**, em 17/09/2024, às 13:45, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Alexandre Ernesto Silva, Usuário Externo**, em 17/09/2024, às 14:54, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Livia Costa de Oliveira, Usuária Externa**, em 18/09/2024, às 10:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **3557721** e o código CRC **FC1B7E0F**.

Dedico esta dissertação a Deus que me escolheu e me capacitou para cumprir a missão que é ser profissional da saúde. Dedico também aos pacientes e seus familiares que tive o privilégio de cuidar.

AGRADECIMENTOS

À Deus, o autor da minha fé.

À minha mãe, Nilva Clemência Coelho. Agradeço por todas as vezes que, entendendo ser os estudos a chave de acesso para um futuro melhor, me disse “estuda” e, também, por proporcionar, na simplicidade do que estava ao seu alcance, os recursos para eu nunca desistir. Você é meu maior exemplo de força e coragem.

Ao meu pai, Geraldo Eustáquio Ventura, por me ensinar através da sua vida o caminho que eu deveria seguir.

Aos meus irmãos Sérgio, Clécio e Wanderlúcio por sempre me incentivar e apoiar.

Aos meus sobrinhos (as) que tanto amo e enchem minha vida de alegria.

À minha madrinha, Dita, que sempre esteve comigo comemorando minhas conquistas.

Ao meu marido Carlos e à minha enteada Mel pela compreensão e apoio nos momentos mais difíceis dessa trajetória.

Aos meus amigos que me ajudaram de várias maneiras e em vários momentos.

À todos os doentes, familiares, profissionais do Hospital Risoleta Tolentino Neves e à Ana Carolina S. F. Azevedo, que contribuíram para o desenvolvimento e cumprimento desta pesquisa.

Aos meus queridos orientadores Dra. Ann e Dr. Alexandre, que com maestria e leveza me ensinaram e orientaram.

Ao Grupo de Estudos em Envelhecimento e Nutrição - Khrónos pela parceria e ensinamentos.

Muito obrigada!

“Ao receber um novo paciente, com uma doença grave, penso que estamos ambos sentados à margem do rio. O paciente precisa atravessar para a margem oposta. Ele tem que fazer isso antes que anoiteça. Eu não conheço o paciente, mas conheço bem o rio. Sei onde ele é mais fundo, sei em que época ele é cheio de piranhas, sei quando tem corredeira. Meu paciente não. Só que é ele quem precisa atravessar, e tem que atravessar agora. Não vai dar para esperar a melhor época do ano, quando o rio está mais favorável à travessia. E ele conta com o que eu sei sobre aquelas águas para tentar chegar em segurança do outro lado.

Às vezes, o rio é estreitinho, e eu posso dizer para o paciente: “Pode pular, garanto que você chega do outro lado sem nem molhar seus pés!” E ele vai, e fica tudo bem. Às vezes, o rio é mais largo, não dá pra pular, mas eu sei de um trecho onde ele é mais raso, e posso dizer para o meu paciente: “Olha, você vai se molhar, mas vai chegar do outro lado em segurança!” E ele vai. Chega encharcado do outro lado, mas sorri agradecido e segue seu caminho.

Só que às vezes, muitas vezes, o rio é bem largo e bem fundo. É tão largo e tão profundo que vou ter que ter muito mais critério ao avaliar as chances dele chegar ao outro lado. Eu vou ter que perguntar, por exemplo, se meu paciente sabe nadar, se o preparo físico dele está em dia, se ele tem medo de água fria. Dependendo do que ele me responder, eu vou poder orientá-lo dos riscos da travessia, e ele vai poder decidir se quer corrê-los. Pode ser que meu paciente não saiba nadar. Pode ser que ele esteja numa condição física tão ruim que, apenas de olhá-lo, sei que não vai dar para chegar do outro lado. Nessa hora é que eu vou ter que ajudá-lo a tomar as decisões certas, para que ele não morra se debatendo desesperado no meio do rio gelado. Se ele decidir correr o risco, vou pegar minha canoa e atravessar do seu lado, orientar cada braçada. Estarei ao seu lado se ele não conseguir completar a travessia, e vou garantir que sua despedida seja digna e tranquila. E, se ele quiser permanecer na margem, não tem problema. Vou ficar do lado dele, fazendo companhia, até a noite chegar.”

(Ana Coradazzi)

RESUMO

Ventura LA. Associação da Terapia Nutricional, Qualidade de Vida e desfecho hospitalar na pessoa idosa internada em unidade de cuidados paliativos – estudo de coorte. [Dissertação (Mestrado em Nutrição e Saúde)]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, 2024.

Introdução: Os Cuidados Paliativos (CP) são entendidos como uma abordagem que promove a qualidade de vida e dignidade através da prevenção e alívio do sofrimento. Entre os aspectos que podem afetar a qualidade de vida das pessoas idosas em CP estão os fatores relacionados à alimentação e nutrição. Na inviabilidade da via oral, a nutrição enteral (NE) pode ser um método alternativo, porém seu impacto no bem-estar e qualidade de vida dos doentes em CP tem sido investigado. **Objetivo:** Comparar as vias alimentares oral ou enteral exclusivas com sintomas físicos e não físicos e desfechos hospitalares em pessoas idosas em CP. **Métodos:** Estudo observacional de coorte prospectivo, realizado na Unidade de CP de um hospital público. A amostra foi obtida por conveniência. Foram elegíveis todas as pessoas idosas internadas na unidade de CP no período de julho de 2023 a maio de 2024. Critérios de inclusão: idade igual ou superior a 60 anos; CP precoce, complementar ou predominante; com alimentação oral ou enteral exclusivas no primeiro dia de internação; que concordaram com a participação no estudo. Critérios de não inclusão/exclusão: CP exclusivo; processo ativo de morte; que tiveram a via alimentar alterada ou suspensa ou tiveram alta hospitalar ou óbito antes do quarto dia de internação na unidade de CP. No primeiro dia de internação, coletaram-se dados de características da população e via de alimentação. No quarto dia foram avaliados os sintomas físicos e não físicos, por meio da Escala Integrada de Resultados em Cuidados Paliativos (IPOS). Ao final da internação os desfechos hospitalares foram coletados. Na análise estatística, o grupo foi dicotomizado de acordo com a via alimentar em oral ou enteral para análise da comparação com as variáveis explicativas. Realizou-se o teste t de Student ou teste Mann-Whitney para variáveis quantitativas com distribuição normal e não normal, respectivamente e o teste Qui-quadrado para variáveis qualitativas. Nível de significância de 5% ($p < 0,05$) foi adotado. **Resultados:** A amostra foi composta por 61 pessoas idosas com média de idade de 79,7 ($\pm 8,0$) anos, 57,4% era do sexo feminino, 77% estavam com alimentação via oral e 23% pela via enteral. No grupo com via oral, 34,0% tinham fragilidade como o principal definidor de mal prognóstico e entre aqueles com enteral, 35,7% tinham síndrome demencial ($p = 0,002$). Os sintomas físicos e não físicos mais prevalentes foram: familiares ou amigos ansiosos ou preocupados, pouca mobilidade,

sonolência, constipação, fraqueza e dor, sem diferença quanto a via alimentar ($p>0,05$). As pessoas idosas com via oral eram pouco afetadas pela sonolência, enquanto aqueles com enteral eram muito afetados ($p=0,016$). Em relação aos desfechos 67,2% da amostra receberam alta hospitalar, sem diferença estatística entre os grupos ($p>0,05$). O tempo de internação antes ($p=0,017$) e durante ($p=0,026$) a estadia na unidade de CP e o tempo total de internação hospitalar foram maiores naquelas pessoas idosas que estavam com via de NE exclusiva ($p=0,004$). **Conclusão:** Houve diferenças significativas entre as vias de alimentação e o sintoma “sonolência”, que afetou principalmente as pessoas idosas em CP com via enteral. Além disso, estes indivíduos apresentaram maior tempo de internação hospitalar, o que pode comprometer a qualidade de vida.

Palavras-chaves: cuidados paliativos; pessoa idosa; terapia nutricional; nutrição enteral; avaliação de sintomas; escala integrada de resultados de cuidados paliativos.

ABSTRACT

Ventura LA. Association of Nutritional Therapy, Quality of Life and hospital outcome in elderly people admitted to a palliative care unit – Cohort Study. [Dissertation (Master in Nutrition and Health)]. Belo Horizonte: School of Nursing, Federal University of Minas Gerais, 2024.

Introduction: Palliative Care (PC) is understood as an approach that promotes quality of life and dignity through the prevention and relief of suffering. Among the aspects that can affect the quality of life of elderly people in PC are factors related to food and nutrition. When the oral route is not available, enteral nutritional (EN) may be an alternative method, but its impact on the well-being and quality of life of patients in PC has been investigated.

Objective: To compare exclusive oral or enteral feeding routes with physical and non-physical symptoms and hospital outcomes in elderly people on PC. **Methods:** Observational prospective cohort study, carried out in the PC Unit of a public hospital. The sample was obtained by convenience. All patients admitted to the PC Unit between July 2023 and May 2024 were eligible. The inclusion criteria were individuals aged 60 years or older; on early, complementary, or predominant PC; on exclusive oral or enteral feeding on the first day of hospitalization; who agreed to participate in the study. The exclusion criteria were those on exclusive PC; in an active dying process; who had their feeding route changed or suspended before the fourth day of hospitalization in the CP Unit. On the first day of hospitalization, data on population characteristics and feeding route (oral or enteral) were collected. On the fourth day, physical and non-physical symptoms were assessed using the Integrated Palliative Care Outcomes Scale (IPOS). At the end of hospitalization, hospital outcomes were collected. In the statistical analysis, the group was dichotomized according to the oral or enteral feeding route to analyze the association with the explanatory variables. The Student's t-test or Mann-Whitney test was performed for quantitative variables with normal and non-normal distribution, respectively, and the Chi-square test for qualitative variables. Significance level was set at 5% ($p < 0.05$) was adopted. **Results:** The sample consisted of 61 elderly individuals with a mean age of 79.7 (± 8.0) years, 57.4% were female, and 95% had a diagnosis of malnutrition. Of the participants, 77% were fed orally and 23% were fed enterally. In the oral group, 34.0% had frailty as the main predictor of poor prognosis, and among those fed enterally, 35.7% had dementia syndrome ($p = 0.002$). The most prevalent physical and non-physical symptoms were: anxious or worried family members or friends, limited mobility, drowsiness, constipation, weakness, and pain, with no difference regarding

the feeding route ($p>0,05$). Patients receiving oral feeding were little affected by drowsiness, while those receiving enteral feeding were very affected ($p=0.016$). Regarding the outcomes, 67.2% of the sample were discharged from hospital, with no statistical difference between the groups ($p>0.05$). The length of hospital stays before ($p=0.017$) and during ($p=0.026$) the remain in the CP unit and the total length of hospital stay were longer in those patients who were receiving exclusive EN ($p=0.004$). **Conclusion:** There were significant differences between the feeding routes and the symptom "sleepiness", which mainly affected elderly people in PC with enteral route. In addition, these individuals had a longer hospital stay, which can compromise quality of life.

Keywords: palliative care; older people; nutrition therapy; nutritional support; enteral nutrition; symptom assessment; integrated palliative care outcomes scale.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Pirâmide etária brasileira dos anos 2012 e 2021.....	25
Figura 2: Esperança de vida ao nascer para ambos os sexos, nos anos de 2011 a 2022.....	26
Figura 3: Ciclo da fragilidade proposto por Fried et al (2001).....	30
Figura 4: Escala de Fragilidade Clínica (Clinical Frailty Scale - CFS), considerando os critérios estabelecidos na versão atualizada (CFS versão 2.0) traduzida e adaptada culturalmente para o português brasileiro.....	31
Figura 5: Trajetória dos principais grupos de doenças crônicas que necessitam dos cuidados paliativos.....	33
Figura 6: Estratificação da assistência paliativa na trajetória da doença.....	36
Figura 7: Seleção da amostra considerando a elegibilidade de participação do estudo.....	52
Figura 8: Medida de perímetro do braço.....	54
Figura 9: Medida de perímetro da panturrilha.....	54

ARTIGO

Tabela 1: Taxas de sobrevivência (%) em dias para cada categoria de PPS.....	35
Tabela 1: Características sociodemográficas e clínicas da população estudada segundo via de alimentação.....	72
Tabela 2: Características do estado nutricional da população estudada segundo via de alimentação.....	74
Tabela 3: Desfechos clínicos da população estudada segundo via de alimentação.....	78

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Princípios que norteiam os CP, segundo a Organização Mundial de Saúde.....	24
Quadro 2: Escala de Performance Paliativa (Palliative Performance Scale - PPS) Versão 2 - Tradução Brasileira para Língua Portuguesa.....	33
Quadro 3: Fórmulas propostas para estimativa de estatura e peso para pessoas idosas de 60 a 80 anos.....	55

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Taxas de sobrevivência (%) em dias para cada categoria de PPS.....	35
Tabela 1: Características sociodemográficas e clínicas da população estudada segundo via de alimentação.....	72
Tabela 2: Características do estado nutricional da população estudada segundo via de alimentação.....	74
Tabela 3: Desfechos clínicos da população estudada segundo via de alimentação.....	78

LISTA ABREVIATURAS E SIGLAS

ABVD	Atividades Básicas de Vida Diária
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
AJ	Altura do joelho
ASG	Avaliação Subjetiva Global
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVD	Atividades de Vida Diária
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CAPPE	Comissão de Avaliação de Projetos de Pesquisa, Ensino e Extensão
CFS	Clinical Frailty Scale
CP	Cuidados Paliativos
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DMP	Definidor de Mal Prognóstico
DP	Desvio Padrão
EAPC	European Association of Palliative Care
ENT	Enteral Nutritional Therapy
EUA	Estados Unidos da América
GSF	The Gold Standards Framework
HRTN	Hospital Risoleta Tolentino Neves
IAHPC	International Association for Hospice and Palliative Care
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
IPOS	Integrated Palliative Care Outcomes Scale
Máx	Máximo
Min	Mínimo
NE	Nutrição enteral
OMS	Organização Mundial da Saúde

PB	Perímetro de braço
PC	Palliative Care
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua
POS	Palliative Care Outcomes Scale
POS-APCA	Palliative Care Outcomes Scale of African Palliative Care Association
POS-S	Palliative Care Outcomes Scale - Simptom List
PP	Perímetro de panturrilha
PPS	Palliative Performance Scale
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCP	Unidade de Cuidados Paliativos
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFSJ	Universidade Federal de São João del-Rei
WHO	World Health Organization
WHPCA	World Hospice and Palliative Care Alliance

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	21
1.1 A origem dos Cuidados Paliativos	21
1.2 Definição do conceito de Cuidados Paliativos	23
1.3 Envelhecimento populacional e fragilização	25
1.4 Assistência paliativa	32
1.5 Qualidade de vida e terapia nutricional nos cuidados paliativos	36
2. REFERÊNCIAS	40
3. HIPÓTESE	49
4. OBJETIVOS	49
4.1. Objetivo geral:	49
4.2. Objetivos específicos:	49
5. MATERIAIS E MÉTODOS	49
5.1. Delineamento	49
5.2. Contexto e local de realização do estudo	49
5.3. Amostra	51
5.4. Coleta dos dados	52
5.5. Dados sociodemográficos e clínicos	53
5.6. Dados dietéticos	53
5.7. Dados antropométricos	53
5.8. Seguimento 1: quarto dia de internação na Unidade de CP (D4)	56
5.9. Desfechos:	57
5.10. Considerações éticas:	57
5.11. Análise estatística	57
6. REFERÊNCIAS	58
7. RESULTADOS E DISCUSSÃO	60
ARTIGO ORIGINAL	60
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	90

APÊNDICES-----	91
APÊNDICE A – Ficha de coleta de dados-----	91
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)-----	93
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) familiar / cuidador--	97
APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) médico-----	101
ANEXOS-----	105
ANEXO 1 - Escala Integrada de Resultados de Cuidados Paliativos (Integrated Palliative Care Outcome Scale - IPOS). Questionário do doente.-----	105
ANEXO 2 - Escala Integrada de Resultados de Cuidados Paliativos (Integrated Palliative Care Outcome Scale - IPOS). Questionário do profissional de saúde.-----	107
ANEXO 3 - Parecer da Comissão de Avaliação de Projetos de Pesquisa, Ensino e Extensão (CAPPE) do Hospital Risoleta Tolentino Neves (PROCESSO N° 05/2023).-----	109
ANEXO 4 - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (CAAE 68153923.1.0000.5149).-----	110

APRESENTAÇÃO

A presente dissertação é um dos produtos da pesquisa intitulada “Associação da Terapia Nutricional, Qualidade de Vida e desfecho hospitalar na pessoa idosa em cuidados paliativos – Estudo de Coorte” coordenada pela Prof.^a Ann Kristine Jansen e coorientada pelo Prof. Alexandre Ernesto Silva. Buscou-se avaliar a presença e intensidade de sintomas físicos e não físicos e desfechos hospitalares em uma amostra de pessoas idosas internadas em uma Unidade de Cuidados Paliativos (CP) hospitalar.

A Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN), que destina 100% de seus serviços de saúde ao Sistema Único de Saúde, é coordenada pela geriatra e paliativista Ana Luisa Rugani Barcellos e localiza-se no 6º andar do hospital. A assistência paliativa nesta instituição teve início em abril de 2009 por meio de atendimentos de interconsultas. A unidade inaugurada em 2015, foi a primeira de Belo Horizonte e tinha 6 leitos. Atualmente conta com 24 leitos exclusivos para assistência paliativa e a equipe médica e de enfermagem atende por meio de interconsulta as pessoas elegíveis para os cuidados paliativos internadas nas linhas de cuidado clínico, cirúrgico, intensivo e pronto socorro. Além disso, as pessoas egressas do hospital podem ser acompanhadas no ambulatório de cuidados paliativos do hospital..

Além de um cenário de atuação clínica, a unidade proporciona atividades educacionais aos colaboradores do hospital, profissionais residentes das áreas médicas e multiprofissionais do HRTN e de hospitais parceiros e acadêmicos de vários cursos, incluindo da nutrição. E, ainda, é um campo para pesquisa científica.

Desde março de 2018, uma nutricionista exclusiva, com especialização em saúde do idoso e cuidados paliativos, realiza o acompanhamento das pessoas internadas na unidade de CP. A partir dessa assistência identificou-se a necessidade de estudar a relação das vias de alimentação oral ou enteral com a qualidade de vida avaliada por meio de sintomas físicos e não físicos. A literatura é limitada quando se trata de estudos prospectivos que comparam a presença de sintomas físicos e não físicos e os desfechos hospitalares na população idosa em CP em diferentes condições clínicas com via de alimentação oral ou enteral. Assim, essa dissertação tem a finalidade de aprofundar a compreensão sobre o tema, essencial para fundamentar condutas e tomadas de decisão sobre os cuidados relacionados à assistência nutricional nesse cenário.

Este documento conta com introdução, hipótese, objetivos, materiais e métodos, resultados e discussão no modelo de artigo original, considerações finais acerca da pesquisa, apêndices e anexos. O artigo encontra-se no formato das normas da revista de interesse de publicação.

1. INTRODUÇÃO

1.1 A origem dos Cuidados Paliativos

A origem dos Cuidados Paliativos (CP) com o propósito de acolher, proteger e aliviar o sofrimento data da Idade Média (séculos V a XV) nas instituições atreladas às ordens religiosas que abrigavam viajantes e cavaleiros doentes que necessitavam de cuidados. Nos séculos XVIII e XIX este cuidado passou a enfatizar prioritariamente pessoas com tuberculose e outras doenças incuráveis na época.^{1,2} Em 1879 foi aberto o primeiro Hospice, o *Our Lady's Hospice*, em Dublin (Irlanda), pelas Irmãs de Caridade Irlandesas, que também deram início a vários hospices semelhantes em outros países, como o *St Joseph's Hospice*, fundado em 1905 em Londres.² O termo "Hospice", que tem origem na palavra latina *Hospes* que significa hospedaria, faz alusão às instituições criadas para abrigar e cuidar dos peregrinos¹ e carrega a ideia de que o adoecimento é um trajeto que será percorrido pelo paciente e sua família ou cuidador no qual irão precisar de abrigo e cuidado.³

Contudo, foi no Movimento Hospice Moderno, ocorrido na década de 60 na Inglaterra, que os CP foram formalmente iniciados. Foi um movimento social ocorrido após um período de crescimento científico e tecnológico na medicina e abertura de instituições filantrópicas e hospitais gerais e especializados. Estes hospices prestavam assistência somente aos doentes terminais (diferente dos hospices medievais), oriundos das classes menos favorecidas, que eram desassistidos pela medicina devido à impossibilidade de cura e desprezo no cuidado do sofrimento principalmente da dor, por desinformação dos profissionais de saúde.³

Nesse cenário, a inglesa Cicely Saunders, formada em assistência social, enfermagem e medicina, confrontou a ideia da cura e preservação da vida que era insistentemente defendida por muitos profissionais de saúde e deu início os estudos sobre uso regular de opioide (morfina) no tratamento da dor física, tornando-se pioneira no CP. Assim, após experimentar a assistência realizada no *St Joseph's Hospice*, dedicou-se a cuidar de pacientes terminais. Em 1967, dez anos após se formar em medicina, fundou o *St Christopher's Hospice* em Londres, que foi o primeiro hospice moderno e o pioneiro no cuidado de pacientes com diferentes diagnósticos, independente da religião e da classe social. Saunders, buscou o desenvolvimento de um modelo de CP interdisciplinares que, além de cuidados clínicos,

promoveu ensino e pesquisas e atenção aos familiares dos pacientes. Ainda, englobando o sofrimento físico, psicológico e espiritual, ela apresentou o conceito de “dor total”.^{4,5,3}

A participação de Cicely Saunders em visitas educacionais e palestras realizadas no exterior favoreceu o desenvolvimento de equipes de CP domiciliares e hospitalares nos EUA e no Canadá. As palestras realizadas por Saunders nos EUA, promoveram o desenvolvimento dos CP e medicina paliativa, que ganharam mais destaque quando o livro intitulado *On Death and Dying* (Sobre a Morte e o Morrer), de Elisabeth Kubler-Ross, foi publicado em 1969.¹ A autora, também pioneira dos cuidados paliativos, era psiquiatra e nascida na Suíça. Ela escreveu sobre os cinco estágios do luto (raiva, negação, barganha, depressão, aceitação) vivenciados pelo paciente na sua trajetória até o fim de vida e palestrava sobre a “negação da morte” do Ocidente, defendendo que os doentes terminais precisavam de mais dignidade e melhores cuidados. Portanto, na década de 1970 o Movimento Hospice Moderno também cresceu nos EUA com a parceria de Cicely Saunders e Elisabeth Klüber-Ross.²

Saunders contribuiu com especialistas internacionais, como Balfour Mount, um cirurgião urológico e oncologista em Montreal (Canadá) que, na busca por melhorias nos cuidados de fim de vida de seus pacientes, após leitura do livro de Elisabeth Kubler-Ross, visitou em 1973 o hospice fundado em Londres. Inspirado, ao retornar ao seu país, ele criou uma unidade de internação tipo hospice no Royal Victoria Hospital (primeiro hospice hospitalar) e para nomear a unidade de internação, criou em 1974 o termo Cuidados Paliativos, visto que o termo “hospice” apresentava outro significado na França. O nome CP era derivado do latim *pallium e palliare*. *Pallium* é o nome dado ao manto que os cavaleiros romanos usavam para se proteger das tempestades, enquanto *palliare* significa proteção.^{1,2,6}

Em continuidade ao processo de crescimento dos CP no mundo, em 1980 foi formado o International Hospice Institute, para auxiliar e capacitar cada país no desenvolvimento do seu próprio modelo de CP e hospice conforme as necessidades específicas do local, costumes e recursos disponíveis. Posteriormente ficou conhecido como International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC).⁷ Em 1982, foi criado o Comitê de Câncer da Organização Mundial de Saúde (OMS) e o grupo de trabalho para definir políticas para alívio da dor e CP para pacientes com câncer. O objetivo era que essa assistência fosse recomendada em todos os países. E em 1989, o termo Cuidados Paliativos passou a ser adotado pela OMS e teve o reconhecimento da sua prática com a primeira definição.⁸

1.2 Definição do conceito de Cuidados Paliativos

Desde 1990, a OMS reconhece os CP na assistência à saúde conceituando-o como cuidados ativos aos pacientes oncológicos para prestar assistência de fim de vida àqueles que não respondiam à terapia curativa, a fim de melhorar o quanto possível a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares.^{9,10} No entanto, essa definição foi modificada em 2002 e a assistência paliativa foi incluída na atenção a outras doenças crônicas. Os CP foram redefinidos como uma abordagem que deve ser aplicada por uma equipe multiprofissional e mais precocemente possível, durante a trajetória de qualquer doença potencialmente fatal, entendendo que os problemas ou sintomas identificados no fim de vida podem ter origem nas fases iniciais do curso da doença.¹¹

Apesar de ser amplamente aceita, essa definição proporcionou questionamentos de especialistas, pelo fato de se restringir às doenças potencialmente fatais e não considerar as condições graves, crônicas e complexas que podem comprometer a qualidade de vida dos doentes. Posto isso, em 2017, a Comissão Lancet sobre Acesso Global aos Cuidados Paliativos e Alívio da Dor (*Lancet Commission on Global Access to Palliative Care and Pain Relief*) elaborou um relatório sobre a carga global de sofrimento intenso relacionado à saúde e a falta de acesso aos CP e ao alívio da dor devido à pobreza e desigualdade mundial. Isso permitiu a discussão sobre o tema e a proposta de nova revisão do conceito de CP para sua ampliação e atendimento aos países de baixa e média renda e ambientes com recursos limitados.¹²

Em 2019, uma definição baseada em consenso global foi elaborada pela Associação Internacional de Hospice e Cuidados Paliativos (*International Association for Hospice and Palliative Care - IAHPC*). Os associados conceituaram os CP como cuidados holísticos ativos, ou seja, cuidados centrados nas pessoas que enfrentam problemas relacionados com a saúde devido às doenças que ameaçam a vida, oferecidos por uma equipe multiprofissional, com objetivo de prevenir e aliviar o sofrimento dos doentes, seus familiares e cuidadores, sendo os últimos apoiados até no luto.¹³

No entanto, mesmo com as limitações presentes na definição da OMS de 2002, a Associação Europeia de Cuidados Paliativos (*European Association of Palliative Care - EAPC*) e a Aliança Mundial de Hospice e Cuidados Paliativos (*World Hospice and Palliative Care Alliance - WHPCA*) decidiram apoiar e manter válida a descrição sobre os CP¹⁴, como:

“Uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e suas famílias que enfrentam o problema associado a doença com riscos de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento por meio da prevenção precoce, identificação e avaliação e tratamento impecáveis da dor e de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais.”

Junto à definição, a OMS reafirmou os princípios que norteiam os CP¹⁵, descritos no Quadro 1.

Quadro 1: Princípios que norteiam os CP, segundo a Organização Mundial de Saúde.

1. Promover o alívio da dor e outros sintomas desagradáveis
2. Afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida
3. Não acelerar nem adiar a morte
4. Integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente
5. Oferecer um sistema de suporte que possibilite o paciente viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte
6. Oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e a enfrentar o luto
7. Abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto
8. Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença
9. Deve ser iniciado o mais precocemente possível, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, como a quimioterapia e a radioterapia e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes

Fonte: World Health Organization. National cancer control programmes : policies and managerial guidelines, 2nd ed. 2002.¹⁵

Apesar do conceito oficial, dos princípios e evidências dos potenciais benefícios da inserção dos CP, não é incomum profissionais de saúde e público geral estigmatizar o termo e associá-lo exclusivamente com a morte e aos cuidados terminais. Este preconceito pode

limitar o acesso às equipes de CP, principalmente de forma precoce.^{16,17} Fato este preocupante, sobretudo na atenção à população idosa perante seu crescimento e necessidades de cuidados.

1.3 Envelhecimento populacional e fragilização

Mudanças no cenário demográfico têm provocado um aumento rápido e progressivo da população de pessoas idosas ao longo dos anos em diversos países, em consequência das alterações nas taxas de natalidade e mortalidade. No Brasil, comparando os anos de 2012 e 2021, percebe-se pela pirâmide etária (Figura 1) a mudança no crescimento da população evidenciada pela redução da população infantil e aumento das pessoas idosas.¹⁸

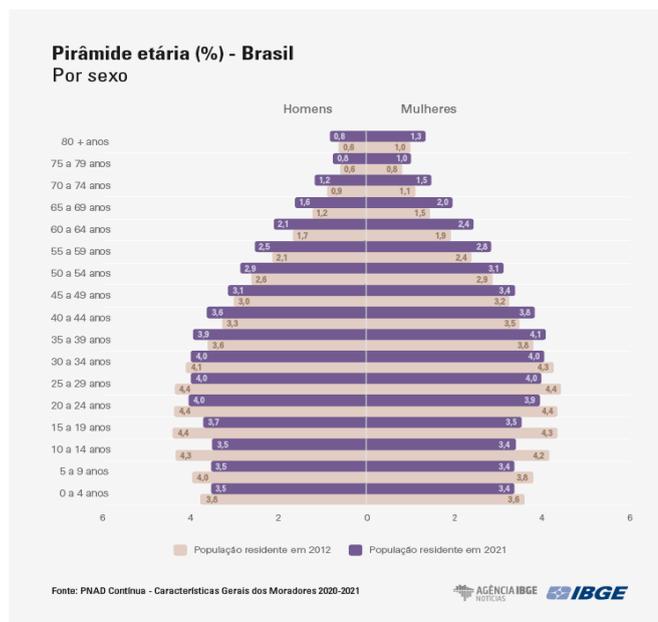


Figura 1: Pirâmide etária brasileira dos anos 2012 e 2021.

Fonte: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua. PNAD Contínua: Características gerais dos moradores 2020-2021. IBGE, 2022.¹⁸

Entre 2010 e 2022, houve um aumento de 56% no número de brasileiros com **60** anos ou mais, totalizando 32.113.490 pessoas em 2022. Isso correspondia a 15,8% de pessoas idosas em relação à população total, que era 6,1% em 1980 e 10,8% em 2010. Em Minas Gerais, 17,8% da população residente tinha 60 anos ou mais no mesmo ano, o que tornava o Estado o terceiro com maior proporção de pessoas idosas no País.¹⁹

Além do maior número de pessoas idosas, dados mostram que os indivíduos vivem mais com relação aos anos anteriores. A nível mundial, a expectativa de vida ao nascer aumentou mais de 6 anos entre os anos de 2000 (66,8 anos) e 2019 (73,3 anos). No entanto, com o impacto da pandemia de COVID-19 no aumento das taxas de mortalidade, em 2021, houve redução na expectativa de vida ao nascer para 71,7 anos (declínio de 1,6 anos), mas mantendo-se superior ao que se esperava 20 anos antes.²⁰ Globalmente, os anos de vida perdidos com a pandemia foi mais alta na faixa etária de 55 a 64 anos, devido uma maior taxa de mortalidade nessa faixa etária e maior anos potenciais de vida perdidos com as mortes comparado as faixas etárias além dos 65 anos.²¹

No Brasil, as consequências da pandemia na esperança de vida ao nascer foi 75% maior comparado ao resultado mundial, saindo de 76,5 anos em 2019 para 73,7 anos em 2021 (declínio de 2,8 anos).²⁰ No entanto, dados apresentados nas últimas Tábuas de Mortalidade construídas pelo IBGE (Figura 2), mostram uma ascensão em 2022 para 75,5 anos, sendo maior para as mulheres (79,0 anos) comparado aos homens (72,0 anos). No mesmo momento, a esperança de vida aos 60 anos de idade era de 21,9 anos, ainda maior para as mulheres (23,5 anos) que para os homens (20,0).²²

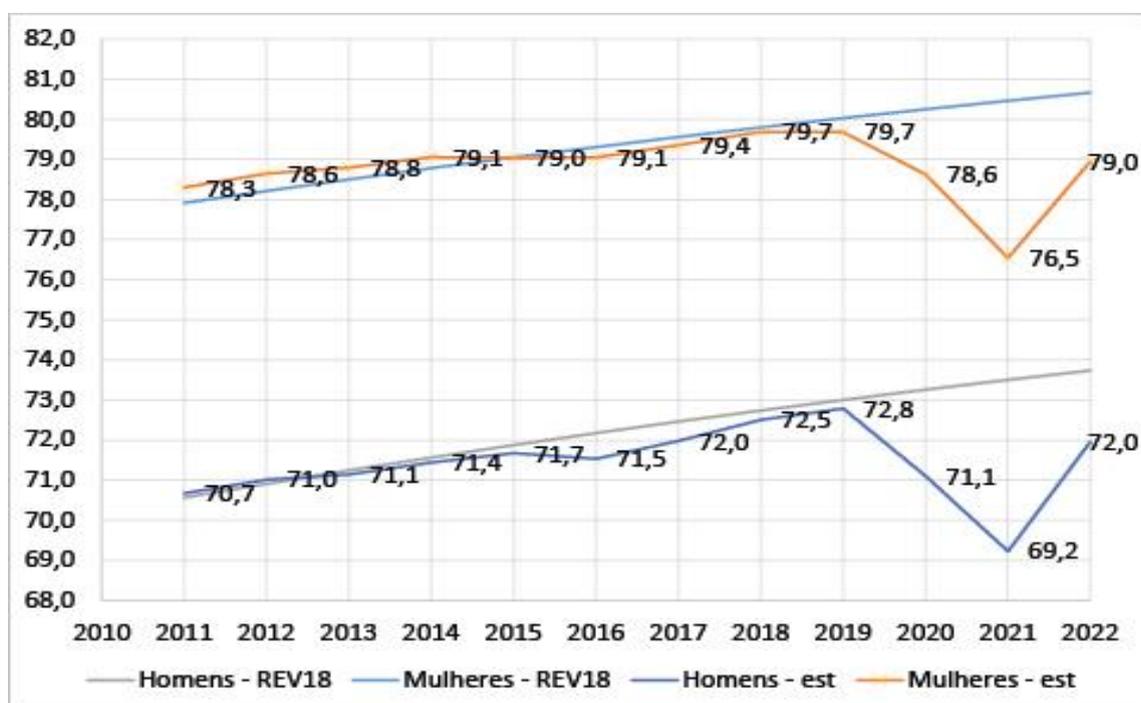


Figura 2: Esperança de vida ao nascer para ambos os sexos, nos anos de 2011 a 2022.

Fonte: Agência IBGE Notícias (2023)²²

À medida que envelheceu, a população passou por uma rápida transição epidemiológica. A sociedade saiu de um cenário onde havia uma elevada taxa de mortalidade infantil e doenças infecciosas para uma ascensão da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).²³ Essas transformações nos padrões de morbimortalidade podem ser compreendidas pela carga global de doença, um indicador que relaciona as causas de morte prematura (com base na expectativa de vida) e de incapacidades e apresenta em ordem as principais causas de morte globais ou nacionais. Ainda, auxilia a entender os efeitos das doenças na expectativa de vida. As DCNT foram responsáveis por 61% das mortes globais no ano de 2000, após 19 anos, esta proporção passou para 74%.²⁴

Na lista das dez principais causas de morte a nível mundial, em 2019, sete foram por doenças não transmissíveis, com destaque para as três primeiras - cardiopatia isquêmica, acidente vascular cerebral (AVC) e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)²⁰, as quais foram responsáveis, respectivamente, por 16%, 11% e 6% do total de mortes no mundo. A Doença de Alzheimer e outras demências entraram na listagem. Na população brasileira com idade entre 60 a 84 anos, a cardiopatia isquêmica e o AVC permaneceram como as principais causas de morte. A partir dos 85 anos, essas doenças foram mantidas entre as três primeiras posições, mas as infecções das vias respiratórias inferiores se sobressaíram como a principal. A partir dos 75 anos, as demências foram incluídas entre as dez primeiras, assim como a cardiopatia hipertensiva a partir dos 70 anos.²⁵

Embora a esperança de vida saudável tenha aumentado em 8% entre os anos 2000 e 2019, passando de 58,3 para 63,7 (5,4 anos), essa ascensão não acompanhou o aumento da expectativa de vida no mesmo período (6,6 anos), que revela ser uma consequência da redução da mortalidade e não um reflexo da redução dos anos vividos sem incapacidade. Assim, apesar dos indivíduos viverem mais, eles convivem mais tempo com doenças crônicas e incapacidades.²⁵ Isso representa um desafio para a sociedade, tendo em vista que a maior carga de doenças crônicas que modificaram o padrão de morbimortalidade contribui para a fragilização das pessoas idosas.²⁶

O acúmulo de deficiências em vários sistemas fisiológicos (alterações neuromusculares, desregulação neuroendócrina e disfunções no sistema imunológico) causado por danos celulares cumulativos de etiologias variadas, nem sempre patológicas, influencia o processo de envelhecimento e o torna uma fase vulnerável às complicações das doenças e a fragilização.^{27,28} No entanto, envelhecer não segue um padrão homogêneo de evolução entre

os indivíduos. Na sociedade, encontram-se pessoas idosas da mesma idade cronológica que envelhecem de maneira diferente. Algumas podem ser consideradas saudáveis/robustas, devido ao envelhecimento bem-sucedido e fisiológico, mesmo que apresentem doenças crônicas. Por outro lado, encontram-se também pessoas idosas que vivenciam o envelhecimento patológico, apresentado pela perda da autonomia (decisão) e da independência (execução) na realização das atividades de vida diária (AVD) relacionadas ao cuidado de si (atividades básicas de vida diária - ABVD) e da própria vida (atividades instrumentais de vida diária - AIVD), condição que caracteriza o estado de fragilidade.²⁹

Fragilidade é uma síndrome geriátrica complexa, de causa multifatorial, que apesar de estar relacionada com a idade, não é uma consequência inevitável do envelhecimento, devido a heterogeneidade do processo. Resulta em um estado de maior vulnerabilidade em decorrência da redução da homeostase dos sistemas orgânicos fisiológicos, principalmente na ocorrência de fatores estressantes agudos. Além disso, representa maior morbimortalidade e é um fator de risco para desfechos adversos, como: aumento do risco de quedas, imobilidade, declínio funcional, dependência, alteração da cognição, hospitalização, maior tempo de internação e morte.^{30,31}

A prevalência de fragilidade aumenta com o avançar da idade. Andrade et al (2018)³² estimaram a prevalência de 9% de fragilidade na população brasileira com 50 anos ou mais e 13,5% nas pessoas idosas (60 anos ou mais); identificaram 16,2% de pessoas idosas frágeis com 65 anos ou mais e 20,9% com 70 anos ou mais. Além disso, a fragilidade teve associações positivas com idade acima de 60 anos (razão de prevalência = 1,69 entre 60–69 anos e razão de prevalência = 3,49 aos 70 anos ou mais), presença de duas ou mais doenças crônicas (razão de prevalência = 1,34) e ter dificuldade para realizar ABVD (RP = 2,68). Observaram, ainda, que a fragilidade pode ocorrer na ausência de multimorbidades (2 ou mais doenças crônicas) e limitações funcionais (limitação em 1 ou mais ABVD) em 26,7% da população estudada, mas quando associada à esses fatores teve maior prevalência (30,0%).

Segundo Clegg et al (2013)³³, de modo geral a fragilidade se apresenta clinicamente com:

- **Fraqueza extrema, perda ponderal inexplicável, infecções frequentes:** sinais não específicos da fragilidade.
- **Quedas:** comprometimento do equilíbrio e da marcha.

- **Delirium:** confusão aguda e flutuante e comprometimento da consciência.
- **Incapacidades flutuantes:** instabilidade entre momentos de independência e dependência - neste caso, com necessidade de cuidado profissional.

No entanto, a definição de fragilidade ainda não é consenso na literatura mundial por apresentar vários modelos conceituais.³¹ Alguns modelos seguem a proposta da fragilidade fisiológica, definida como uma vulnerabilidade orgânica multissistêmica associada ao envelhecimento e potencializada por eventos estressores, com efeitos sobre a capacidade de adaptação homeostática. Outros, valorizam aspectos multidimensionais da fragilidade, compreendendo que as mudanças progressivas do envelhecimento são mediadas por fatores biopsicossociais e cognitivos, o que acarreta em maior vulnerabilidade ao declínio funcional.³⁴

Em 2001, Fried³⁵ et al propôs o modelo do fenótipo da fragilidade, identificado pela presença dos componentes fenotípicos: perda de peso não intencional, sensação de exaustão, força de preensão palmar fraca, velocidade de caminhada lenta e baixa atividade física, que se relacionam formando o ciclo de fragilidade (Figura 3). Nesse modelo, para que uma pessoa idosa seja considerada frágil deve apresentar três ou mais marcadores de fragilidade; na presença de um ou dois desses componentes era classificada como pré-frágil e aquela que não os possuía era robusta (não frágil). Embora apresente validade preditiva para resultados adversos relacionados à saúde, como quedas, hospitalização, incapacidade e morte, esse modelo diz respeito somente à fragilidade física.

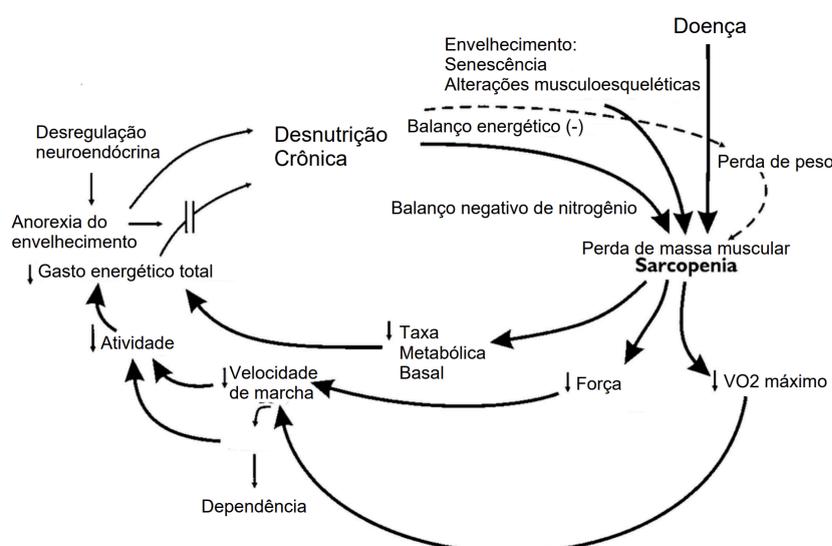


Figura 3: Ciclo da fragilidade proposto por Fried et al (2001).

Fonte: adaptado de Fried et al. Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *J. Gerontol. Ser. A Boil. Sci. Med. Sci.* 2001.³⁵ Traduzido pela autora.

Nesta pesquisa, a fragilidade da população-alvo foi avaliada pela Escala de Fragilidade Clínica (*Clinical Frailty Scale - CFS*), considerando os critérios estabelecidos na versão atualizada (CFS versão 2.0) publicada em 2009³⁶ e, posteriormente, traduzida e adaptada culturalmente para o português brasileiro (Figura 4). Neste instrumento, as pessoas idosas são classificadas em 9 categorias considerando o aumento progressivo da fragilidade: 1-3 classificam as pessoas idosas como robustas, 4 como pré-frágeis, 5 como levemente frágil, 6-8 como moderada a gravemente frágeis e 9 como em fase terminal de vida.³⁷ A versão original do CFS foi elaborada em 2005 pelos pesquisadores do Estudo Canadense de Saúde e Envelhecimento (*Canadian Study of Health and Aging*) e é composta por 7 categorias de funcionalidade.³⁸

Trata-se de um instrumento simples, de fácil execução, aplicável na prática clínica e requer julgamento clínico para interpretar os resultados da anamnese e do exame clínico³⁸, visto que sintetiza dados da avaliação multidimensional, como comorbidade, comprometimento cognitivo e dependência para as atividades de vida diárias (AVD). Confere uma visão holística do paciente, com foco em sua saúde geral para determinar o nível de vulnerabilidade no qual o idoso se encontra.³⁶

Escala Clínica de Fragilidade*

 **1. Muito Ativo** - Pessoas que estão robustas, ativas, com energia e motivadas. Essas pessoas normalmente se exercitam regularmente. Elas estão entre as mais ativas para a sua idade.

 **2. Ativo** - Pessoas que não apresentam nenhum sintoma ativo de doença, mas estão menos ativas que as da categoria 1. Frequentemente se exercitam ou são muito ativas ocasionalmente, exemplo: em determinada época do ano.

 **3. Regular** - Pessoas com problemas de saúde bem controlados, mas não se exercitam regularmente além da caminhada de rotina.

 **4. Vulnerável** - Apesar de não depender dos outros para ajuda diária, frequentemente os sintomas limitam as atividades. Uma queixa comum é sentir-se mais lento e/ou mais cansado ao longo do dia.

 **5. Levemente Frágil** - Estas pessoas frequentemente apresentam lentidão evidente e precisam de ajuda para atividades instrumentais de vida diária (AIVD) mais complexas (finanças, transporte, trabalho doméstico pesado, medicações). Tipicamente, a fragilidade leve progressivamente prejudica as compras e passeios desacompanhados, preparo de refeições e tarefas domésticas.

 **6. Moderadamente Frágil** - Pessoas que precisam de ajuda em todas as atividades externas e na manutenção da casa. Em casa, frequentemente têm dificuldades com escadas e necessitam de ajuda no banho e podem necessitar de ajuda mínima (apoio próximo) para se vestirem.

 **7. Muito Frágil** - Completamente dependentes para cuidados pessoais, por qualquer causa (física ou cognitiva). No entanto, são aparentemente estáveis e sem alto risco de morte (dentro de 6 meses).

 **8. Severamente Frágil** - Completamente dependentes, aproximando-se do fim da vida. Tipicamente incapazes de se recuperarem de uma doença leve.

 **9. Doente Terminal** - Aproximando-se do fim da vida. Esta categoria se aplica a pessoas com expectativa de vida < 6 meses, sem outra evidência de fragilidade.

Pontuando fragilidade em pessoas com demência

O grau de fragilidade corresponde ao grau de demência. Sintomas comuns na demência leve incluem esquecimento dos detalhes de um evento recente, apesar da recordação do evento em si, repetindo a mesma pergunta/história e afastamento de eventos sociais.

Na demência moderada, a memória recente está muito comprometida apesar de aparentemente lembrar bem de fatos do passado. Quando solicitadas, elas são capazes de fazer o cuidado pessoal.

Na demência severa, elas não conseguem realizar cuidados pessoais sem ajuda.

* 1. Canadian Study on Health & Aging, Revised 2008.
2. K. Rockwood et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005; 113:489-495.

©2009. Version 1.2_EN; ©2018. Version 1.0_Port. All rights reserved. Geriatric Medicine Research, Dalhousie University, Halifax, Canada. Permission granted to copy for research and educational purposes only.

Figura 4: Escala de Fragilidade Clínica (*Clinical Frailty Scale* - CFS), considerando os critérios estabelecidos na versão atualizada (CFS versão 2.0) traduzida e adaptada culturalmente para o português brasileiro.

Fonte: Rodrigues et al. Clinical Frailty Scale: Translation and Cultural Adaptation into the Brazilian Portuguese Language. *J Frailty Aging*. 2021.³⁷

As pessoas idosas frágeis são as que mais necessitam de cuidados de saúde, porém com diferentes demandas assistenciais.³⁴ Embora, alguns indivíduos podem estar estáveis do ponto de vista clínico (baixa complexidade), outros podem apresentar condições de saúde de difícil manejo (alta complexibilidade) ou estar em cuidados paliativos. Além disso, ser frágil define um pior prognóstico para mortalidade geral, mortalidade hospitalar e morte a médio e longo prazo.³⁹

Frente a essa realidade, os sistemas de saúde precisam reagir de maneira eficaz, em toda a Rede de Atenção à Saúde, no desenvolvimento do cuidado integral, coordenado e proporcional ao estrato clínico e funcional da pessoa idosa. Isso tem o objetivo de aumentar a eficácia da assistência prestada e evitar o uso de recursos tecnológicos que podem causar iatrogenia, ou seja, a piora na condição de saúde da pessoa idosa em decorrência de intervenções inadequadas ou desnecessárias, principalmente, quando condições crônicas e

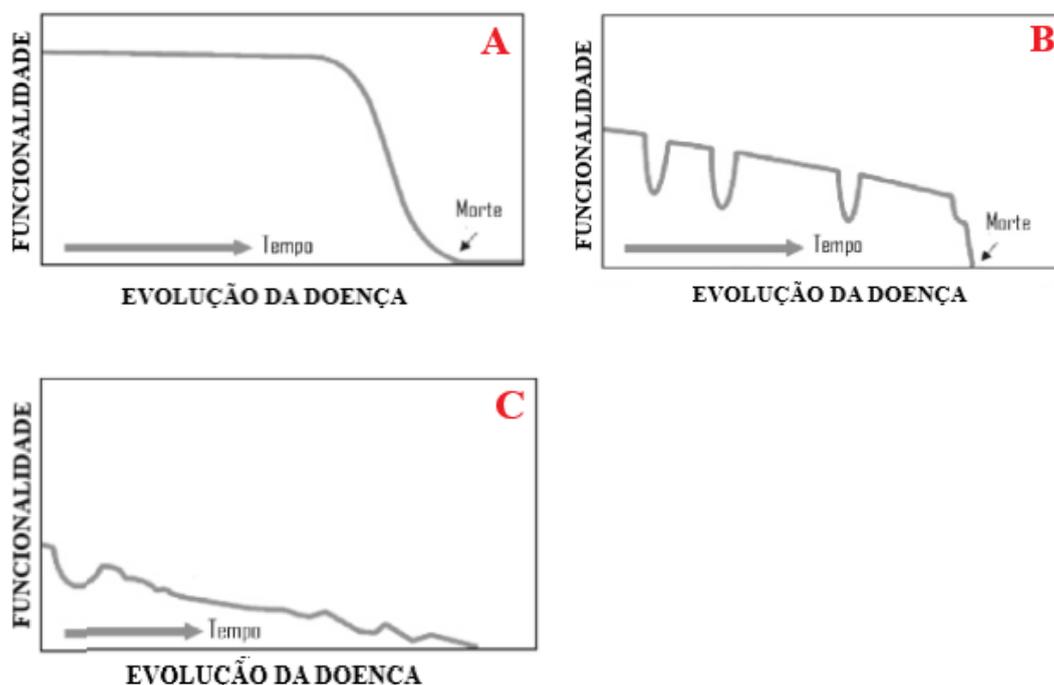
avançadas estão estabelecidas. Nestes casos, recomendam-se ações de promoção da qualidade de vida e dignidade, baseadas nos princípios dos CP.²⁹

1.4 Assistência paliativa

A assistência paliativa pode ser realizada por abordagem básica uniprofissional ou multiprofissional ou uma equipe multidisciplinar com formação intermediária em CP, que realiza a gestão dos sintomas e dos tratamentos, antecipação e prevenção de problemas que possam causar sofrimento. No entanto, para garantir o cuidado integral, também necessita da assistência de profissionais especializados em CP para direcionamento de casos complexos, como na ocorrência de sintomas de difícil controle e nos cuidados de fim de vida.⁹

Preconiza-se que o acesso a essas equipes deve ocorrer de forma precoce, a partir do diagnóstico de uma doença progressiva e incurável, ou seja, que define um prognóstico desfavorável e requer a instituição dos cuidados paliativos, como doença oncológica, falência orgânica (como doença renal, cardíaca, hepática, pancreática), fragilidade e demência.⁴⁰

Cada doença possui características clínicas específicas de evolução (Figura 5). À medida que progridem, seguem trajetórias diferentes com impacto negativo na funcionalidade do doente. Nas doenças oncológicas o paciente segue estável por um longo tempo até apresentar um declínio funcional evidente e rápido nas últimas semanas e dias anteriores à morte. Nas falências orgânicas o paciente pode ter pequenas limitações para realizar suas atividades cotidianas, enquanto vivencia exacerbações intermitentes da doença em um tempo relativamente prolongado de vida e ter morte súbita. Nos casos de fragilidade e demências, o paciente está propenso a ter perda funcional lenta e progressiva e a morrer em idades mais avançadas.⁴¹



A: Doenças oncológicas. **B:** Falências orgânicas. **C:** Fragilidade/demências.

Figura 5: Trajetória dos principais grupos de doenças crônicas que necessitam dos cuidados paliativos.

Fonte: Adaptado de Lynn J; Adamson DM. Living well at the end of life: Adapting health care to serious chronic illness in old age, 2003.⁴¹

A avaliação do estado funcional pode ser realizada por diferentes instrumentos, mas a Escala de Performance Paliativa (*em inglês, Palliative Performance Scale - PPS*) (Quadro 2) é a mais amplamente utilizada por ser aplicável em várias patologias⁴²:

Quadro 2: Escala de Performance Paliativa (*Palliative Performance Scale - PPS*) Versão 2 - Tradução Brasileira para Língua Portuguesa.

%	Deambulação	Atividade e evidência da doença	Autocuidado	Ingestão	Nível de consciência
100	Completa	Normal; sem evidência da doença	Completo	Normal	Completa
90	Completa	Normal; com alguma evidência da doença	Completo	Normal	Completa
80	Completa	Com esforço; alguma evidência da doença	Completo	Normal	Completa

%	Deambulação	Atividade e evidência da doença	Autocuidado	Ingestão	Nível de consciência
70	Reduzida	Incapaz para o trabalho; alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completa
60	Reduzida	Incapaz de realizar hobbies; doença significativa	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Períodos de confusão ou completa
50	Sentado ou deitado	Incapacitado para qualquer trabalho; doença extensa	Assistência considerável	Normal ou reduzida	Períodos de confusão ou completa
40	Acamado	Incapacitado para qualquer trabalho; doença extensa	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Períodos de confusão ou completa
30	Acamado	Incapacitado para qualquer trabalho; doença extensa	Dependência completa	Reduzida	Períodos de confusão ou completa
20	Acamado	Incapacitado para qualquer trabalho; doença extensa	Dependência completa	Ingestão limitada a colheradas	Períodos de confusão ou completa
10	Acamado	Incapacitado para qualquer trabalho; doença extensa	Dependência completa	Cuidados com a boca	Confuso ou em coma
0	Morte	-	-	-	-

Fonte: Adaptado do Downing GM. Q&A Manual, Instructions & Definitions for Use of Palliative Performance Scale (PPSv2). Victoria Hospice Society. Canadá, 2020.⁴² Traduzido pela autora.

A escala analisa sequencialmente cinco domínios da funcionalidade, como deambulação (domínio mais forte na determinação do escore), atividade e evidência de doença, autocuidado, ingestão e nível de consciência (domínio menos forte). A cada um

desses é atribuído um nível de performance de 100% a 0% divididos em intervalos de 10%, onde 100% é a máxima funcionalidade e 0% representa a morte. A cada domínio avaliado, considera-se o valor identificado anteriormente (no domínio de força maior) como ponto de partida na avaliação subsequente e definição do escore do PPS. O resultado auxilia na tomada de decisões sobre o plano terapêutico, devido seu valor prognóstico.⁴²

Estudo realizado no Canadá sobre o uso de PPS no prognóstico de fim de vida em um programa regional de cuidados paliativos⁴³, mostrou que a taxa de sobrevivência diminui com a redução do PPS (Tabela 1):

Tabela 1: Taxas de sobrevivência (%) em dias para cada categoria de PPS.

PPS	Taxa de sobrevivência (%) em dias ^a											Total de casos
	1	3	5	7	14	30	45	60	90	180	365	
PPS 80%	100	100	100	100	100	100	81	75	46	35	10	16
PPS 70%	100	97	96	95	94	82	76	68	57	36	12	81
PPS 60%	100	100	100	98	91	65	52	41	25	10	7	56
PPS 50%	100	97	94	91	76	57	41	33	14	4	0	88
PPS 40%	98	97	96	88	73	50	36	27	16	8	1	56
PPS 30%	97	87	71	63	42	23	22	17	11	2	0	118
PPS 20%	92	72	53	42	19	8	6	5	4	0	0	71
PPS 10%	52	33	19	13	5	0	0	0	0	0	0	27

^a As células sombreadas representam aproximadamente 50% das taxas de sobrevivência em determinado nível de PPS

Fonte: adaptado de Lau et al. Use of the Palliative Performance Scale (PPS) for end-of-life prognostication in a palliative medicine consultation service. *J Pain Symptom Manage.* 2009.⁴³ Traduzido pela autora.

O reconhecimento do prognóstico de cada doença permite que as necessidades do doente sejam identificadas antecipadamente e atendidas de acordo com suas prioridades, tornando o cuidado centrado na pessoa. Dessa forma, mesmo diante de patologias semelhantes, os cuidados são ofertados conforme o contexto clínico, os valores e desejos de cada paciente e/ou familiares.⁴³ Por isso, a prática dos CP é estratificada em níveis de assistência conforme as intervenções elencadas como proporcionais para o momento (proporcionalidade terapêutica). Esta proposta tem a finalidade de direcionar as atividades dos profissionais para que as intervenções sejam condizentes com a evolução da doença e os valores do paciente e/ou famílias Os CP são divididos em quatro fases: assistência precoce (1), complementar (2), predominante (3) e exclusivo (4)⁴⁴, como esquematizado na figura 6:

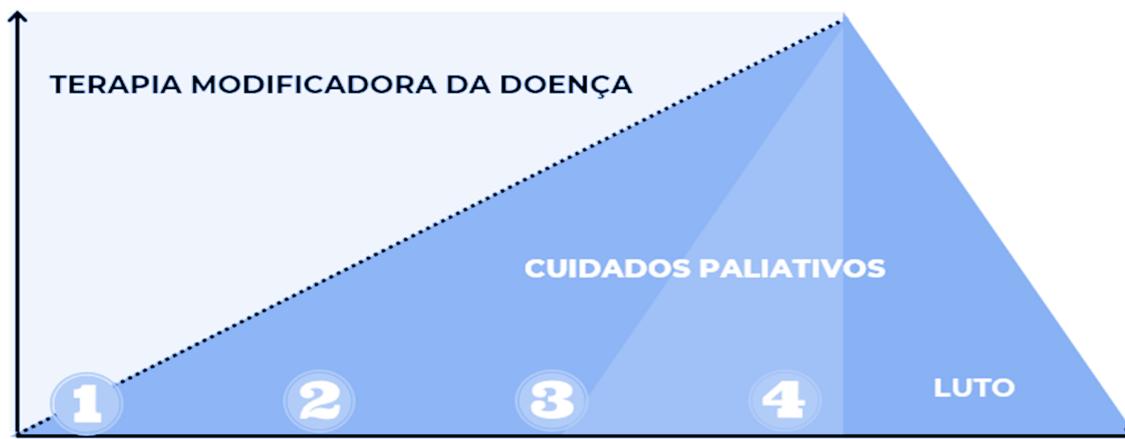


Figura 6: Estratificação da assistência paliativa na trajetória da doença.

Fonte: adaptado Mauriz PM, Wirtzbiki PM, Campos UW, 2014.⁴⁴

Essa estratificação foi elaborada pela Equipe de CP do Hospital Regional do Cariri.⁴⁵ É uma estratégia para orientar a construção do plano de cuidados que se modifica ao longo do tempo, embasar as consultas e facilitar a comunicação entre os profissionais de saúde para a promoção da qualidade de vida.⁴⁴

1.5 Qualidade de vida e terapia nutricional nos cuidados paliativos

Qualidade de vida é compreendida como uma condição ampla, multidimensional, subjetiva, individual, que pode ser afetada de maneira complexa pela saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais e características do ambiente onde o indivíduo está inserido.⁴⁶ Por isso, difícil de ser definida e mensurada objetivamente. Especificamente na prática clínica, busca-se a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS), cuja medida pode ser feita por diferentes escalas, compostas por uma série de domínios como: saúde geral, bem-estar físico, sintomas e toxicidade, bem-estar emocional e psicológico, funcionamento cognitivo, funcionamento sexual e questões existenciais.⁴⁷

Entre os aspectos que podem afetar a qualidade de vida das pessoas idosas em cuidados paliativos estão os fatores relacionados à alimentação e nutrição. As alterações na ingestão oral de alimentos e bebidas, como disfagia, hiporexia ou anorexia, são comumente identificadas durante a evolução de doenças crônicas e fragilização e podem ser fontes de angústia e frustração para pacientes e seus familiares.⁴⁸ Ehrsson et al. (2015)⁴⁹, verificaram que comprometimentos alimentares foram um dos problemas de saúde física que impactaram negativamente a qualidade de vida em pacientes com câncer de cabeça e pescoço em

radioterapia isolada ou combinada a outros tratamentos, com destaque para as alterações no paladar, perda de apetite, uso de nutrição enteral e perda de peso.

Frente a isso, o principal objetivo da nutrição paliativa é contribuir para a qualidade de vida, em concordância com os princípios norteadores dos CP.⁵⁰ Busca-se ir além do significado biológico da alimentação, cujo foco está na oferta de energia e nutrientes necessários para o organismo. Mas, reconhecer os aspectos emocionais, sociais e espirituais da alimentação e auxiliar no controle dos sintomas desconfortantes ocasionados pela progressão da doença ou em razão dos efeitos colaterais dos tratamentos instituídos.^{51,52,53,54} Assim, o manejo dos cuidados relativos à alimentação e nutrição é realizado de acordo com a fase paliativa em que o paciente se encontra, seguindo um plano de cuidados nutricionais proporcional e individualizado, elaborado pelo profissional nutricionista em conjunto com a equipe multiprofissional.^{55,56}

Na fase inicial, a oferta da dieta ocorre pela melhor via alimentar - oral ou alternativa (enteral ou parenteral) e propõe-se atender as necessidades nutricionais preconizadas para as patologias, como parte das terapias modificadoras das doenças. No entanto, à medida que a doença evolui, as intervenções nutricionais paliativas baseadas no conforto e controle dos sintomas são priorizadas até o fim da vida. Nessa trajetória, discute-se a intervenção dietoterápica mais adequada para cada momento.^{48,50,52}

Na inviabilidade da alimentação e hidratação pela via oral, a nutrição enteral (NE) pode ser um método alternativo, desde que considerado o objetivo terapêutico a ser alcançado, a fase da doença, a funcionalidade, os valores e desejos do paciente, com base nos princípios bioéticos de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.^{48,53,56}

Nos CP a NE é considerada uma terapia prolongadora da vida, por isso indicada quando há evidência de melhora ou manutenção da condição clínica, nutricional e funcional. Por se tratar de uma nutrição artificial, tanto do ponto de vista da dieta utilizada quanto da via de administração, nos casos em que há dúvidas sobre o seu efeito, pode ser realizada com metas e prazos previamente definidos.⁴⁸

Para isso, estudos buscam investigar o impacto da NE em pacientes em CP. Questiona-se a influência dessa intervenção no bem-estar e qualidade de vida dos doentes, pois pode ser causa de desconfortos, complicações e incluir custos adicionais de saúde, principalmente, naqueles cuja doença está avançada e irreversível.^{47,49,54,58}

As demências são exemplos de doenças irreversíveis, que podem avançar em sua evolução e causar alterações relacionadas à alimentação e nutrição. A pessoa com demência pode não reconhecer o alimento, perder os mecanismos fisiológicos normais do apetite e saciedade, ter apraxia (dificuldade de coordenação dos movimentos) e, na fase avançada, desenvolver dificuldades físicas com o ato de engolir, deixar de gerenciar o bolo alimentar na boca (disfagia da fase oral) ou aspirar ao engolir (disfagia da fase faríngea). Isso pode comprometer a capacidade de manter a alimentação pela via oral, porém, não nutrir a pessoa idosa leva a sensação de abandono, receio de promover a fome durante o fim de vida e antecipação da morte. Esses são fatores que geralmente motivam os profissionais de saúde e/ou cuidadores a indicarem a via alimentar alternativa por meio de cateter nasogástrico ou gastrostomia.^{59,60}

Estudos mostram que o uso do dispositivo para nutrição artificial na pessoa com demência em fim de vida não propicia redução da mortalidade e, sim, aumenta a necessidade de contenção, risco de aspiração pulmonar, lesão por pressão e desconforto intestinal.⁵⁹ Teno et al (2012)⁶¹ examinaram a sobrevida de pessoas idosas com demência após o desenvolvimento da necessidade de assistência alimentar com e sem um tubo de alimentação por gastrostomia endoscópica percutânea e se o momento da inserção do tubo de alimentação afetou a sobrevivência. Viu-se que a sobrevida mediana daqueles com sonda de alimentação por gastrostomia endoscópica percutânea foi de 177 dias e que não houve associação entre o início da via alimentar alternativa e o tempo de sobrevivência. Tsugihashi et al (2021)⁶² reforça que na pessoa idosa em CP, a via alimentar alternativa deve ser iniciada com base no prognóstico do indivíduo, que pode ser influenciado por vários fatores, como as características do paciente, comorbidades, gravidade da doença.

Na revisão sistemática conduzida por Sampson, Candy, Jones (2009)⁵⁹, os autores viram que não houve evidência de aumento da sobrevida em pacientes com demência que receberam alimentação por cateter enteral e, também, de benefício em termos de estado nutricional ou prevalência de úlcera por pressão. Nenhum dos estudos examinaram a qualidade de vida, mas concluíram que não há evidências suficientes para sugerir que a alimentação por cateter enteral seja benéfica em pacientes com demência avançada.

Em pacientes com câncer de cabeça e pescoço alimentados por cateter nasoentérico ou gastrostomia endoscópica percutânea, observou-se por um lado conforto com relação aos fatores nutricional e manutenção ou ganho de peso, mas, por outro, a qualidade de vida dos

pacientes foi influenciada por fatores, como: longo tempo de administração, falta da alimentação via oral, difícil manuseio, problemas gastrointestinais, problemas no nariz ou garganta, dor, desconforto para dormir e vergonha social. Aqueles em uso do cateter nasoentérico relataram sentir mais sialorreia, catarro viscoso e sensação de náusea ao comer.⁴⁹

Outro estudo com pacientes oncológicos em CP mostrou que aqueles que faziam uso da NE exclusiva apresentaram significativamente mais náusea que os indivíduos em nutrição via oral, sintoma este causado pela administração de volume de dieta maior que o tolerado pelo paciente e velocidade de infusão inadequada.⁶³

Apesar dos achados negativos, é difícil determinar se os sintomas são causados diretamente pela NE ou como consequência da doença de base ou de seu tratamento, como efeito colateral de medicamentos, ou, ainda, por um conjunto de fatores. Porém, a investigação e controle dos sintomas são cruciais, visto que demonstraram ter um impacto negativo sobre qualidade de vida dos pacientes.⁴⁷ Além disso, ao verificar a qualidade de vida, os dos pacientes em NE são colocados no centro do cuidado, não a doença.⁵⁸

Apesar disso, faltam ferramentas para avaliação da qualidade de vida que tenham sido desenvolvidas e validadas especificamente para serem aplicadas nesse perfil de pacientes.⁴⁷ São apresentados na literatura, instrumentos validados para medida de sintomas e qualidade de vida nos CP, mas são limitados quanto à verificação de aspectos mais amplos que podem ser de interesse para os pacientes ou abordam questões menos relevantes e aplicáveis no contexto de doenças avançadas.⁶⁴ Sugere-se que ao ser elaborada uma ferramenta de avaliação da qualidade de vida para pacientes em NE, além dos sintomas, o impacto dos problemas emocionais, psicológicos e sociais decorrentes da alimentação via enteral sejam avaliados.⁴⁷ Como os resultados centrados no paciente não são exclusivamente obtidos pela medida da qualidade de vida, a avaliação de incapacidade, questões sociais e psicológicas ou outros aspectos importantes para o indivíduo devem ser incluídos.⁶⁵

Na perspectiva de melhorar a assistência daqueles com doenças avançadas e incuráveis, a Escala Integrada de Resultados de Cuidados Paliativos (em inglês, *Integrated Palliative Care Outcome Scale* - IPOS) foi desenvolvida para a prática e pesquisa clínica. Trata-se de uma medida de resultado centrada no paciente, para avaliar e monitorar sintomas e preocupações no contexto de doenças avançadas, determinar o impacto das intervenções de saúde e demonstrar a qualidade do atendimento. Avalia os sintomas complexos e as preocupações dos indivíduos, possibilita que questões pessoais e sociais sejam consideradas

nos tratamentos e que as mudanças relacionadas à saúde sejam verificadas ao longo do tempo. Validada em duas versões: uma para ser preenchida pelo paciente e uma pelo profissional de saúde, sobre a vivência do indivíduo nos últimos 3 dias ou na última semana.^{64,66}

Segundo a Higginson et al. (2023)⁶⁷, a IPOS é uma medida simplificada que teve origem da integração de três ferramentas previamente elaboradas: Escala de Resultados em Cuidados Paliativos (em inglês, *Palliative Care Outcome Scale* - POS), Escala de Resultados em Cuidados Paliativos - lista de sintomas (em inglês, *Palliative Care Outcome Scale - symptom list* - POS-S) e Escala Resultados de Cuidados Paliativos da Associação Africana de Cuidados Paliativos (em inglês, *Palliative Care Outcome Scale of African Palliative Care Association* - POS-APCA).

A indicação do suporte nutricional enteral no CP é um tema considerado complexo e controverso na literatura. As evidências limitadas demandam mais estudos sobre o uso da nutrição artificial na terapia paliativa e sua relação com complicações e desconfortos que impactam na qualidade de vida dos pacientes.⁵⁵ Sánchez-Sánchez et al (2021)⁵⁷ ao investigar se é adequado o uso da nutrição enteral por cateter nasogástrico em pacientes em cuidados paliativos, encontrou limitações bibliográficas a respeito do tema e baixo nível de evidência científica nos estudos.

Em relação às pessoas idosas, as pesquisas se concentram nos fatores relacionados à demência avançada, cuja literatura não evidencia benefícios da nutrição enteral e há consensos sobre a não indicação ou suspensão do suporte nutricional enteral nessa fase.^{68,69,70} Contudo, faltam mais estudos prospectivos sobre o impacto da NE na qualidade de vida e desfechos hospitalares na população idosa em cuidados paliativos em diferentes condições clínicas.

2.REFERÊNCIAS

1. Lutz S. The history of hospice and palliative care. *Curr Probl Cancer*. 2011 Nov-Dec;35(6):304-9. doi: 10.1016/j.currprobcancer.2011.10.004.
2. O American Public Media. Revolution in Dying. The Hospice Experiment. Disponível em: <<https://americanradioworks.publicradio.org/features/hospice/a1.html>>. Acessado em: 11 ago. 24.

3. Floriani, CA, Schramm FR. Casas para os que morrem: a história do desenvolvimento dos hospices modernos. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.17, supl.1, jul. 2010, p.165-180. doi.org/10.1590/S0104-59702010000500010
4. Saunders C. The evolution of palliative care. *J R Soc Med*. 2001;94(9):430-432. doi:10.1177/014107680109400904
5. Saunders C. The evolution of palliative care. *Pharos Alpha Omega Alpha Honor Med Soc*. 2003 Summer;66(3):4-7. PMID: 14520783
6. Duffy A. The Ottawa Citizen. A Revolution in Dying (Palliative care). 23 April 2005, p. E8. Disponível em:< Bal Mount article_20090310154705.pdf (virtualhospice.ca)>. Acessado em 11 ago. 24.
7. International Association for Hospice & Palliative Care (IAHPC). IAHPC History. International Association for Hospice & Palliative Care. 2024. Disponível em:< History - International Association for Hospice & Palliative Care (hospicecare.com)>. Acessado em: 11 ago. 24.
8. Maciel MGS. Definições e princípios. *Cuidado paliativo, CREMESP*, 2008; (1-I), p. 18-21. Disponível em:<Parte 00 Cuidados Paliativos Capitulo 00.PM6 (cremesp.org.br)>. Acessado em: 11 ago. 24.
9. Ryan S, Wong J, Chow R, Zimmermann C. Evolving Definitions of Palliative Care: Upstream Migration or Confusion? *Curr Treat Options Oncol*. 2020 Feb 11;21(3):20. doi: 10.1007/s11864-020-0716-4. PMID: 32048055.
10. World Health Organization (WHO). WHO Expert Committee on Cancer Pain Relief and Active Supportive Care & World Health Organization.. *Cancer pain relief and palliative care : report of a WHO expert committee [meeting held in Geneva from 3 to 10 July 1989]*. World Health Organization. 1990. p. 11-18. Disponível em:<https://iris.who.int/handle/10665/39524>. Acessado em: 11 ago. 24.
11. World Health Organization (WHO). *National cancer control programmes : policies and managerial guidelines*, 2nd ed. World Health Organization. 2002. p. 83. Disponível em:<https://iris.who.int/handle/10665/42494>. Acessado em:11 ago. 24.

12. Knaul FM, Farmer PE, Krakauer EL, De Lima L, Bhadelia A, Jiang Kwete X, et al. Lancet Commission on Palliative Care and Pain Relief Study Group (2018). Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief-an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. *Lancet* (London, England). 2018. 391(10128), 1391–1454. doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32513-8
13. Radbruch L, De Lima L, Knaul F, Wenk R, Ali Z, Bhatnagar S, et al. Redefining Palliative Care-A New Consensus-Based Definition. *Journal of pain and symptom management*. 2020. 60(4), 754–764. doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027
14. Worldwide Palliative Care Alliance (WHPCA). WHPCA Responds to new IAHPc definition of palliative care. 2018. Disponível em: <<http://www.thewhpc.org/latest-news/item/whpca-responds-to-new-iahpc-definition-of-palliative-care>>. Acessado em: 11 ago. 24.
15. World Health Organization (WHO). National cancer control programmes : policies and managerial guidelines. 2nd ed. World Health Organization. 2002. p. 84. Disponível em: <<https://iris.who.int/handle/10665/42494>>. Acessado em: 11 ago. 24.
16. Fadul N, Elsayem A, Palmer JL, Del Fabbro E, Swint K, Li Z, et al. Supportive versus palliative care: what's in a name?: a survey of medical oncologists and midlevel providers at a comprehensive cancer center. *Cancer*, 2009.115(9), 2013–2021. doi.org/10.1002/cncr.24206
17. Sarradon-Eck A, Besle S, Troian J, Capodano G, Mancini J. Understanding the Barriers to Introducing Early Palliative Care for Patients with Advanced Cancer: A Qualitative Study. *Journal of palliative medicine*. 2019. 22(5), 508–516. doi.org/10.1089/jpm.2018.0338
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua. PNAD Contínua: Características gerais dos moradores 2020-2021. IBGE, 2022. ISBN 978-65-87201-99-3. Disponível em: < PNAD Contínua: Características gerais dos moradores (ibge.gov.br)>. Acessado em: 11 ago. 24.
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Censo Demográfico 2022: população por idade e sexo: pessoas de 60 anos ou mais de idade : resultados do universo : Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. IBGE. 2023. Disponível em: < IBGE | Biblioteca | Detalhes | Censo Demográfico 2022 : população por idade e sexo : pessoas de

60 anos ou mais de idade : resultados do universo : Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação>. Acessado em: 11 ago. 24.

20. GBD 2021 Demographics Collaborators. Global age-sex-specific mortality, life expectancy, and population estimates in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1950-2021, and the impact of the COVID-19 pandemic: a comprehensive demographic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet*. 2024 May 18;403(10440):1989-2056. doi: 10.1016/S0140-6736(24)00476-8.
21. World Health Organization (WHO). World health statistics 2023: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals: Geneva: World Health Organization, 2023. Disponível em:< Estatísticas mundiais de saúde 2023: monitoramento da saúde para os ODS, objetivos de desenvolvimento sustentável (who.int)>. Acessado em: 11 ago. 24.
22. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Em 2022, expectativa de vida era de 75,5 anos. Agência IBGE Notícias. Estatísticas Sociais. IBGE, 2023. Disponível em:< Em 2022, expectativa de vida era de 75,5 anos | Agência de Notícias (ibge.gov.br)>. Acessado em: 11 ago. 24.
23. Martins TCF, Silva JHCM, Máximo GC, Guimarães RM. Transição da morbimortalidade no Brasil: um desafio aos 30 anos de SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2021.26(10):4483-4496. doi.org/10.1590/1413-812320212610.10852021
24. World Health Organization (WHO). World health statistics 2023: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization, 2023. Disponível em: <World health statistics 2023: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals (who.int)>. Acessado em: 11 ago. 24.
25. World Health Organization (WHO). The top 10 causes of death. Fact sheets. World Health Organization, 2024. Disponível em:< The top 10 causes of death (who.int)>. Acessado em: 11 ago. 24.
26. Maia LC, Moraes EM, Costa SM, Caldeira AP. Fragilidade em idosos assistidos por equipes da atenção primária. *Ciênc. Saúde Colet*. 2020. 25(12). doi.org/10.1590/1413-812320202512.04962019

27. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001;56(3):M146-57.
28. Fried LP, Ferrucci L, Darer J, Williamson JD, Anderson G. Untangling the concepts of disability, frailty and comorbidity: implications for improved targeting and care. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2004;59(3):255-63. doi:10.1093/gerona/59.3.M255
29. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde – SUS [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. p. 37-42.
30. Cunha AIL, Veronese N, de Melo Borges S, Ricci NA. Frailty as a predictor of adverse outcomes in hospitalized older adults: A systematic review and meta-analysis. *Ageing Res Rev*. 2019;56:100960. doi:10.1016/j.arr.2019.100960.
31. Davidson SL, Emmence L, Motraghi-Nobes SM, Bickerstaff E, Rayers G, Lyimo G, et al. Avaliação da fragilidade entre idosos internados em hospitais em um ambiente de baixa renda: um estudo multicêntrico no norte da Tanzânia. *BMC Geriatr*. 2024; 24(1):190. doi:10.1186/s12877-024-04789-6.
32. Andrade JM, Duarte YAO, Alves LC, Andrade FCD, Souza-Junior PRB, Lima-Costa MF, et al. Perfil da fragilidade em adultos mais velhos brasileiros: ELSI-Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2018;52 Supl 2:17s
33. Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people [published correction appears in *Lancet*. 2013 Oct 19;382(9901):1328]. *Lancet*. 2013;381(9868):752-762. doi:10.1016/S0140-6736(12)62167-9
34. Lourenço RA, Moreira VG, Mello RGB, Santos IS, Lin SM, Pinto ALF, et al. Consenso brasileiro sobre fragilidade em idosos: conceitos, epidemiologia e instrumentos de avaliação. *Envelhecimento de Gerontol de Gerontol*. 2018; 12:121-135. doi:10.5327/Z2447-211520181800023

35. Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2001;56(3):M146-M156. doi:10.1093/gerona/56.3.m146
- Rockwood K, Theou O. Using the Clinical Frailty Scale in Allocating Scarce Health Care Resources. *Can Geriatr J.* 2020;23(3):210-215. doi:10.5770/cgj.23.463.
36. Rockwood K, Theou O. Using the Clinical Frailty Scale in Allocating Scarce Health Care Resources. *Can Geriatr J.* 2020;23(3):210-215. doi:10.5770/cgj.23.463
37. Rodrigues MK, Nunes Rodrigues I, Vasconcelos Gomes da Silva DJ, de S Pinto JM, Oliveira MF. Clinical Frailty Scale: Translation and Cultural Adaptation into the Brazilian Portuguese Language. *J Frailty Aging.* 2021;10(1):38-43. doi: 10.14283/jfa.2020.7.
38. Rockwood K, Song X, MacKnight C, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ.* 2005;173(5):489-495. doi:10.1503/cmaj.050051
39. Moraes EN, Lanna F, Santos R, Bicalho M. A new proposal for the clinical-functional categorization of the elderly: Visual Scale of Frailty (VS-Frailty). *J Aging Res Clin Practice.* 2016;5(1):24-30. doi:10.14283/jarcp.2016.84.
40. Thomas k, Watson M, Wilson JA, et al. GSF Proactive Identification Guidance. 7 th Edition. 2022 Disponível em:<Gold Standard Framework - Como usar o NOVO GSF PIG 2022 em sua prática (goldstandardsframework.org.uk)>. Acessado em 11 agosto 2024.
41. Lynn J, Adamson DM. Living well at the end of life: Adapting Health Care to Serious Chronic Illness in Old Age. *RAND Health.* 2003.
42. Downing GM. Q&A Manual, Instructions & Definitions for Use of Palliative Performance Scale (PPSv2). Victoria Hospice Society. Canadá, 2020. Disponível em:<www.victoriahospice.org>. Acessado em: 11 ago. 24.
43. Lau F, Downing GM, Lesperance M, Shaw J, Kuziemyky C. Use of Palliative Performance Scale in end-of-life prognostication. *J Palliat Med.* 2006;9(5):1066-1075. doi:10.1089/jpm.2006.9.1066
44. Mauriz PM, Wirtzbiki PM, Campos UW. Estratificação do plano de cuidados. IN: Protocolo Cuidados Paliativos. Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar. 2014. p. 12-14. Disponível em:< isgh_protoco_cuidado_paliativo.pdf>. Acessado em: 11 ago. 24.

45. Bezerra SAO, Mauriz P. Protocolo de Cuidados Paliativos Multiprofissional do Hospital Regional do Cariri. *Revista Cuidado Paliativo. ANCP Em Foco*, 2015. n. 2, p. 22-24.
46. World Health Organization (WHO). WHOQOL Group. WHOQOL study protocol. Geneva: WHO, Division of Mental Health, 1993.
47. Brotherton AM, Judd PA. Quality of life in adult enteral tube feeding patients. *J Hum Nutr Diet*. 2007 Dec;20(6):513-22; quiz 523-5. doi: 10.1111/j.1365-277X.2007.00827.x.
48. Druml C, Ballmer PE, Druml W, Oehmichen F, Shenkin A, Singer P, et al. ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration. *Clin Nutr*. 2016 Jun;35(3):545-56. doi: 10.1016/j.clnu.2016.02.006.
49. Ehrsson YT, Sundberg K, Laurell G, Langius-Eklöf A. Head and neck cancer patients' perceptions of quality of life and how it is affected by the disease and enteral tube feeding during treatment. *Ups J Med Sci*. 2015;120(4):280-9. doi: 10.3109/03009734.2015.1075630.
50. Cederholm T, Barazzoni R, Austin P, Ballmer P, Biolo G, Bischoff SC, et al. ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. *Clin Nutr*. 2017 Feb;36(1):49-64. doi: 10.1016/j.clnu.2016.09.004.
51. Fernandes EA. O papel do nutricionista na equipe. In: Carvalho RT, Parsons HA. (Org.) *Manual de Cuidados Paliativos*. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). 2012. 345-352 p.
52. Day T. Managing the nutritional needs of palliative care patients. *Br J Nurs*. 2017 Nov 23;26(21):1151-1159. doi: 10.12968/bjon.2017.26.21.1151.
53. CFN. Conselho Federal dos Nutricionistas. RESOLUÇÃO CFN Nº 599, DE 25 DE FEVEREIRO DE 2018. Aprova o CÓDIGO DE ÉTICA E DE CONDUTA DO NUTRICIONISTA e dá outras providências. Disponível em:< https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/resolucoes/Res_599_2018.html>. Acesso em: 30 de jul. de 2022.
54. Schwartz DB. Integrating patient-centered care and clinical ethics into nutrition practice. *Nutr Clin Pract*. 2013 Oct;28(5):543-55. doi: 10.1177/0884533613500507.

55. Good P, Richard R, Syrmis W, Jenkins-Marsh S, Stephens J. Medically assisted nutrition for adult palliative care patients. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014 Apr 23;2014(4):CD006274. doi: 10.1002/14651858.
56. Loofs TS, Haubrick K. End-of-Life Nutrition Considerations: Attitudes, Beliefs, and Outcomes. *Am J Hosp Palliat Care.* 2021 Aug;38(8):1028-1041. doi: 10.1177/1049909120960124.
57. Sánchez-Sánchez E, Ruano-Álvarez MA, Díaz-Jiménez J, Díaz AJ, Ordonez FJ. Enteral Nutrition by Nasogastric Tube in Adult Patients under Palliative Care: A Systematic Review. *Nutrients.* 2021 May 6;13(5):1562. doi: 10.3390/nu13051562.
58. Carr AJ, Higginson IJ. Are quality of life measures patient centred? *BMJ.* 2001 Jun 2;322(7298):1357-60. doi: 10.1136/bmj.322.7298.1357.
59. Sampson EL, Candy B, Jones L. Enteral tube feeding for older people with advanced dementia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009 Apr 15;2009(2):CD007209. doi: 10.1002/14651858.CD007209.pub2.
60. BRASPEN - Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral. Diretriz BRASPEN de Terapia Nutricional no Paciente com Doenças Neurodegenerativas. *BRASPEN Journal.* 2022;37(2):2-34.
61. Teno JM, Gozalo PL, Mitchell SL, Kuo S, Rhodes RL, Bynum JP, et al. Does feeding tube insertion and its timing improve survival? *J Am Geriatr Soc.* 2012 Oct;60(10):1918-21. doi: 10.1111/j.1532-5415.2012.04148.x.
62. Tsugihashi Y, Akahane M, Nakanishi Y, Myojin T, Kubo S, Nishioka Y, et al. Long-term prognosis of enteral feeding and parenteral nutrition in a population aged 75 years and older: a population-based cohort study. *BMC Geriatr.* 2021 Jan 28;21(1):80. doi: 10.1186/s12877-020-02003-x.
63. Cruz FCS, Borges FM, Silva EHE, Pena GGP. O estado nutricional e a alimentação via sonda estão associados à qualidade de vida em pacientes oncológicos em cuidados paliativos? *DEMETRA.* 2019;14(e38198):1-14. doi: <https://doi.org/10.12957/demetra.2019.38198>.

64. Murtagh FE, Ramsenthaler C, Firth A, Groeneveld EI, Lovell N, Simon ST, et al. A brief, patient- and proxy-reported outcome measure in advanced illness: Validity, reliability and responsiveness of the Integrated Palliative care Outcome Scale (IPOS). *Palliat Med.* 2019 Sep;33(8):1045-1057. doi: 10.1177/0269216319854264.
65. Higginson IJ, Carr AJ. Measuring quality of life: Using quality of life measures in the clinical setting. *BMJ.* 2001 May 26;322(7297):1297-300. doi: 10.1136/bmj.322.7297.1297.
66. Antunes B, Ferreira PL. Validation and cultural adaptation of the Integrated Palliative care Outcome Scale (IPOS) for the Portuguese population. *BMC Palliat Care.* 2020 Nov 24;19(1):178. doi: 10.1186/s12904-020-00685-z.
67. Higginson IJ, Harding R, Hocaoglu MB, Benalia H, Murtagh F, Bausewein C, et al. Palliative Care Outcome Scale. A resource for palliative care. POS Development Team, 2023. Disponível em: <pos-pal.org>. Acesso: 27 de dez. 2022.
68. Davies N, Barrado-Martín Y, Vickerstaff V, Rait G, Fukui A, Candy B, et al. Enteral tube feeding for people with severe dementia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021 Aug 13;8(8):CD013503. doi: 10.1002/14651858.CD013503.pub2.
69. Volkert D, Chourdakis M, Faxen-Irving G, Frühwald T, Landi F, Suominen MH, et al. ESPEN guidelines on nutrition in dementia. *Clin Nutr.* 2015 Dec;34(6):1052-73. doi: 10.1016/j.clnu.2015.09.004.
70. Volkert D, Beck AM, Cederholm T, Cereda E, Cruz-Jentoft A, Goisser S, de Groot L, et al. Management of Malnutrition in Older Patients-Current Approaches, Evidence and Open Questions. *J Clin Med.* 2019 Jul 4;8(7):974. doi: 10.3390/jcm8070974.

3. HIPÓTESE

As pessoas idosas em CP com nutrição enteral apresentam mais sintomas físicos e não físicos que aquelas com alimentação oral.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo geral:

Comparar as vias de alimentação oral e enteral exclusivas com sintomas físicos e não físicos e desfechos hospitalares em pessoas idosas em CP.

4.2. Objetivos específicos:

Comparar a presença e intensidade de sintomas físicos e não físicos entre pessoas idosas com via de alimentação oral ou enteral exclusivas;

Comparar os desfechos hospitalares entre pessoas idosas com via de alimentação oral ou enteral exclusivas.

5. MATERIAIS E MÉTODOS

5.1. Delineamento

Trata-se de um estudo observacional de coorte prospectivo.

5.2. Contexto e local de realização do estudo

A pesquisa foi realizada na Unidade de Cuidados Paliativos (CP) do Hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN), que destina 100% de seus serviços de saúde ao Sistema Único de Saúde, filantrópico, com atendimento por demanda espontânea 24 horas/dia. A Instituição é referência para a Região Norte de Belo Horizonte e outros municípios do entorno, como Lagoa Santa, Pedro Leopoldo, Ribeirão das Neves, Santa Luzia, São José da Lapa, Vespasiano.¹

A assistência paliativa neste hospital teve início em abril de 2009, inicialmente na modalidade de interconsultas e em 2015 com a criação de uma Unidade de Cuidados Paliativos. Na fase inicial, a pessoa com indicação para cuidados paliativos era assistido pela equipe multiprofissional, composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogo, assistente social, fisioterapeuta, nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional, no setor onde estava internado e, em paralelo, recebia o atendimento das médicas paliativistas.²

À medida que o trabalho da equipe se consolidou, crescia o número de atendimentos. Viu-se a necessidade de instalação do serviço em uma unidade de internação. Dessa maneira, em 2015, foi inaugurada a Unidade de Cuidados Paliativos, primeira em Belo Horizonte, com 6 leitos exclusivos para esse perfil de assistência, em um espaço compartilhado com outra unidade de internação, tornando-se o hospital de referência em CP do município.²

No segundo semestre de 2017, a Unidade foi reinaugurada em uma ala própria com 16 leitos exclusivos para CP, e 08 leitos para pessoas idosas frágeis e em maio de 2024 os 24 leitos foram definidos para assistência paliativa. O modelo de interconsulta foi mantido para que os CP pudessem ocorrer de forma precoce nas linhas de cuidado clínico, cirúrgico, intensivo e pronto socorro, com objetivo de definir a proporcionalidade terapêutica, criar o plano de cuidados, sugerir medidas para o controle de sintomas, ajustar comunicação com paciente / familiares / cuidadores e estabelecer os casos prioritários para transferência à Unidade de CP. Em 2019, 48% das pessoas atendidas por interconsulta internaram na enfermaria exclusiva.²

Desde março de 2018, uma nutricionista exclusiva, com especialização em saúde do idoso e cuidados paliativos, realiza o acompanhamento das pessoas idosas frágeis e pessoas internadas na Unidade de CP.²

Além de um cenário de atuação clínica, a unidade proporciona atividades educacionais aos colaboradores do hospital, profissionais residentes das áreas médicas e multiprofissionais do HRTN e de hospitais parceiros e acadêmicos de vários cursos, incluindo da nutrição. E, ainda, um campo para pesquisa científica.²

5.3. Amostra

A amostra foi obtida por conveniência. Foram elegíveis todas as pessoas internadas na Unidade de Cuidados Paliativos no período de julho de 2023 a maio de 2024. Aqueles que preenchiam os critérios de inclusão foram convidados pelos pesquisadores para participar do estudo no primeiro dia de internação na Unidade de CP. Quando não apresentavam autonomia para tomar a decisão, seus cuidadores formais ou informais foram consultados.

Os critérios de inclusão foram: pessoas idosas com idade igual ou superior a 60 anos; com proporcionalidade terapêutica definida como: precoce, complementar ou predominante; com alimentação oral ou enteral exclusiva no primeiro dia de internação; que concordaram com a participação no estudo. Aquelas que atenderam aos critérios de inclusão e foram readmitidos no hospital durante o período do estudo foram contadas apenas uma vez.

Os critérios de não inclusão adotados foram: idade menor que 60 anos; aqueles com proporcionalidade terapêutica definida como exclusiva; aqueles que estavam com impressão clínica de processo ativo de morte; aqueles com dupla via de alimentação ou com dieta suspensa; sem assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os critérios de exclusão adotados antes do quarto dia de internação na unidade de CP (perda no seguimento) foram: definição de proporcionalidade terapêutica exclusiva; impressão clínica de processo ativo de morte; via alimentar alterada ou suspensa; alta hospitalar ou óbito. Também foram excluídos aqueles que não tiveram o preenchimento do questionário IPOS de avaliação de sintomas, aplicado no quarto dia de internação.

A Figura 7 demonstra o processo de recrutamento da amostra.

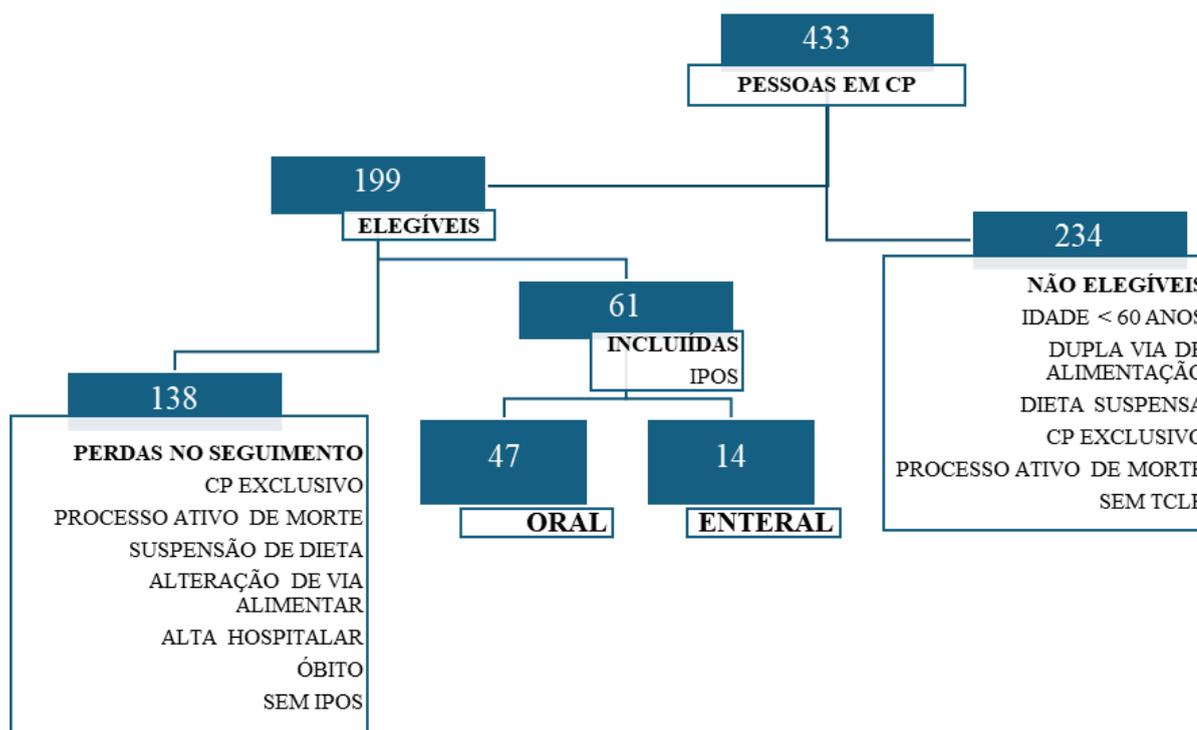


Figura 7: Seleção da amostra considerando a elegibilidade de participação do estudo.

Foi considerado em processo ativo de morte as pessoas idosas cuja equipe médica teve a impressão de proximidade do falecimento a partir de sinais clínicos, como: rápido declínio funcional, anorexia e nenhuma ingestão de líquidos, imobilidade, alteração cognitiva e sonolência e/ou delirium, mioclonias, dor, colapso periférico, falências funcionais e ronco final.²³

5.4. Coleta dos dados

Todos os dados foram coletados pela equipe de pesquisa diretamente com as pessoas idosas ou dos prontuários eletrônicos no Sistema MV Soul e registrados em uma ficha de coleta dos dados (Apêndice A).

Na linha de base (D1), considerada o primeiro dia de internação na unidade de CP, coletaram-se dados sociodemográficos, clínicos, dietéticos, e antropométricos. No seguimento, considerado o quarto dia de internação (D4) foram coletados os sintomas físicos e não físicos. Ao final da internação hospitalar os desfechos foram coletados.

5.5. Dados sociodemográficos e clínicos

As variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, escolaridade), clínicas (motivo de internação, comorbidades prévias, definidor de mal prognóstico, estratificação dos CP e funcionalidade) foram coletadas dos prontuários eletrônicos no Sistema MV Soul para caracterização dos participantes. Quando o estado civil e a escolaridade estavam indisponíveis no prontuário, as informações foram obtidas com a pessoa idosa ou seu acompanhante.

A estratificação dos CP foi definida segundo Mauriz e colaboradores (2014) em precoce, complementar, predominante e exclusiva e a funcionalidade foi avaliada pela Escala de Desempenho Paliativo (*Palliative Performance Scale - PPS*).³

5.6. Dados dietéticos

Foram coletadas das prescrições eletrônicas as informações sobre a via de alimentação referentes ao primeiro dia de internação na unidade de CP.

5.7. Dados antropométricos

As medidas antropométricas coletadas e avaliadas foram o perímetro de braço (PB), perímetro de panturrilha (PP), altura do joelho (AJ), peso e altura. Todos os perímetros foram realizados com fita métrica inelástica e flexível, preferencialmente no dimídio esquerdo ou ocorreu nos membros do lado esquerdo, quando inviável devido à presença de edema, dispositivos clínicos, amputação ou posicionamento da pessoa idosa. As medidas foram coletadas conforme protocolos propostos pela WHO (1995)⁴ ou adaptadas à condição física da pessoa para que as medidas fossem realizadas de forma confortável, estando o indivíduo sentado, em pé ou acamado, mas priorizando sempre que possível o posicionamento ideal dos braços e pernas.

O PB (Figura 8) foi realizado no braço exposto (sem roupa). Primeiramente, marcou-se o ponto médio entre o acrômio da escápula e o olécrano da ulna, com o braço flexionado com o cotovelo em ângulo de 90° junto ao corpo. Em seguida, no ponto médio, passou-se a fita métrica perpendicularmente ao braço relaxado e paralelo ao corpo.⁴



Figura 8: Medida de perímetro do braço.

Fonte: Arquivo dos pesquisadores

O PP (Figura 9) foi realizado na perna exposta (sem roupa), com a pessoa sentada ou deitada com o joelho flexionado a 90°. No ponto de maior circunferência da panturrilha, passou-se a fita métrica perpendicularmente à perna, sem comprimi-la.⁴ O ponto de corte estabelecido para a população brasileira foi utilizado para classificação da massa muscular. Essa foi considerada reduzida quando menor que 33 cm nos homens e 34 cm nas mulheres.⁵



Figura 9: Medida de perímetro da panturrilha.

Fonte: Arquivo dos pesquisadores

Peso⁶ e altura⁷ foram estimados utilizando as equações preditivas, apresentadas no Quadro 3 ou relatados pela pessoa idosa ou familiar.

Quadro 3: Fórmulas propostas para estimativa de estatura e peso para pessoas idosas de 60 a 80 anos.

Estimativa da estatura e de peso	
Estimativa da estatura	
Para homens idosos (60 a 90 anos)	Para mulheres idosas (60 a 90 anos)
Estatura(cm)	Estatura(cm)
= [(2,04 x AJ) – (0,04 x idade)] + 64,19	= [(1,83x AJ) – (0,24 x idade)] + 84,88
Estimativa do peso	
Para homens idosos brancos (60 a 80 anos)	Para mulheres idosas brancas (60 a 80 anos)
Peso (kg)	Peso (kg)
= (AJ x 1,10) + (PB x 3,07) – 75,81	= (AJ x 1,09) + (PB x 2,68) – 65,51
Para homens idosos negros (60 a 80 anos)	Para mulheres idosas negras (60 a 80 anos)
Peso (kg)	Peso (kg)
= (AJ x 0,44) + (PB x 2,86) – 39,21	= (AJ x 1,50) + (PB x 2,58) – 84,22

cm: centímetros; AJ: altura do joelho; kg: quilogramas; PB: perímetro do braço.

Fonte: Chumlea et al. (1985;1988)^{6,7}.

A partir das medidas de peso e altura calculou-se o índice de massa corporal (IMC), dividindo-se o peso (em quilogramas) pela altura ao quadrado (em metros). Este foi classificado segundo Lipschitz (1994)⁸ que define baixo peso (índice de massa corporal <22 kg/m²), eutrofia (índice de massa corporal entre 22 a 27 kg/m²) e sobrepeso (índice de massa corporal >27 kg/m²).

O diagnóstico nutricional foi realizado a partir da Avaliação Subjetiva Global - ASG, classificados como bem nutridos (ASG-A), moderadamente desnutridos (ASG-B) ou gravemente desnutridos (ASG-C). Esta avaliação é composta por cinco perguntas relacionadas à história nutricional e à avaliação física. As perguntas abordam o percentual de perda de peso nos últimos 6 meses; modificação na consistência dos alimentos ingeridos; sintomatologia gastrointestinal persistente por mais de 2 semanas; presença de alterações na capacidade funcional; e demanda metabólica considerando a doença.⁹ A ASG foi aplicada

com a pessoa idosa quando lúcida e capaz de responder sobre sua história nutricional detalhada ou com seu responsável, quando apresentava qualquer condição que impossibilita responder à avaliação.

5.8. Seguimento 1: quarto dia de internação na Unidade de CP (D4)

Após três dias completos com NE ou alimentação pela via oral, os sintomas foram avaliados de forma abrangente, envolvendo sintomas físicos e não físicos, por meio da Escala Integrada de Resultados de Cuidados Paliativos (em inglês, *Integrated Palliative Care Outcome Scale* - IPOS), disponível em duas versões: para o doente e para profissionais de saúde.^{10,11}

A primeira, contendo 20 itens, foi autorreferida pelas pessoas idosas quando capazes de assim proceder. De acordo com a demanda, as pessoas eram auxiliadas pelo pesquisador na leitura das questões. Um item adicional perguntava como responderam o questionário (sozinho, com ajuda da família, com ajuda da equipe).^{10,11} (Anexo 1).

A segunda, contendo 19 itens, foi utilizada nos casos em que a pessoa idosa era incapaz de responder ao questionário específico do doente, devido a comprometimento cognitivo ou alteração do sensorio. Assim, a declaração sobre os sintomas físicos e não físicos foi realizada com o médico responsável pela sua assistência, que preencheu o questionário a partir das suas percepções sobre o caso clínico obtidas ao longo do acompanhamento diário e avaliação holística.^{10,11} (Anexo 2).

Em ambas possui uma pergunta de texto livre sobre os principais problemas e preocupações, 17 itens sobre problemas físicos, psicológicos, espirituais, necessidades de comunicação, inclusive com a família e suporte prático e um item de texto livre pergunta sobre sintomas adicionais a serem especificados e pontuados. Todas as questões se referem à vivência da pessoa idosa nos últimos 3 dias. Os 17 itens padronizados foram pontuados em uma escala do tipo Likert de 5 pontos, de 0 (melhor) a 4 (pior). Apenas estes contribuem para a pontuação total do IPOS. Pontuações elevadas do IPOS demonstram maior carga de sintomas e menor qualidade de vida relacionada à saúde.^{10,11}

5.9. Desfechos:

Ao final da internação as informações de desfecho hospitalar de alta ou óbito e tempo de internação no hospital e na unidade de CP foram coletadas do prontuário eletrônico.

5.10. Considerações éticas:

No cumprimento dos termos da Resolução 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, o protocolo da pesquisa foi aprovado pela Comissão de Avaliação de Projetos de Pesquisa, Ensino e Extensão (CAPPE) do Hospital Risoleta Tolentino Neves (PROCESSO N° 05/2023) (Anexo 3) e Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (CAAE 68153923.1.0000.5149) (Anexo 4) O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi explicado para todas as pessoas idosas (Apêndice B) ou acompanhantes (Apêndice C) e médicos (Apêndice D) e, então, assinado por estes.

Ao longo do estudo, a pesquisa não influenciou ou fez qualquer intervenção no atendimento da pessoa idosa.

5.11. Análise estatística

As informações foram armazenadas em um banco de dados Excel e posteriormente exportado para o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 19.0 (IBM Corp. Armonk, NY, EUA), para análise estatística. Foi adotado 5% como nível de significância ($p < 0,05$).

Após análise de consistência, efetuou-se análise para avaliar a adesão das variáveis quantitativas à normalidade por meio do teste de Shapiro-Wilk. As variáveis de distribuição normal foram descritas em médias e desvio-padrão ou em medianas e intervalo interquartil de acordo com sua normalidade. As variáveis categóricas foram descritas em números absolutos e percentuais. O grupo foi dicotomizado de acordo com a via alimentar em oral ou enteral. Para análise da comparação das vias alimentares com as variáveis explicativas foi realizado o teste t de Student ou teste Mann-Whitney para variáveis quantitativas com distribuição normal e não normal, respectivamente e o teste Qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fisher de

acordo com a proporção de frequências esperadas menores que 5 para comparação das proporções, com correção de Bonferroni quando pertinente.

6. REFERÊNCIAS

1. HRTN - Hospital Risoleta Tolentino Neves. Institucional. Disponível em: <<https://www.hrtn.fundep.ufmg.br/institucional/>>. Acessado em: 11 ago. 2023.
2. HRTN - Hospital Risoleta Tolentino Neves. Institucional. Disponível em: <<https://www.hrtn.fundep.ufmg.br/servico-de-cuidados-paliativos-do-risoleta-completa-15-anos-de-assistencia-humanizada-junto-aos-pacientes-e-familiares/>>. Acessado em: 01 ago. 2024.
3. Downing GM. Q&A Manual, Instructions & Definitions for Use of Palliative Performance Scale (PPSv2). Victoria Hospice Society. Canada, 2020. Disponível em:<www.victoriahospice.org>. Acessado em: 11 ago. 24.
4. World Health Organization (WHO). Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: WHO, 1995.
5. Pagotto V, Santos KFD, Malaquias SG, Bachion MM, Silveira EA. Calf circumference: clinical validation for evaluation of muscle mass in the elderly. Rev Bras Enferm. 2018;71(2):322-328. doi:10.1590/0034-7167-2017-0121.
6. Chumlea WC, Guo S, Roche AF, Steinbaugh ML. Prediction of body weight for the nonambulatory elderly from anthropometry. Journal of American Dietetic Association. 1988;88(5):564-8.
7. Chumlea WC, et al. Estimating stature from knee height for persons 60 to 90 years of age. Journal of the American Geriatrics Society. 1985. v. 33, n. 2, p. 116-120.
8. Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. Primary Care. 1994;21(1):55-67.
9. Detsky AS, McLaughlin JR, Baker JP, et al. What is subjective global assessment of nutritional status? JPEN Journal of Parenteral and Enteral Nutrition. 1987; 11: 8-13.

10. Murtagh FE, Ramsenthaler C, Firth A, Groeneveld EI, Lovell N, Simon ST, et al. A brief, patient- and proxy-reported outcome measure in advanced illness: Validity, reliability and responsiveness of the Integrated Palliative care Outcome Scale (IPOS). *Palliat Med.* 2019 Sep;33(8):1045-1057. doi: 10.1177/0269216319854264.
11. Antunes B, Ferreira PL. Validation and cultural adaptation of the Integrated Palliative care Outcome Scale (IPOS) for the Portuguese population. *BMC Palliat Care.* 2020 Nov 24;19(1):178. doi: 10.1186/s12904-020-00685-z.

7. RESULTADOS E DISCUSSÃO

ARTIGO ORIGINAL

Visando responder os objetivos desta dissertação e segundo as Normas do Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Saúde da Escola de Enfermagem da UFMG, esta seção está apresentada em formato de artigo redigido conforme as normas da revista BMC Palliative Care. O Artigo Original, intitulado “Associação da Terapia Nutricional, Qualidade de Vida e desfecho hospitalar na pessoa idosa internada em unidade de cuidados paliativos – estudo de coorte”.

Título: Associação da Terapia Nutricional, Qualidade de Vida e desfecho hospitalar na pessoa idosa internada em unidade de cuidados paliativos – estudo de coorte.

Title: Comparison of physical and non-physical symptoms and hospital outcomes in elderly people admitted to a palliative care unit, according to the feeding route – cohort study.

Título Curto: Sintomas físicos e não físicos e desfechos hospitalares em pessoas idosas internadas em unidade de cuidados paliativos.

Short Title: Physical and non-physical symptoms and hospital outcomes in elderly people admitted to a palliative care unit.

Autores: Lígia Amanda Ventura¹, Alexandre Ernesto Silva², Ann Kristine Jansen³

1. Programa de Pós-graduação em Nutrição e Saúde, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.
2. Departamento de Enfermagem e Medicina, Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ), Minas Gerais, Brasil
3. Departamento de Nutrição, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

RESUMO

Introdução: Entre os aspectos que podem afetar a qualidade de vida das pessoas idosas em CP estão os fatores relacionados à alimentação e nutrição. Na inviabilidade da via oral, a nutrição enteral (NE) pode ser um método alternativo, porém seu impacto no bem-estar e qualidade de vida dos doentes em CP tem sido investigado. **Objetivo:** Comparar as vias alimentares oral ou enteral exclusivas com sintomas físicos e não físicos e desfechos hospitalares em pessoas idosas em CP. **Métodos:** Estudo observacional de coorte prospectivo, realizado em uma unidade hospitalar de CP, com pessoas a partir de 60 anos; em CP precoce, complementar ou predominante; com alimentação oral ou enteral exclusiva no primeiro dia de internação e por pelo menos três dias consecutivos; que concordaram com a participação no estudo. No primeiro dia de internação, coletaram-se dados de caracterização da população e a via de alimentação. No quarto dia foram avaliados os sintomas físicos e não físicos, por meio da Escala Integrada de Resultados em Cuidados Paliativos (IPOS). Ao final da internação os desfechos hospitalares foram coletados. **Resultados:** A amostra de 61 pessoas idosas com média de idade de 79,7 ($\pm 8,0$) anos, 57,4% do sexo feminino, 77% estavam com alimentação pela via oral e 23% pela via enteral. No grupo com via oral, 34,0% tinham fragilidade como o principal definidor de mal prognóstico e entre aqueles com enteral, 35,7% tinham síndrome demencial ($p=0,002$). Os sintomas físicos e não físicos mais prevalentes foram: familiares ou amigos ansiosos ou preocupados, pouca mobilidade, sonolência, constipação, fraqueza e dor, sem diferença estatística quanto a via alimentar ($p>0,05$). Pessoas idosas com via oral eram pouco afetadas pela sonolência, ao contrário dos com via enteral ($p=0,016$). Em relação aos desfechos 67,2% da amostra recebeu alta hospitalar, sem diferença entre os grupos ($p>0,05$). O tempo de internação antes ($p=0,017$) e durante ($p=0,026$) a estadia na unidade de CP e o tempo de internação hospitalar foram maiores nas pessoas idosas que estavam com via de NE exclusiva ($p=0,004$). **Conclusão:** Houve diferenças significativas entre as vias de alimentação e o sintoma “sonolência”, que afetou principalmente as pessoas idosas em CP com via enteral. Além disso, estes indivíduos apresentaram maior tempo de internação hospitalar, o que pode comprometer a qualidade de vida.

Palavras-chaves: cuidados paliativos; pessoa idosa; terapia nutricional; nutrição enteral; avaliação de sintomas; escala integrada de resultados de cuidados paliativos.

ABSTRACT

Introduction: Among the aspects that can affect the quality of life of elderly people in PC are factors related to food and nutrition. When the oral route is not available, enteral nutritional (EN) may be an alternative method, but its impact on the well-being and quality of life of patients in PC has been investigated. **Objective:** To compare exclusive oral or enteral feeding routes with physical and non-physical symptoms and hospital outcomes in elderly people on PC. **Methods:** Prospective observational cohort study, carried out in a hospital PC unit, with people aged 60 years or older; in early, complementary or predominant PC; with exclusive oral or enteral feeding on the first day of hospitalization and for at least three consecutive days; who agreed to participate in the study. On the first day of hospitalization, data characterizing the population and feeding route were collected. On the fourth day, physical and non-physical symptoms were assessed using the Integrated Palliative Care Outcomes Scale (IPOS). At the end of hospitalization, hospital outcomes were collected. **Results:** The sample consisted of 61 elderly people with a mean age of 79.7 (± 8.0) years, 57.4% were female, 77% were fed orally and 23% by enteral route. In the oral group, 34.0% had frailty as the main defining factor of poor prognosis, and among those with enteral feeding, 35.7% had dementia syndrome ($p=0.002$). The most prevalent physical and non-physical symptoms were anxious or worried family members or friends, limited mobility, drowsiness, constipation, weakness, and pain, with no statistical difference regarding the feeding route ($p>0.05$). Patients with oral feeding were little affected by drowsiness, unlike those with enteral feeding ($p=0.016$). Regarding the outcomes, 67.2% of the sample was discharged from hospital, with no difference between the groups ($p>0.05$). The length of hospital stays before ($p=0.017$) and during ($p=0.026$) the remain in the PC unit and the length of total hospital stay were longer in those patients who were on exclusive EN ($p=0.004$). **Conclusion:** There were significant differences between the feeding routes and the symptom "sleepiness", which mainly affected elderly people in PC with enteral route. In addition, these individuals had a longer hospital stay, which can compromise quality of life.

Keywords: palliative care; older people; nutrition therapy; nutritional support; enteral nutrition; symptom assessment; integrated palliative care outcomes scale.

INTRODUÇÃO

Fragilidade é uma síndrome geriátrica complexa, de causa multifatorial, que apesar de estar relacionada com a idade, não é uma consequência inevitável do envelhecimento, devido a heterogeneidade do processo. Resulta em um estado de maior vulnerabilidade em decorrência da redução da homeostase dos sistemas orgânicos fisiológicos, principalmente na ocorrência de fatores estressantes agudos.^{1,2}

As pessoas idosas frágeis são as que mais necessitam de cuidados de saúde, porém com diferentes demandas assistenciais (Lourenço, 2018).³ Embora, alguns indivíduos podem estar estáveis do ponto de vista clínico (baixa complexidade), outros podem apresentar condições de saúde de difícil manejo (alta complexibilidade) ou estar em cuidados paliativos (CP).⁴

Os CP são entendidos como uma assistência que através da prevenção e alívio do sofrimento por meio da intervenção precoce, identificação e avaliação e tratamento impecável da dor e de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais, buscam promover a qualidade de vida e a dignidade.⁵

Qualidade de vida é compreendida como uma condição ampla, multidimensional, subjetiva, individual e de difícil mensuração de maneira objetiva.⁶ Na prática clínica, busca-se a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS), cuja medida pode ser feita por diferentes escalas, compostas por uma série de domínios como: saúde geral, bem-estar físico, sintomas e toxicidade, bem-estar emocional e psicológico, funcionamento cognitivo, funcionamento sexual e questões existenciais.⁷

Entre os aspectos que podem afetar a qualidade de vida das pessoas idosas em CP estão os fatores relacionados à alimentação e nutrição, as alterações na ingestão oral de alimentos e bebidas, como disfagia, hiporexia ou anorexia.⁸ Ehrsson et al. (2015)⁹, verificaram que comprometimentos alimentares foram um dos problemas de saúde física que impactaram negativamente a qualidade de vida em pessoas com câncer de cabeça e pescoço em radioterapia isolada ou combinada a outros tratamentos, com destaque para as alterações no paladar, perda de apetite, uso de nutrição enteral e perda de peso.

Frente a isso, o principal objetivo da nutrição paliativa é contribuir para a qualidade de vida, em concordância com os princípios norteadores dos CP.¹⁰ Busca-se ir além do significado biológico e reconhecer os aspectos emocionais, sociais e espirituais da

alimentação e auxiliar no controle dos sintomas desconfortantes ocasionados pela progressão da doença ou em razão dos efeitos colaterais dos tratamentos instituídos.^{11,12,13,14}

Na fase inicial, propõe-se atender as necessidades nutricionais preconizadas para as patologias. À medida que a doença evolui, as intervenções baseadas no conforto e controle dos sintomas são priorizadas até o fim da vida. Nessa trajetória, discute-se a intervenção dietoterápica mais adequada para cada momento.^{8,10,12}

Na inviabilidade da alimentação e hidratação pela via oral, a terapia nutricional enteral (TNE) pode ser um método alternativo, indicada quando há evidência de melhora ou manutenção da condição clínica, nutricional e funcional.^{8,13,15} Estudos buscam investigar seu impacto nas pessoas em CP questionando a influência dessa intervenção no bem-estar e qualidade de vida dos doentes, pois pode ser causa de desconfortos, complicações e incluir custos adicionais de saúde, principalmente, naqueles cuja doença está avançada e irreversível.^{7,9,16,17}

As demências são exemplos de doenças irreversíveis, que podem avançar em sua evolução e causar alterações relacionadas à alimentação e nutrição. Não nutrir a pessoa idosa leva a sensação de abandono, receio de promover a fome durante o fim de vida e antecipação da morte. Isso geralmente motiva os profissionais de saúde e/ou cuidadores a indicarem a TNE.^{18,19} No entanto, estudos mostram que o uso TNE na pessoa com demência em fim de vida não propicia redução da mortalidade e, sim, aumenta a necessidade de contenção, risco de aspiração pulmonar, lesão por pressão e desconforto intestinal sem aumento da sobrevida.^{18,20} Tsugihashi et al (2021)²¹ reforça que na pessoa idosa em CP, a via alimentar alternativa deve ser iniciada com base no prognóstico do indivíduo, que pode ser influenciado por vários fatores, como as características individuais, comorbidades, gravidade da doença. Nenhum dos estudos revisados por Sampson, Candy, Jones (2009)¹⁸ examinaram a qualidade de vida, contudo os autores concluíram que não há evidências suficientes para sugerir que a alimentação por cateter enteral seja benéfica em pessoas com demência avançada.

Em pessoas com câncer de cabeça e pescoço alimentados por TNE, observou-se por um lado conforto com relação aos fatores nutricional e manutenção ou ganho de peso, por outro, a qualidade de vida foi influenciada por fatores, como: longo tempo de administração da dieta enteral, falta da alimentação via oral, difícil manuseio da NE, problemas gastrointestinais, problemas no nariz ou garganta, dor, desconforto para dormir e vergonha social. Ainda há relatos de mais sialorreia, catarro viscoso e sensação de náusea.⁹

Apesar dos achados negativos, é difícil determinar se os sintomas são causados diretamente pela TNE ou como consequência da doença de base ou de seu tratamento, como efeito colateral de medicamentos, ou, ainda, por um conjunto de fatores. Por isso, a investigação e controle dos sintomas são cruciais, visto que demonstraram ter um impacto negativo sobre qualidade de vida das pessoas.⁷

As evidências limitadas demandam mais estudos sobre seu uso e sua relação com complicações e desconfortos que impactam na qualidade de vida.²² Faltam mais estudos prospectivos sobre o impacto da TNE na qualidade de vida e desfecho hospitalar na população idosa em cuidados paliativos em diferentes condições clínicas. Assim, o objetivo deste estudo foi comparar as vias de alimentação com sintomas físicos e não físicos e desfechos hospitalares em pessoas idosas em CP.

MATERIAIS E MÉTODOS

Delineamento e local de realização do estudo

Trata-se de um estudo observacional de coorte prospectivo, realizado na Unidade de CP de um hospital público de uma capital do sudeste brasileiro. A assistência paliativa neste hospital ocorre na Unidade de Cuidados Paliativos, com 24 leitos exclusivos, realizada em equipe multiprofissional de forma precoce nas linhas de cuidado clínico, cirúrgico, intensivo e pronto socorro. Tem o objetivo de definir a proporcionalidade terapêutica, criar o plano de cuidados, sugerir medidas para o controle de sintomas, ajustar comunicação com paciente / familiares / cuidadores e estabelecer os casos prioritários para transferência à Unidade de CP. Além de um cenário de atuação clínica, a unidade proporciona atividades educacionais e pesquisa científica.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) (CAAE 68153923.1.0000.5149) e pela Comissão de Avaliação de Projetos de Pesquisa, Ensino e Extensão (CAPPE) do referido hospital (PROCESSO N° 05/2023) e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Participantes

A amostra foi obtida por conveniência. Foram elegíveis todas as pessoas internadas na unidade de CP no período de julho de 2023 a maio de 2024. Aqueles que preenchiam os critérios de inclusão foram convidados pelos pesquisadores para participar do estudo. Quando não apresentavam autonomia para tomar a decisão, seus cuidadores formais ou informais foram consultados.

Os critérios de inclusão foram: pessoas idosas com idade igual ou superior a 60 anos; com proporcionalidade terapêutica definida como: precoce, complementar ou predominante; com alimentação oral ou enteral exclusiva no primeiro dia de internação; que concordaram com a participação no estudo. Aquelas que atenderam aos critérios de inclusão e foram readmitidos no hospital durante o período do estudo foram contadas apenas uma vez.

Os critérios de não inclusão adotados foram: idade menor que 60 anos; aqueles com proporcionalidade terapêutica definida como exclusiva; aqueles que estavam com impressão clínica de processo ativo de morte; aqueles com dupla via de alimentação ou com dieta suspensa; sem assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os critérios de perda de seguimento durante o estudo (antes do quarto dia de internação na unidade de CP) foram: definição de proporcionalidade terapêutica exclusiva; impressão clínica de processo ativo de morte; via alimentar alterada ou suspensa; alta hospitalar ou óbito. Foram excluídos aqueles que não tiveram o preenchimento do questionário IPOS de avaliação de sintomas.

A Figura 1 demonstra o processo de recrutamento da amostra.

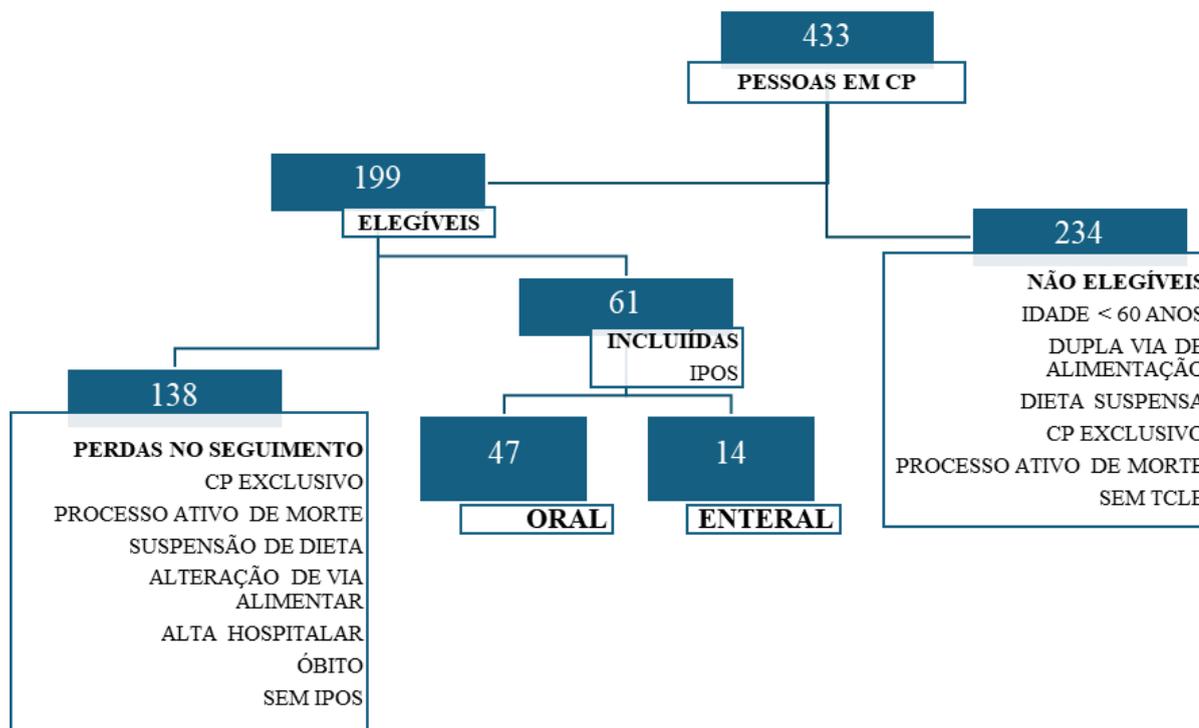


Figura 1: Seleção da amostra considerando a elegibilidade de participação do estudo.

Foi considerado em processo ativo de morte as pessoas idosas cuja equipe médica teve a impressão de proximidade do falecimento a partir de sinais clínicos, como: rápido declínio funcional, anorexia e nenhuma ingestão de líquidos, imobilidade, alteração cognitiva e sonolência e/ou delirium, mioclonias, dor, colapso periférico, falências funcionais e ronco final.²³

Coleta dos dados

Todos os dados foram coletados pela equipe de pesquisa diretamente com as pessoas idosas ou dos prontuários eletrônicos no Sistema MV Soul e registrados em uma ficha de coleta dos dados. Na linha de base (D1), considerada o primeiro dia de internação na unidade de CP, coletaram-se dados sociodemográficos, clínicos, dietéticos e antropométricos. No quarto dia de internação na Unidade de CP (D4), respectivamente, foram coletados os sintomas físicos e não físicos. Na alta hospitalar coletou-se os desfechos.

Dados sociodemográficos e clínicos

As variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, escolaridade), clínicas (hipótese diagnóstica, comorbidades prévias, definidor de mal prognóstico, proporcionalidade terapêutica e funcionalidade).

A proporcionalidade terapêutica foi definida segundo Mauriz et al (2014)²⁴ em precoce, complementar, predominante e exclusiva e a funcionalidade foi avaliada pela Escala de Desempenho Paliativo (Palliative Performance Scale - PPS).²⁵

Dados dietéticos

Foram coletadas as informações sobre a via de alimentação, tipo de dieta via oral, fórmula de nutrição enteral e seu volume de infusão referentes ao primeiro dia de internação na Unidade de CP.

Dados antropométricos

As medidas antropométricas coletadas e avaliadas foram o perímetro de braço (PB), perímetro de panturrilha (PP), altura do joelho (AJ), peso e altura. Todos os perímetros foram realizados com fita métrica inelástica e flexível, preferencialmente no dimídio esquerdo ou, quando inviável devido à presença de edema, dispositivos clínicos, amputação ou posicionamento da pessoa idosa, ocorreu nos membros do lado esquerdo. As medidas foram coletadas conforme protocolos propostos pela WHO (1995)²⁶ ou adaptadas à condição física da pessoa para que as medidas fossem realizadas de forma confortável, estando o indivíduo sentado, em pé ou acamado, mas priorizando sempre que possível o posicionamento ideal dos braços e pernas.

O PB foi realizado no braço exposto (sem roupa). Primeiramente, marcou-se o ponto médio entre o acrômio da escápula e o olécrano da ulna, com o braço flexionado com o cotovelo em ângulo de 90° junto ao corpo. Em seguida, no ponto médio, passou-se a fita métrica perpendicularmente ao braço relaxado e paralelo ao corpo.²⁶

O PP foi realizado na perna exposta (sem roupa), com a pessoa idosa sentada ou deitada com o joelho flexionado a 90°. No ponto de maior circunferência da panturrilha, passou-se a fita métrica perpendicularmente à perna, sem comprimi-la.²⁶ O ponto de corte estabelecido para a população brasileira foi utilizado para classificação da massa muscular. Essa foi considerada reduzida quando menor que 33 cm nos homens e 34 cm nas mulheres.²⁷

Peso²⁸ e altura²⁹ foram estimados utilizando as equações preditivas ou relatados pela pessoa idosa ou familiar. A partir das medidas de peso e altura calculou-se o índice de massa corporal (IMC), que foi classificado segundo Lipschitz (1994).³⁰ O diagnóstico nutricional foi realizado a partir da Avaliação Subjetiva Global (ASG), classificados como bem nutridos (ASG-A), moderadamente desnutridos (ASG-B) ou gravemente desnutridos (ASG-C).³¹

Segmento: quarto dia de internação na unidade de CP (D4)

Após três dias completos em TNE ou alimentação pela via oral, os sintomas foram avaliados de forma abrangente, envolvendo sintomas físicos e não físicos, por meio da Escala Integrada de Resultados de Cuidados Paliativos (em inglês, *Integrated Palliative Care Outcome Scale* - IPOS), validada e adaptada para o português europeu, disponível em duas versões: para o doente e para profissionais de saúde.^{32,33}

A versão para o doente contém 20 itens e foi autorreferida pelas pessoas idosas quando capazes de assim proceder. De acordo com a demanda, eram auxiliadas pelo pesquisador na leitura das questões. Um item adicional perguntava como responderam o questionário (sozinho, com ajuda da família, com ajuda da equipe).^{32,33}

A versão para o profissional de saúde, contendo 19 itens, foi utilizada nos casos em que o paciente era incapaz de responder ao questionário específico do doente, devido a comprometimento cognitivo ou alteração do sensorio. Assim, a declaração sobre os sintomas físicos e não físicos foi realizada com o médico responsável pela sua assistência, que preencheu o questionário a partir das suas percepções sobre o caso clínico obtidas ao longo do acompanhamento diário e avaliação holística. Todas as questões continham uma opção “não aplicável” para ser selecionada quando a informação era desconhecida ou não cabível a pessoa avaliada.^{32,33}

As duas versões possuem uma pergunta de texto livre sobre os principais problemas e preocupações, cujas respostas não serão relatadas no presente estudo. Conta, também, com 17 itens sobre problemas físicos (10), psicológicos (3), espirituais (1), necessidades de comunicação (2) e suporte prático (1) relacionado ao adoecimento, além de um item de texto livre pergunta sobre sintomas adicionais. Neste campo, os pesquisadores especificaram diarreia o sintoma a ser pontuado. Os 17 itens padronizados foram pontuados em uma escala do tipo Likert de 5 pontos, de 0 (melhor) a 4 (pior). Apenas estes contribuem para a pontuação total do IPOS, não contabilizando as respostas “não aplicável” no somatório total (não possuem pontuação). Pontuações elevadas do IPOS demonstram maior carga de sintomas e menor qualidade de vida relacionada à saúde. Cada pontuação representa um descritor qualitativo diferente para cada grupo de perguntas relacionadas aos sintomas físicos e não físicos (psicológicos, espirituais, necessidades de comunicação e suporte prático).^{32,33} No estudo, considerou-se a frequência dos descritores para análise de prevalência e intensidade de cada sintoma.³⁴

Desfechos

Ao final da internação as informações de desfechos hospitalares incluindo alta ou óbito e tempo de internação no hospital e na unidade de CP foram coletadas no prontuário clínico eletrônico.

Análise estatística

As informações foram armazenadas em um banco de dados Excel e posteriormente exportado para o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 19.0 (IBM Corp. Armonk, NY, EUA), para análise estatística. Foi adotado 5% como nível de significância ($p < 0,05$).

Após análise de consistência, efetuou-se análise para avaliar a adesão das variáveis quantitativas à normalidade por meio do teste de Shapiro-Wilk. As variáveis de distribuição normal foram descritas em médias e desvio-padrão ou em medianas e valor mínimo e máximo quando a distribuição não seguia o padrão de normalidade. As variáveis categóricas foram descritas em números absolutos e percentuais. O grupo foi dicotomizado de acordo com a via

alimentar em oral ou enteral. Para análise de comparação das vias alimentares com as variáveis explicativas foi realizado o teste t de Student ou teste Mann-Whitney para variáveis quantitativas com distribuição normal e não normal, respectivamente e o teste Qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fisher de acordo com a proporção de frequências esperadas menores que 5 para comparação das proporções, com correção de Bonferroni quando pertinente.

RESULTADOS

A amostra do estudo foi composta por 61 pessoas idosas com média de idade de 79,7 ($\pm 8,0$) anos, sendo 57,4% do sexo feminino. A maioria (90,0%) era analfabeta ou não concluiu o ensino fundamental e apresentava algum nível de demência (54,1%). Dos participantes, 47 (77,0%) estavam em alimentação pela via oral e os demais (23%) a via foi a enteral. Destaca-se que entre os participantes com alimentação via oral, 34,0% tinham fragilidade como o principal definidor de mal prognóstico e entre aqueles com nutrição enteral, 35,7% tinham síndrome demencial ($p=0,002$). Sobre as demais características sociodemográficas e clínicas, não foi encontrado diferença estatística significativa entre os grupos.

As características da população estudada segundo a via alimentar estão descritas na Tabela 1 e 2:

Tabela 1: Características sociodemográficas e clínicas da população estudada segundo via de alimentação

	Total		Oral		Enteral		Valor de p
	N = 61		n = 47		n = 14		
Sexo - n (%)							0,552 ^b
Masculino	26	42,6	21	44,7	5	35,7	
Feminino	35	57,4	26	55,3	9	64,3	
Idade - média (DP)	79,7	8,0	80,1	8,1	78,1	8,0	0,417 ^a
Estado civil (n=57) - n (%)							0,258 ^b
Solteiro	9	15,8	5	11,4	4	30,8	
Casado	20	35,1	15	34,1	5	38,5	

	Total		Oral		Enteral		Valor de p
Divorciado/separado	9	15,8	7	15,9	2	15,4	
Viúvo	19	33,3	17	38,6	2	15,4	
Escolaridade (n=40) - n (%)							0,778 ^b
Analfabeto	11	27,5	8	26,7	3	30,0	
Fundamental incompleto	25	62,5	19	63,3	6	60,0	
Fundamental completo	2	5	1	3,3	1	10,0	
Ensino médio incompleto	1	2,5	1	3,3	0	0,0	
Ensino médio completo	1	2,5	1	3,3	0	0,0	
Motivo da internação - n (%)							0,007 ^b
Doenças do sistema nervoso	10	16,4	5	10,6	5	35,7	
Doenças do sistema circulatório	15	24,6	15	31,9	0	0,0	
Doenças do sistema respiratório	12	19,7	10	21,3	2	14,3	
Outros	23	39,3	17	36,2	7	36,2	
Número de comorbidades prévias - mediana (mín - máx)	4	0-10,0	4	0-10,0	3	1,0-8,0	0,250 ^c
Demência - n (%)							0,795 ^b
Sim	33	54,1	25	53,2	8	57,1	
Não	28	45,9	22	46,8	6	42,9	
DMP - n (%)							0,002 ^b
Neurológico	4	6,6	0	0,0	4	28,6	
Oncológico	3	4,9	3	6,4	0	0,0	
Fragilidade	20	32,8	16	34,0	4	28,6	
Falência orgânica	16	26,2	15	31,9	1	7,1	
Síndrome demencial	18	29,5	13	27,7	5	35,7	
Estratificação de CP - n (%)							0,542 ^b
Precoce	1	1,6	1	2,1	0	0,0	
Complementar	2	3,3	1	2,1	1	7,1	
Predominante	58	95,1	45	95,7	13	92,9	
PPS - n (%)							0,052 ^d
≤ 30%	49	80,3	35	74,5	14	100,0	
> 30%	12	19,7	12	25,5	0	0,0	

DMP: Definidor de mal prognóstico. PPS: Palliative Performance Scale (Escala de desempenho paliativo). Mín: mínimo. Máx: máximo.

^a Teste T Student Simples. ^b Teste Qui-quadrado de Pearson. ^c Teste Mann-Whitney. ^d Teste Qui Quadrado Exato de Fisher.

Com relação às características do estado nutricional (Tabela 2), a maioria dos indivíduos estudados apresentavam baixo peso, segundo o IMC, o que refletiu no diagnóstico por meio da ASG, onde 95% da população estudada apresentou diagnóstico de desnutrição. Excesso de peso foi encontrado somente no grupo em via oral ($p=0,045$).

Tabela 2: Características do estado nutricional da população estudada segundo via de alimentação.

	Total		Oral		Enteral		Valor de <i>p</i>
	N = 61		n = 47		n = 14		
Peso - média (DP)	56,11	±13,53	56,80	±14,80	53,81	±7,91	0,473 ^a
Altura - média (DP)	1,60	±0,10	1,60	±0,11	1,60	±0,09	0,978 ^a
IMC - média (DP)	21,97	±4,85	22,22	±5,28	21,14	±2,96	0,334 ^a
Classificação do IMC - n (%)							0,045^b
Baixo peso	32,0	52,5	25	53,2	7	50,0	
Eutrofia	20,0	32,8	13	27,7	7	50,0	
Excesso de peso	9,0	14,8	9	19,1	0	0,0	
PB (n=60) - mediana (mín - máx)	24,7	17,8-40,0	25,6	17,8-40,0	24,7	20,5-28,1	0,807 ^c
PP (n=57) - média (DP)	28,8	±3,9	29,0	±4,2	27,9	±2,9	0,339 ^a
Classificação PP (n=57) - n (%)							0,319 ^d
Adequada	6	10,5	6	14,0	0	0,0	
Inadequada	51	89,5	37	86,0	14	100,0	
Diagnóstico nutricional - n (%)							0,373 ^b
Nutrido	3	4,9	3	6,4	0	0,0	
Desnutrição moderada	16	26,2	13	27,7	3	21,4	
Desnutrição grave	42	68,9	31	66,0	11	78,6	

IMC: Índice de massa corporal. PB: Perímetro do braço. PP: Perímetro da panturrilha. Mín: mínimo. Máx: máximo.

^a Teste T Student Simples. ^b Teste Qui-quadrado de Pearson. ^c Teste Mann-Whitney. ^d Teste Qui quadrado Exato de Fisher.

Seis indivíduos (9,8%) responderam o IPOS - versão para o doente e precisaram de auxílio para leitura das perguntas e explicação dos termos, devido à baixa escolaridade ou ajuda para preenchimento do questionário, decorrente de alguma limitação física.

Analisando os sintomas apresentados pela população estudada (Figura 2 e 3), foram os mais prevalentes: familiares ou amigos ansiosos ou preocupados (98,4%), pouca mobilidade (98,4%), sonolência (78,7%), constipação (72,1%), fraqueza (72,1%) e dor (72,1%). Com relação a intensidade com que o sintoma afetou a pessoa idosa, ansiedade e preocupação por parte dos familiares e amigos teve a segunda maior indicação da pior categoria (pontuação 4) com 31,1% de respostas. Dentre os sintomas físicos, a resposta “não aplicável” ou a ausência de resposta por parte dos entrevistados (profissionais de saúde) foi observada em dor, náusea, falta de ar e fraqueza e em todos os sintomas não físicos. Nestes, estavam os maiores percentuais de dados faltantes (entre 9,8% a 50,8%), com maior destaque para a questão relacionada às necessidades de informação (Figura 2 e 2).

Segundo a via alimentar, não houve diferença estatisticamente significativa na prevalência de sintomas físicos e não físicos. No entanto, ao comparar a intensidade dos sintomas, viu-se que as pessoas idosas com via oral eram ligeiramente (pontuação 1) afetadas pela sonolência, enquanto aqueles em uso da NE exclusiva eram muito afetados (pontuação 3) ($p=0,016$). Embora não houvesse diferença significativa nos demais sintomas, os grupos tiveram a tendência de diferir em pouca mobilidade ($p=0,056$) (Figura 2) e na capacidade de partilhar com familiares e amigos como estavam se sentido ($p=0,058$) (Figura 3).

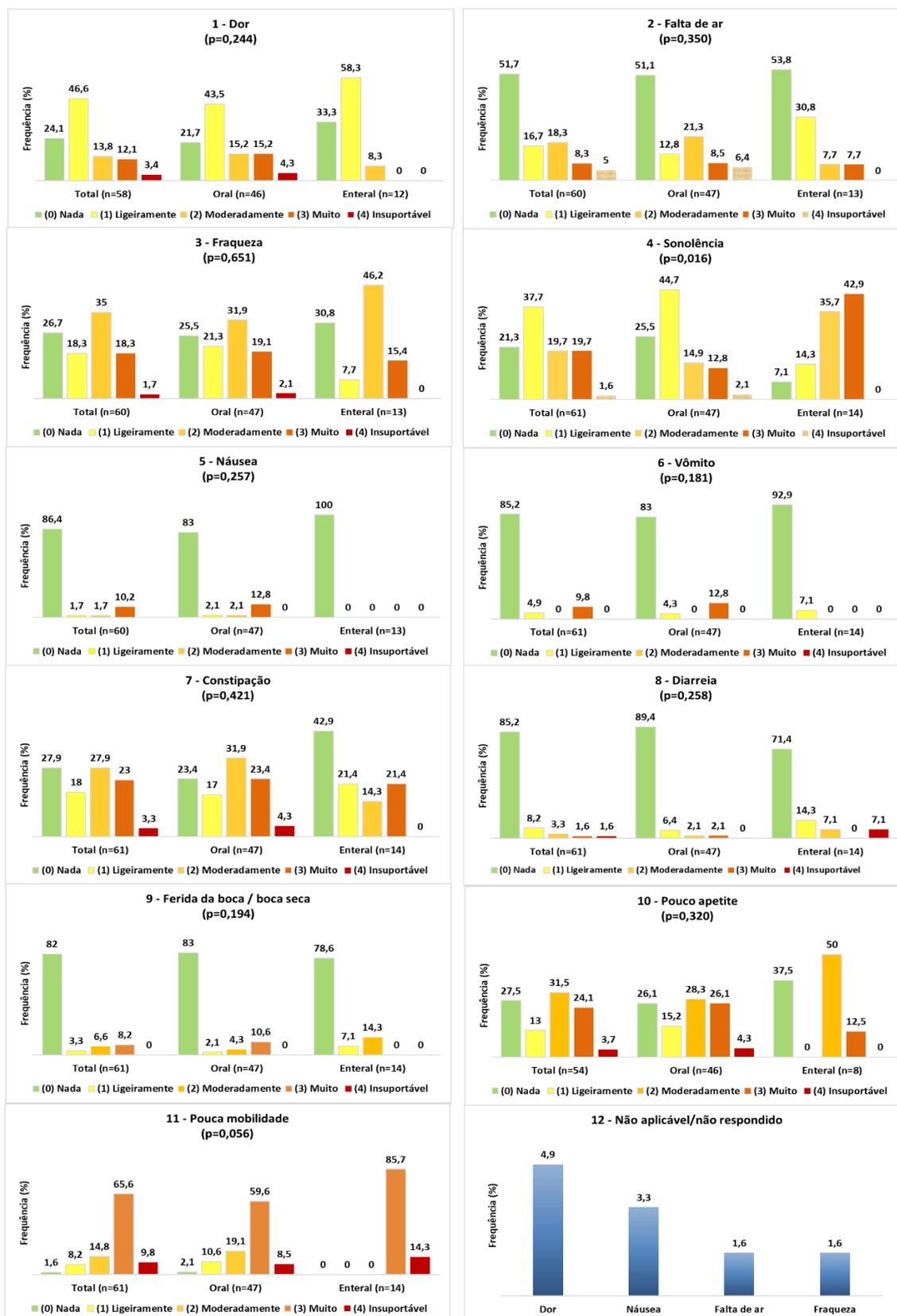


Figura 2: Sintomas físicos apresentados pela população estudada, segundo a via alimentar (gráficos 1 ao 11) e que tiveram resposta não aplicável ou não respondida (gráfico 12). Teste estatístico realizado: Qui-quadrado de Pearson.

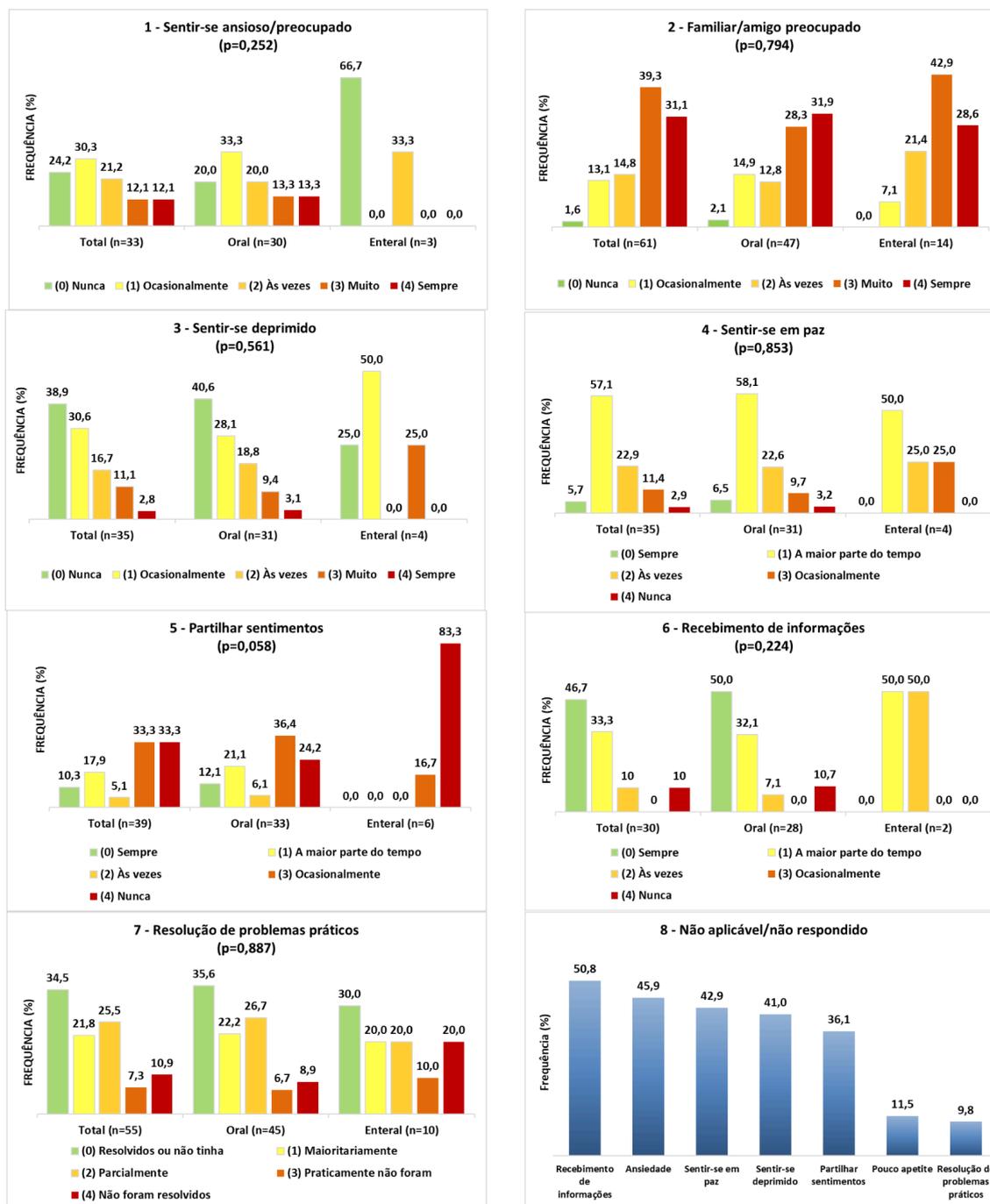


Figura 3: Sintomas não físicos apresentados pela população estudada, segundo a via alimentar (gráficos 1 ao 7) e que tiveram resposta não aplicável ou não respondida (gráfico 8). Teste estatístico realizado: Qui-quadrado de Pearson.

Em relação aos desfechos 67,2% das pessoas idosas em cuidados paliativos receberam alta hospitalar. Entre os grupos oral e enteral, o desfecho alta ou óbito não diferiu significativamente. No entanto, o tempo de internação antes ($p=0,017$) e durante ($p=0,026$) a

estadia na Unidade de Cuidados Paliativos e o tempo de internação hospitalar foram maiores nas pessoas idosas que estavam com NE exclusiva ($p=0,004$) (Tabela 3).

Tabela 3: Desfechos clínicos da população estudada segundo via de alimentação.

	Total N = 61		Oral n = 47		Enteral n = 14		Valor de <i>p</i>
Desfecho - n (%)							0,268 ^a
Alta	41	67,2	33	70,3	8	57,1	
Óbito	20	32,8	14	28,9	6	42,9	
Tempo de internação hospitalar - mediana (mín - máx)	19	7,0 - 73,0	17	7,0-73,0	32	15,0-73,0	0,004^c
Tempo de internação na UCP - mediana (mín - máx)	10	3,0 - 40,0	9	3,0-40,0	16	3,0-35,0	0,026^c
Tempo de internação antes da UCP - mediana (mín - máx)	8	1,0 - 60,0	6	1,0-46,0	11	3,0-60,0	0,017^c

UCP: Unidade de Cuidados Paliativos. Mín: mínimo. Máx: máximo.

^a Teste Qui-quadrado de Pearson. ^c Teste Mann-Whitney.

DISCUSSÃO

Neste estudo, comparou-se as vias alimentares com sintomas físicos e não físicos e desfechos hospitalares em pessoas idosas em CP. Na amostra pesquisada, os sintomas mais prevalentes foram: familiares ou amigos ansiosos ou preocupados, pouca mobilidade, sonolência, constipação, fraqueza e dor, sem diferença estatística entre as vias alimentares.

Quanto à intensidade da ansiedade e preocupação por parte dos familiares e amigos, identificamos que esse foi o segundo mais angustiante, com maior nível de sofrimento.

Ansiedade e preocupação por parte dos familiares e amigos também apresentou alta prevalência no estudo de Murtagh et al (2019)³² e Antunes e Ferreira (2020)³³. Ao estudarem a validação do IPOS com mais de cem adultos e pessoas idosas em CP, encontraram, respectivamente, 70,3% e 84,6% de relato deste sintoma. Sobre a intensidade, Murtagh et al (2019)³² e Antunes et al (2020)³⁵ observaram que 34,6% e 36,3% dos indivíduos relataram elevada intensidade desse sintoma. Também Muller et al (2023)³⁴ observaram grande sofrimento relacionado a este sintoma em 77,9% dos adultos e pessoas idosas em CP avaliados, no entanto a prevalência encontrada por Nooijer et al (2022)³⁶ estudando pessoas idosas foi menor (39,0%). Ressalta-se que nestes dois últimos estudos citados as respostas 4 e 3 (categorizada como “muito”) foram agrupadas. Os estudos citados não incluíram pessoas com comprometimento cognitivo ou estes eram a minoria da amostra, como no estudo de Nooijer (2022), diferente da nossa pesquisa.

Vimos que a maioria da população estudada estava sonolenta (78,7%) e as pessoas idosas com NE eram muito afetadas por esse sintoma. Apesar de não termos identificado o motivo neste estudo, sugere-se que a sonolência seja uma das causas do início da NE, por afetar a segurança da deglutição de alimentos e medicamentos e até contra indicar a via oral.³⁷ Na pesquisa de Freitas et al (2021)³⁸, ao avaliarem pessoas em uso de cateter nasoesentérico, com média de idade de 64 anos, predominantemente com doença neoplásica, altamente dependentes dos cuidados de enfermagem e com alto risco de óbito, observaram que a necessidade de inserção da via alimentar alternativa na maioria dos indivíduos foi devido à diminuição do nível de consciência.

Apesar da sonolência ser um fator considerável para o início da NE, sua presença, intensidade e refratariedade pode ser um dos indicadores clínicos precoces associados ao pior prognóstico nos CP.^{37,39} Compõe os parâmetros do PPS e pode estar presente quando este é $\leq 40\%$, fase de maior declínio funcional e pior prognóstico.²⁵ Identificamos que a grande maioria das pessoas avaliadas tinham PPS $\leq 30\%$, com uma tendência à maior proporção no grupo enteral.

As pessoas com NE, independente do local de assistência ou faixa etária, são frequentemente monitorados quanto à tolerância à dieta enteral administrada, através de parâmetros do estado clínico, como estase, vômito, diarreia, distensão abdominal e dor.⁴⁰ Esse

monitoramento e as intervenções para controle dos sintomas parecem ser ainda mais intensos e precoces quando realizados em uma unidade clínica formada por equipe multiprofissional especializada em CP. Segundo Oluyase et al (2021)⁴¹ e Johnson et al (2024)⁴², os CP especializados melhoraram a qualidade de vida relacionada à saúde e reduziram significativamente a carga de sintomas das pessoas avaliadas. Os autores viram que para alcançar esses resultados, os modelos assistenciais mais eficazes eram multidisciplinares. Em consideração a isso, acreditamos que a monitorização e controle desempenhados na unidade de CP podem ter contribuído para manter a NE no período de seguimento da nossa pesquisa e resultar em ausência de diferença significativa entre as vias alimentares quanto aos demais sintomas estudados.

Outro fator que supostamente contribuiu para a melhor tolerância à nutrição enteral pode estar relacionado às características das doenças que causaram a internação. Em nosso estudo, as doenças não oncológicas prevaleceram como o motivo de internação e houve diferença significativa entre as vias de alimentação. Das pessoas idosas com via oral, um terço internou por doenças cardiovasculares e no grupo em NE, a principal causa foram as doenças neurológicas. Enquanto as doenças cardiovasculares, assim como as demais falências orgânicas, seguem a trajetória de fim de vida caracterizada por flutuações de declínio cognitivo e funcional decorrentes das exacerbações agudas episódicas, as doenças neurológicas, seguem um padrão de declínio progressivo e gradual particular da fragilidade. Pela evolução crônica, as doenças neurológicas podem não estar necessariamente associadas a um curto tempo de sobrevida, mesmo com PPS baixo.^{43,44} À vista disso, acreditamos que as pessoas idosas com NE podem ter alcançado estabilidade clínica suficiente para tolerar a dieta e não permitir encontrar diferença em relação ao grupo com alimentação via oral, quando comparada a presença e intensidade da maioria dos sintomas estudados.

Os definidores de mal prognóstico, por apresentarem características clínicas específicas relacionadas aos indicadores propostos pelo Centro Nacional GSF (*The Gold Standards Framework*), também auxiliam no reconhecimento precoce das possíveis trajetórias das doenças, além de indicar o prognóstico e corroborar para os cuidados de fim de vida.⁴⁵ Vimos que os grupos das vias de alimentação diferiram quanto à esses definidores. Nas pessoas idosas com alimentação via oral os principais definidores foram falência orgânica e fragilidade, enquanto no grupo em NE foi caracterizado o estado clínico crônica da síndrome demencial, seguido por condição neurológica e fragilidade.

Ao comparar as vias alimentares, identificamos que o tempo de internação antes e durante a estadia na unidade de CP e o tempo total de permanência hospitalar foram maiores no grupo com NE. Como não foi objetivo do estudo identificar as causas, que podem ser investigadas em pesquisas futuras, algumas hipóteses foram levantadas sobre isso.

Acreditamos que as pessoas idosas em via enteral tiveram maior tempo de internação nas unidades não especializadas em CP por terem sido referenciados tardiamente para a equipe de CP, seja pela incerteza prognóstica, pelo controle básico dos sintomas ou pelo não reconhecimento da necessidade dos CP especializados por parte da equipe assistente. Ainda, é possível que elas já estavam em acompanhamento da equipe paliativista de interconsulta não atenderam os critérios que priorizam a transferência para a unidade de CP definidos pelo hospital: impressão de morte iminente, presença de sintomas de difícil controle ou necessidade de tomadas de decisão complexas ou os elas/cuidadores não aceitaram prontamente a transferência e, em ambas situações, os doentes receberam na unidade de internação de origem os CP especializados de acordo com as necessidades pontuais.

Quanto ao tempo de estadia na unidade de CP, acreditamos que as pessoas idosas com NE possam ter piorado clinicamente ao longo da internação com necessidade de cuidados prolongados para controle dos sintomas. Também é provável que, diante da ansiedade e preocupação dos familiares/cuidadores, as pessoas idosas com NE possam ter demandado maior organização para alta hospitalar, talvez pela tentativa de reabilitação da via oral ou pelo planejamento da NE domiciliar. No entanto, essas hipóteses não foram alvo de investigação neste estudo.

O controle dos sintomas são foco de atenção nos cuidados paliativos por influenciar na promoção da qualidade de vida, mas o tempo de internação também parece ter efeito especialmente negativo. Em nossa pesquisa o tempo total de internação foi significativamente maior no grupo enteral. Apesar de não termos investigado as consequências da permanência hospitalar prolongada, observamos em um estudo, a internação superior a 15 dias impactou significativamente a mobilidade e a qualidade de vida avaliada por instrumento específico para avaliação de pessoas idosas.⁴⁶

A proporção de alta ou óbito não diferiu significativamente entre as vias alimentares. As pessoas idosas tiveram o percentual de alta hospitalar de 67,2%, superior ao encontrado no estudo de Bausewein et al (2018)⁴⁷, onde cerca de 40% das pessoas provenientes da unidade de CP tiveram a desospitalização. Tivemos a mediana de 10 dias de internação na unidade de CP,

enquanto Bausewein et al (2018)⁴⁷ encontraram a média de 10 dias de permanência nessa unidade.

Neste estudo, dentre os sintomas físicos, a resposta “não aplicável” ou a ausência de resposta por parte dos profissionais de saúde foi observada em todos os sintomas não físicos e em dor, náusea, falta de ar e fraqueza. Os sintomas não físicos tiveram os percentuais elevados de dados faltantes, entre 9,8% a 50,8%, sendo o maior relacionado às necessidades de informação. Esta ausência de respostas ao preencher o questionário também foi encontrada em outros serviços de CP. No primeiro ano de implementação do uso do IPOS em um Hospital Universitário de Cuidados Paliativos da Alemanha, as maiores taxas de dados faltantes foram identificadas nas questões psicossociais e familiares, semelhante à esta pesquisa. Segundo o relatório da instituição, a proporção de ausência de dados chegou a 70%⁴⁷. Em contrapartida, Murtagh et al (2019)³² encontraram baixa prevalência de dados faltantes entre 0,5% a 3,5%, sendo a maior porcentagem em falta de apetite, ansiedade familiar, vômito, resolução de problemas práticos, recebimento de informações e sentir-se em paz.

A diferença encontrada entre os estudos com relação a ausência de dados pode ter sido decorrente do perfil das pessoas estudadas. Murtagh et al. (2019)³² incluíam apenas indivíduos física e cognitivamente capazes de participar da pesquisa, mesmo quando o IPOS era respondido pelos profissionais de saúde. Diferente do nosso estudo onde a maior parte dos indivíduos estavam sonolentos (78,7%) e não aptos para responder o IPOS ou para expressarem com clareza suas necessidades aos profissionais de saúde. Além disto,

Ausência de dados em uma ou mais questões, por desconhecimento por parte do profissional respondente ou por ser uma pergunta “não aplicável” ao contexto da pessoa pode limitar a análise dos sintomas por meio de pontuação.^{33,34} Diante disso e concordando que as medidas de resultados em saúde utilizadas nos CP, como o IPOS, devem identificar os sintomas e necessidades mais prevalentes,⁴⁷ este estudo considerou a frequência das respostas qualitativas para análise dos sintomas, assim como outros autores.³⁴

Medidas de resultados como o IPOS, são desenvolvidas especificamente para capturar os principais sintomas e preocupações de pessoas gravemente afetadas por doenças avançadas. Estudos mostram que a avaliação dos profissionais pelo IPOS apresentou boa concordância com o que foi expresso pela pessoa avaliada, principalmente na maioria dos sintomas físicos.³³ No entanto, os sintomas não físicos parecem ser as principais necessidades em cuidados paliativos e, por isso, podem causar sofrimento e afetar negativamente a qualidade de vida da

pessoa e dos seus familiares para além dos sintomas físicos. Ainda que possa ser desafiador identificá-los, pela subjetividade da investigação principalmente quando a pessoa não comunica suas necessidades, devem ser avaliados e tratados.

Mesmo na unidade de CP onde é oferecido o serviço de assistência especializada com foco na identificação e controle dos sintomas e no apoio às necessidades psicossociais e espirituais dos doentes e familiares/cuidadores⁴⁷, percebe-se a dificuldade para identificação subjetiva dos sintomas. A literatura mostra que o IPOS é um instrumento válido e confiável para avaliação em CP,³³ no entanto, na maioria dos estudos foi aplicada em pessoas com capacidade de resposta e incluíam adultos. Em divergência, nossa pesquisa mostra que a implantação da escala é questionável quando as pessoas idosas não dispõem de capacidade cognitiva para expressar seus sintomas, tornando um método limitado. Portanto, a implementação de medidas de resultados relatados por terceiros, como IPOS, requer mais pesquisas e treinamentos dos profissionais que responderão o questionário.

Quanto a isso, ressalta-se que os profissionais de saúde respondentes desta pesquisa foram orientados sobre os objetivos e aplicação do IPOS no momento em que foram convidados para participar. Autores reforçam a necessidade do treinamento da equipe de saúde na implantação da ferramenta nas unidades de CP,³² destacando ser uma das etapas importantes, principalmente quando avaliada pelos profissionais de saúde, pois tendem a subestimar a presença e gravidade dos sintomas.^{33,34} O treinamento tem efeitos variados sobre os resultados, como mostrado em outros estudos: compensou o desconhecimento sobre cuidados paliativos nas unidades de cuidados intensivos⁴⁸; reduziu o percentual de dados faltantes no segundo ano de implantação⁴⁷, além de evitar a dupla interpretação das perguntas e respostas do questionário. Na perspectiva futura de planejamento de implantação desta medida de resultados na unidade de CP será importante considerar a estratégia de informações, treinamento teórico e prático e facilitação por pessoal capacitado para direcionar o aprendizado e aplicação do IPOS.

Limitações

O número de pessoas idosas com NE para comparação dos resultados conforme a via alimentar foi limitado. Nos CP prioriza-se a não introdução ou retirada de terapias invasivas desproporcionais ao contexto clínico para proporcionar conforto. Diante disso, somente aqueles que eram adaptados à nutrição enteral até o D4 permaneceram com a via alimentar alternativa e incluídos na pesquisa.

O pequeno tamanho da amostra, sobretudo das pessoas idosas com NE, também pode comprometer a generalização dos resultados.

A rotatividade mensal de médicos residentes, inclusive de outras instituições hospitalares, dificultou a realização de treinamentos sobre a aplicação do IPOS.

Pontos fortes:

O estudo foi realizado em unidade especializada em CP que atende pessoas com diferentes condições clínicas (oncológicas e não oncológicas) e buscou compreender, do ponto de vista de sintomas multidimensionais, as diferenças entre grupos com via alimentar oral e enteral. Estudos como esse são limitados na literatura científica e parece ser o primeiro a utilizar a IPOS como medidas de resultados nessa comparação.

CONCLUSÃO

Este estudo encontrou diferenças significativas entre as vias de alimentação e os sintomas físicos e não físicos em pessoas idosas em CP no sintoma "sonolência", que afeta principalmente as pessoas idosas com NE. Além disso, estes indivíduos apresentaram maior tempo de internação hospitalar, o que pode comprometer a qualidade de vida. A atuação preventiva e estratégica da equipe de CP sobre os sintomas pode ter contribuído para não haver diferença nos demais sintomas entre os grupos estudados.

REFERÊNCIAS

1. Cunha AIL, Veronese N, de Melo Borges S, Ricci NA. Frailty as a predictor of adverse outcomes in hospitalized older adults: A systematic review and meta-analysis. *Ageing Res Rev.* 2019;56:100960. doi:10.1016/j.arr.2019.100960.
2. Davidson SL, Emmence L, Motraghi-Nobes SM, Bickerstaff E, Rayers G, Lyimo G, et al. Avaliação da fragilidade entre idosos internados em hospitais em um ambiente de baixa renda: um estudo multicêntrico no norte da Tanzânia. *BMC Geriatr.* 2024; 24(1):190. doi:10.1186/s12877-024-04789-6.

3. Lourenço RA, Moreira VG, Mello RGB, Santos IS, Lin SM, Pinto ALF, et al. Consenso brasileiro sobre fragilidade em idosos: conceitos, epidemiologia e instrumentos de avaliação. *Envelhecimento de Gerontol de Gerontol.* 2018; 12:121-135. doi:10.5327/Z2447-211520181800023.
4. Moraes EN, Lanna F, Santos R, Bicalho M. A new proposal for the clinical-functional categorization of the elderly: Visual Scale of Frailty (VS-Frailty). *J Aging Res Clin Practice.* 2016;5(1):24-30. doi:10.14283/jarcp.2016.84.
5. Worldwide Palliative Care Alliance (WHPCA). WHPCA Responds to new IAHPAC definition of palliative care. Disponível em: <<http://www.thewhpc.org/latest-news/item/whpca-responds-to-new-iahpc-definition-of-palliative-care>>. Acessado em: 11 ago. 24.
6. World Health Organization (WHO). WHOQOL Group. WHOQOL study protocol. Geneva: WHO, Division of Mental Health, 1993.
7. Brotherton AM, Judd PA. Quality of life in adult enteral tube feeding patients. *J Hum Nutr Diet.* 2007 Dec;20(6):513-22; quiz 523-5. doi: 10.1111/j.1365-277X.2007.00827.x.
8. Druml C, Ballmer PE, Druml W, Oehmichen F, Shenkin A, Singer P, et al. ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration. *Clin Nutr.* 2016 Jun;35(3):545-56. doi: 10.1016/j.clnu.2016.02.006.
9. Ehrsson YT, Sundberg K, Laurell G, Langius-Eklöf A. Head and neck cancer patients' perceptions of quality of life and how it is affected by the disease and enteral tube feeding during treatment. *Ups J Med Sci.* 2015;120(4):280-9. doi: 10.3109/03009734.2015.1075630.
10. Cederholm T, Barazzoni R, Austin P, Ballmer P, Biolo G, Bischoff SC, et al. ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. *Clin Nutr.* 2017 Feb;36(1):49-64. doi: 10.1016/j.clnu.2016.09.004.
11. Fernandes EA. O papel do nutricionista na equipe. In: Carvalho RT, PARSONS HA. (Org.) *Manual de Cuidados Paliativos.* São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). 2012. 345-352 p.
12. Day T. Managing the nutritional needs of palliative care patients. *Br J Nurs.* 2017 Nov 23;26(21):1151-1159. doi: 10.12968/bjon.2017.26.21.1151.

13. CFN. Conselho Federal dos Nutricionistas. RESOLUÇÃO CFN Nº 599, DE 25 DE FEVEREIRO DE 2018. Aprova o CÓDIGO DE ÉTICA E DE CONDUTA DO NUTRICIONISTA e dá outras providências. Disponível em:<https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/resolucoes/Res_599_2018.html>. Acesso em: 30 de jul. de 2022.
14. Schwartz DB. Integrating patient-centered care and clinical ethics into nutrition practice. *Nutr Clin Pract*. 2013 Oct;28(5):543-55. doi: 10.1177/0884533613500507.
15. Loofs TS, Haubrick K. End-of-Life Nutrition Considerations: Attitudes, Beliefs, and Outcomes. *Am J Hosp Palliat Care*. 2021 Aug;38(8):1028-1041. doi: 10.1177/1049909120960124.
16. Sánchez-Sánchez E, Ruano-Álvarez MA, Díaz-Jiménez J, Díaz AJ, Ordonez FJ. Enteral Nutrition by Nasogastric Tube in Adult Patients under Palliative Care: A Systematic Review. *Nutrients*. 2021 May 6;13(5):1562. doi: 10.3390/nu13051562.
17. Carr AJ, Higginson IJ. Are quality of life measures patient centred? *BMJ*. 2001 Jun 2;322(7298):1357-60. doi: 10.1136/bmj.322.7298.1357.
18. Sampson EL, Candy B, Jones L. Enteral tube feeding for older people with advanced dementia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 Apr 15;2009(2):CD007209. doi: 10.1002/14651858.CD007209.pub2.
19. BRASPEN - Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral. Diretriz BRASPEN de Terapia Nutricional no Paciente com Doenças Neurodegenerativas. *BRASPEN Journal*. 2022;37(2):2-34.
20. Teno JM, Gozalo PL, Mitchell SL, Kuo S, Rhodes RL, Bynum JP, et al. Does feeding tube insertion and its timing improve survival? *J Am Geriatr Soc*. 2012 Oct;60(10):1918-21. doi: 10.1111/j.1532-5415.2012.04148.x.
21. Tsugihashi Y, Akahane M, Nakanishi Y, Myojin T, Kubo S, Nishioka Y, et al. Long-term prognosis of enteral feeding and parenteral nutrition in a population aged 75 years and older: a population-based cohort study. *BMC Geriatr*. 2021 Jan 28;21(1):80. doi: 10.1186/s12877-020-02003-x.

22. Good P, Richard R, Syrmiss W, Jenkins-Marsh S, Stephens J. Medically assisted nutrition for adult palliative care patients. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014 Apr 23;2014(4):CD006274. doi: 10.1002/14651858.
23. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Últimos dias de vida / Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro: INCA, 2023. p. 15-19, 30-32.
24. Mauriz PM, Wirtzbiki PM, Campos UW. Estratificação do plano de cuidados. IN: *Protocolo Cuidados Paliativos*. Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar. 2014. p. 12-14. Disponível em:< isgh_protoco_cuidado_paliativo.pdf>. Acessado em: 11 ago.
25. Downing GM. Q&A Manual, Instructions & Definitions for Use of Palliative Performance Scale (PPSv2). Victoria Hospice Society. Canada, 2020. Disponível em:<www.victoriahospice.org>. Acessado em: 11 ago. 24.
26. World Health Organization (WHO). *Physical status: the use and interpretation of anthropometry*. Geneva: WHO, 1995.
27. Pagotto V, Santos KFD, Malaquias SG, Bachion MM, Silveira EA. Calf circumference: clinical validation for evaluation of muscle mass in the elderly. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(2):322-328. doi:10.1590/0034-7167-2017-0121.
28. Chumlea WC, Guo S, Roche AF, Steinbaugh ML. Prediction of body weight for the nonambulatory elderly from anthropometry. *Journal of American Dietetic Association.* 1988; 88(5):564-8.
29. Chumlea WC, et al. Estimating stature from knee height for persons 60 to 90 years of age. *Journal of the American Geriatrics Society.* 1985. v. 33, n. 2, p. 116-120.
30. Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. *Primary Care.* 1994;21(1):55-67.
31. Detsky AS, McLaughlin JR, Baker JP, et al. What is subjective global assessment of nutritional status? *JPEN Journal of Parenteral and Enteral Nutrition.* 1987; 11: 8-13.
32. Murtagh FE, Ramsenthaler C, Firth A, Groeneveld EI, Lovell N, Simon ST, et al. A brief, patient- and proxy-reported outcome measure in advanced illness: Validity, reliability and responsiveness of the Integrated Palliative care Outcome Scale (IPOS). *Palliat Med.* 2019 Sep;33(8):1045-1057. doi: 10.1177/0269216319854264.

33. Antunes B, Ferreira PL. Validation and cultural adaptation of the Integrated Palliative care Outcome Scale (IPOS) for the Portuguese population. *BMC Palliat Care*. 2020 Nov 24;19(1):178. doi: 10.1186/s12904-020-00685-z.
34. Müller E, Mayer-Steinacker R, Gencer D, et al. Feasibility, use and benefits of patient-reported outcome measures in palliative care units: a multicentre observational study. *BMC Palliat Care*. 2023;22(1):6. doi:10.1186/s12904-022-01123-y.
35. Antunes B, Rodrigues PP, Higginson IJ, Ferreira PL. Cuidados com o Paliat BMC. 2020; 19(1):69. doi:10.1186/S12904-020-00571-8.
36. De Nooijer K, Van Den Noortgate N, Pype P, Van den Block L, Pivodic L. Palliative care symptoms, concerns and well-being of older people with frailty and complex care needs upon hospital discharge: a cross-sectional study. *BMC Palliat Care*. 2022 Oct 6;21(1):173. doi: 10.1186/s12904-022-01065-5. Erratum in: *BMC Palliat Care*. 2022 Nov 26;21(1):208. doi: 10.1186/s12904-022-01081-5.
37. Hui D, Dev R, Bruera E. The last days of life: symptom burden and impact on nutrition and hydration in cancer patients. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2015;9(4):346-354. doi:10.1097/SPC.0000000000000171.
38. Freitas LA, Fagundes AL, do Prado PR, et al. Factors associated with length of stay and death in tube-fed patients: A cross-sectional multicentre study. *Nurs Open*. 2021;8(5):2509-2519. doi:10.1002/nop2.774.
39. Toscani F, Di Giulio P, Brunelli C, Miccinesi G, Laquintana D; End-of-Life Observatory Group. How people die in hospital general wards: a descriptive study. *J Pain Symptom Manage*. 2005;30(1):33-40. doi:10.1016/j.jpainsymman.2005.01.013.
40. Boullata JI, Carrera AL, Harvey L, et al. ASPEN Safe Practices for Enteral Nutrition Therapy [Formula: see text]. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 2017;41(1):15-103. doi:10.1177/0148607116673053.
41. Oluyase AO, Higginson IJ, Yi D, et al. Hospital-based specialist palliative care compared with usual care for adults with advanced illness and their caregivers: a systematic review. Southampton (UK): NIHR Journals Library; May 2021.

42. Johnson MJ, Rutterford L, Sunny A, et al. Benefits of specialist palliative care by identifying active ingredients of service composition, structure, and delivery model: A systematic review with meta-analysis and meta-regression. *PLoS Med.* 2024;21(8):e1004436. Published 2024 Aug 2. doi:10.1371/journal.pmed.1004436
43. Bostwick D, Wolf S, Samsa G, et al. Comparing the Palliative Care Needs of Those With Cancer to Those With Common Non-Cancer Serious Illness. *J Pain Symptom Manage.* 2017;53(6):1079-1084.e1. doi:10.1016/j.jpainsymman.2017.02.014
44. Cohen-Mansfield J, Skornick-Bouchbinder M, Brill S. Trajectories of End of Life: A Systematic Review. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2018;73(4):564-572. doi:10.1093/geronb/gbx093.
45. Thomas K, Watson M, Wilson JA, et al. GSF Proactive Identification Guidance. 7 th Edition. 2022 Disponível em:<Gold Standard Framework - Como usar o NOVO GSF PIG 2022 em sua prática (goldstandardsframework.org.uk)>. Acessado em 11 agosto 2024.
46. Miranda GBS, Borges NGS, Ribeiro NMS. Impacto do tempo de hospitalização na mobilidade e na qualidade de vida de idosos. *Rev. Ciênc. Méd. Biol., Salvador*, v. 18, n. 3, p. 330-334, set./dez. 2019. <http://dx.doi.org/10.9771/cmbio.v18i3.34417>.
47. Bausewein C, Schildmann E, Rosenbruch J, Haberland B, Tänzler S, Ramsenthaler C. Starting from scratch: implementing outcome measurement in clinical practice. *Ann Palliat Med.* 2018;7(Suppl 3):S253-S261. doi:10.21037/apm.2018.06.08
48. Lind S, Sandberg J, Brytting T, Fürst CJ, Wallin L. Implementation of the integrated palliative care outcome scale in acute care settings - a feasibility study. *Palliat Support Care.* 2018;16(6):698-705. doi:10.1017/S1478951517001158

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As investigações realizadas nesta pesquisa alcançaram o objetivo da dissertação. Conseguimos comparar a presença e intensidade de sintomas físicos e não físicos e comparar os desfechos hospitalares entre pessoas idosas com via de alimentação oral e enteral exclusiva. No entanto, os achados no nosso estudo não confirmaram a nossa hipótese, pois encontramos diferenças somente no sintoma sonolência. Identificamos que os pacientes com NE eram muito afetados por esse sintoma. Fato este que pode ser uma das causas da introdução da via alimentar alternativa, mas que também pode ser um sinal da condição de finitude dos pacientes avaliados.

Quanto aos desfechos hospitalares, encontramos maior tempo de internação antes e durante a estadia na unidade de CP e tempo total de permanência hospitalar no grupo com NE.

Essas descobertas reforçam a importância de conduzir mais estudos de avaliação de sintomas em pessoas idosas em CP comparando as vias de alimentação para as indicações sejam favoráveis à qualidade de vida dos pacientes. Além disso, novos estudos com a aplicação do IPOS em pacientes com comprometimento de sensório devem ser realizados para confirmar a ausência de diferença entre os grupos.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Ficha de coleta de dados

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
HOSPITAL RISOLETA TOLENTINO NEVES
UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS

PROJETO CUIDADOS PALIATIVOS	
IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR	
Nome do entrevistador:	
Data da entrevista:	1. DATA: ___/___/___
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	
Nome completo:	2. ATEND.: _____
Sexo:	3. SEXO: () M () F
Data de nascimento	4. DN: ___/___/___ 5. IDADE: _____ (anos)
Estado civil	6. ESTADO CIVIL: () solteiro () casado () divorciado () separado () não informado
Escolaridade	
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	
Hipótese diagnóstica:	
Possui doenças/comorbidades prévias:	7. COMORB.: () sim () não
Doenças/comorbidades prévias:	

Definidor de mal prognóstico	8. MALPROG.: <input type="checkbox"/> neurológico <input type="checkbox"/> oncológico <input type="checkbox"/> fragilidade <input type="checkbox"/> falência orgânica <input type="checkbox"/> síndrome demencial <input type="checkbox"/> trauma
Proporcionalidade terapêutica	9. P.TERAP.: <input type="checkbox"/> precoce <input type="checkbox"/> complementar <input type="checkbox"/> predominante
Funcionalidade (<i>Palliative Performance Scale - PPS</i>)	10. PPS: _____ %
NUTRIÇÃO	
Via de alimentação	11. V.ALIMENTAR: <input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> enteral
ANTROPOMETRIA	
Peso (kg)	20. PESO: _____ 21. AFERIÇÃO PESO: <input type="checkbox"/> Aferido <input type="checkbox"/> Estimado <input type="checkbox"/> Relatado
Altura (cm)	22. ALTURA: _____ 23. AFERIÇÃO ALT.: <input type="checkbox"/> Aferido <input type="checkbox"/> Estimado <input type="checkbox"/> Relatado
Perímetro do braço (cm)	24. PB: _____
Perímetro da panturrilha (cm)	25. PP: _____
Altura do joelho (cm)	26. AJ: _____

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Termo de Consentimento livre e esclarecido para a coleta de dados prospectivos

Título do estudo: Associação entre terapia nutricional enteral e sintomas físicos e não físicos e desfechos hospitalares na pessoa idosa em cuidados paliativos – Um estudo de coorte

Pesquisadores:

Ann Kristine Jansen – Professora Associada, Departamento de Nutrição, da Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais.

Lígia Amanda Ventura – Nutricionista no Hospital Risoleta Tolentino Neves e mestranda do Programa de Pós-graduação em Nutrição e Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais.

Alexandre Ernesto Silva – Enfermeiro, Professor Adjunto III, da Universidade Federal de São João Del Rei nos cursos de Enfermagem e Medicina e Pesquisador Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre ensino e prática de enfermagem, da Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais.

Eu, Ann Kristine Jansen, professora do Departamento de Nutrição, da Escola de Enfermagem, UFMG, gostaria de lhe convidar a participar como sujeito da pesquisa intitulada **“Associação entre terapia nutricional enteral e sintomas físicos e não físicos e desfechos hospitalares na pessoa idosa em cuidados paliativos – Um estudo de coorte”**. Participa também a nutricionista do Hospital Risoleta Tolentino Neves, Lígia Amanda Ventura e o professor Dr. Alexandre Ernesto Silva.

O objetivo da pesquisa é estudar a influência da terapia nutricional enteral na presença de sintomas físicos e não físicos, ocorrência de alta ou óbito e tempo de internação hospitalar em pessoas idosas em Cuidados Paliativos. O estudo ajudará nas decisões sobre o uso da via de alimentação enteral e permitirá uma melhor avaliação e controle dos sintomas que podem ocorrer durante a internação hospitalar.

A participação na pesquisa será durante a sua internação no Hospital Risoleta Tolentino Neves. Você preencherá (sozinho ou com auxílio de um amigo, familiar ou profissional de saúde) um questionário contendo 20 questões sobre a presença de sintomas físicos e não físicos referentes aos 3 dias anteriores. As perguntas serão realizadas, a beira

leito por mim ou por outros membros da equipe de pesquisa treinados. As questões buscam identificar quantas vezes os sintomas ocorreram e o quanto eles o incomodaram, marcando um “X” na resposta que achar mais adequada. Também permite que você relate outros sintomas que sentiu e os principais problemas ou preocupações que vivenciou, além de registrar se os problemas que estiveram presentes foram ou não resolvidos.

Serão coletadas do seu prontuário e/ou prescrição as informações relacionadas à via de alimentação, qual dieta oral ou dieta enteral recebe e o volume prescrito e administrado. Além disso, avaliaremos sua altura do joelho, perímetro de braço e panturrilha, peso e altura no primeiro dia de internação na Unidade de Cuidados Paliativos.

No fim da internação, as informações, como alta ou ocorrência de óbito e tempo de internação hospitalar, serão coletadas em seu prontuário.

A pesquisa envolve riscos mínimos. No momento da avaliação das medidas físicas, ao ficar de pé para ter o peso e a altura aferidos, você pode apresentar tontura ou fraqueza com risco de queda. Caso não apresente segurança para isso, peso e altura serão estimados por um membro da equipe através da medida da altura do joelho e perímetro de braço. O posicionamento ideal dos braços e pernas para as medidas será realizado de forma confortável, mas se mantiver desconforto, elas não serão realizadas. Todo o pessoal responsável pela avaliação física é treinado para isso e todos os procedimentos de segurança serão garantidos.

Caso durante a pesquisa seja identificada alguma necessidade de intervenção nutricional, como adaptações do consumo alimentar e suplementação, você será comunicado e avaliado (a) pela nutricionista que procederá conforme recomendações.

A utilização das informações coletadas está vinculada somente a este projeto de pesquisa e se o (a) Sr. (a) concordar em outros futuros. A sua privacidade será respeitada e suas informações pessoais serão mantidas em segredo. Seu nome, que identifica sua participação, **não** será divulgado e o (a) Sr. (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa ocorrer. Os resultados obtidos pela pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada.

A sua **participação é voluntária**. Você poderá se recusar a participar do estudo, ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar. Por desejar sair da pesquisa, não sofrerá qualquer prejuízo. A recusa **não acarretará qualquer penalidade** ou

modificação na forma em que o (a) Sr.(a) é atendido (a) pela equipe do Hospital Risoleta Tolentino Neves.

Você não terá que pagar nada e, também, nada será pago por sua participação no estudo. Os benefícios diretos ou indiretos para você ao participar da pesquisa serão decorrentes dos resultados do estudo. Poderemos compreender a influência da nutrição enteral na presença de sintomas físicos e não físicos, na ocorrência de alta ou óbito e no tempo de internação. Melhorar os cuidados prestados, com a avaliação e o controle dos sintomas de forma individualizada.

Você terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar. Em caso de dúvidas entre em contato com o pesquisador responsável Ann Kristine Jansen pelo telefone (31) 3409-9858 ou com a mestrandia Lígia Amanda Ventura pelo telefone (31) 3409-3306. O Comitê de Ética em pesquisa da UFMG localizado na Avenida Presidente Antônio Carlos, 6627, Pampulha - Belo Horizonte - MG, telefone: (31) 3409-4592, correio eletrônico: coep@prpq.ufmg.br também pode ser consultado para dúvidas éticas. O Comitê de Ética foi criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de seus padrões éticos.

Este Termo de Consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, uma em poder do participante e outra do pesquisador.

Eu, _____, fui informado (a) dos objetivos, métodos, riscos e benefícios da pesquisa de maneira clara e detalhada. Esclareci minhas dúvidas e estou ciente que minhas informações pessoais serão mantidas em segredo, meus dados de identificação não serão divulgados e minha privacidade será respeitada. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim eu desejar.

Declaro que concordo em participar desta pesquisa. Recebi uma original deste termo de consentimento livre e esclarecido assinado por mim e pelo pesquisador, que me deu a oportunidade de ler e esclarecer todas as minhas dúvidas.

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Nome pesquisador que obteve a autorização: _____

Assinatura do pesquisador que obteve a autorização: _____

Belo Horizonte, _____ de _____ de _____.

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) familiar / cuidador

Termo de Consentimento livre e esclarecido para a coleta de dados prospectivos

Título do estudo: Associação entre terapia nutricional enteral e sintomas físicos e não físicos e desfechos hospitalares na pessoa idosa em cuidados paliativos – Um estudo de coorte

Pesquisadores:

Ann Kristine Jansen – Professora Associada, Departamento de Nutrição, da Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais.

Lígia Amanda Ventura – Nutricionista no Hospital Risoleta Tolentino Neves e mestranda do Programa de Pós-graduação em Nutrição e Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais.

Alexandre Ernesto Silva – Enfermeiro, Professor Adjunto III, da Universidade Federal de São João Del Rei nos cursos de Enfermagem e Medicina e Pesquisador Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre ensino e prática de enfermagem, da Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais.

Eu, Ann Kristine Jansen, professora do Curso do Departamento de Nutrição, da Escola de Enfermagem, UFMG, gostaria de lhe pedir permissão, como representante do paciente _____, para incluí-lo (a) como sujeito da pesquisa intitulada “**Associação entre terapia nutricional enteral e sintomas físicos e não físicos e desfechos hospitalares na pessoa idosa em cuidados paliativos – Um estudo de coorte**”. Participa também a nutricionista do Hospital Risoleta Tolentino Neves, Ligia Amanda Ventura e Alexandre Dr. Alexandre Ernesto Silva.

O objetivo da pesquisa é estudar a influência da terapia nutricional enteral na presença de sintomas físicos e não físicos, ocorrência de alta ou óbito e tempo de internação hospitalar em pessoas idosas em Cuidados Paliativos. O estudo ajudará nas decisões sobre o uso da via de alimentação enteral e permitirá uma melhor avaliação e controle dos sintomas que podem ocorrer durante a internação hospitalar.

A participação do paciente na pesquisa será durante o período de internação no Hospital Risoleta Tolentino Neves. O médico de referência preencherá um questionário em

dois momentos: no quarto e no sétimo dia de internação. Serão 18 questões relacionadas à presença de sintomas físicos e não físicos referentes aos 3 dias anteriores ao preenchimento do questionário. As questões buscam identificar quantas vezes os sintomas ocorreram e o quanto eles incomodaram o paciente, marcando um “X” na resposta mais adequada. Também permite que o profissional relate outros sintomas que identificou e os principais problemas ou preocupações vivenciados pelo paciente, além de registrar se os problemas que estiveram presentes foram ou não resolvidos.

Serão acessadas no prontuário e/ou prescrição do paciente as informações relacionadas à via de alimentação, qual dieta oral ou dieta enteral recebe e o volume prescrito e administrado. Além disso, avaliaremos a altura do joelho, perímetro de braço e panturrilha, peso e altura do paciente no primeiro dia de internação na Unidade de Cuidados Paliativos.

No fim da internação, as informações, como alta hospitalar ou ocorrência de óbito e tempo de internação, serão coletadas no prontuário do paciente.

A pesquisa envolve riscos mínimos. No momento da avaliação das medidas físicas, ao ficar de pé para ter o peso e a altura aferidos, o paciente pode apresentar tontura ou fraqueza com risco de queda. Caso ele não apresente segurança para isso, peso e altura serão estimados por um membro da equipe através da medida da altura do joelho e perímetro de braço. O posicionamento ideal dos braços e pernas para as medidas será realizado de forma confortável, mas se o paciente mantiver desconforto, elas não serão realizadas. Todo o pessoal responsável pela avaliação física é treinado para isso e todos os procedimentos de segurança estão garantidos.

Caso durante a pesquisa seja identificada alguma necessidade de intervenção nutricional, como adaptações do consumo alimentar e suplementação, você será comunicado e o paciente será avaliado (a) pela nutricionista que procederá conforme recomendações.

A utilização das informações coletadas está vinculada somente a este projeto de pesquisa e se o (a) Sr. (a) concordar em outros futuros. A sua privacidade será respeitada e suas informações pessoais serão mantidas em segredo, assim como do paciente. Seu nome e do paciente, que identifica a participação, **não** serão divulgados e vocês não serão identificados em nenhuma publicação que possa ocorrer. Os resultados obtidos pela pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada.

A **participação é voluntária**. Você poderá recusar a participação no estudo, ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar. Por desejar sair da pesquisa, não sofrerá qualquer prejuízo. A recusa **não acarretará qualquer penalidade** ou modificação na forma em que o (a) Sr.(a) e/ou paciente serão atendidos pela equipe do Hospital Risoleta Tolentino Neves.

Você não terá que pagar nada e, também, nada será pago por sua participação no estudo. Os benefícios diretos ou indiretos para você ou para o paciente ao participar da pesquisa serão decorrentes dos resultados da pesquisa. Poderemos compreender a influência da nutrição enteral na presença de sintomas físicos e não físicos, na ocorrência de alta ou óbito e no tempo de internação. Melhorar os cuidados prestados, com a avaliação e o controle dos sintomas de forma individualizada.

Você terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar. Em caso de dúvidas entre em contato com o pesquisador responsável Ann Kristine Jansen pelo telefone (31) 3409-9858 ou com a mestrandia Lúcia Amanda Ventura pelo telefone (31) 3409-3306. O Comitê de Ética em pesquisa da UFMG localizado na Avenida Presidente Antônio Carlos, 6627, Pampulha - Belo Horizonte - MG, telefone: (31) 3409-4592, correio eletrônico: coep@prpq.ufmg.br também pode ser consultado para dúvidas éticas. O Comitê de Ética foi criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de seus padrões éticos.

Este Termo de Consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, uma em poder do participante e outra do pesquisador.

Eu, _____, fui informado (a) dos objetivos, métodos, riscos e benefícios da pesquisa de maneira clara e detalhada. Esclareci minhas dúvidas e estou ciente que minhas informações pessoais serão mantidas em segredo, meus dados de identificação não serão divulgados e minha privacidade será respeitada, assim como do paciente. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim eu desejar.

Declaro que concordo em participar desta pesquisa. Recebi uma original deste termo de consentimento livre e esclarecido assinado por mim e pelo pesquisador, que me deu a oportunidade de ler e esclarecer todas as minhas dúvidas.

Nome do representante: _____

Assinatura do representante legal: _____

Nome pesquisador que obteve a autorização: _____

Assinatura do pesquisador que obteve a autorização: _____

Belo Horizonte, _____ de _____ de _____.

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) médico

Termo de Consentimento livre e esclarecido para a coleta de dados prospectivos

Título do estudo: Associação entre terapia nutricional enteral e sintomas físicos e não físicos e desfechos hospitalares na pessoa idosa em cuidados paliativos – Um estudo de coorte

Pesquisadores:

Ann Kristine Jansen – Professora Associada, Departamento de Nutrição, da Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais.

Lígia Amanda Ventura – Nutricionista no Hospital Risoleta Tolentino Neves e mestranda do Programa de Pós-graduação em Nutrição e Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais.

Alexandre Ernesto Silva – Enfermeiro, Professor Adjunto III, da Universidade Federal de São João Del Rei nos cursos de Enfermagem e Medicina e Pesquisador Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre ensino e prática de enfermagem, da Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais.

Eu, Ann Kristine Jansen, professora do Departamento de Nutrição, da Escola de Enfermagem, UFMG, gostaria de lhe convidar, como médico de referência do paciente _____, para a participar como voluntário (a) na pesquisa intitulada “**Associação entre terapia nutricional enteral e sintomas físicos e não físicos e desfechos hospitalares na pessoa idosa em cuidados paliativos – Um estudo de coorte**”. Participa também a nutricionista do Hospital Risoleta Tolentino Neves, Ligia Amanda Ventura.

O objetivo da pesquisa é estudar o impacto da terapia nutricional enteral na presença de sintomas físicos e não físicos e desfechos hospitalares nas pessoas idosas em Cuidados Paliativos. O estudo ajudará nas decisões sobre o uso da via de alimentação enteral e permitirá, de forma individualizada, melhor avaliação e controle dos sintomas que podem ocorrer durante a internação hospitalar.

A participação na pesquisa será durante o período de internação do paciente no Hospital Risoleta Tolentino Neves. Você preencherá um questionário em dois momentos: no quarto e no sétimo dia de internação. Serão 18 questões relacionadas à presença de sintomas

físicos e não físicos referentes aos 3 dias anteriores ao preenchimento do questionário. As questões buscam identificar quantas vezes os sintomas ocorreram e o quanto eles incomodaram o paciente, marcando um “X” na resposta mais adequada. Também permite que você relate outros sintomas que identificou e os principais problemas ou preocupações vivenciados pelo paciente, além de registrar se os problemas que estiveram presentes foram ou não resolvidos.

Serão acessadas no prontuário e/ou prescrição do paciente as informações relacionadas à via de alimentação, qual dieta oral ou dieta enteral recebe e o volume prescrito e administrado. Além disso, avaliaremos a altura do joelho, perímetro de braço e panturrilha, peso e altura do paciente no primeiro dia de internação na Unidade de Cuidados Paliativos.

No fim da internação, as informações, como alta hospitalar ou ocorrência de óbito e tempo de internação, serão coletadas no prontuário do paciente.

A pesquisa envolve riscos mínimos. No momento da avaliação das medidas físicas, ao ficar de pé para ter o peso e a altura aferidos, o paciente pode apresentar tontura ou fraqueza com risco de queda. Caso ele não apresente segurança para isso, peso e altura serão estimados por um membro da equipe através da medida da altura do joelho e perímetro de braço. O posicionamento ideal dos braços e pernas para as medidas será realizado de forma confortável, mas se o paciente mantiver desconforto, elas não serão realizadas. Todo o pessoal responsável pela avaliação física é treinado para isso e todos os procedimentos de segurança estão garantidos.

Caso durante a pesquisa seja identificada alguma necessidade de intervenção nutricional, como adaptações do consumo alimentar e suplementação, você será comunicado e o paciente será avaliado (a) pela nutricionista que procederá conforme recomendações.

A utilização das informações coletadas está vinculada somente a este projeto de pesquisa e se o (a) Sr. (a) concordar em outros futuros. A sua privacidade será respeitada e suas informações pessoais serão mantidas em segredo, assim como do paciente. Seu nome e/ou do paciente, que identifica a participação, **não** será liberado e vocês não serão identificados em nenhuma publicação que possa ocorrer. Os resultados obtidos pela pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada.

A **participação é voluntária**. Você poderá se recusar a participar do estudo, ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar. Por desejar sair da pesquisa,

não sofrerá qualquer prejuízo. A recusa **não acarretará qualquer penalidade** ou modificação na forma como o paciente será atendido pela equipe Hospital Risoleta Tolentino Neves.

Você não terá que pagar nada e, também, nada será pago por sua participação no estudo. Os benefícios diretos ou indiretos para você ou para o paciente, ao participar da pesquisa, serão decorrentes dos resultados da pesquisa. Poderemos compreender a influência da nutrição enteral na presença de sintomas físicos e não físicos, na ocorrência de alta ou óbito e no tempo de internação. Melhorar os cuidados prestados, com a avaliação e o controle dos sintomas de forma individualizada.

Você terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar. Em caso de dúvidas entre em contato com o pesquisador responsável Ann Kristine Jansen pelo telefone (31) 3409-9858 ou com a mestrandia Lígia Amanda Ventura pelo telefone (31) 3409-3306. O Comitê de Ética em pesquisa da UFMG localizado na Avenida Presidente Antônio Carlos, 6627, Pampulha - Belo Horizonte - MG, telefone: (31) 3409-4592, correio eletrônico: coep@prpq.ufmg.br também pode ser consultado para dúvidas éticas. O Comitê de Ética foi criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de seus padrões éticos.

Este Termo de Consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, uma em poder do participante e outra do pesquisador.

Eu, _____, fui informado (a) dos objetivos, métodos, riscos e benefícios da pesquisa de maneira clara e detalhada. Esclareci minhas dúvidas e estou ciente que minhas informações pessoais serão mantidas em segredo, meus dados de identificação não serão divulgados e minha privacidade será respeitada, assim como do paciente. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim eu desejar.

Declaro que concordo em participar desta pesquisa. Recebi uma original deste termo de consentimento livre e esclarecido assinado por mim e pelo pesquisador, que me deu a oportunidade de ler e esclarecer todas as minhas dúvidas.

Nome do participante (médico de referência): _____

Assinatura do participante (médico de referência): _____

Nome pesquisador que obteve a autorização: _____

Assinatura do pesquisador que obteve a autorização: _____

Belo Horizonte, _____ de _____ de _____.

ANEXOS

ANEXO 1 - Escala Integrada de Resultados de Cuidados Paliativos (*Integrated Palliative Care Outcome Scale - IPOS*). Questionário do doente.

IPOS Questionário do Doente



www.pos-pal.org

Nome do doente: _____

Código do doente: _____ (preenchido pelo serviço)

Data (dd/mm/ano):

		-			-		
--	--	---	--	--	---	--	--

Em colaboração com:


CEISUC
 CENTRO DE ESTUDOS E INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE
 UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Por favor, responda às seguintes perguntas, escolhendo a resposta que é mais verdadeira para si. Algumas perguntas poderão parecer semelhantes, mas é importante que responda a todas as perguntas. As suas respostas ajudar-nos-ão a continuar a melhorar os cuidados prestados a si e a outros. **Obrigado.**

P1. Quais têm sido os seus principais problemas ou preocupações durante os últimos 3 (três) dias?

1. _____
2. _____
3. _____

P2. Segue-se uma lista de sintomas que poderá ou não ter tido. Por favor, para cada um destes sintomas. Faça uma cruz na resposta que melhor descreve a forma como o/a afetou durante os últimos 3 dias.

	<i>Nada</i>	<i>Ligeiramente</i>	<i>Moderadamente</i>	<i>Muito</i>	<i>Insuportável</i>
Dor	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Falta de ar	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Fraqueza ou falta de energia	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Náuseas (sensação de que vai vomitar/ enjoado/a)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Vómitos	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Pouco apetite	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Prisão de ventre	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Feridas na boca ou boca seca	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Sonolência	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Pouca mobilidade	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Por favor, indique quaisquer <u>outros</u> sintomas que não foram aqui referidos e faça uma cruz na resposta que melhor descreve a forma como esses sintomas o/a afetaram <u>durante os últimos 3 dias.</u>					
1. _____	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
2. _____	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
3. _____	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Durante os últimos 3 dias:	Nunca	Ocasionalmente	Às vezes	A maior parte do tempo	Sempre
P3. Tem-se sentido ansioso/a ou preocupado/a com a sua doença ou tratamento?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
P4. Algum dos seus familiares ou amigos tem-se sentido ansioso/a ou preocupado/a consigo?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
P5. Tem-se sentido deprimido/a?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Durante os últimos 3 dias:	Sempre	A maior parte do tempo	Às vezes	Ocasionalmente	Nunca
P6. Sentiu-se em paz?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
P7. Tem sido capaz de partilhar com a sua família ou amigos a forma como se tem sentido, tanto quanto queria?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
P8. Tem tido toda a informação que queria?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Durante os últimos 3 dias:	Problemas resolvidos ou não tive problemas	Problemas em grande parte resolvidos	Problemas parcialmente resolvidos	Problemas praticamente não resolvidos	Problemas não resolvidos
P9. Caso tenha tido problemas práticos resultantes da sua doença, estes foram resolvidos (tais como financeiros ou pessoais)?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

	Sozinho/a	Com a ajuda de um/a amigo/a ou de um/a familiar	Com a ajuda de um/uma profissional
P10. Como é que respondeu a este questionário?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se está preocupado/a com alguma das questões levantadas neste questionário, fale com o/a seu/sua médico/a ou enfermeiro/a.

ANEXO 2 - Escala Integrada de Resultados de Cuidados Paliativos (*Integrated Palliative Care Outcome Scale - IPOS*). Questionário do profissional de saúde.

IPOS Questionário do Profissional de Saúde



www.pos-pal.org

Em colaboração com:



CEISUC
CENTRO DE ESTUDOS E INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Nome do doente: _____

Código do doente: _____

Data (dd/mm/ano):

		-			-		
--	--	---	--	--	---	--	--

Por favor, responda às seguintes perguntas, tendo em atenção a situação do/a doente em questão. Obrigado.

P1. Quais têm sido os principais problemas ou preocupações do/a doente durante os últimos 3 (três) dias?

1. _____
2. _____
3. _____

P2. Segue-se uma lista de sintomas, que o/a doente poderá ou não ter tido. Para cada um destes sintomas, por favor, faça uma cruz na resposta que melhor descreve a forma como afetou o/a doente durante os últimos 3 dias. Caso não saiba responder ou o/a doente esteja inconsciente, por favor coloque uma cruz na coluna "Não Aplicável".

	Nada	Ligeiramente	Moderadamente	Muito	Insuportável	Não aplicável
Dor	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de ar	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fraqueza ou falta de energia	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Náuseas (sensação de que vai vomitar)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vómitos (enjoado/a)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pouco apetite	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prisão de ventre	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Feridas na boca ou boca seca	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonolência	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pouca mobilidade	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por favor, indique quaisquer outros sintomas que não foram aqui referidos e faça uma cruz na resposta que melhor descreve a forma como esses sintomas afetaram o/a Doente durante os últimos 3 dias.						
1.	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durante os últimos 3 dias:	Nunca	Ocasionalmente	Às vezes	A maior parte do tempo	Sempre	Não aplicável
P3. O/A doente tem-se sentido ansioso/a ou preocupado/a com a sua doença ou com o tratamento?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P4. Algum dos familiares ou amigos do/a doente tem-se sentido ansioso/a ou preocupado/a com ele/a?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P5. O/A doente tem-se sentido deprimido/a?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

durante os últimos 3 dias:	Sempre	A maior parte do tempo	Às vezes	Ocasionalmente	Nunca	Não aplicável
P6. O/A doente sentiu-se em paz?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P7. O/A doente tem sido capaz de partilhar com a sua família ou amigos a forma como se tem sentido, tanto quanto queria?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P8. O/A doente teve toda a informação que pediu?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

durante os últimos 3 dias:	Foram resolvidos ou não tinha problemas	Foram maioritariamente resolvidos	Foram parcialmente resolvidos	Praticamente não foram resolvidos	Não foram resolvidos	Não aplicável
P9. Caso o/a doente tenha tido problemas práticos resultantes da sua doença, estes foram resolvidos? (tais como financeiros ou pessoais)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO 3 - Parecer da Comissão de Avaliação de Projetos de Pesquisa, Ensino e Extensão (CAPPE) do Hospital Risoleta Tolentino Neves (PROCESSO N° 05/2023).



RQU ACO Ver. 05/2019

Risoleta
Hospital Risoleta Tolentino Neves

PARECER DE PROJETO DE PESQUISA
COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DE PROJETOS DE PESQUISA,
ENSINO E EXTENSÃO (CAPPE)

Belo Horizonte, 09 de março de 2023.

PROCESSO N° 05/2023

Título do Projeto: "Associação entre terapia nutricional enteral, sintomas físicos e não físicos e desfechos hospitalares na pessoa idosa em cuidados paliativos – Um estudo de coorte".

Equipe de Pesquisadores: Ann Kristine Jansen (Profª Depto Nutrição/EE/UFMG), Lígia Amanda Ventura (Nutricionista/HRTN), Alexandre Ernesto Silva (UFSJR).

Instituições Envolvidas: Hospital Risoleta Tolentino Neves, Escola de Enfermagem (UFMG), Universidade Federal de São João Del Rey (UFSJ)

Parecer:
A CAPPE/HRTN posiciona-se favoravelmente à realização deste projeto de pesquisa no Hospital Risoleta Tolentino Neves.
A coleta de dados poderá ser iniciada após aprovação do projeto junto ao CEP/UFMG.

VIGÊNCIA DO PARECER: Este Projeto tem validade de 05 (cinco) anos a partir da data do parecer final. O Relatório final das atividades com as publicações e produções científicas geradas a partir deste estudo deverá ser encaminhado ao NEPE após a conclusão do mesmo.


Rafael Calvão Barbuto
Coordenador do Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão
HRTN/FUNDEP/UFMG



ANEXO 4 - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (CAAE 68153923.1.0000.5149).

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Associação entre terapia nutricional enteral, sintomas físicos e não físicos e desfechos hospitalares na pessoa idosa em cuidados paliativos - Um estudo de coorte

Pesquisador: ANN KRISTINE JANSEN

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 68153923.1.0000.5149

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.136.023

Apresentação do Projeto:

Resumo apresentado pelo pesquisador: A indicação da Terapia Nutricional Enteral (TNE) nos Cuidados Paliativos é um tema considerado complexo e controverso na literatura, pois questiona-se a influência dessa intervenção no bem-estar e qualidade de vida dos doentes, que são valorizados por esses cuidados. No entanto, faltam ferramentas para avaliação da qualidade de vida que tenham sido desenvolvidas e validadas especificamente para serem aplicadas nas pacientes em TNE para o estudo do impacto da Nutrição Enteral (NE) nesse perfil de pacientes. Com o objetivo de estudar a associação da TNE com sintomas físicos e não físicos e desfechos hospitalares nas pessoas idosas em Cuidados Paliativos, um estudo observacional de coorte prospectivo será realizado na Unidade de Cuidados Paliativos (CP) do Hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN), no período de abril de 2023 a agosto de 2024. A Escala Integrada de Resultados de Cuidados Paliativos (em inglês, Integrated Palliative Care Outcome Scale - IPOS), desenvolvida para ser utilizada na prática e pesquisa clínica, será utilizada para avaliar os sintomas físicos e não físicos (psicológicos, espirituais, necessidades de comunicação e suporte prático) em pessoas idosas em Cuidados Paliativos. Assim, comparar a ocorrência dos sintomas entre aquelas alimentadas por via oral e por via enteral exclusiva e avaliar a associação da TNE com a presença dos sintomas. Por fim, o estudo irá comparar os desfechos hospitalares das pessoas idosas em Cuidados Paliativos alimentadas por via oral com aquelas que

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 Campus Pampulha

Bairro: Unidade Administrativa II

CEP: 31.270-901

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 6.136.023

recebem a alimentação por via enteral exclusiva.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral

Estudar a associação da TNE com sintomas físicos e não físicos e desfechos hospitalares nas pessoas idosas em Cuidados Paliativos.

Objetivos específicos

Avaliar e monitorar os sintomas físicos e não físicos (psicológicos, espirituais, necessidades de comunicação e suporte prático) em pessoas idosas em TNE em Cuidados Paliativos.

Comparar os sintomas físicos e não físicos (psicológicos, espirituais, necessidades de comunicação e suporte prático) entre pessoas idosas em Cuidados Paliativos alimentadas por via oral e por via enteral exclusiva.

Avaliar a associação da TNE com a presença de sintomas físicos e não físicos (psicológicos, espirituais, necessidades de comunicação e suporte prático).

Comparar os desfechos hospitalares das pessoas idosas em Cuidados Paliativos alimentados por via oral e por via enteral exclusiva.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O estudo auxiliará na tomada de decisões a respeito da via alimentar alternativa na pessoa idosa em cuidados paliativos, a partir da compreensão do impacto da TNE na qualidade de vida e desfechos hospitalares na população estudada. Permitirá a avaliação sistematizada dos sintomas comumente identificados no contexto de cuidados paliativos e auxiliará nas ações necessárias para o alívio deles, importante para definição do plano de cuidados individualizados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

As solicitações e indicações elencadas no primeiro parecer foram realizadas e sanadas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram apresentados.

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 6.136.023

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2102571.pdf	08/05/2023 18:48:20		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_mestrado_Cuidados_Paliativos_completo.pdf	08/05/2023 18:45:01	LIGIA AMANDA VENTURA	Aceito
Outros	Carta_reposta_a_deligencia.pdf	08/05/2023 18:43:59	LIGIA AMANDA VENTURA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_paciente_familiar_medico.pdf	08/05/2023 18:40:35	LIGIA AMANDA VENTURA	Aceito
Outros	SEI_UFMG_2151161_Parecer_Camara_NUT_2.pdf	22/03/2023 13:31:56	ANN KRISTINE JANSEN	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto_assinada.pdf	22/03/2023 13:30:48	ANN KRISTINE JANSEN	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Parecer_NEP_HRTN_Projeto_05_2023.pdf	21/03/2023 14:45:49	ANN KRISTINE JANSEN	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 6.136.023

BELO HORIZONTE, 22 de Junho de 2023

Assinado por:
Corinne Davis Rodrigues
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br