

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
Secretaria de Estado de Saúde
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
Escola Superior em Ciências da Saúde
Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde

**ANÁLISE CLÍNICA-NUTRICIONAL E A RELAÇÃO
COM O DESFECHO CLÍNICO DOS PACIENTES
ATENDIDOS PELA EQUIPE INTERCONSULTORA DE
CUIDADOS PALIATIVOS DE UM HOSPITAL
PÚBLICO DA REGIÃO DE SAÚDE OESTE DO
DISTRITO FEDERAL E DESENVOLVIMENTO DE
MATERIAIS DIDÁTICO E PEDAGÓGICOS SOBRE A
TEMÁTICA.**

Autora: Patrícia Barbosa Freire
Orientadora: Profª Drª Ana Lúcia Ribeiro Salomon

**Brasília – DF
2021**



Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
Escola Superior em Ciências da Saúde
Coordenação de Cursos de Pós-Graduação e Extensão
Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde

ANÁLISE CLÍNICA-NUTRICIONAL E A RELAÇÃO COM O DESFECHO CLÍNICO DOS PACIENTES ATENDIDOS PELA EQUIPE INTERCONSULTORA DE CUIDADOS PALIATIVOS DE UM HOSPITAL PÚBLICO DA REGIÃO DE SAÚDE OESTE DO DISTRITO FEDERAL E DESENVOLVIMENTO DE MATERIAIS DIDÁTICO E PEDAGÓGICOS SOBRE A TEMÁTICA.

Trabalho de conclusão apresentado ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências para a Saúde da Escola Superior em Ciências da Saúde, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Ciências para a Saúde.

Linha de Pesquisa: Qualidade da Assistência na saúde do adulto

Autora: Patrícia Barbosa Freire

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Ana Lúcia Ribeiro Salomon

**Brasília
2021**

Ficha catalográfica elaborada automaticamente
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

FF866a	Freire, Patrícia Barbosa Análise clínica nutricional e a relação com o desfecho clínico dos pacientes atendidos pela Equipe Interconsultora de Cuidados Paliativos de um Hospital Público da Região de Saúde Oeste do Distrito Federal / Patrícia Barbosa Freire; orientador Ana Lúcia Ribeiro Salomon. -- Brasília, 2021. 150 p. Dissertação (Mestrado - Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde) -- Coordenação de Pós-Graduação e Extensão, Escola Superior de Ciências da Saúde, 2021. 1. Cuidados Paliativos. 2. Envelhecimento. 3. Doenças Crônicas não Transmissíveis. 4. Câncer. 5. Nutrição. I. Salomon, Ana Lúcia Ribeiro, orient. II. Título.
--------	--

TERMO DE APROVAÇÃO

PATRÍCIA BARBOSA FREIRE

Análise clínica-nutricional e a relação com o desfecho clínico dos pacientes atendidos pela Equipe Interconsultora de Cuidados Paliativos de um Hospital Público da Região de Saúde Oeste do Distrito Federal

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre** em Ciências para a Saúde, pelo programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências para a saúde – Mestrado Profissional - da Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS).

Aprovada em: 30/09/2021.

Ana Lúcia R Salomon

Profª Drª Ana Lucia Ribeiro Salomon

Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde da Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS)
Orientadora

Profª Drª Renata Costa Fortes

Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde da Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS)
Examinadora Interna

Anelise Fonseca

Profª Drª Anelise Coelho da Fonseca

Hospital Adventista Silvestre (RJ)
Examinadora Externa

Levy Aniceto Santana

Prof. Dr. Levy Aniceto Santana

Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde da Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS)
Suplente

Dedico esse trabalho ao meu Sagrado,
minha Família, que é presença de Deus
na minha vida.

Homenageio as pessoas a quem presto
cuidado diário no HRC. Elas permitem
que eu toque a vida delas e acabam por
tocar a minha também, de forma
singular.

AGRADECIMENTOS

A vida é feita de momentos...E é vivendo que descobrimos que o que faz diferença para as transformações é o aprendizado com as vidas que se tocam. Quantos momentos foram vividos desde 2018 até aqui. A começar pelo anúncio de aprovação no Mestrado que veio junto com a descoberta da gestação do Bento. Houve muito “abrir mão” nessa caminhada, mas nunca sofrimento por vivenciá-la. Esse tempo foi marcado por conquistas com o projeto Cuidado Ativo; mas também por incertezas e sobrecarga emocional e profissional com a chegada da Pandemia. Houveram noites mal dormidas, bebês chorando, orientações de residência, cuidados paliativos, além de enfrentamento do medo com investigações diagnósticas vividas em 2020.

Agradeço aos meus pais por serem exemplo de vida, por me tornarem o que sou, por amarem meus filhos e cuidarem deles de forma tão especial. Agradeço por demonstrarem admiração pelo que faço e pelo acompanhamento, quase que diário, do meu trabalho. Sentirei falta do “Boa noite filha, vai dormir menina!”, “Amanhã você vai estudar o dia inteiro e eu ficarei com os meninos viu?!”.

Agradeço ao meu esposo pela parceria de vida, por compreender os momentos de ausência, por acolher minhas angústias, por todas as madrugadas de choros e trocas de fraldas.

Agradeço especialmente por todo apoio tecnológico e braçal no Cuidado Ativo.

Agradeço aos meus lindos filhos que sempre fizeram parte de todo o Mestrado. Bento nasceu enquanto as aulas ainda aconteciam e no seu primeiro mês de vida já assistia aula com a mamãe, se tornando o Mascote da turma MPCs 2018. Foram muitas folhas de dissertação riscadas e marcadas pela presença deles e muitas batidas em portas procurando a mamãe, que brincava de esconde-esconde para se concentrar.

Agradeço às minhas irmãs por serem companheiras fiéis, mães dos meus filhos e até revisoras de trechos do meu trabalho. Elas sempre entenderam que o meu computador fazia parte dos momentos em família, dos churrascos e do Delivery Costela UAI...

Agradeço ao meu cunhado, “nosso bombril”, pronto para QUALQUER solução de problemas e ao Jorge que acolheu as confidências de situações vividas neste período.

Agradeço à minha orientadora, Ana Lúcia Salomon, tão serena e sábia. Desde o início acolheu tão bem o meu projeto e as minhas dúvidas. Esteve presente sempre que precisei dos seus conselhos e sempre deixou claro a confiança que depositava em mim.

Agradeço à revisora Klébya, que abalou as minhas estruturas ao sugerir um novo direcionamento ao trabalho e, por fim, trouxe luz e energia para a finalização deste.

Agradeço à minha querida turma de Mestrado, com quem dividi momentos únicos de alegrias, surpresas, angústias e apoio mútuo.

Agradeço às minhas equipes de trabalho (NND/EICP) que são extensão da minha família e com quem aprendo a ser uma pessoa melhor a cada dia.

Não poderia finalizar meus agradecimentos, sem mencionar o presente mais recente que recebi de Deus, minha terceira gestação, minha Helena, que também me acompanhará no fim desta etapa tão maravilhosa.

Agradeço à Deus no início, no meio e no fim de tudo. Ele me faz sentir o quanto sou amada e como sou especial. Eu nunca havia experimentado a presença Dele de forma tão intensa como nesses últimos 3 anos. Foi graças à Ele que eu pude agradecer a todas essas pessoas e a todos esses momentos vividos de forma tão especial.



“N.o haver á borboletas se a vida não passar por longas e silenciosas metamorfoses”

Rubem Alves

RESUMO

Introdução: A globalização e o avanço tecnológico alcançado a partir da segunda metade do século XX ocasionou um processo de transição demográfica e epidemiológica que levou a mudanças no processo de saúde-doença, e impulsionou o envelhecimento da população e prevalências cada vez maiores de doenças crônicas-degenerativas. Processos de triagem clínica e nutricional, bem como o cuidado oportuno, coordenado e comunicado de forma eficaz, pode reduzir os riscos nutricionais e de complicações clínicas associadas ao processo evolutivo do paciente. Em se tratando de pacientes com doenças crônico-degenerativas, especialmente quando não há expectativa de cura, o CP deve ser considerado. **Objetivos:** analisar o estado clínico e nutricional e a relação com desfecho clínico de pacientes atendidos pela Equipe Interconsultora de Cuidados Paliativos (EICP) de um Hospital Público da Região de Saúde Oeste do Distrito Federal. Desenvolver materiais didáticos e pedagógicos, baseado nos resultados encontrados na pesquisa, que poderão ser utilizados pelas demais instituições e difundidos entre os profissionais de saúde que assistem indivíduos em Cuidados Paliativos. **Método:** Foi realizado um estudo longitudinal com caráter retrospectivo. Foram incluídos no estudo adultos e idosos, de ambos os sexos, atendidos pela Equipe Interconsultora De Cuidados Paliativos, no período de janeiro de 2017 a dezembro de 2018, em um hospital público do Distrito Federal. A amostra foi obtida a partir da planilha de atendimentos desta equipe do hospital. Os dados sociodemográficos, clínicos e nutricionais dos pacientes foram obtidos a partir da planilha hospitalar e dos prontuários eletrônicos acessados pelo InterSystems TrakCare®. Foram excluídos os pacientes atendidos pela EICP do hospital não encontrados no prontuário eletrônico do InterSystems TrakCare® da SES/DF. As análises estatísticas realizadas no programa Stata versão 13.0, incluíram análises de estatística descritiva, análises bivariadas para avaliar a associação entre as variáveis de interesse, e a análise de sobrevivência por meio do estimador de Kaplan-Meier e o gráfico da curva de sobrevivência, além do teste log-rank para avaliar diferença no tempo de sobrevida entre os grupos analisados. Foram considerados significativos os testes que apresentaram p-valor inferior a 0,05. **Resultados:** dos 121 pacientes identificados na planilha hospitalar, 117 foram analisados neste estudo. Os resultados evidenciaram que a maior parte dos pacientes atendidos pela EICP eram idosos,

internados por algum evento agudo em pronto socorro, com risco de desnutrição ou em desnutrição e que tinham baixa funcionalidade e doenças crônicas não transmissíveis. A maioria dos pacientes que apresentaram intercorrências clínicas e nutricionais, em ambos os momentos avaliados, tiveram a ingestão calórica alcançada e faziam uso de via de administração artificial da dieta. Os pacientes com baixa funcionalidade estavam em sua maioria fazendo uso de via de administração artificial da dieta, tanto no momento do parecer quanto no momento do desfecho clínico. O estado nutricional dos pacientes não foi associado à sua funcionalidade. O diagnóstico clínico dos pacientes esteve associado a agudizações, funcionalidade dos pacientes, uso de via de administração artificial da dieta e ingestão proteica ofertada. Avaliando os fatores associados ao desfecho clínico dos pacientes, observou-se que um maior percentual de pacientes que foram a óbito tinha baixa funcionalidade e uma menor oferta de ingestão calórica tanto no momento do parecer quanto no desfecho clínico. Apesar de um maior tempo de sobrevida entre os pacientes sem o diagnóstico de neoplasia, o teste de long-rank mostrou não haver diferença significativa no tempo de sobrevivência entre os pacientes com ou sem o diagnóstico de neoplasia. **Produtos desenvolvidos:** Submissão de artigo na temática dos cuidados paliativos, Publicação de artigo na temática Covid, desenvolvimento de materiais didático e pedagógicos (folder, Pôster e Curso de capacitação continuada em Cuidados paliativos) e revisão da Cartilha sobre Hidratação e Nutrição na Demência publicada em 2020. **Conclusões:** De acordo com os achados fica evidente a importância dos CP e a avaliação, o monitoramento e tratamento clínico e nutricional precoce, e a adoção de abordagens que permitam uma melhor qualidade de vida e sobrevida dos pacientes. O presente estudo contribui para reforçar a importância de estimular capacitações constantes dos profissionais envolvidos na assistência de CP, e de ampliar o acesso e recomendação de CP de forma oportuna, integral e individualizada, a fim de proporcionar dignidade no processo de terminalidade de vida. Foram desenvolvidos um curso de capacitação continuada em Cuidados Paliativos e materiais didáticos e pedagógicos para serem difundidos entre os profissionais de saúde e instituições que assistem indivíduos em Cuidados Paliativos. Também foi realizada a revisão da Cartilha sobre Hidratação e Nutrição na Demência, publicada em 2020.

Palavras-chave: Cuidados paliativos; Envelhecimento; Doenças Crônicas não Transmissíveis; Câncer, Nutrição.

ABSTRACT

Introduction: Globalization and the technological advances achieved from the second half of the 20th century caused a process of demographic and epidemiological transition that led to changes in the health-disease process, and boosted the aging of the population and increasing prevalence of chronic diseases. -degenerative Clinical and nutritional screening processes, as well as timely, coordinated and effectively communicated care, can reduce the nutritional risks and clinical complications associated with the patient's evolutionary process. When dealing with patients with chronic-degenerative diseases, especially when there is no expectation of cure, PC should be considered. **Objectives:** to analyze the clinical and nutritional status and the relationship with clinical outcome of patients treated by the Interconsultant Team for Palliative Care (EICP) of a Public Hospital in the Western Health Region of the Federal District. Develop didactic and pedagogical materials, based on the results found in the research, which can be used by other institutions and disseminated among health professionals who assist individuals in Palliative Care. **Method:** A retrospective longitudinal study was carried out. Adults and elderly people, of both sexes, attended by the Palliative Care Interconsultant Team, from January 2017 to December 2018, in a public hospital in the Federal District, were included in the study. The sample was obtained from the attendance sheet of this hospital team. Patients' sociodemographic, clinical and nutritional data were obtained from the hospital spreadsheet and electronic medical records accessed by InterSystems TrakCare®. Patients treated by the hospital's IECIP not found in the SES/DF InterSystems TrakCare® electronic medical record were excluded. Statistical analyzes performed in the Stata program, version 13.0, included descriptive statistical analysis, bivariate analyzes to assess the association between the variables of interest, and survival analysis using the Kaplan-Meier estimator and the survival curve graph, in addition to of the log-rank test to assess the difference in survival time between the groups analyzed. Tests that presented a p-value lower than 0.05 were considered significant. **Results:** of the 121 patients identified in the hospital spreadsheet, 117 were analyzed in this study. The results showed that most patients treated by the EICP were elderly, hospitalized for an acute event in the emergency room, at risk of malnutrition or malnutrition and who had low functionality and chronic non-communicable diseases. Most of the patients who presented

clinical and nutritional complications, in both evaluated moments, had reached the caloric intake and were using the artificial route of administration of the diet. Patients with low functionality were mostly using the artificial route of administration of the diet, both at the time of the opinion and at the time of the clinical outcome. The nutritional status of patients was not associated with their functionality. The clinical diagnosis of patients was associated with exacerbations, functionality of patients, use of artificial route of administration of the diet and protein intake offered. Evaluating the factors associated with the clinical outcome of the patients, it was observed that a higher percentage of patients who died had low functionality and a lower supply of caloric intake both at the time of the opinion and in the clinical outcome. Despite a longer survival time among patients without a diagnosis of neoplasia, the long-rank test showed no significant difference in survival time between patients with or without a diagnosis of neoplasia. **Products developed:** Submission of an article on the topic of palliative care, Publication of an article on the topic of Covid, development of didactic and pedagogical materials (folder, Poster and Continuing Training Course in Palliative Care) and review of the Booklet on Hydration and Nutrition in Dementia published in 2020. **Conclusions:** According to the findings, it is evident the importance of PC and the evaluation, monitoring and early clinical and nutritional treatment, and the adoption of approaches that allow a better quality of life and survival of patients. The present study contributes to reinforce the importance of encouraging constant training of professionals involved in PC care, and of expanding the access and recommendation of PC in a timely, comprehensive and individualized way, in order to provide dignity in the process of terminality of life. A continuous training course in Palliative Care and didactic and pedagogical materials were developed to be disseminated among health professionals and institutions that assist individuals in Palliative Care. A review of the Primer on Hydration and Nutrition in Dementia, published in 2020, was also carried out.

Keywords: Palliative care; Aging; Chronic Noncommunicable Diseases; Cancer, Nutrition.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Curva de sobrevivência dos pacientes de acordo com o diagnóstico clínico	34
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica e clínica dos pacientes atendidos pela Equipe Interconsultora de Cuidados Paliativos de um hospital público da região de saúde oeste do Distrito Federal (n=117)	25
Tabela 2. Perfil nutricional, abordagem nutricional e intercorrências clínicas e nutricionais dos pacientes atendidos pela Equipe Interconsultora de Cuidados Paliativos de um hospital público da região de saúde oeste do Distrito Federal (N = 117)	27
Tabela 3. Média e mediana dos objetivos nutricionais de pacientes atendidos pela Equipe Interconsultora de Cuidados Paliativos de um hospital público da região de saúde oeste do Distrito Federal	28
Tabela 4. Associação da ingestão calórica alcançada, via de administração da dieta e intercorrências clínicas e nutricionais em pacientes atendidos pela Equipe Interconsultora de Cuidados Paliativos de um hospital público da região de saúde oeste do Distrito Federal.....	29
Tabela 5. Associação entre estado nutricional, via de administração da dieta e a funcionalidade dos pacientes atendidos pela Equipe Interconsultora de Cuidados Paliativos de um hospital público da região de saúde oeste do Distrito Federal (n=60)	30
Tabela 6. Fatores associados ao diagnóstico clínico dos pacientes atendidos pela Equipe Interconsultora de Cuidados Paliativos de um hospital público da região de saúde oeste do Distrito Federal (n = 115)	31
Tabela 7. Fatores associados ao desfecho clínico dos pacientes atendidos pela Equipe Interconsultora de Cuidados Paliativos de um hospital público da região de saúde oeste do Distrito Federal	32

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AND-ASPEN - American Society for Parenteral & Enteral Nutrition

ANCP - Academia Nacional de Cuidados Paliativos

ASG-PPP - Avaliação Subjetiva Global Produzida Pelo Paciente

AVD - Atividades de Vida Diária

CEP/FEPECS - Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde

CID - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

CP - Cuidados Paliativos

DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

EICP - Equipe Interconsultora de Cuidados Paliativos

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

INCA - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva

KPS - Escala de Desempenho Karnofsky

MAN - Mini Avaliação Nutricional

OMS - Organização Mundial da Saúde

PAM - Pressão Arterial Média

PPS - Escala de Desempenho em Cuidados Paliativos

SES/DF - Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

TNO - Terapia Nutricional Oral

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	16
2 OBJETIVOS.....	18
2.1 Objetivo Geral.....	18
2.2 Objetivos Específicos.....	18
3 MÉTODO.....	19
3.1 Tipo de Estudo.....	19
3.2 População do estudo.....	19
3.3 Local e Período do estudo.....	19
3.4 Casuística.....	19
3.5 Critérios de elegibilidade.....	20
3.5.1 Critérios de Inclusão.....	20
3.5.2 Critérios de exclusão.....	20
3.6 Coleta de Dados.....	21
3.7 Aspectos éticos.....	23
3.8 Análise Estatística.....	23
4 RESULTADOS.....	24
5 DISCUSSÃO.....	33
6 PRODUTOS DESENVOLVIDOS.....	45
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	129
8 REFERÊNCIAS.....	131
ANEXO A - ESCALA DE PERFORMANCE PALIATIVA.....	141
ANEXO B - Triagem de risco nutricional.....	144
ANEXO C - Avaliação do estado nutricional.....	145
ANEXO D - Parecer Consubstanciado do CEP.....	147



1. INTRODUÇÃO

A globalização e o avanço tecnológico alcançado a partir da segunda metade do século XX ocasionou um processo de transição demográfica e epidemiológica que levou a mudanças no processo de saúde-doença, e impulsionou o envelhecimento da população e prevalências cada vez maiores de doenças crônicas-degenerativas (D'ALESSANDRO et al., 2020; SERDAR et al., 2019).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), das 57 milhões de mortes por ano no mundo, 41 milhões são por doenças crônico-degenerativas incapacitantes e incuráveis (WHO, 2018). O Brasil registra um milhão de óbitos por ano, dos quais 650 mil deles ocorrem por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Destas mortes, cerca de 70% ocorrem em hospitais, sendo a grande maioria de pacientes internados em unidades de terapia intensiva (GOMES; OTHERO, 2016; MALTA et al., 2014).

Neste sentido, os hospitais têm atendido, cada vez mais, uma grande proporção de pacientes idosos e em vulnerabilidade clínica e nutricional, apresentando comprometimento da funcionalidade, baixa qualidade de vida e dependência de cuidados de conforto com crescente associação de cuidados paliativos (CP) ao tratamento curativo (MALTA et al., 2014).

Desta forma, a avaliação clínica e nutricional dos pacientes no processo de admissão do tratamento, são fundamentais para a determinação da abordagem terapêutica a ser adotada e dos desfechos clínicos possíveis. A nutrição tem um papel chave no percurso clínico do paciente, promovendo para além de necessidades energéticas, valores, cultura, prazer, conforto e qualidade de vida através da alimentação (BENARROZ; FAILLACE; BARBOSA, 2009; CARVALHO; TAQUEMORI, 2012; SILVA et al., 2009; SOBRAL; PEREIRA; WAKIYAMA, 2017). Assim, processos de triagem clínica e nutricional, bem como o cuidado oportuno, coordenado e comunicado de forma eficaz, pode reduzir os riscos nutricionais e de complicações clínicas associadas ao processo evolutivo do paciente (BEST; HITCHINGS, 2015).

Em se tratando de pacientes em CP, a garantia do cuidado integral e adequado é multifatorial e requer abordagem de equipe multiprofissional (BEST; HITCHINGS, 2015). Os



CP devem promover o conforto psicológico, social e espiritual. Neste modelo de cuidado, o foco não é a doença, mas a pessoa doente em sua história da vida e familiar, desde o seu processo de adoecimento até a morte. Assim, pacientes com neoplasias ou outras doenças crônico-degenerativas, como demências, parkinson, insuficiência cardíaca, insuficiência renal e doença pulmonar obstrutiva crônica, especialmente quando não há expectativa de cura, podem se beneficiar de CP (FONSECA; GEOVANINI, 2013).

Entretanto, mundialmente, menos de 8% dos pacientes que precisam desse tipo de assistência têm seu acesso de fato garantido (WHO, 2014). No Brasil, menos de 10% dos hospitais disponibilizam uma equipe de CP (ANCP, 2018). Iniciado por Cicely Saunders, na Inglaterra, em 1967 (ANCP, 2012), o movimento para CP tem sido consolidado recentemente em torno do mundo. No Brasil, apesar das iniciativas de CP serem descritas desde os anos 70, os primeiros serviços organizados começaram a aparecer nos anos 90. Recentemente a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) realizou um levantamento de 340 serviços de CP disponíveis no país, realizados em hospitais e em sua maioria ofertados a partir de 2010 (ANCP, 2021).

A formação em CP é raramente incluída no currículo educacional dos profissionais de saúde. Além disso, a formação em saúde ainda tem um forte caráter biologicista, o que faz com que os profissionais tenham uma abordagem marcadamente curativa, o que consiste num desafio nas condutas frente à mortalidade e na prestação de cuidados humanos e dignos à população (GUIMARÃES; GASPAR, 2013; MATSUMOTO, 2012).

A assistência à saúde focada na cura, por vezes, utiliza de métodos invasivos e de alta tecnologia, relacionada à distanásia (ANCP, 2012; BRASIL, 2017). Esta abordagem, entretanto, quase sempre ignora o principal sintoma da doença e fatores relacionados à qualidade de vida dos pacientes, como dor, inapetência alimentar, que interfere no estado nutricional e podem levar à desordens clínicas e nutricionais, além de queixas decorrentes dos eventos adversos (CASTRO; FRANGELLA; HAMADA, 2017; CLARK et al., 2017; DAY, 2017; DONNELLY; WENTWORTH; VERNON, 2013).

Assim, esse trabalho visou analisar o estado clínico e nutricional e a relação com desfecho clínico de pacientes atendidos pela equipe interconsultora de cuidados paliativos de um hospital público da região de saúde oeste do Distrito Federal.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar o estado clínico e nutricional e a relação com o desfecho clínico de pacientes atendidos pela equipe interconsultora de cuidados paliativos de um hospital público da região de saúde oeste do Distrito Federal.

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes atendidos pela Equipe interconsultora de cuidados paliativos do hospital público da região de saúde oeste do Distrito Federal;
- Conhecer o perfil nutricional, abordagem nutricional e intercorrências clínicas e nutricionais dos pacientes;
- Investigar a ingestão alimentar, por meio da avaliação dos objetivos nutricionais alcançados;
- Verificar a associação da ingestão calórica alcançada, via de administração da dieta e intercorrências clínicas e nutricionais dos pacientes;
- Associar estado nutricional, via de administração da dieta e a funcionalidade dos pacientes;
- Analisar os fatores associados ao diagnóstico clínico dos pacientes;
- Avaliar os fatores associados ao desfecho clínico dos pacientes;
- Demonstrar a curva de sobrevivência dos pacientes de acordo com o diagnóstico clínico.

3 MÉTODO

3.1 Tipo de Estudo

Foi realizado um estudo observacional e analítico do tipo longitudinal com caráter retrospectivo.

3.2 População do estudo

A população alvo do estudo eram pacientes em cuidados paliativos, e a amostra do estudo foram adultos e idosos, de ambos os sexos, atendidos pela Equipe Interconsultora de Cuidados Paliativos (EICP) em um hospital público do Distrito Federal.

3.3 Local e Período do estudo

O estudo foi realizado em um hospital público brasileiro, vinculado à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), localizado na Região de Saúde Oeste do Distrito Federal. Este hospital oferece o serviço de cuidados paliativos, e possui uma Unidade de Cuidados Prolongados na Pediatria, além de uma EICP para a linha de cuidado ao adulto.

Foram avaliados os dados dos pacientes em cuidados paliativos atendidos pela EICP do hospital por um período de 2 anos, que compreendeu de janeiro de 2017 a dezembro de 2018.

3.4 Casuística

Em 2016, a direção do hospital incentivou a formação de uma EICP para a linha de cuidado do adulto e idoso. Esta equipe atua em interconsultas, se colocando à disposição de clínicas como pronto socorro, clínica médica, clínica cirúrgica e unidade de terapia intensiva, para elaboração de um plano de cuidados dirigido ao paciente e sua família, orientando condutas. Atualmente as interconsultas acontecem a partir de pedido de parecer realizado pelo médico responsável pelo caso ou a partir de busca ativa realizada pela própria EICP. Todos os

pedidos de parecer, bem como os registros dos atendimentos e condutas estabelecidas, são armazenados em planilha específica de atendimentos da EICP.

A amostra foi obtida a partir da planilha de atendimentos da EICP do hospital. Fizeram parte do estudo, todos os pacientes incluídos nesta planilha de atendimento, no período de janeiro de 2017 a dezembro de 2018. Os atendimentos aconteceram a partir de pedidos de parecer das equipes assistentes de diferentes serviços e núcleos de atenção à saúde do hospital. Tal planilha possui o número da inscrição destes indivíduos na SES/DF, o que possibilitou fácil localização e consequente análise de prontuários eletrônicos pelo InterSystems TrakCare®. A partir deste sistema foi realizado o levantamento dos dados sociodemográficos, clínicos e nutricionais, mediante verificação dos registros de atendimento de profissionais de saúde envolvidos na assistência à saúde dos pacientes.

3.5 Critérios de elegibilidade

3.5.1 Critérios de Inclusão

Os critérios de inclusão, no estudo, foram pacientes, de ambos os sexos e com idade igual ou superior a 20 anos, atendidos pela EICP de um hospital público da região de saúde Oeste do Distrito Federal.

3.5.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos os pacientes atendidos pela EICP do hospital não encontrados no prontuário eletrônico do InterSystems TrakCare® da SES/DF.

3.6 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada nas planilhas de atendimentos da EICP do hospital, referentes ao período de janeiro de 2017 a dezembro de 2018, e prontuários eletrônicos do InterSystems TrakCare® da SES/DF.

Dados sociodemográficos, clínicos avaliados foram: faixa etária (adulto (20-59 anos), idoso (60-79 anos) e super idoso (≥ 80 anos)); sexo (feminino, masculino); unidade de internação hospitalar (cirurgia Geral; clínica Médica; pronto socorro; unidade de terapia intensiva); permanência hospitalar; diagnóstico clínico – neoplasia (sim, não); evento agudo causador da internação hospitalar (sim, não); funcionalidade dos pacientes (baixa funcionalidade, funcional); desfecho clínico - óbito (sim, não). O perfil nutricional incluía o risco nutricional (sim, não) e estado nutricional (eutrófico, desnutrido); a abordagem nutricional (no período de pedido de parecer e no momento de desfecho clínico) englobou o uso de via de administração artificial da dieta (sim, não), objetivos nutricionais calóricos (kcal ofertada) e proteicos (gramas ofertadas); e intercorrências clínicas e nutricionais (sim, não) eram avaliadas.

As informações relacionadas a data do pedido de parecer (feito por médicos de diferentes serviços e núcleos de atenção à saúde do hospital), e a data de resposta de parecer (feito pela EICP) foram obtidas a partir do registro em planilha da EICP. As demais informações foram obtidas por meio dos registros da equipe assistente, nos prontuários eletrônicos do InterSystems TrakCare® da SES/DF.

Os diagnósticos clínicos foram categorizados de acordo com a décima primeira revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-11), e dada a prevalência de neoplasias, foram agrupados nesta categoria. Para evento agudo causador da internação hospitalar foram consideradas agudizações todas as complicações infecciosas e não infecciosas associadas ao diagnóstico clínico e que culminaram nas hospitalizações. Os registros de funcionalidade dos pacientes avaliados foram construídos utilizando a Escala de Performance Paliativa (PPS) (MACIEL, CARVALHO, 2009) que analisa cinco parâmetros: mobilidade, atividade e evidências de doenças, autocuidado, ingestão e estado de consciência. A PPS atribui valores que vão de 0% (morte) a 100% (ausência de alteração funcional). Pacientes abaixo de 30% na PPS são comumente acamados e totalmente dependentes. Neste estudo, os pacientes foram agrupados considerando os valores de PPS citados em prontuário eletrônico e anotações indiretas em: baixa funcionalidade ($PPS \leq 30\%$, e registro de dependência para atividades de vida diária (AVD), funcionalidade totalmente

comprometida e dependência funcional total); funcional (PPS > 30%). Os dados de funcionalidade abrangeram todo o período de internação de cada paciente. O desfecho clínico foi considerado desconhecido quando não havia nenhum relato na planilha ou no prontuário, sendo possível concluir falha no sistema InterSystems TrakCare® no período avaliado, e para fins de análise classificado como óbito (sim, não).

O perfil nutricional verificado a partir dos registros nos prontuários eletrônicos, contemplava o risco nutricional e o estado nutricional de acordo com a avaliação da equipe de nutricionistas assistentes do hospital. Para triagem de risco nutricional era utilizado o instrumento *Nutritional Risk Score* (NRS-2002) (KONDRUP et al., 2003), e o estado nutricional era avaliado de acordo com o instrumento proposto pela *Academy of Nutrition and Dietetics and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (AND-ASPEN)* (WHITE et al., 2012). A fim de padronizar a coleta de informações referentes a triagem de risco nutricional e estado nutricional, a busca dos registros de perfil nutricional era realizada próximo a data do pedido de parecer da equipe assistente à EICP. Em relação à abordagem nutricional, na ausência de registros da equipe de nutrição, foi realizada a coleta de dados a partir da prescrição médica da via de administração da dieta. Todos os pacientes recebendo dieta via sonda nasointestinal, gastrostomia (terapia nutricional enteral) ou via parenteral (periférica ou total) foram considerados em via de administração artificial da dieta, diferentes dos pacientes em dieta via oral exclusiva ou dieta zero. Os objetivos nutricionais calóricos e proteicos foram descritos e considerados alcançados quando ambos os objetivos calóricos (Kcal) e proteicos (gramas) foram atingidos, sendo o ponto de corte para adequação os 100% de alcance. As intercorrências clínicas e nutricionais que contribuíram para o não atingimento dos objetivos nutricionais e impactavam na evolução da dieta eram categorizadas de acordo com os sintomas clínicos (constipação, hiporexia, diarreia, dor, vômito, melena e instabilidade clínica). Dentre as intercorrências, como instabilidade clínica eram consideradas todas as características que remetiam ao quadro de instabilidade clínica, independente do cenário de internação: rebaixamento, gravidade, dispnéia, convulsão, processo de morte, instabilidade hemodinâmica e baixa pressão arterial média (PAM).

3.7 Aspectos éticos

Este estudo foi submetido para análise do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (CEP/FEPECS), e aprovado conforme parecer nº 3.590.530. O termo de consentimento livre e esclarecido foi dispensado para esta pesquisa e a coleta de dados foi iniciada após a aprovação do CEP/FEPECS. Todos os procedimentos foram conduzidos de acordo com as normas para pesquisas envolvendo seres humanos, constantes da Resolução CNS nº 466/2012 (BRASIL, 2012), tendo sido assegurado o anonimato de todos.

3.8 Análise Estatística

Os dados foram digitados e armazenados no *Microsoft Office Excel* (versão 2019) e as análises estatísticas realizadas no programa Stata versão 13.0.

Inicialmente foi realizada uma análise descritiva dos dados e as variáveis foram apresentadas em números absolutos e por meio da distribuição de frequências e estimativa de medidas de tendência central e de dispersão. Análises bivariadas foram conduzidas para avaliar a associação entre as variáveis de interesse. O teste de Qui-Quadrado de Pearson e o Exato de Fisher foram utilizados para verificar associação entre as variáveis qualitativas. A análise de assimetria dos dados foi avaliada pelo Teste de Shapiro Wilk, sendo então realizado o teste de *Mann-Whitney* para a comparação de medianas dos objetivos nutricionais calóricos e proteicos com o diagnóstico clínico e desfecho clínico dos pacientes.

Por fim, foi realizada análise de sobrevivência por meio do estimador de Kaplan-Meier e o gráfico da curva de sobrevivência. Também foi aplicado o teste log-rank para avaliar diferença no tempo de sobrevida entre os grupos analisados.

Foram considerados significativos os testes que apresentaram p-valor inferior a 0,05.

4 RESULTADOS

Foram identificados 121 pacientes na planilha da EICP do hospital em estudo, no período de janeiro de 2017 a dezembro de 2018. Destes, 4 pacientes não foram encontrados nos prontuários eletrônicos do InterSystems TrakCare® da SES/DF, e por isso foram excluídos da pesquisa, o que resultou numa amostra final de 117 pacientes.

Dos 117 pacientes analisados, 25,64% eram adultos, e a maior parte eram idosos (47,01%) ou super idosos (27,35%), sendo ao total 53,85% do sexo feminino. Em relação à unidade de internação hospitalar, foi observado que a maioria destes pacientes estavam internados no pronto socorro (56,41%) seguido da Clínica médica (34,19%), e a minoria destes estavam em Clínica cirúrgica (5,98%) e Unidade de Terapia Intensiva (3,42%) (Tabela 1). Em média, os pacientes estavam internados no hospital há 51,70 dias ($DP \pm 63,93$ dias), e o intervalo de tempo entre a data do pedido de parecer à EICP e a data do desfecho clínico dos pacientes foi em média de 27,24 dias ($DP \pm 45,76$ dias).

Cerca de 36,75% dos pacientes atendidos pela EICP tinham neoplasias, e grande maioria dos pacientes (63,25%) apresentavam outros diagnósticos clínicos, classificados em diferentes DCNT (58,12%), Trauma Crânio Encefálico (3,42%) e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (1,71%). Foram relatados 24 tipos de eventos agudos que levaram 85,47% dos pacientes a internação hospitalar. Tais eventos não foram agrupados diante tamanha diversidade encontrada. Quanto à funcionalidade dos pacientes, 75,00% apresentavam baixa funcionalidade (Tabela 1). A respeito do desfecho clínico, 64,35% dos pacientes foram à óbito, e 35,65% dos pacientes tiveram outros desfechos clínicos, que incluíam alta com orientações para seguimento ambulatorial ou continuidade da assistência em internação domiciliar e instituições de longa permanência (24,35%) e transferência para outros hospitais (11,30%).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica e clínica dos pacientes atendidos pela Equipe Interconsultora de Cuidados Paliativos de um hospital público da região de saúde oeste do Distrito Federal (n=117)

Variáveis	N	%
Faixa etária		
Adulto	30	25,64
Idosos	55	47,01
Super Idosos	32	27,35
Sexo		
Masculino	54	46,15

Feminino	63	53,85
Unidade de Internação Hospitalar		
Cirurgia Geral	7	5,98
Clínica Médica	40	34,19
Pronto Socorro	66	56,41
Unidade de Terapia Intensiva	4	3,42
Diagnóstico Clínico – Neoplasia		
Não	74	63,25
Sim	43	36,75
Evento agudo causador da internação hospitalar		
Não	17	14,53
Sim	100	85,47
Funcionalidade dos pacientes^a		
Funcional	15	25,00
Baixa funcionalidade	45	75,00
Desfecho clínico – óbito^b		
Não	41	35,65
Sim	74	64,35

^aTamanho amostral (n=60); ^bTamanho amostral (n=115).

A tabela 2 apresenta o perfil nutricional, abordagem nutricional e intercorrências clínicas e nutricionais dos pacientes atendidos pela EICP. Todos os prontuários em que haviam registro de triagem nutricional, evidenciaram o risco para desnutrição, e 88,61% dos pacientes tiveram diagnóstico nutricional de desnutrição, sendo 68,35% com desnutrição grave. Em relação a abordagem nutricional, foi possível observar alto percentual de pacientes recebendo nutrição artificial tanto no momento do parecer da EICP quanto no desfecho clínico dos pacientes (71,55% e 70,18%, respectivamente) (Tabela 2). Comparando ambos os momentos, houve discreta redução da via oral exclusiva de 22,41% para 21,05%. No entanto, foi encontrado aumento da dieta por via oral associada com terapia nutricional enteral (de 2,58% para 9,65%) e com terapia nutricional parenteral (de 1,72% para 7,02%); ao passo que terapia nutricional enteral e parenteral exclusivas reduziram de 61,21% para 50,00% e 6,04% para 3,51%, respectivamente. Ainda, foi visualizado um aumento do número de pacientes em dieta zero (de 6,04% para 8,77%).

De acordo com o registro de intercorrências clínicas e nutricionais, dos 38 pacientes que possuíam intercorrências no pedido de parecer à EICP, as mais comuns eram a diarreia (n=9) e a instabilidade clínica (n=8). Já no desfecho clínico, dos 33 registros de intercorrências, os mais prevalentes eram vômitos (n=10) e a instabilidade clínica (n=9). O sintoma dor foi relatado em

menor percentual tanto na data de pedido de parecer à EICP, quanto no desfecho clínico dos pacientes, respectivamente 10,2% e 12,12%.

Tabela 2. Perfil nutricional, abordagem nutricional e intercorrências clínicas e nutricionais dos pacientes atendidos pela Equipe Interconsultora de Cuidados Paliativos de um hospital público da região de saúde oeste do Distrito Federal.

Variáveis	N	%
Risco nutricional^a		
Sim	110	100,00
Estado nutricional^b		
Eutrófico	9	11,39
Desnutrido	70	88,61
Via de administração artificial da dieta ao parecer^c		
Não	33	28,45
Sim	83	71,55
Via de administração artificial da dieta ao desfecho^d		
Não	34	29,82
Sim	80	70,18
Intercorrências clínicas e nutricionais ao parecer^e		
Não	11	22,45
Sim	38	77,55
Intercorrências clínicas e nutricionais ao desfecho^f		
Não	0	0,00
Sim	33	100,00

^aTamanho amostral (n=110); ^bTamanho amostral (n=79); ^cTamanho amostral (n=116); ^dTamanho amostral (n=114); ^eTamanho amostral (n=49); ^fTamanho amostral (n=33).

A respeito dos objetivos nutricionais, a tabela 3 evidencia os valores em calorias e em gramas de proteína por quilograma de peso, estipulados pela equipe de nutrição, tanto na data de pedido de parecer à EICP quanto no desfecho clínico dos pacientes. Observa-se discreta diferença nos objetivos calóricos, de característica normocalórica para hipocalórica, respectivamente. Quanto aos objetivos protéicos, não houve grandes diferenças em ambos os momentos.

Tabela 3. Média e mediana dos objetivos nutricionais de pacientes atendidos pela Equipe Interconsultora de Cuidados Paliativos de um hospital público da região de saúde oeste do Distrito Federal

Variáveis	Média ± DP	Mediana (mínimo-máximo)
Objetivo calórico (parecer)^a	28,75 ± 6,51	30,0 (0,0-50,0)
Objetivo proteico (parecer)^a	1,74 ± 0,34	1,8 (0,0-2,6)
Objetivo calórico (desfecho)^b	25,09 ± 8,04	25,0 (0,0-40,0)
Objetivo proteico (desfecho)^b	1,59 ± 0,45	1,5 (0,0-2,0)

^aTamanho amostral (n=91); ^bTamanho amostral (n=89).

Os pacientes que não tinham alcançado a meta calórica estabelecida em prontuário e não faziam uso de via de administração artificial da dieta, comparados entre si em ambos os momentos do pedido de parecer à EICP e desfecho clínico, apresentaram menos intercorrências clínicas e nutricionais (Tabela 4). De forma que, foi observado que a maioria dos pacientes que apresentaram intercorrências clínicas e nutricionais, em ambos os momentos avaliados, tiveram a ingestão calórica alcançada e faziam uso de via de administração artificial da dieta.

Tabela 4. Associação da ingestão calórica alcançada, via de administração da dieta e intercorrências clínicas e nutricionais em pacientes atendidos pela Equipe Interconsultora de Cuidados Paliativos de um hospital público da região de saúde oeste do Distrito Federal

Variáveis	Intercorrências clínicas e nutricionais					
	No momento do parecer			No momento do desfecho clínico		
	Não	Sim	P	Não	Sim	P
	N (%)	N (%)		N (%)	N (%)	
Ingestão calórica alcançada¹						
Sim	11 (100,00)	20 (64,62)	0,041*	7 (30,43)	54 (87,10)	<0,001*
Não	0 (0,00)	11 (35,48)		16 (69,57)	8 (12,90)	
Via de administração artificial da dieta¹						
Não	0 (0,0)	14 (36,84)	0,021*	16 (48,48)	18 (22,22)	0,005*
Sim	11 (100,00)	24 (63,16)		17 (51,52)	63 (77,78)	

¹ Todas os resultados obtidos no parecer eram comparados no momento do parecer, e os resultados obtidos no desfecho clínico eram comparados no momento do desfecho clínico. Qui-quadrado de Pearson; Teste Exato de Fisher.

*p<0,05

A tabela 5 mostra que os pacientes com baixa funcionalidade estavam em sua maioria fazendo uso de via de administração artificial da dieta, tanto no momento do parecer quanto no momento do desfecho clínico. O estado nutricional dos pacientes não foi associado à sua funcionalidade.

Tabela 5. Associação entre estado nutricional, via de administração da dieta e a funcionalidade dos pacientes atendidos pela Equipe Interconsultora de Cuidados Paliativos de um hospital público da região de saúde oeste do Distrito Federal (n=60)

Variáveis	Funcionalidade		P
	Funcional	Baixa	
	N (%)	funcionalidade N (%)	
Estado Nutricional			
Eutrófico	0 (0,00)	5 (100,00)	1,000
Desnutrido	6 (16,22)	31 (83,78)	
Via de administração artificial da dieta – parecer			
Não	10 (66,67)	5 (33,33)	<0,001*
Sim	5 (11,36)	39 (86,64)	
Via de administração artificial da dieta – desfecho clínico			
Não	11 (61,11)	7 (38,89)	0,001*
Sim	4 (10,00)	36 (90,00)	

Qui-quadrado de Pearson; Teste Exato de Fisher.

*p<0,05

O diagnóstico clínico dos pacientes esteve associado a agudizações, funcionalidade dos pacientes, uso de via de administração artificial da dieta e ingestão proteica ofertada (Tabela 6). A maior parte dos pacientes com câncer (76,74%) apresentaram agudizações, e a prevalência de agudizações foi ainda maior entre os pacientes sem diagnóstico de câncer (90,54%) (p=0,041). Observou-se que a maioria dos pacientes com baixa funcionalidade não tinham diagnóstico de neoplasia (88,22%). Ao comparar diagnóstico clínico com o estado nutricional e desfecho clínico dos pacientes, não foram observadas diferenças estatísticas. Na associação

entre diagnóstico clínico e via de alimentação, foi observado que a maioria dos pacientes com câncer não estavam utilizando via de administração artificial da dieta momento do parecer e do desfecho clínico, enquanto pacientes com outros diagnósticos tinham um uso mais prevalente de vias de administração artificial da dieta ($p<0,001$). Ao associar diagnóstico clínico e faixa de ingestão calórica e proteica ofertada, pode-se observar que os pacientes com câncer tiveram menor oferta de ingestão proteica no desfecho quando comparados aos pacientes sem o diagnóstico de câncer (tabela 6).

Tabela 6. Fatores associados ao diagnóstico clínico dos pacientes atendidos pela Equipe Interconsultora de Cuidados Paliativos de um hospital público da região de saúde oeste do Distrito Federal.

Variáveis	Diagnóstico Clínico – Neoplasia		P
	Não	Sim	
	N (%) média ± DP	N (%) média ± DP	
Evento agudo causador da internação hospitalar ^a			
Não	7 (9,46)	10 (23,26)	0,041*
Sim	67 (90,54)	33 (76,74)	
Funcionalidade dos pacientes ^b			
Funcional	5 (33,33)	10 (66,67)	<0,001*
Baixa funcionalidade	37 (82,22)	8 (17,78)	
Desfecho clínico – óbito ^c			
Não	24 (58,54)	17 (41,46)	0,413
Sim	49 (66,22)	25 (33,78)	
Estado Nutricional^{1, d}			
Eutrófico	6 (66,67)	3 (33,33)	0,685
Desnutrido	53 (75,71)	17 (24,29)	
Via de administração artificial da dieta – parecer ^e			
Não	7 (21,21)	26 (78,79)	<0,001*
Sim	67 (80,72)	16 (19,28)	
Via de administração artificial da dieta – desfecho clínico ^f			

Não	11 (32,35)	23 (67,65)	<0,001*
Sim	61 (76,25)	19 (23,75)	
Objetivos nutricionais^{2, g}			
Caloria – parecer (Kcal)	28,21 ± 6,30	30,54 ± 7,03	0,116
Caloria – desfecho clínico (Kcal)	25,19 ± 7,55	24,76 ± 9,67	0,703
Proteína – parecer (gramas por Kcal)	1,73 ± 0,35	1,75 ± 0,32	0,960
Proteína – desfecho clínico (gramas por Kcal)	1,65 ± 0,41	1,40 ± 0,52	0,019*

^aTamanho amostral (n=117); ^bTamanho amostral (n=60); ^cTamanho amostral (n=115); ^dTamanho amostral (n=79); ^eTamanho amostral (n=116); ^fTamanho amostral (n=114); ^gTamanho amostral (n=94). Qui-quadrado de Pearson; ¹Teste Exato de Fisher; ²Teste de Mann-Whitney.

*p<0,05

Avaliando os fatores associados ao desfecho clínico dos pacientes, observou-se que um maior percentual de pacientes que foram a óbito tinha baixa funcionalidade e uma menor oferta de ingestão calórica tanto no momento do parecer quanto no desfecho clínico (tabela 7). Não houve associação entre a agudização, diagnóstico clínico, via de administração da dieta e ingestão calórica alcançada com o desfecho clínico dos pacientes atendidos pela Equipe Interconsultora de Cuidados Paliativos de um hospital público da região de saúde oeste do Distrito Federal (tabela 7).

Tabela 7. Fatores associados ao desfecho clínico dos pacientes atendidos pela Equipe Interconsultora de Cuidados Paliativos de um hospital público da região de saúde oeste do Distrito Federal

Variáveis				Desfecho Clínico – Óbito		P
				Não	Sim	
				N (%)	N (%)	
				média ± DP	média ± DP	
Evento agudo causador da internação hospitalar ^a						
Não				9 (21,95)	8 (10,81)	0,107
Sim				32 (78,05)	66 (89,19)	

Funcionalidade dos pacientes^b

Funcionalidade	11 (36,67)	4 (13,79)	0,044*
baixa funcionalidade	19 (63,33)	25 (86,21)	

Diagnóstico Clínico – Neoplasia^a

Não	24 (58,54)	49 (66,22)	0,413
Sim	17 (41,46)	25 (33,78)	

Via de administração artificial da dieta – parecer^c

Não	15 (37,50)	17 (22,97)	0,099
Sim	25 (62,50)	57 (77,03)	

Via de administração artificial da dieta – desfecho clínico^c

Não	16 (39,02)	18 (24,66)	0,108
Sim	25 (60,98)	55 (75,34)	

Ingestão Calórica alcançada – parecer^d

Sim	9 (34,62)	32 (50,79)	0,164
Não	17 (65,38)	31 (49,21)	

Ingestão Calórica alcançada – desfecho clínico^e

Sim	14 (51,85)	43 (71,67)	0,418
Não	13 (48,15)	17 (28,33)	

Objetivos nutricionais¹

Caloria – parecer (Kcal)	32,4 ± 6,7	27,37 ± 5,9	0,001*
Caloria – desfecho clínico (Kcal)	30,5 ± 5,18	22,79 ± 8,10	<0,001*
Proteína – parecer (gramas por Kcal)	1,76 ± 0,26	1,72 ± 0,37	0,640
Proteína – desfecho clínico (gramas por Kcal)	1,63 ± 0,23	1,56 ± 0,52	0,748

Qui-quadrado de Pearson. ¹Teste de Mann-Whitney. ^aTamanho amostral (n=115); ^bTamanho amostral (n=59); ^cTamanho amostral (n=114); ^dTamanho amostral (n=89); ^eTamanho amostral (n=87)

*p<0,05

Sobre o comportamento da amostra quanto à sobrevivência, o estimador Kaplan Meier indicou um maior tempo de sobrevida entre os pacientes sem o diagnóstico de neoplasia (Figura 1). No entanto o teste de long-rank mostrou não haver diferença significativa no tempo de sobrevivência entre os pacientes com ou sem o diagnóstico de neoplasia (p=0,081), em acordo com os dados mostrados na tabela 7.

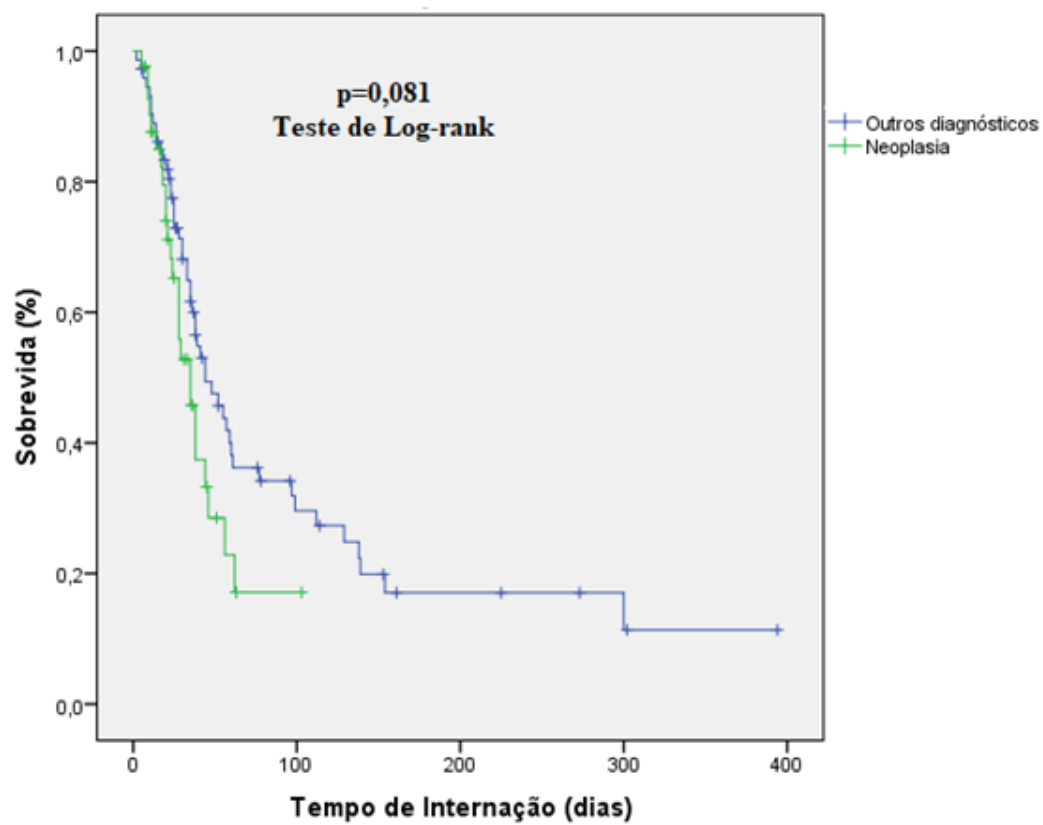


Figura 1. Curva de sobrevivência dos pacientes de acordo com o diagnóstico clínico

5 DISCUSSÃO

Os resultados evidenciaram que a maior parte dos pacientes atendidos pela EICP eram idosos, internados por algum evento agudo em pronto socorro, com risco de desnutrição ou em desnutrição e que tinham baixa funcionalidade e DCNT.

Com a transição demográfica e epidemiológica, o aumento da expectativa de vida, e os avanços técnicos e científicos na área da saúde nos últimos anos, o envelhecimento populacional associado ao adoecimento crônico tem suscitado à circunstância de terminalidade da vida e necessidade de cuidados paliativos (BURLA; PY, 2014; CALSINA-BERNA et al., 2018; COSTA et al., 2016; MALTA et al., 2014; SILVA, 2019; PEREIRA; GRYSCHKE; HIDALGO, 2021). O paciente geriátrico, especialmente os super idosos, apresentam comumente um maior grau de fragilidade e múltiplas doenças ativas, o que pode explicar a baixa funcionalidade mostrada neste estudo (VOLKERT et al., 2018).

Estudos prévios também têm relatado que os pacientes com sintomas paliativos têm internações de emergência nos hospitais. Kostenberger et al. (2019) observaram que mais de 1 em 10 pacientes atendidos no pronto socorro hospitalar sofria de sintomas paliativos, e que apenas 5,5% desses pacientes receberam consulta sobre CP. George et al. (2020) reforçam que embora não existam muitos estudos sobre a prevalência de pacientes em CP atendidos em unidades de urgência e emergência, em um futuro breve os sistemas de saúde deverão utilizar métodos para identificação destes pacientes, no intuito de prover o melhor cuidado à saúde do paciente.

Neste estudo, a solicitação de pareceres da EICP provenientes do pronto socorro hospitalar, pode representar o olhar diferenciado da equipe desta Unidade para o paciente com demandas de CP. Intervenções de CP na emergência têm muitas vantagens, como oportuno desenvolvimento de cuidados à saúde, transferência para instalações de CP, redução no tempo de permanência em hospitais, maior satisfação dos pacientes e suas famílias, bem como menos admissões em unidade de terapia intensiva e a maior economia associada (KOSTENBERGER et al., 2019; RIBEIRO, 2021).

Kostenberger et al. (2019) e Shearer et al. (2014) demonstraram que portadores de doenças crônicas, incluindo aqueles com doenças em estágios finais, frequentemente chegam ao pronto socorro hospitalar objetivando gerenciamento de sintomas e palição da sua condição angustiante. No entanto, durante a internação pode ser identificada inadequação da estrutura física, limitação dos serviços de saúde ofertados frente as necessidades e os objetivos do paciente, sendo o reconhecimento dessa incompatibilidade, o primeiro passo para o

estabelecimento da melhor terapêutica. A estrutura adequada para oferecer atendimento integral a esses usuários, que apresentam características fisiológicas e clínicas únicas, é um desafio enfrentado pelos sistemas de saúde (BORDIN et al., 2018).

As DCNT prevalentes em todo o mundo, e com altos percentuais entre os pacientes desta amostra, são um grave problema de saúde pública, responsáveis por 72% das causas de mortes, com destaque para doenças do aparelho circulatório (31,3%), câncer (16,3%), diabetes (5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%) (BRASIL, 2011). Comum entre os idosos que apresentam maior suscetibilidade à ocorrência de várias morbidades, para as quais não existe tratamento curativo e podem perdurar por tempo indeterminado, a abordagem paliativa pode ser preferível ao tratamento curativo (BRASIL, 2015; CASTRO; FRANGELLA; HAMADA, 2017; SILVA, 2019; PEREIRA; GRYSCHKE; HIDALGO, 2021).

Oliveira (2018) defende que a melhor maneira de abordar as DCNT é através da prevenção e promoção da saúde. No entanto, no Brasil, as práticas de saúde ainda seguem majoritariamente um modelo centrado na cura e no tratamento hospitalar. Como resultado, pacientes, em sua grande maioria idosos, portadores de doenças incuráveis em estágio avançado de evolução, acumulam-se nos hospitais recebendo tratamento inadequado, com técnicas invasivas e tecnologia complexa.

Dentre as DCNT, o câncer foi evidenciado como a enfermidade mais prevalente nos pacientes deste estudo. Este achado é similar ao estudo de Calsina-Berna et al. (2018), que encontrou entre pacientes com doenças crônicas avançadas em um hospital terciário, um percentual de 31,3% com diagnóstico de câncer. Com o envelhecimento populacional e a existência de fatores próprios do mundo moderno, o câncer tem sido cada vez mais prevalente entre as populações em torno do mundo (BASTOS, 2018). Para o triênio 2020/2022, a estimativa do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (BRASIL, 2020) é a ocorrência de cerca de 625 mil casos novos no Brasil, para cada um dos anos.

Historicamente, os CP têm sido associados aos pacientes oncológicos (REMONDES, 2015). Porém, os CP não são determinados pelo diagnóstico e sim pela necessidade do enfermo portador de uma doença incurável (WHO, 2018). Como exposto, este estudo encontrou 24 diagnósticos de base diferentes, o que ressalta a importância de considerar a estratégia de CP nos serviços de saúde.

No que se refere à permanência hospitalar, foi observada em média, internações prolongadas neste estudo (51,70 (DP $\pm$ 63,93 dias)), com valores bem acima da média nacional de 5,67 dias (BRASIL, 2021). Internações hospitalares prolongadas aumentam o risco de complicações decorrentes da internação, ampliam custos e restringem o acesso de outros

pacientes à atenção hospitalar (RUFINO et al., 2012; SILVA, 2014; SILVA et al., 2018). Marcucci et al. (2019), descreveu uma média de tempo total de internação de 11,1 dias ($DP \pm 9,9$ dias) em uma Unidade de CP do Paraná, sendo o maior tempo total de internação de 64 dias. Entretanto, consonante com este trabalho, Souza et al. (2014) demonstrou um tempo prolongado de internação, que variou de um a três meses. A hipótese é que serviços voltados ao cuidado de diferentes doenças crônicas e com foco reabilitativo apresentam um tempo maior de internação dos pacientes.

Além do tempo prolongado de internação, o desfecho clínico mais prevalente observado neste estudo foi o óbito. Similarmente, Coym et al (2020) em estudo realizado na enfermaria de CP do Centro Médico da Universidade de Hamburgo na Alemanha, relataram como desfecho 59% óbitos e 23,3% de alta hospitalar para seguimento domiciliar em CP ou lar de idosos. O alto percentual de óbitos em ambiente hospitalar evidencia a necessidade de melhoria no manejo da terminalidade. Lourençato et al. (2016) avaliando o desfecho de pacientes do setor de emergência de um hospital público, relataram 54% de óbitos, 20% de altas e 26% de transferências. Entretanto, ao reavaliar os resultados após 1 ano, período no qual foi formada uma equipe interconsultora em CP, realizadas capacitações dos profissionais sobre o assunto e elaboração de protocolos, verificaram 45% de óbitos, 35% de altas e 20% de transferências. Este impacto nos desfechos verificados por Lourençato et al. (2016), decorrente da aplicação de instrumentos e estratégias para a instrução e disseminação de conhecimentos sobre CP, mostra que há possibilidade de conduzir os pacientes em CP para um desfecho mais humano e confortável. Além disso, estes achados ressaltam a importância de uma equipe consultora interdisciplinar, e da implementação de medidas para superar obstáculos enfrentados no CP (BARBOSA, 2012; RODRIGUES, 2012).

Muitos fatores estão associados aos pacientes que vivem com doenças crônicas e fatais. Embora os pacientes em cuidados paliativos sejam um grupo heterogêneo, incluindo pacientes com câncer, insuficiência respiratória, insuficiência cardíaca e condições neurológicas progressivas, como doenças do neurônio motor e esclerose múltipla, há muitos fatores que podem impactar seu estado nutricional, de forma similar, levando à desnutrição (AGARWAL et al., 2013; WIEGERT; OLIVEIRA; ALENCASTRO, 2021). Estes pacientes adoecidos por períodos mais longos são comumente expostos à sintomas como náuseas, vômitos, diarreia, obstipação, xerostomia, que podem levar entre outras condições clínicas à perda ponderal, anorexia ou caquexia (CASTRO; FRANGELLA; HAMADA, 2017; DAY, 2017; LOPES et al., 2019; SERDAR et al., 2019). Neste estudo, os resultados mostraram que todos os pacientes em CP estavam em risco nutricional, que foi confirmado em 88,61% dos pacientes que

apresentaram desnutrição pelo instrumento de avaliação nutricional da *American Society for Parenteral & Enteral Nutrition* (AND-ASPEN). Além disso, observou-se que os pacientes em CP apresentavam desnutrição independentemente do diagnóstico clínico. Esse resultado pode ser explicado pelo perfil da amostra, de população envelhecida e portadora de doenças crônicas ameaçadoras à vida.

A etiologia de desnutrição em idosos é multifatorial e envolve parâmetros fisiológicos, sociais e econômicos, referidos na literatura como os "nove d's": demência, disgeusia, disfagia, diarreia, depressão, doença, dentição deficiente, disfunção e drogas (EDINGTON et al., 2000). A perda muscular se torna mais evidente com o avanço da idade, podendo estar associada ao próprio processo de envelhecimento (sarcopenia) ou ao processo de caquexia, mediada por citocinas pró-inflamatórias que ocorrem em doenças crônicas como, câncer, vírus da imunodeficiência humana (HIV), insuficiência cardíaca e DPOC (AGARWAL, 2013).

A desnutrição é altamente prevalente em pacientes idosos com DCNT e hospitalizados, variando entre 15% e 60% (COLEMBERG; CONDE, 2011), de acordo com a população estudada e a definição usada (KAISER et al., 2010; CEREDA et al., 2016). Os achados de desnutrição deste estudo são semelhantes ao de Serdar et al. (2019), que encontraram 57,4% de desnutrição entre os pacientes hospitalizados em CP, quando avaliados pela ferramenta Mini Avaliação Nutricional (MAN), que foi associada negativamente a qualidade de vida dos pacientes estudados.

No que se refere à gravidade da desnutrição, foi observado que a maioria dos pacientes (68,35%) apresentou desnutrição grave. Lopes et al. (2019) observaram que 41,3% dos pacientes diagnosticados com Câncer e recebendo CP tinham desnutrição em grau moderado, e 34,6% grau grave de desnutrição, quando avaliados pela Avaliação Subjetiva Global produzida pelo paciente (ASG-PPP).

A intervenção nutricional precoce pode prevenir, minimizar ou corrigir a perda de peso reversível (DAY, 2017; MAGALHÃES; OLIVEIRA; CUNHA, 2018). Cabe ressaltar que no presente estudo, 100% dos pacientes já apresentavam risco nutricional, o que chama a atenção para a necessidade de um atendimento precoce pelo profissional nutricionista. Entretanto 88,61% já haviam evoluído do risco para a desnutrição, demonstrando que, provavelmente, o nutricionista tem sido envolvido tardiamente no cuidado desses pacientes e que, se houvesse uma atuação precoce, essa evolução poderia ter sido melhor manejada, uma vez que a recuperação de um quadro já instalado de desnutrição é muito mais complexa e, a depender de seu grau, irreversível. Essa atuação se mostra necessária antes dos cuidados hospitalares propriamente, podendo até mesmo retardar a própria evolução clínica da doença. Entretanto,

dependendo do grau de comprometimento da doença, o quadro de desnutrição pode ser irreversível (DAY, 2017; MAGALHÃES; OLIVEIRA; CUNHA, 2018; WIEGERT; OLIVEIRA; ALENCASTRO, 2021; SILVA; D'ARAÚJO, 2021).

Na terminalidade da doença, onde a perda ponderal é irreversível, cabe ao profissional nutricionista apoiar o binômio paciente-família diretamente e apoiar outros profissionais de saúde na gestão de sintomas físicos, psicológicos e nos impactos sociais da perda de apetite e mudanças na imagem corporal (DAY, 2017; PAYNE, 2018). Desta forma, a abordagem nutricional em pacientes com doenças que ameaçam a vida, não pode ser baseada unicamente em protocolos e padronizações para oferta de nutrientes e suporte energético, devendo ser considerada a particularidade de cada caso, incluindo o estágio da doença, a integridade do trato gastrointestinal, e a expectativa de vida do paciente. A terapia nutricional em CP deve considerar os desejos, hábitos, tolerância do doente e alívio de sintomas, considerando sempre os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça para a tomada de decisão (BENARROZ; FAILLACE; BARBOSA, 2009; CARVALHO; TAQUEMORI, 2012; LIMA; ZOCOLLI, 2019; WIEGERT; OLIVEIRA; ALENCASTRO, 2021). As condutas e o planejamento dos cuidados neste contexto são centrados no indivíduo, e necessitam ser revistos constantemente, o que possibilita mudanças no decorrer do tempo e evolução clínica do paciente (CASTRO; FRANGELLA; HAMADA, 2017; LIMA; ZOCOLLI, 2019).

Também em se tratando de CP, a dieta deve ser administrada preferencialmente por via oral, levando em consideração que o ato de se alimentar deve ser uma atividade social, prazerosa, capaz de despertar emoções e manter autonomia. Quando o paciente apresenta ingestão insuficiente de acordo com os objetivos nutricionais traçados, a terapia nutricional oral (TNO), incluindo complemento nutricional a partir de suplementos, pode ser utilizada. Porém, existem condições clínicas, como sequelas neurológicas, disfagia ou tumores obstrutivos de cabeça e pescoço, que requerem o uso de nutrição enteral, sendo primordial a avaliação da fase da doença devido ao fato de que para o paciente em fim de vida essa conduta não é recomendada (BRASIL, 2016; CARVALHO; TAQUEMORI, 2012; PARSONS, 2012; VOLKERT et al., 2018; LIMA; ZOCOLLI, 2019).

Ao relacionar diagnóstico clínico e via de administração da dieta, este estudo observou que a maioria dos pacientes com câncer recebiam alimentação não artificial, tanto no momento do parecer quanto no desfecho. Tal resultado ilustra a histórica relação de associação da terminalidade do paciente com câncer e os CP, diferentemente do que ocorre com doenças crônicas ameaçadoras à vida, para as quais a identificação da terminalidade ainda é um desafio (LOPES et al., 2019; CARVALHO; TAQUEMORI, 2012). Na década de 90, estudos como o

de McCann, Hall e Groth-Juncker (1994) já evidenciavam reduzido benefício da nutrição e hidratação artificial em pacientes portadores de câncer com doença avançada.

À medida que o fim da vida se aproxima, o alimento pode continuar sendo ofertado, mas a ênfase do cuidado está na qualidade de vida e no alívio do sofrimento, não em uma terapêutica ativa para promover adequação nutricional. Se a melhora da qualidade de vida e o alívio do sofrimento não podem ser evitados por meio da alimentação, vias de administração artificial da dieta são indispensáveis nesse contexto (CARVALHO; TAQUEMORI, 2012; LIMA; ZOCOLLI, 2019). O suporte nutricional artificial é um procedimento médico invasivo e não é considerado parte dos cuidados básicos, ao contrário da ingestão oral de alimentos. Nutrir artificialmente traz consigo riscos como lesões referentes à instalação e permanência desse suporte, além de diarreia, vômitos, aspiração e complicações infecciosas e metabólicas (CARVALHO; TAQUEMORI, 2012; MAGALHÃES; OLIVEIRA; CUNHA, 2018), especialmente quando é instituída em pacientes portadores de doenças em fase de terminalidade, onde há incerteza quanto à existência de benefícios suficientes para justificar os riscos de suas complicações (CLARK et al., 2017; DAY, 2017; WIEGERT; OLIVEIRA; ALENCASTRO, 2021; SILVA; D'ARAÚJO, 2021).

Apesar dos suplementos nutricionais orais e da nutrição artificial por via enteral ou parenteral compensarem a deficiência de macro e micronutrientes, eles não são substitutos dos prazeres físicos e psicossociais do consumo de alimentos que estão vinculados a fatores afetivos. O ato de se alimentar proporciona experiências interpessoais de conforto, as quais não são alteradas quando um indivíduo é acometido por uma doença grave (PAYNE, 2018). Diante dessa premissa, o aumento na oferta da dieta por via oral (exclusiva e associada) observada no desfecho clínico dos pacientes deste estudo, representa a otimização do prazer de comer e beber tanto quanto possível, respeitando desejos, dignidade, autonomia e qualidade de vida dos pacientes, que, por conseguinte, melhoram seu bem-estar (CASTRO; FRANGELLA; HAMADA, 2017).

A terapia nutricional enteral é indicada quando se percebe um potencial de melhora da qualidade de vida, como a manutenção ou recuperação do estado nutricional, com consequente aumento da funcionalidade ou prevenção de sintomas e desconforto. Essa decisão deve ser tomada em equipe multiprofissional, com a devida individualidade do caso e com a concordância da pessoa cuidada e de seus familiares e cuidadores, que devem estar esclarecidos quanto aos riscos e benefícios dessa abordagem (CARVALHO; TAQUEMORI, 2012; BRASIL, 2016; MAGALHÃES; OLIVEIRA; CUNHA, 2018; VOLKERT et al., 2018).

De forma hierárquica, quando a dieta por via oral e a terapia nutricional enteral não são possíveis, como no caso de comprometimento do trato gastrointestinal, a terapia nutricional parenteral pode ser considerada. Entretanto, esta abordagem tem alto custo e envolve muitos riscos, devendo estar embasada em uma real contribuição ao bem-estar do paciente e considerável sobrevida. Ainda, como observado neste estudo, a oferta de alimentos por via oral pode ser associada a nutrição enteral ou parenteral (CARVALHO; TAQUEMORI, 2012).

Em relação à dieta zero, esta conduta pode ser tomada quando o paciente está apresentando intolerância à nutrição, sendo necessária a cessação da dieta, bem como quando constatada a terminalidade da vida, situação que permite o profissional de saúde, baseado na não maleficência, optar por não ofertar a nutrição ao paciente, o que pode ter explicado a existência de dieta zero entre os pacientes em CP neste estudo. Entretanto, alguns profissionais deparam-se com incertezas e dúvidas nesta conduta, ao inferir que a privação alimentar está promovendo a morte, quando se sabe que a doença é que está levando o indivíduo ao óbito e, esta privação na fase final da vida não causa sofrimento (CARVALHO; TAQUEMORI, 2012; FERNANDES, 2012; LIMA; ZOCOLLI, 2019; BARCELLOS; SANTOS; SALES, 2020; WIEGERT; OLIVEIRA; ALENCASTRO, 2021).

Quanto à estimativa da necessidade calórica e proteica de pacientes recebendo CP, foram observadas pequenas variações de objetivos calóricos estabelecidos, tendo sido encontradas metas hiperproteicas (1,74 g/kg/dia - 1,59 g/kg/dia) e, normocalóricas (28,75 kcal/kg/dia) e hipocalóricas (25,09 kcal/kg/dia), no momento do parecer e desfecho clínico do paciente, respectivamente. Estes achados são similares aos de Wallengren, Bosaués e Lundholm (2012), que encontraram uma ingestão energética média de 25,8 kcal/kg/dia para pacientes com câncer em CP. Estes resultados podem estar associados ao fato que a maioria dos pacientes em CP apresentam redução do apetite e saciedade precoce, diminuindo a ingestão energética, conforme processo natural da terminalidade (CARVALHO; TAQUEMORI, 2012; LIMA; ZOCOLLI, 2019; SILVA; D'ARAÚJO, 2021). Embora não tenham sido encontrados estudos sobre dieta hiperproteica em CP, é hipotetizado que essa conduta seja realizada com o objetivo de recuperar o estado nutricional ou evitar prejuízos ao paciente, como a maior perda de massa muscular e consequentes sintomas como fraqueza, maior comprometimento da imunidade, entre outros (TOLEDO et al., 2018).

A maioria dos pacientes com baixa funcionalidade estavam fazendo uso de via de administração artificial da dieta tanto no momento do parecer e quanto no desfecho clínico. Durante a terminalidade da doença, há uma queda drástica da ingestão alimentar, o que reflete no alto percentual de pacientes recebendo nutrição artificial, com presença de intercorrências

relacionadas ao seu uso. Entretanto os pacientes sob a circunstância de terminalidade de vida, com baixa funcionalidade, devem se beneficiar do adequado controle de sintomas e da oferta de CP (CARVALHO; TAQUEMORI, 2012; CLARK et al., 2017; DAY, 2017; MAGALHÃES; OLIVEIRA; CUNHA, 2018; PAYNE, 2018).

Ao analisar a funcionalidade dos pacientes, foi observado que a maioria apresentou uma baixa funcionalidade (PPS < 30%), o que indica a proximidade de fim de vida. Estudos clássicos como o de Anderson et al. (1996) e Morita et al. (1999) corroboram esses achados ao descreverem que só 10% dos pacientes com PPS igual a 50% têm sobrevida superior a seis meses, e que a fase final da vida coincide com PPS em torno de 20%.

O declínio funcional observado por avaliações seriais da PPS, contribuem para uma melhor compreensão do prognóstico dos pacientes (MORITA et al., 1999; SUTRADHAR et al., 2013). Ao avaliar a associação da funcionalidade dos pacientes com os seus diagnósticos clínicos este estudo observou que a maioria dos pacientes com baixa funcionalidade não tinham diagnóstico de neoplasia. Consonante com estes resultados, Medeiros et al. (2018) realizaram um estudo piloto com pacientes com câncer e observaram que estes pacientes foram admitidos com maior PPS que pacientes sem neoplasia, e ao final 82,1% dos pacientes sem câncer foram categorizados como terminais na segunda avaliação de PPS, enquanto no grupo de pacientes com câncer, 30,6% foram classificados como transitórios e 30,6% como estáveis, refletindo os diferentes padrões de progressão das doenças. Nesse contexto, Lau et al. (2009) defendem que pacientes sem câncer têm um pior prognóstico por serem encaminhados para CP em estágios posteriores da progressão da doença.

Apesar da fase de terminalidade da doença ser frequentemente associada à caquexia, refratária ao suporte nutricional, e ao baixo desempenho funcional, que pode ser avaliado a partir de escalas prognósticas como a Escala de Desempenho Karnofsky (KPS) ou PPS (FEARON et al., 2011; ORREVAL, 2015), não foi encontrada associação entre a funcionalidade dos pacientes e seu estado nutricional, provavelmente pelo tamanho amostral.

Além das alterações clínicas e nutricionais, a maioria das DCNT, principalmente na sua terminalidade, envolvem episódios de exacerbações agudas que levam a hospitalização (VESTERGAARD et al., 2020). No presente estudo, as agudizações foram altamente prevalentes em todos pacientes, especialmente, entre aqueles com diagnósticos diferentes de câncer. Tal achado pode indicar a necessidade de CP de alívio de sintomas agudos, que é difícil de ser reconhecida em pacientes com doenças crônicas para as quais a identificação da fase de terminalidade e o gerenciamento de fim de vida são menos frequentes quando comparados aos pacientes diagnosticados com câncer (CASSEL et al., 2016; RIOLFI et al., 2014; SPILSBURY

et al., 2017; WISKAR et al., 2017; PEREIRA; GRYSCHKE; HIDALGO, 2021; RIBEIRO, 2021; ANCP, 2021). A oferta de CP pode reduzir a hospitalização na terminalidade, melhorar a qualidade de vida e humor dos pacientes, além de aumentar a sobrevida dos pacientes (TEMEL et al., 2010; VESTERGAARD et al., 2020; ANCP, 2021).

Quanto à relação da ingestão calórica e desfecho clínico, foi observado que os pacientes que foram a óbito obtiveram menor ingestão calórica no momento do parecer e do desfecho clínico, possivelmente ocasionada pela presença de sintomas associados à patologia e ao seu manejo, o que impacta sobre o desejo e a capacidade de comer, e pela redução dos objetivos propostos pela equipe de nutricionistas, diante da gravidade ou terminalidade da doença (CLARK et al., 2017; PAYNE, 2018; SILVA; D'ARAÚJO, 2021).

A intercorrências clínicas mais comuns foram diarreia, vômitos, instabilidade clínica e dor, sendo mais evidentes no desfecho. Lopes et al. (2019) descreveram que os sintomas gastrointestinais (hiporexia, constipação, náuseas e dor) foram os mais relatados por 76% dos pacientes com câncer, em CP, nas últimas duas semanas de vida. Enquanto Kwang e Kandiah (2010), relataram que os sintomas de impacto nutricional mais frequentes em pacientes em CP foram dor, xerostomia, hiporexia e constipação.

Avaliando o desfecho clínico dos pacientes, neste estudo não foi encontrada associação com o estado nutricional dos pacientes. Cabe destacar que praticamente todos os pacientes estavam desnutridos no momento da admissão nos CP. Entretanto, estudos prévios mostraram correlação direta entre a desnutrição e maior taxa de mortalidade (CHARLTON et al., 2012; LIM et al., 2012; PAYNE, 2018; RODRIGUES, 2012; SHAW; ELDRIDGE, 2015). Charlton et al. (2012) demonstram risco de morte 3,4 vezes maior em pacientes geriátricos desnutridos quando comparado aos pacientes eutróficos.

Trabalhos recentes confirmam a relação direta entre a desnutrição e a mortalidade em pacientes portadores de doenças crônicas; como Crisan et al (2020), que avaliaram 101 pacientes portadores de cirrose avançada, usando os critérios de Avaliação Global Subjetiva e circunferência do braço e evidenciaram sobrevivência significativamente menor entre os pacientes com desnutrição. As taxas de mortalidade foram de 50% em 1 ano e 63% em 2 anos para os pacientes com desnutrição, em comparação com 21% em 1 ano e 30% em 2 anos para pacientes sem desnutrição ($P = 0,01$). Enquanto que Dávalos-Yerovi et al (2021), em sua coorte prospectiva com 200 pacientes portadores de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, mostraram que a desnutrição, de acordo com o critério GLIM, foi altamente prevalente nesta população e ainda associado a quase 3 vezes mais mortalidade (HR 2,8, IC 95% 0,9 a 8,0, $p = 0,05$) e hospitalizações em 2 anos.

No entanto, estes estudos não foram realizados com pacientes em CP. Possivelmente, em pacientes em CP, a doença de base é a causadora do processo de óbito e não o déficit do estado nutricional propriamente. Tanto a piora do estado nutricional quanto o óbito são consequências da terminalidade da doença (PAYNE, 2018; LIMA; ZOCOLLI, 2019; BRUERA et al, 2021).

Entretanto, ao associar diagnóstico clínico com desfecho clínico dos pacientes, foi encontrado alto percentual de óbito hospitalar independentemente da doença subjacente. Similarmente, Lau et al. (2006) não encontraram diferenças significativas quanto ao risco de morte no ambiente hospitalar entre pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e com câncer de pulmão, com percentuais de 52,8% e 47,6%, respectivamente. No entanto, Lyngaa et al. (2015), Teno et al. (2013), Wachterman et al. (2016) e Lastrucci et al. (2018) mostraram que os pacientes com DPOC e/ou insuficiência cardíaca receberam menos CP e apresentaram, consistentemente, maior probabilidade de morrer em ambientes de cuidados intensivos em comparação aos pacientes com câncer. Vestergaard et al. (2020) observaram que apesar de haver maior hospitalização em pacientes com diagnóstico de câncer, independentemente da causa da morte os pacientes apresentavam o mesmo risco de morrer no hospital.

No que se refere à associação da funcionalidade dos pacientes com os seus desfechos clínicos, foi observado que a maioria dos pacientes com baixa funcionalidade foram a óbito. Este achado está consonante com os resultados de Anderson et al. (1996), Seedhom e Kamal (2017) e Medeiros et al. (2018), que mostraram haver relação direta entre os baixos escores de PPS e a baixa probabilidade de sobrevida, independente do diagnóstico clínico dos pacientes. Seedhom e Kamal (2017) observaram que pacientes com PPS escore menor ou igual a 40% apresentaram menor probabilidade de sobreviver após 6 meses. Lau et al. (2009) construíram uma tabela de expectativa de vida, a partir de curvas de sobrevivência Kaplan-Meier, e mostraram que para a categoria de PPS 30%, a estimativa de sobrevida em 7 dias foi de 63%, em 14 dias foi de 42% e em 30 dias foi de 23%.

No Brasil, Medeiros et al. (2018) avaliaram os escores da PPS de pacientes hospitalizados em três estágios sequenciais: pré-hospitalar, primeira avaliação de CP e no desfecho dos pacientes. Os autores classificaram a PPS nas categorias estável (escores de PPS entre 70% e 100%), transitória (pontuações de PPS entre 40% e 60%) e final de vida (pontuações de PPS entre 10% e 30%) e encontraram uma pontuação média significativamente diferente nas três etapas da avaliação (60,5%, 38,9% e 25,9%, respectivamente), reforçando o poder de preditivo das avaliações seriais de PPS e a sua viabilidade de sua realização. Uma

metanálise avaliando pacientes com e sem neoplasia, em diferentes ambientes de cuidados, demonstraram uma consistente e forte associação entre PPS e sobrevivência dos pacientes, apoiando fortemente o uso de PPS como uma ferramenta de prognóstico útil e de comunicação eficaz em situações de fim de vida (DOWNING et al., 2007).

O alto percentual de mortes em hospitais demonstra a necessidade de otimizar o processo de transição de cuidados, possibilitando a articulação com os diferentes cenários e complexidades que compõem a rede de atenção à saúde, como os serviços de atenção domiciliar e consequente desospitalização, visando um plano de cuidados de forma mais humanizada, promovendo melhor qualidade de vida ao paciente e ao cuidador (KOSTENBERGER et al., 2019; OLÁRIO et al., 2018; SOUSA; PEIXOTO, 2017; PEREIRA; GRYSCHKE; HIDALGO, 2021).

Em relação à sobrevida, foi observado, a partir do estimador Kaplan Meier, um maior tempo de sobrevida entre os pacientes sem o diagnóstico de neoplasia. No entanto o teste de long-rank não mostrou diferença significativa no tempo de sobrevivência entre os pacientes com ou sem o diagnóstico de neoplasia, em acordo com os achados expostos e discutidos neste trabalho. Entretanto, Head, Ritchie e Smoot. (2005), Lau et al. (2006) e Olajide et al. (2007) observaram diferença significativas nas curvas de sobrevivência dos pacientes.

Os achados aqui descritos, são referentes a pacientes em CP em uma unidade hospitalar, nível terciário de atenção à saúde, e apresentam algumas limitações que devem ser levadas em consideração na interpretação dos resultados. Em primeiro lugar, a falta de dados tanto pela ausência de registro ou erro do sistema de informação, das variáveis do perfil nutricional, abordagem nutricional, intercorrências clínicas e nutricionais podem ter impactado nos resultados das análises. Segundo a ANCP (2012) e Chang (2021), a falta de conhecimento dos sinais e sintomas apresentados pelo paciente, dificulta a prescrição de medicamentos e dieta, adoção de medidas não farmacológicas e abordagem dos aspectos psicossociais e espirituais. A melhor ferramenta para a boa paliação de sintomas é a avaliação do paciente, que deve conter elementos fundamentais que possibilitem a compreensão de quem é a pessoa doente, o que facilita identificar preferências e dificuldades, qual a cronologia da evolução de sua doença e os tratamentos já realizados, as necessidades atuais e sintomas do doente, o exame físico, as demais decisões clínicas e a impressão a respeito da evolução e prognóstico e das expectativas com relação ao tratamento proposto (ANCP, 2012; DAY, 2017; PAYNE, 2018; SILVA; CORTIZO, 2021). Deste modo, o registro em prontuário além de auxiliar para o adequado funcionamento do trabalho em equipe, contribui para a vigilância e monitoramento dos agravos e consequente melhoria dos serviços de saúde prestados.

Em segundo lugar, os dados referentes à PPS, tendo em conta o julgamento subjetivo de vários parâmetros do instrumento, envolveu o registro em prontuário eletrônico realizado por mais de um profissional, e considerou as anotações indiretas para AVD, funcionalidade totalmente comprometidas e dependência funcional total. Entretanto, a realização e registro da avaliação funcional em CP é fundamental para a vigilância da curva evolutiva da doença (RIBEIRO; REIS; ZOCCOLI, 2019; SILVA; CORTIZO, 2021). Dentre as escalas que avaliam funcionalidade, a PPS se destaca como ferramenta prognóstica para estimar a sobrevida dos pacientes com uma doença fatal e tem sido amplamente utilizada em CP (GLAIRE et al., 2008; MEDEIROS et al., 2018; SEEDHOM; KAMAL, 2017) desde a década de 90, quando foi proposta por Anderson et al. (1996), a partir da escala de Desempenho Karnofsky (KPS), e após ser validada pelo estudo de Morita (1999). Segundo Medeiros et al. (2018), Ribeiro (2019) e Silva e Cortizo (2021), a aplicação de ferramentas clínicas projetadas para ajudar com a avaliação de prognóstico, como a KPS e PPS tem sido recomendada na rotina de atendimento ao paciente de forma contínua, permitindo dessa forma o monitoramento do declínio funcional progressivo e o planejamento cuidadoso realista, com uso apropriado de intervenções terapêuticas.

Como ponto forte, o presente estudo se destaca ao abordar temas relevantes em Cuidados paliativos como a investigação do perfil nutricional, abordagem nutricional e presença de intercorrências clínicas e nutricionais de pacientes em Cuidados Paliativos. Bem como ao propor associações singulares e tão necessárias ao conhecimento de profissionais que prestam cuidados a esta população, dada a escassez de dados nacionais sobre a temática e principalmente tais associações, como de funcionalidade e estado nutricional.

6 PRODUTOS DESENVOLVIDOS

- 6.1 Artigo submetido à Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia: Perfil sociodemográfico, clínico e nutricional de pacientes atendidos pela equipe interconsultora de cuidados paliativos de um hospital público da região de saúde oeste do Distrito Federal.
- 6.2 Artigo publicado na Revista Health Residencies Journal: Obesidade e agravamento da COVID-19. DOI: <https://doi.org/10.51723/hrj.v1i6.27>
- 6.3 Organização e participação do curso de educação continuada em Cuidados Paliativos do HRC, realizada de janeiro de 2019 a janeiro de 2021, com ênfase no Cuidado Ativo dos pacientes.
- 6.4 Folder de apresentação da EICP, conceito e princípios dos cuidados paliativos, no I Congresso do Centro-Oeste de Cuidados Paliativos e Dor Oncológica – Da intervenção ao cuidado integral com a dor, ocorrido nos dias 26 e 27 de outubro de 2018
- 6.5 Pôster, registro e certificação de participação no VII Congresso Internacional de Cuidados Paliativos, ocorrido nos dias 21 a 24 de novembro de 2018. Palestra sobre Nutrição Paliativa na II Jornada Multiprofissional em Saúde do Adulto e Idoso, realizada em outubro de 2019. Aula no Curso de Cuidados Paliativos organizado pela Câmara técnica, realizado em novembro de 2019
- 6.6 Participação como revisora da elaboração de cartilha sobre Hidratação e Nutrição na Demência, lançada em dezembro de 2020, pela ANCP e SBGG.



Sociodemographic, clinical and nutritional profile of patients served by the palliative care interconsulting team of a public hospital in the west health region of the Federal District

Journal:	<i>Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia</i>
Manuscript ID	Draft
Manuscript Type:	Original Article
Keyword:	Palliative care, Aging, Chronic Noncommunicable Diseases, Cancer, Nutrition

SCHOLARONE™
Manuscripts

FORMULÁRIO SOBRE CONFORMIDADE COM A CIÊNCIA ABERTA FEITO PELO SCIELO BRASIL.

Por meio deste formulário os autores informam ao periódico sobre a conformidade do manuscrito com as práticas de comunicação da Ciência Aberta.

Os autores são solicitados a informar:

- (a) se o manuscrito é um preprint e, em caso positivo, sua localização;
- (b) se dados, códigos de programas e outros materiais subjacentes ao texto do manuscrito estão devidamente citados e referenciados; e,
- (c) se aceitam opções de abertura no processo de avaliação por pares.

Preprints

Depósito do manuscrito em um servidor de preprints reconhecido pelo periódico.

O manuscrito é um preprint?	
()	Sim - Nome do servidor de Preprints: DOI do Preprint:
(X)	Não

Disponibilidade de Dados de Pesquisa e outros Materiais

Autores são encorajados a disponibilizar todos os conteúdos (dados, códigos de programa e outros materiais) subjacentes ao texto do manuscrito anteriormente ou no momento da publicação. Exceções são permitidas em casos de questões legais e éticas. O objetivo é facilitar a avaliação do manuscrito e, se aprovado, contribuir para a preservação e reuso dos conteúdos e a reprodutibilidade das pesquisas.

Os autores informam se os conteúdos subjacentes ao texto do manuscrito já estão disponíveis em sua totalidade e sem restrições ou assim estarão no momento da publicação?	
(X)	Sim: () os conteúdos subjacentes ao texto da pesquisa estão contidos no manuscrito () os conteúdos já estão disponíveis (X) os conteúdos estarão disponíveis no momento da publicação do artigo Segue títulos e respectivas URLs, números de acesso ou DOIs dos arquivos dos conteúdos subjacentes ao texto do artigo (use uma linha para cada dado):
()	Não: () dados estão disponíveis sob demanda dos pareceristas () após a publicação os dados estarão disponíveis sob demanda aos autores – condição justificada no manuscrito

() os dados não podem ser disponibilizados publicamente.
Justifique a seguir: xxxxxxxxxxxxxxxx

Aberturas na avaliação por pares

Os autores poderão optar por um ou mais meios de abertura do processo de *peer review* oferecidos pelo periódico.

Quando oferecida a opção aos pareceristas, os autores concordam com a publicação dos pareceres da avaliação de aprovação do manuscrito?

(X) Sim

() Não

Quando oferecida a opção, os autores concordam em interagir diretamente com pareceristas responsáveis pela avaliação do manuscrito?

(X) Sim

() Não

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

TÍTULO COMPLETO:

Perfil sociodemográfico, clínico e nutricional de pacientes atendidos pela equipe interconsultora de cuidados paliativos de um hospital público da região de saúde oeste do Distrito Federal

Sociodemographic, clinical and nutritional profile of patients served by the palliative care interconsulting team of a public hospital in the west health region of the Federal District

TÍTULO CURTO:

Perfil clínico e nutricional de pacientes atendidos pela equipe e cuidados paliativos de um hospital público do Distrito Federal

Clinical and nutritional profile of patients served by the palliative care team in a public hospital in the Federal District

**Brasília – DF
2021**

RESUMO

Introdução: O avanço tecnológico alcançado a partir da segunda metade do século XX ocasionou um processo de transição demográfica e epidemiológica que levou a mudanças no processo de saúde-doença e impulsionou o envelhecimento da população. Processos de triagem clínica e nutricional, bem como o cuidado coordenado e comunicado de forma eficaz, pode reduzir os riscos nutricionais e de complicações clínicas. **Objetivo:** Descrever o perfil sociodemográfico, clínico e nutricional de pacientes atendidos pela Equipe Interconsultora de Cuidados Paliativos (EICP) de um Hospital Público da Região de Saúde Oeste do Distrito Federal. **Método:** Estudo longitudinal, retrospectivo, realizado com adultos e idosos, de ambos os sexos, atendidos pela Equipe, no período de janeiro de 2017 a dezembro de 2018. Os dados sociodemográficos, clínicos e nutricionais foram obtidos a partir da planilha da EICP e dos prontuários eletrônicos. Foram excluídos os pacientes atendidos pela EICP, não encontrados no prontuário eletrônico. **Resultados:** Dos 121 pacientes identificados na planilha, 117 foram analisados. Os resultados evidenciaram que a maior parte dos pacientes eram idosos, internados por algum evento agudo em pronto socorro, com risco de desnutrição ou em desnutrição e que tinham baixa funcionalidade e doenças crônicas não transmissíveis. **Conclusões:** É evidente a importância dos CP na avaliação e tratamento clínico-nutricional precoce. O estudo reforça a importância de capacitações dos profissionais envolvidos na assistência, e de ampliar a recomendação de CP de forma integral e individualizada, a fim de proporcionar dignidade no processo de terminalidade.

Palavras-chave: Cuidados paliativos; Envelhecimento; Doenças Crônicas não Transmissíveis; Câncer, Nutrição.

ABSTRACT

Introduction: The technological advance achieved since the second half of the 20th century has led to a process of demographic and epidemiological transition that led to changes in the health-disease process and drove the aging of the population. Clinical and nutritional screening processes, as well as effectively coordinated and communicated care, can reduce nutritional risks and clinical complications. Objective: To describe the sociodemographic, clinical and nutritional profile of patients seen by the Palliative Care Interconsulting Team of a Public Hospital in the Western Health Region of the Federal District. Method: Longitudinal, retrospective study, carried out with adults and the elderly, of both sexes, attended by the Team, from January 2017 to December 2018. Sociodemographic, clinical and nutritional data were obtained from this spreadsheet and electronic medical records. Patients treated by the EICP, not found in the electronic medical record, were excluded. Results: Of the 121 patients identified in the spreadsheet, 117 were analyzed. The results showed that most patients were elderly, hospitalized for some acute event in the emergency room, with risk of malnutrition or malnutrition and that they had low functionality and chronic non-communicable diseases. Conclusions: It is evident the importance of PC in the assessment and early clinical and nutritional treatment. The study reinforces the importance of training the professionals involved in the assistance, and of expanding the PC recommendation in an integral and individualized way, in order to provide dignity in the terminality process.

Keywords: Palliative care; Aging; Chronic Noncommunicable Diseases; Cancer, Nutrition.

INTRODUÇÃO

A globalização e o avanço tecnológico alcançado a partir da segunda metade do século XX ocasionou um processo de transição demográfica e epidemiológica que levou a mudanças no processo de saúde-doença, e impulsionou o envelhecimento da população ^{1,2}.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), das 57 milhões de mortes por ano no mundo, 41 milhões são por doenças crônico-degenerativas incapacitantes e incuráveis ³. O Brasil registra um milhão de óbitos por ano, dos quais 650 mil deles ocorrem por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Destas mortes, cerca de 70% ocorrem em hospitais ⁴.

Neste sentido, os hospitais têm atendido, cada vez mais, uma grande proporção de pacientes idosos e em vulnerabilidade clínica e nutricional, apresentando comprometimento da funcionalidade, baixa qualidade de vida e dependência de cuidados de conforto com crescente associação de cuidados paliativos (CP) ao tratamento curativo ⁴.

Desta forma, a avaliação clínica e nutricional dos pacientes no processo de admissão do tratamento, são fundamentais para a determinação da abordagem terapêutica a ser adotada e dos desfechos clínicos possíveis. A nutrição tem um papel chave no percurso clínico do paciente, promovendo para além de necessidades energéticas, valores, cultura, prazer, conforto e qualidade de vida através da alimentação ^{5,6}. Assim, processos de triagem clínica e nutricional, bem como o cuidado oportuno, coordenado e comunicado de forma eficaz, pode reduzir os riscos nutricionais e de complicações clínicas associadas ao processo evolutivo do paciente⁷.

Pacientes com neoplasias ou outras doenças crônico-degenerativas, especialmente quando não há expectativa de cura, podem se beneficiar de CP. Entretanto, mundialmente, menos de 8% dos pacientes que precisam desse tipo de assistência têm seu acesso de fato garantido ⁸.

A formação em CP é raramente incluída no currículo educacional dos profissionais de saúde, o que faz com que estes tenham uma abordagem marcadamente curativa, o que traz impacto nas condutas frente à mortalidade e à prestação de cuidados humanos e dignos à população ⁹.

Assim, esse trabalho visou descrever o perfil sociodemográfico, clínico e nutricional de pacientes atendidos pela equipe interconsultora de cuidados paliativos de um hospital público da região de saúde oeste do Distrito Federal.

For Review Only

MÉTODO

Tratou-se de um estudo observacional e analítico do tipo longitudinal com caráter retrospectivo.

A população alvo do estudo eram pacientes em cuidados paliativos, e a amostra do estudo foram adultos e idosos, de ambos os sexos e com idade igual ou superior a 20 anos, atendidos pela Equipe Interconsultora de Cuidados Paliativos (EICP) em um hospital público do Distrito Federal, por um período de 2 anos, que compreendeu de janeiro de 2017 a dezembro de 2018. Foram excluídos os pacientes atendidos pela EICP do hospital não encontrados no prontuário eletrônico do InterSystems TrakCare® da SES/DF.

A coleta de dados foi realizada nas planilhas de atendimentos da EICP do hospital e prontuários eletrônicos do InterSystems TrakCare® da SES/DF.

Dados sociodemográficos, clínicos avaliados foram: faixa etária (adulto (20-59 anos), idoso (60-79 anos) e super idoso ($\geq$ 80 anos)); sexo (feminino, masculino); unidade de internação hospitalar (cirurgia Geral; clínica Médica; pronto socorro; unidade de terapia intensiva); permanência hospitalar; diagnóstico clínico – neoplasia (sim, não); evento agudo causador da internação hospitalar (sim, não); funcionalidade dos pacientes (baixa funcionalidade, funcional); desfecho clínico - óbito (sim, não). O perfil nutricional incluía o risco nutricional (sim, não) e estado nutricional (eutrófico, desnutrido); a abordagem nutricional (no período de pedido de parecer e no momento de desfecho clínico) englobou o uso de via de administração artificial da dieta (sim, não), objetivos nutricionais calóricos (kcal ofertada) e proteicos (gramas ofertadas).

Os diagnósticos clínicos foram categorizados de acordo com a décima primeira revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-11), e dada a prevalência de neoplasias, foram agrupados nesta categoria. Para evento agudo causador da internação hospitalar foram consideradas agudizações todas as complicações infecciosas e não infecciosas associadas ao diagnóstico clínico e que culminaram nas hospitalizações. Os registros de funcionalidade dos pacientes avaliados foram construídos utilizando a Escala de Performance Paliativa (PPS) ¹⁰. Neste estudo, os pacientes foram agrupados considerando os valores de PPS citados em prontuário eletrônico e anotações indiretas em: baixa funcionalidade (PPS $\leq$ 30%, e registro de dependência para atividades de vida diária (AVD), funcionalidade totalmente comprometida e

dependência funcional total); funcional (PPS > 30%). Os dados de funcionalidade abrangeram todo o período de internação de cada paciente. O desfecho clínico foi considerado desconhecido quando não havia nenhum relato na planilha ou no prontuário, sendo possível concluir falha no sistema InterSystems TrakCare® no período avaliado, e para fins de análise classificado como óbito (sim, não).

O perfil nutricional verificado a partir dos registros nos prontuários eletrônicos, contemplava o risco nutricional e o estado nutricional de acordo com a avaliação da equipe de nutricionistas assistentes do hospital. Para triagem de risco nutricional era utilizado o instrumento *Nutritional Risk Score* (NRS-2002)¹¹, e o estado nutricional era avaliado de acordo com o instrumento proposto pela *Academy of Nutrition and Dietetics and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (AND-ASPEN)*¹². A fim de padronizar a coleta de informações referentes a triagem de risco nutricional e estado nutricional, a busca dos registros de perfil nutricional era realizada próximo a data do pedido de parecer da equipe assistente à EICP. Em relação à abordagem nutricional, na ausência de registros da equipe de nutrição, foi realizada a coleta de dados a partir da prescrição médica da via de administração da dieta. Todos os pacientes recebendo dieta via sonda nasoesférica, gastrostomia (terapia nutricional enteral) ou via parenteral (periférica ou total) foram considerados em via de administração artificial da dieta, diferentes dos pacientes em dieta via oral exclusiva ou dieta zero. Os objetivos nutricionais calóricos e proteicos foram descritos e considerados alcançados quando ambos os objetivos calóricos (Kcal) e proteicos (gramas) foram atingidos.

Este estudo foi submetido para análise do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (CEP/FEPECS), e aprovado conforme parecer nº 3.590.530. O termo de consentimento livre e esclarecido foi dispensado para esta pesquisa e a coleta de dados foi iniciada após a aprovação do CEP/FEPECS.

Os dados foram digitados e armazenados no *Microsoft Office Excel* (versão 2019). Foi realizada uma análise descritiva dos dados.

RESULTADOS

Foram identificados 121 pacientes na planilha da EICP do hospital em estudo, no período de janeiro de 2017 a dezembro de 2018. Destes, 4 pacientes não foram encontrados nos prontuários eletrônicos do InterSystems TrakCare® da SES/DF, e por isso foram excluídos da pesquisa, o que resultou numa amostra final de 117 pacientes.

Dos 117 pacientes analisados, 25,64% eram adultos, e a maior parte eram idosos (47,01%) ou super idosos (27,35%), sendo ao total 53,85% do sexo feminino. Em relação à unidade de internação hospitalar, foi observado que a maioria destes pacientes estavam internados no pronto socorro (56,41%) seguido da Clínica médica (34,19%), e a minoria destes estavam em Clínica cirúrgica (5,98%) e Unidade de Terapia Intensiva (3,42%) (Tabela 1). Em média, os pacientes estavam internados no hospital há 51,70 dias ($DP \pm 63,93$ dias), e o intervalo de tempo entre a data do pedido de parecer à EICP e a data do desfecho clínico dos pacientes foi em média de 27,24 dias ($DP \pm 45,76$ dias).

Cerca de 36,75% dos pacientes atendidos pela EICP tinham neoplasias, e grande maioria dos pacientes (63,25%) apresentavam outros diagnósticos clínicos, classificados em diferentes DCNT (58,12%), Trauma Crânio Encefálico (3,42%) e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (1,71%). Foram relatados 24 tipos de eventos agudos que levaram 85,47% dos pacientes a internação hospitalar. Quanto à funcionalidade dos pacientes, 75,00% apresentavam baixa funcionalidade (Tabela 1). A respeito do desfecho clínico, 64,35% dos pacientes foram à óbito, e 35,65% dos pacientes tiveram outros desfechos clínicos, que incluíam alta com orientações para seguimento ambulatorial ou continuidade da assistência em internação domiciliar e instituições de longa permanência (24,35%) e transferência para outros hospitais (11,30%).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica e clínica dos pacientes atendidos pela Equipe Interconsultora de Cuidados Paliativos de um hospital público da região de saúde oeste do Distrito Federal, janeiro de 2017 a dezembro de 2018 (n=117).

Variáveis	N	%
Faixa etária		
Adulto	30	25,64
Idosos	55	47,01
Super Idosos	32	27,35
Sexo		
Masculino	54	46,15
Feminino	63	53,85
Unidade de Internação Hospitalar		
Cirurgia Geral	7	5,98
Clínica Médica	40	34,19
Pronto Socorro	66	56,41
Unidade de Terapia Intensiva	4	3,42
Diagnóstico Clínico – Neoplasia		
Não	74	63,25
Sim	43	36,75
Evento agudo causador da internação hospitalar		
Não	17	14,53
Sim	100	85,47
Funcionalidade dos pacientes (PPS)^a		
Funcional	15	25,00
Baixa funcionalidade	45	75,00
Desfecho clínico – óbito^b		
Não	41	35,65
Sim	74	64,35

Nota: ^aPPS: Escala de Desempenho em Cuidados Paliativos. ^aTamanho amostral (n=60); ^bTamanho amostral (n=115)

A tabela 2 apresenta o perfil nutricional, abordagem nutricional e intercorrências clínicas e nutricionais dos pacientes atendidos pela EICP. Todos os prontuários em que haviam registro de triagem nutricional (n =110), evidenciaram o risco para desnutrição, e 88,61% dos pacientes tiveram diagnóstico nutricional de desnutrição, sendo 68,35% com desnutrição grave. Em relação a abordagem nutricional, foi possível observar alto percentual de pacientes recebendo nutrição artificial tanto no momento do parecer da EICP quanto no desfecho clínico dos pacientes (71,55% e 70,18%, respectivamente) (Tabela 2). Comparando ambos os momentos, houve discreta redução da via oral exclusiva de 22,41% para 21,05%. No entanto, foi encontrado aumento da dieta por via oral associada com terapia nutricional enteral (de 2,58% para 9,65%) e com terapia nutricional parenteral (de 1,72% para 7,02%; ao passo que terapia nutricional enteral e parenteral exclusivas reduziram de 61,21% para 50,00% e 6,04% para 3,51%, respectivamente. Ainda, foi visualizado um aumento do número de pacientes em dieta zero (de 6,04% para 8,77%).

Tabela 2. Perfil e abordagem nutricional de pacientes atendidos pela Equipe Interconsultora de Cuidados Paliativos de um hospital público da região de saúde oeste do Distrito Federal, janeiro de 2017 a dezembro de 2018.

Variáveis	N	%
Risco nutricional^a		
Sim	110	100,00
Estado nutricional^b		
Eutrófico	9	11,39
Desnutrido	70	88,61
Via de administração artificial da dieta ao parecer^c		
Não	33	28,45
Sim	83	71,55
Via de administração artificial da dieta ao desfecho^d		
Não	34	29,82
Sim	80	70,18

^aTamanho amostral (n=110); ^bTamanho amostral (n=79); ^cTamanho amostral (n=116); ^dTamanho amostral (n=114).

A respeito dos objetivos nutricionais, a tabela 3 evidencia os valores em calorias e em gramas de proteína por quilograma de peso, estipulados pela equipe de nutrição, tanto na data de pedido de parecer à EICP quanto no desfecho clínico dos pacientes. Observa-se discreta diferença nos objetivos calóricos, de característica normocalórica para hipocalórica, respectivamente. Quanto aos objetivos proteicos, não houve grandes diferenças em ambos os momentos.

Tabela 3. Média e mediana dos objetivos nutricionais de pacientes atendidos pela Equipe Interconsultora de Cuidados Paliativos de um hospital público da região de saúde oeste do Distrito Federal, janeiro de 2017 a dezembro de 2018.

Variáveis	Média ± DP	Mediana (mínimo-máximo)
Objetivo calórico (parecer)^a	28,75 ± 6,51	30,0 (0,0-50,0)
Objetivo proteico (parecer)^a	1,74 ± 0,34	1,8 (0,0-2,6)
Objetivo calórico (desfecho)^b	25,09 ± 8,04	25,0 (0,0-40,0)
Objetivo proteico (desfecho)^b	1,59 ± 0,45	1,5 (0,0-2,0)

^aTamanho amostral (n=91); ^bTamanho amostral (n=89).

DISCUSSÃO

Os resultados evidenciaram que a maior parte dos pacientes atendidos pela EICP eram idosos, internados por algum evento agudo em pronto socorro, com risco de desnutrição ou em desnutrição e que tinham baixa funcionalidade e DCNT.

Com a transição demográfica e epidemiológica, o aumento da expectativa de vida, e os avanços técnicos e científicos na área da saúde nos últimos anos, o envelhecimento populacional associado ao adoecimento crônico tem suscitado à circunstância de terminalidade da vida e necessidade de cuidados paliativos ^{4,13}. O paciente geriátrico, especialmente os super idosos, apresentam comumente um maior grau de fragilidade e múltiplas doenças ativas, o que pode explicar a baixa funcionalidade mostrada neste estudo ¹⁴.

Estudos prévios também têm relatado que os pacientes com sintomas paliativos têm internações de emergência nos hospitais. Kostenberger et al¹⁵ observaram que mais de 1 em 10 pacientes atendidos no pronto socorro hospitalar sofriam de sintomas paliativos, e que apenas 5,5% desses pacientes receberam consulta sobre CP.

Neste estudo, a solicitação de pareceres da EICP provenientes do pronto socorro hospitalar, pode representar o olhar diferenciado da equipe desta Unidade para o paciente com demandas de CP. Intervenções de CP na emergência têm muitas vantagens, como oportuno desenvolvimento de cuidados à saúde, transferência para instalações de CP, redução no tempo de permanência em hospitais, maior satisfação dos pacientes e suas famílias, bem como menos admissões em unidade de terapia intensiva e a maior economia associada ¹⁵.

As DCNT prevalentes em todo o mundo, e com altos percentuais entre os pacientes desta amostra, são um grave problema de saúde pública, responsáveis por 72% das causas de mortes, com destaque para doenças do aparelho circulatório (31,3%), câncer (16,3%), diabetes (5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%) ¹⁶. Comum entre os idosos que apresentam maior suscetibilidade à ocorrência de várias morbidades, para as quais não existe tratamento curativo e podem perdurar por tempo indeterminado, a abordagem paliativa pode ser preferível ao tratamento curativo ^{13,17}.

Dentre as DCNT, o câncer foi evidenciado como a enfermidade mais prevalente nos pacientes deste estudo. Este achado é similar ao estudo de Calsina-Berna et al¹⁸, que encontrou entre pacientes com doenças crônicas avançadas em um hospital

terciário, um percentual de 31,3% com diagnóstico de câncer. Com o envelhecimento populacional e a existência de fatores próprios do mundo moderno, o câncer tem sido cada vez mais prevalente entre as populações em torno do mundo ¹⁹.

Historicamente, os CP têm sido associados aos pacientes oncológicos. Porém, os CP não são determinados pelo diagnóstico e sim pela necessidade do enfermo portador de uma doença incurável ³. Como exposto, este estudo encontrou 24 diagnósticos de base diferentes, o que ressalta a importância de considerar a estratégia de CP nos serviços de saúde.

No que se refere à permanência hospitalar, foram observadas em média, internações prolongadas neste estudo (51,70 (DP ± 63,93 dias)), com valores bem acima da média nacional de 5,67 dias ²⁰. Internações hospitalares prolongadas aumentam o risco de complicações decorrentes da internação, ampliam custos e restringem o acesso de outros pacientes à atenção hospitalar ²¹. Marcucci et al ²², descreveram uma média de tempo total de internação de 11,1 dias (DP ± 9,9 dias) em uma Unidade de CP do Paraná, sendo o maior tempo total de internação de 64 dias. Entretanto, consonante com este trabalho, Souza et al ²³ demonstraram um tempo prolongado de internação, que variou de um a três meses. A hipótese é que serviços voltados ao cuidado de diferentes doenças crônicas e com foco reabilitativo apresentam um tempo maior de internação dos pacientes.

Além do tempo prolongado de internação, o desfecho clínico mais prevalente observado neste estudo foi o óbito. Similarmente, Coym et al ²⁴ em estudo realizado na enfermaria de CP do Centro Médico da Universidade de Hamburgo na Alemanha, relataram como desfecho 59% óbitos e 23,3% de alta hospitalar para seguimento domiciliar em CP ou lar de idosos. O alto percentual de óbitos em ambiente hospitalar evidencia a necessidade de melhoria no manejo da terminalidade.

Embora os pacientes em cuidados paliativos sejam um grupo heterogêneo, há muitos fatores que podem impactar seu estado nutricional, de forma similar, levando à desnutrição ²⁵. Neste estudo, os resultados mostraram que todos os pacientes em CP estavam em risco nutricional, que foi confirmado em 88,61% dos pacientes que apresentaram desnutrição pelo instrumento de avaliação nutricional da *American Society for Parenteral & Enteral Nutrition* (AND-ASPEN). Esse resultado pode ser explicado pelo perfil da amostra, de população envelhecida e portadora de doenças crônicas ameaçadoras à vida.

Os achados de desnutrição deste estudo são semelhantes ao de Serdar et al², que encontraram 57,4% de desnutrição entre os pacientes hospitalizados em CP, quando avaliados pela ferramenta Mini Avaliação Nutricional (MAN), que foi associada negativamente a qualidade de vida dos pacientes estudados.

No que se refere à gravidade da desnutrição, foi observado que a maioria dos pacientes (68,35%) apresentou desnutrição grave. Lopes et al ²⁶ observaram que 41,3% dos pacientes diagnosticados com Câncer e recebendo CP tinham desnutrição em grau moderado, e 34,6% grau grave de desnutrição, quando avaliados pela Avaliação Subjetiva Global produzida pelo paciente (ASG-PPP).

A intervenção nutricional precoce pode prevenir, minimizar ou corrigir a perda de peso reversível. Cabe ressaltar que no presente estudo, 100% dos pacientes já apresentavam risco nutricional, o que chama a atenção para a necessidade de um atendimento precoce pelo profissional nutricionista. Entretanto 88,61% já haviam evoluído do risco para a desnutrição, demonstrando que, provavelmente, o nutricionista tem sido envolvido tardiamente no cuidado desses pacientes e que, se houvesse uma atuação precoce, essa evolução poderia ter sido melhor manejada, uma vez que a recuperação de um quadro já instalado de desnutrição é muito mais complexa e, a depender de seu grau, irreversível. Essa atuação se mostra necessária antes dos cuidados hospitalares propriamente, podendo até mesmo retardar a própria evolução clínica da doença. Entretanto, dependendo do grau de comprometimento da doença, o quadro de desnutrição pode ser irreversível ^{27,28}.

Na terminalidade da doença, onde a perda ponderal é irreversível, cabe ao profissional nutricionista apoiar o binômio paciente-família diretamente e apoiar outros profissionais de saúde na gestão de sintomas físicos, psicológicos e nos impactos sociais da perda de apetite e mudanças na imagem corporal ^{27,29}. As condutas e o planejamento dos cuidados neste contexto são centrados no indivíduo, e necessitam ser revistos constantemente, o que possibilita mudanças no decorrer do tempo e evolução clínica do paciente ¹⁸.

Também em se tratando de CP, a dieta deve ser administrada preferencialmente por via oral. Quando o paciente apresenta ingestão insuficiente de acordo com os objetivos nutricionais traçados, a terapia nutricional oral (TNO), incluindo complemento nutricional a partir de suplementos, pode ser utilizada ^{5,14}.

1
2
3
4 À medida que o fim da vida se aproxima, o alimento pode continuar sendo
5
6 ofertado, mas a ênfase do cuidado está na qualidade de vida e no alívio do sofrimento,
7
8 não em uma terapêutica ativa para promover adequação nutricional ⁵.

9
10 O ato de se alimentar proporciona experiências interpessoais de conforto, as
11
12 quais não são alteradas quando um indivíduo é acometido por uma doença grave ²⁹.
13
14 Diante dessa premissa, o aumento na oferta da dieta por via oral (exclusiva e
15
16 associada) observada no desfecho clínico dos pacientes deste estudo, representa a
17
18 otimização do prazer de comer e beber tanto quanto possível, respeitando desejos,
19
20 dignidade, autonomia e qualidade de vida dos pacientes, que por conseguinte,
21
22 melhoram seu bem-estar ¹⁷.

23
24 De forma hierárquica, quando a dieta por via oral e a terapia nutricional enteral
25
26 não são possíveis, a terapia nutricional parenteral pode ser considerada. Entretanto,
27
28 esta abordagem tem alto custo e envolve muitos riscos, devendo estar embasada em
29
30 uma real contribuição ao bem-estar do paciente e considerável sobrevida. Ainda,
31
32 como observado neste estudo, a oferta de alimentos por via oral pode ser associada
33
34 a nutrição enteral ou parenteral ⁵.

35
36 Em relação à dieta zero, esta conduta pode ser tomada quando o paciente está
37
38 apresentando intolerância à nutrição, sendo necessária a cessação da dieta, bem
39
40 como quando constatada a terminalidade da vida, situação que permite o profissional
41
42 de saúde, baseado na não maleficência, optar por não ofertar a nutrição ao paciente,
43
44 o que pode ter explicado a existência de dieta zero entre os pacientes em CP neste
45
46 estudo ⁵.

47
48 Quanto à estimativa da necessidade calórica e proteica de pacientes recebendo
49
50 CP, foram observadas pequenas variações de objetivos calóricos estabelecidos,
51
52 tendo sido encontradas metas hiperproteicas (1,74 g/kg/dia - 1,59 g/kg/dia) e,
53
54 normocalóricas (28,75 kcal/kg/dia) e hipocalóricas (25,09 kcal/kg/dia), no momento do
55
56 parecer e desfecho clínico do paciente, respectivamente. Estes achados são similares
57
58 aos de Wallengren, Bosaués e Lundholm³⁰, que encontraram uma ingestão energética
59
60 média de 25,8 kcal/kg/dia para pacientes com câncer em CP. Estes resultados podem
estar associados ao fato que a maioria dos pacientes em CP apresentam redução do
apetite e saciedade precoce, diminuindo a ingestão energética, conforme processo
natural da terminalidade ⁵. Embora não tenham sido encontrados estudos sobre dieta
hiperproteica em CP, é hipotetizado que esta conduta é realizada com o objetivo de
recuperar o estado nutricional ou evitar prejuízos ao paciente, como a maior perda de

1
2
3
4 massa muscular e consequentes sintomas como fraqueza, maior comprometimento
5 da imunidade, entre outros ³¹.

6
7
8 Ao analisar a funcionalidade dos pacientes, foi observado que a maioria
9 apresentou uma baixa funcionalidade (PPS < 30%), o que indica a proximidade de fim
10 de vida. Estudos clássicos como o de Anderson et al ³² corroboram esses achados ao
11 descrever que só 10% dos pacientes com PPS igual a 50% têm sobrevida superior a
12 seis meses, e que a fase final da vida coincide com PPS em torno de 20%.

13
14 Além das alterações clínicas e nutricionais, a maioria das DCNT, principalmente
15 na sua terminalidade, envolvem episódios de exacerbações agudas que levam a
16 hospitalização ³³. No presente estudo, as agudizações foram altamente prevalentes
17 em todos pacientes, especialmente, entre aqueles com diagnósticos diferentes de
18 câncer. Tal achado pode indicar a necessidade de CP de alívio de sintomas agudos,
19 que é difícil de ser reconhecida em pacientes com doenças crônicas para as quais a
20 identificação da fase de terminalidade e o gerenciamento de fim de vida são menos
21 frequentes quando comparados aos pacientes diagnosticados com câncer ³⁴.

22
23 O alto percentual de mortes em hospitais demonstra a necessidade de otimizar
24 o processo de transição de cuidados, possibilitando a articulação com os diferentes
25 cenários e complexidades que compõem a rede de atenção à saúde, como os serviços
26 de atenção domiciliar e consequente desospitalização, visando um plano de cuidados
27 de forma mais humanizada, promovendo melhor qualidade de vida ao paciente e ao
28 cuidador ¹⁵.

29
30 Os achados aqui descritos, são referentes a pacientes em CP em uma unidade
31 hospitalar, nível terciário de atenção à saúde, e apresentam algumas limitações que
32 devem ser levadas em consideração na interpretação dos resultados. Em primeiro
33 lugar, a falta de dados tanto pela ausência de registro ou erro do sistema de
34 informação, das variáveis do perfil nutricional e abordagem nutricional, pode ter
35 impactado nos resultados das análises.

36
37 Em segundo lugar, os dados referentes à PPS, tendo em conta o julgamento
38 subjetivo de vários parâmetros do instrumento, envolveu o registro em prontuário
39 eletrônico realizado por mais de um profissional, e considerou as anotações indiretas
40 para AVD, funcionalidade totalmente comprometidas e dependência funcional total.

41
42 Como ponto forte, o presente estudo se destaca ao abordar temas relevantes
43 em Cuidados paliativos como a investigação do perfil nutricional, abordagem
44 nutricional e presença de intercorrências clínicas e nutricionais de pacientes em
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

Cuidados Paliativos. Bem como ao propor associações singulares e tão necessárias ao conhecimento de profissionais que prestam cuidados a esta população, dada a escassez de dados nacionais sobre a temática e principalmente tais associações, como de funcionalidade e estado nutricional.

For Review Only

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os pacientes direcionados para CP, em sua maioria idosos desnutridos apresentando agudizações associadas a doenças crônicas preexistentes e baixa funcionalidade ilustram o olhar diferenciado por parte da equipe multiprofissional para o paciente com demandas de CP, a fim de proporcionar cuidado multidisciplinar e humanizado. Em se tratando de CP, dúvidas e discordâncias em relação à via de administração, ao suporte calórico e hídrico e às possíveis terapias nutricionais ainda são muito comuns. Os benefícios do suporte nutricional artificial devem ser considerados cuidadosamente, a partir de uma abordagem focada no paciente e em seus valores, levando ainda em conta a qualidade de vida, seu estado funcional e a trajetória da doença, além da viabilidade do regime de alimentação em torno da rotina do paciente e seus cuidadores e familiares.

Altos percentuais de hospitalização e de óbitos no ambiente hospitalar ressaltam a importância da elaboração de um plano de cuidados no início do atendimento, para o manejo destes pacientes. O olhar paliativo tardio, favorece um tratamento desproporcional, com prolongamento do sofrimento e violação dos direitos humanos e da dignidade dos pacientes atendidos. O conhecimento técnico aliado ao uso de ferramentas prognósticas confiáveis, e estratégias específicas de comunicação envolvendo técnica, honestidade e compaixão, auxiliam na identificação de pacientes que podem se beneficiar dos CP, além de possuir alto impacto nos desfechos clínicos, favorecendo o tratamento adequado e digno a esta população

De acordo com os achados fica evidente a importância dos CP como abordagem que melhora a qualidade de vida e sobrevida dos pacientes, devendo estar presente na avaliação, monitoramento e tratamento clínico e nutricional, desde o diagnóstico de uma doença ameaçadora à vida até a sua terminalidade. Nesta temática, este estudo destaca a necessidade de atuação precoce, sobretudo do profissional nutricionista, em vista dos achados de prevalência de risco nutricional e desnutrição.

O presente estudo contribui para reforçar a importância de estimular capacitações constantes dos profissionais envolvidos na assistência de CP, e de ampliar o acesso e recomendação de CP de forma oportuna, integral e individualizada, a fim de proporcionar dignidade no processo de terminalidade da vida.

REFERÊNCIAS

- [1] D'ALESSANDRO M. et al (Coord). Manual de Cuidados Paliativos. São Paulo: Hospital Sírio Libanês; Ministério da Saúde, 2020.
- [2] SERDAR K. et al. The Effect of Nutritional Status on Quality of Life in Palliative Care Patients. Indian J Surg. p.1-5, 2019.
- [3] WHO. World Health statistics 2018 - Monitoring Health for the Sustainable Development Goals. World Health Organization; 2018.
- [4] MALTA DC, et al. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. Epidemiol. Serv. Saúde., v. 23, n. 4, p. 599-608, 2014.
- [5] CARVALHO R. T; TAQUEMORI, L. Y. Nutrição em cuidados paliativos. Manual de Cuidados Paliativos ANCP - Ampliado e Atualizado. 2. ed. Academia Nacional de Cuidados Paliativos; p. 483-499, 2012.
- [6] SOBRAL A. A. S; PEREIRA, M. E. A.; WAKIYAMA, C. O papel do nutricionista no cuidado paliativo do paciente oncológico em fase terminal: uma revisão da literatura. Científico. v. 17, n. 36, Fortaleza, 2017.
- [7] BEST C; HITCHINGS, H. Improving nutrition in older people in acute care. Nursing Standard. v.29, n.47, p.50-57, 2015.
- [8] WHO. Worldwide Palliative Care Alliance. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. WHO. England. 111p., 2014. Disponível em: <http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf>. Acesso em 19 de Junho de 2018.
- [9] MATSUMOTO D. Y. Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. Manual de Cuidados Paliativos ANCP - Ampliado e Atualizado. 2. ed. Academia Nacional de Cuidados Paliativos; p. 23-30. 2012.
- MCCANN, R. M.; HALL, W. J.; GROTH-JUNCKER, A. Comfort care for terminally ill patients. The appropriate use of nutrition and hydration. JAMA. v.272, p.1263-1266, 1994.
- [10] MACIEL M. G. S; CARVALHO R. T. A escala de Desempenho em Cuidados Paliativos versão 2 (EDCP v2). PPS - Portuguese Brazilian approved translation. Victoria Hospice Society, 2009.

- [11] KONDRUP J. et al. Nutricional Risk Screening (NRS 2002): a New method based on an analysis of controlled clinical trials. *Clinical Nutrition.*, v.22, n.3, p.321-336, 2003.
- [12] WHITE J. et al. Consensus Statement: Academy of Nutrition and Dietetics and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition: Characteristics Recommended for the Identification and Documentation of Adult Malnutrition (Undernutrition). *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* v. 36, n. 3, p.275-283, 2012.
- [13] SILVA M. Cuidados paliativos e envelhecimento: Abordagem de serviços no sistema único de saúde (SUS). *Rev Med Minas Gerais.* v.29, n. 2039, 2019.
- [14] VOLKERT D. et al. ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clinical Nutrition.* p 1-38, 2018.
- [15] KOSTENBERGER M. et al. Prevalence of palliative care patients in emergency departments. *Springer Nature.* p1-6, 2019.
- [16] BRASIL. IBGE. Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil. Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica. n.25, p1-152, 2009.
- [17] CASTRO J. M. F; FRANGELLA V. S.; HAMADA M. T. Consensos e dissensos na indicação e continuidade da terapia nutricional enteral nos cuidados paliativos de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis. *ABCS Health Sci.*, v. 42, n. 1, p. 55-59, 2017.
- [18] CALSINA-BERNA A. et al. Intrahospital Mortality and Survival of Patients with Advanced Chronic Illnesses in a Tertiary Hospital Identified with the NECPAL CCOMS-ICO Tool. *J Palliat Med*, p. 1-9, 2018.
- [19] BASTOS B.R. et al. Perfil sociodemográfico dos pacientes em cuidados paliativos em um hospital de referência em oncologia do estado do Pará. *Rev Pan-Amaz Saúde.* v.9, n.2, p.31-36, 2018.
- [20] BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). DATASUS, 2021. Disponível em: <<http://sihd.datasus.gov.br>> Acesso em: 20 de março de 2021.
- [21] SILVA R. et al. Efeitos da hospitalização prolongada: O impacto da internação na vida paciente e seus cuidadores. *Saúde (Santa Maria).* v.44, n. 3, p. 1-12, 2018.
- [22] MARCUCCI F. et al. Resultados de um não de atividade de uma Unidade de Cuidados Paliativos em um Hospital Geral. *Geriatr Gerontol Aging.* v.13, n.2, p.88-94, 2019.

- [23] SOUZA. I. C. et al. Perfil de pacientes dependentes hospitalizados e cuidadores familiares: Conhecimento e preparo para as práticas do cuidado domiciliar. *Rev Min Enferm*, v. 18, n. 1, p. 164-17. 2014.
- [24] COYM A. et al. Systematic symptom and problem assessment at admission to the palliative care ward – perspectives and prognostic impacts. *BMC Palliative Care*. v.19, n.75, p.1-11, 2020.
- [25] AGARWAL E. et al. 2013. Malnutrition in the elderly- A narrative review. *Maturitas*, v.76, p. 296– 302, 2013.
- [26] LOPES J. et al. Applicability of patient-generated subjective global assessment in palliative care. *Hos Pal Med Int Jnl.*, v.3, n.4, p.138–145, 2019.
- [27] DAY, T. Managing the nutritional needs of palliative care patients. *Br J Nurs.*, v. 26, n.21, p. 1151-1159, 2017.
- [28] MAGALHÃES E. S.; OLIVEIRA A. E. M; CUNHA N. B. Atuação do nutricionista para melhora da qualidade de vida de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. *Arch. Health. Sci.* v. 25, n. 3, p. 4-9, 2018.
- [29] PAYNE C. Dietetics and Nutrition in Palliative Care. Text book of palliative care. Springer Nature, p.1-9, 2018.
- [30] WALLENGREN O.; BOSAEUS I.; LUNDHOLM K. Dietary energy density is associated with energy intake in palliative care cancer patients. *Support Care Cancer*, v. 20, p. 2851–2857, 2012.
- [31] TOLEDO D. O. et al. Campanha “Diga não à desnutrição”: 11 passos importantes para combater a desnutrição hospitalar. *BRASPEN J*, v. 33, n. 1, p. 86-100. 2018.
- [32] ANDERSON F. et al. Palliative Performance Scale (PPS) A new tool. *J. Palliat. Care*, v.12, n.1, p.5-11, 1996.
- [33] VESTERGAARD A., et al. Hospitalisation at the end of life among cancer and non-cancer patients in Denmark: a nationwide register-based cohort study. *BMJ Open*. v.10, 2020.
- [34] SPILSBURY K. et al. The impact of community-based palliative care on acute hospital use in the last year of life is modified by time to death, age and underlying cause of death. A population based retrospective cohort study. *PLoS one.*, v. 12, n. 9, 2017.



FUNDAÇÃO DE ENSINO E
PESQUISA EM CIÊNCIAS DA
SAÚDE/ FEPECS/ SES/ DF



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE CLÍNICA E NUTRICIONAL DE PACIENTES ATENDIDOS PELA EQUIPE INTERCONSULTORA DE CUIDADOS PALIATIVOS DO HOSPITAL REGIONAL DE CEILÂNDIA DO DISTRITO FEDERAL: UM ESTUDO COORTE RETROSPECTIVO

Pesquisador: Patrícia Barbosa Freire

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 17570619.7.0000.5553

Instituição Proponente: Escola Superior de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.590.530

Apresentação do Projeto:

TRATA-SE PROJETO DE PESQUISA DE MESTRADO DA FEPECS. O avanço tecnológico alcançado a partir da segunda metade do século XX, associado ao desenvolvimento da terapêutica, fez com que muitas doenças, antes mortais, se tornassem crônicas.

Hipótese:

A desnutrição em pacientes hospitalizados, especialmente na população idosa, tem correlações diretas com complicações clínicas, como taxa de mortalidade, infecções, úlceras de pressão, tempo de permanência no hospital e número de reinternações (DITEN, 2011, SBNEP, 2012, AGARWAL et al, 2013; MAGALHÃES, OLIVEIRA E CUNHA, 2018; BENARROZ; FAILLACE E BARBOSA, 2009; Toledo et al. 2018), além de estar associada

também à redução da resposta ao tratamento e diminuição da qualidade de vida (VOLKER et al, 2018; AGARWAL et al, 2013; TOLEDO et al 2018). Particularmente em caso de doenças agudas ou crônicas, os problemas nutricionais são generalizados, e a redução na ingestão dietética em combinação com efeitos catabólicos da doença levam rapidamente ao quadro de desnutrição e consequentemente às complicações clínicas e piores desfechos (MORLEY, 2017; AGARWAL et al, 2013).

Critério de Inclusão:

pacientes com idade igual ou superior a 20 e que tenham sido atendidos pela EICP-HRC.

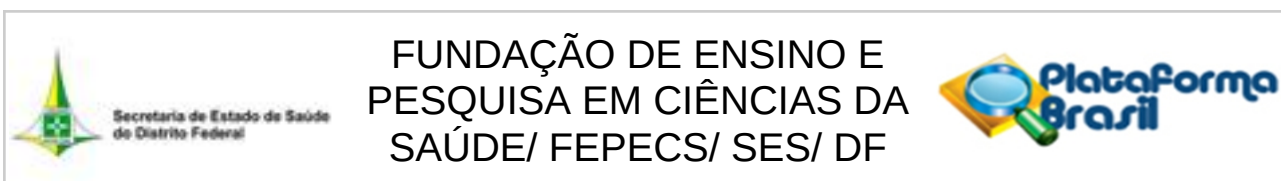
Critério de Exclusão:

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-904

UF: DF **Município:** BRASILIA

Telefone: (61)2017-2127 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.590.530

Serão excluídos os pacientes com dados de desfecho ausentes (data de alta, transferência, encaminhamento e óbito), além daqueles pacientes cujo os pedidos de pareceres não foram atendidos pela EICP.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar o estado clínico e nutricional e sua relação com os desfechos clínicos de pacientes atendidos pela equipe interconsultora de cuidados paliativos do Hospital Regional de Ceilândia do Distrito Federal.

Objetivo Secundário:

1. Descrever o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes; 2. Verificar o estado nutricional dos pacientes; 3. Detalhar a ingestão alimentar, via e tipo de dieta recebida pelos pacientes; 4. Apontar a relação entre diagnósticos clínicos, presença de sintomas e desfechos (alta, transferência, encaminhamento, óbito); 5. Comparar diagnósticos clínicos e estado nutricional; 6. Analisar a relação entre estado nutricional, ingestão alimentar e desfechos; 7. Elaborar estratégias intervencionais permitindo a formação de recurso humano qualificado e aprimoramento dos instrumentos de trabalho na prática clínica diária.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Em relação aos riscos inerentes a esta pesquisa, ressalta-se o possível vazamento de dados, comprometendo assim o sigilo clínico do paciente.

Este risco será contornado com procedimentos de segurança durante a coleta de dados, já que os pacientes serão identificados por siglas e não serão coletados dados pessoais como telefone e endereço.

Benefícios:

Em relação aos benefícios, o projeto permitirá a formação de recurso humano qualificado com conhecimento atualizado, além do aprimoramento dos instrumentos de trabalho na prática diária.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

1 Tipo de estudo: Tratar-se-á de um estudo tipo coorte de delineamento retrospectivo, observacional, descritivo e analítico. 2 Local e período: O estudo será realizado no Hospital Regional de Ceilândia (HRC) da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF).

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)2017-2127

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE/ FEPECS/ SES/ DF



Continuação do Parecer: 3.590.530

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- FOLHA DE ROSTO E TERMO DE ANUÊNCIA DE ACORDO;
- CURRÍCULOS DE ACORDO;
- HIPÓTESE, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE ACORDO;
- CARTA DE ENCAMINHAMENTO E COMPROMISSO DE ACORDO;
- RISCOS E BENEFÍCIOS DE ACORDO;
- PLANILHA DE ORÇAMENTO DE ACORDO;
- CRONOGRAMA DE ACORDO: 01/08/2019 À 29/11/2019.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- RESPONDEU ÀS PENDÊNCIAS ADEQUADAMENTE: PROJETO APROVADO.

O pesquisador assume o compromisso de garantir o sigilo que assegure o anonimato e a privacidade dos participantes da pesquisa e a confidencialidade dos dados coletados. Os dados obtidos na pesquisa deverão ser utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo.

O pesquisador deverá encaminhar relatório parcial e final de acordo com o desenvolvimento do projeto da pesquisa, conforme Resolução CNS/MS nº 466 de 2012.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

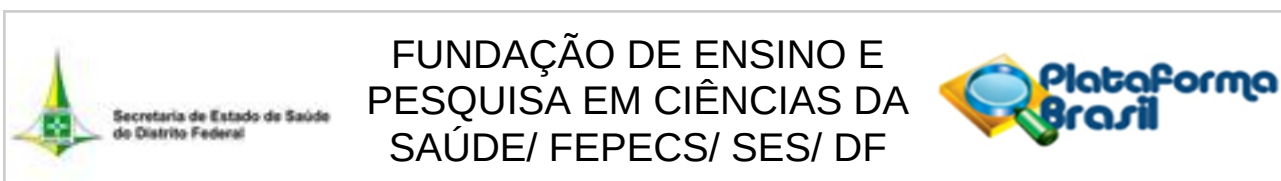
Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1351101.pdf	27/08/2019 00:52:25		Aceito
Outros	CartaRespostaPendenciasCEPFEPECSMestradoPatPDF.pdf	27/08/2019 00:51:07	Patrícia Barbosa Freire	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	brochuraMestradoPat.docx	27/08/2019 00:29:43	Patrícia Barbosa Freire	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoassinadaparaanexar.pdf	25/06/2019 10:07:06	Patrícia Barbosa Freire	Aceito
Outros	termodeanuenciascaneado.pdf	09/05/2019 11:14:01	Patrícia Barbosa Freire	Aceito
Outros	CartaencaminhamentoMestradoPat.pdf	09/05/2019 11:04:36	Patrícia Barbosa Freire	Aceito
Outros	TermocompromissoMestradoPat.pdf	09/05/2019 11:01:01	Patrícia Barbosa Freire	Aceito

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-904

UF: DF **Município:** BRASILIA

Telefone: (61)2017-2127 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.590.530

Outros	DispensaTCLEMestradoPat.pdf	09/05/2019 10:58:59	Patrícia Barbosa Freire	Aceito
Outros	4ModCurricVitaorientadoraAna.doc	09/05/2019 01:10:22	Patrícia Barbosa Freire	Aceito
Outros	4ModCurricVitaemestradoPatPat.doc	09/05/2019 01:09:39	Patrícia Barbosa Freire	Aceito
Orçamento	ORCAMENTOMestradoPat.docx	09/05/2019 01:08:03	Patrícia Barbosa Freire	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMAprojetoMestradoPat.docx	09/05/2019 01:06:41	Patrícia Barbosa Freire	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 22 de Setembro de 2019

Assinado por:
Laíza Magalhães de Araújo
(Coordenador(a))

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)2017-2127

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com

Obesidade e agravamento da COVID 19 – Artigo de revisão

Gláucia Sabino Moreira¹

Lílian Barros de Souza Moreira Reis²

Patrícia Barbosa Freire³

1. Nutricionista – Escola Superior de Ciências da Saúde. Distrito Federal. Residente do Programa Multiprofissional em Saúde do Adulto e Idoso.

2. Nutricionista – Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Doutora e mestre em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia. Especialista em Clínica e Terapêutica Nutricional. Nutricionista no Hospital Regional da Asa Norte. Membro da equipe de Cirurgia Metabólica para o Diabetes. Tutora e preceptora da Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e Idoso.

3. Nutricionista – Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Especialista em Nutrição Funcional. Nutricionista clínica no Hospital Regional de Ceilândia. Preceptora da Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e Idoso.

RESUMO

Introdução: a obesidade, que é uma doença inflamatória de incidência global, tem sido o maior fator decisivo nas internações, depois da idade, o que pode indicar o papel das reações hiperinflamatórias que ocorrem nas pessoas com a Covid-19. **Objetivo:** identificar artigos relevantes que discutam a obesidade em adultos e a doença infecciosa causada pela pandemia da Covid-19. **Metodologia:** foi realizada no mês de abril de 2020 uma busca de artigos publicados entre novembro de 2019 e abril de 2020, sendo o idioma de referência o inglês e utilizando a Biblioteca Nacional de Medicina / NLM (Medline / PubMed) e da Organização Mundial de Saúde. **Resultados:** as publicações mais recentes e relevantes em diferentes países e situação epidemiológica a respeito de obesidade e agravamento da Covid-19 tentam elucidar os fatores fisiopatológicos dessa relação. **Conclusão:** Faz-se necessário o aprofundamento das pesquisas e estudos que identifiquem a gravidade da obesidade frente à pandemia da Covid-19 para melhor compreensão desta relação a fim de proporcionar melhores tratamentos aos pacientes vítimas da infecção por SARS-CoV-2, considerar o IMC na predição de maior risco, fomentar intervenções terapêuticas baseadas na compreensão fisiopatológica da obesidade e comunicar à sociedade tal risco sem estigmatização, estilo de vida saudável e melhores escolhas alimentares.

Palavras-chave: obesidade, COVID-19, índice de massa corporal

Obesity and aggravation of COVID 19 – Review article

ABSTRACT

Introduction: obesity, which is an inflammatory disease of global incidence, has been the major deciding factor in hospitalizations, after age, which may indicate the role of hyperinflammatory reactions that occur in people with Covid-19. **Objective:** to identify relevant articles that discusses obesity in adults and the infectious disease caused by the Covid-19 pandemic. **Methodology:** in April 2020, a search for articles published between November 2019 and April 2020 was carried out, with the reference language being English and using the National Library of Medicine / NLM (Medline / PubMed) and the World Health Organization.

Results: the most recent and relevant publications in different countries and epidemiological situation at respect to obesity and worsening of Covid-19 try to elucidate the pathophysiological factors of this relationship. **Conclusion:** it is necessary to deepen research and studies that identify the severity of obesity in the face of the Covid19 pandemic for a better understanding of this relationship in order to: provide better treatments to patients who are victims of SARS-CoV-2 infection, consider BMI in the prediction of greater risk, promote therapeutic interventions based on the pathophysiological understanding of obesity and communicate this risk to society without stigmatization, healthy lifestyle and better food choices.

Key words: obesity, COVID-19, body mass index

INTRODUÇÃO

Em dezembro de 2019, uma série de casos de pneumonia de causa desconhecida surgiu em Wuhan, Hubei, China, com apresentações clínicas muito semelhantes à pneumonia viral¹. A análise de sequenciamento profundo de amostras do trato respiratório inferior indicou um novo coronavírus que foi nomeado de novo coronavírus 2019. Os coronavírus são vírus de RNA positivos não segmentados, pertencentes à família Coronaviridae e à ordem Nidovirales, amplamente distribuídos em humanos e outros mamíferos². Embora a maioria das infecções por coronavírus humano seja leve, as epidemias dos dois betacoronavírus: coronavírus da síndrome respiratória aguda grave (SARS-CoV) e coronavírus da síndrome respiratória do Oriente Médio (MERS-CoV) causaram mais de 10.000 casos cumulativos nas últimas duas décadas, com taxas de mortalidade de 10% para SARS-CoV e 37% para MERS-CoV².

Foram adotadas medidas de isolamento e distanciamento pelo governo chinês, no entanto a Covid-19 espalhou-se por todos os continentes levando a Organização Mundial da Saúde (OMS) a caracterizar a doença como uma pandemia no dia 11 de março de 2020. O presidente da OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, declarou haver até então 118 mil casos em 114 países com 4,2 mil óbitos³. Após 96 dias da caracterização de pandemia o mundo contabilizou mais de 7,5 milhões de casos confirmados aproximando-se de 450 mil óbitos⁴. A este cenário soma-se a sobrecarga dos sistemas de saúde de vários países e o colapso econômico generalizado comparando a recessão econômica global aos parâmetros da 2ª Guerra Mundial⁵.

Há um claro reconhecimento de que as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) estão associadas ao agravamento da Covid-19. Entretanto a obesidade precisa ser amplamente investigada, pois por si só já é um fator de risco para o desenvolvimento das demais DCNT e risco aumentado de pneumonia com pré-disposição à hipoventilação, hipertensão pulmonar, estresse cardíaco⁶, desregulação imunológica com altos índices de marcadores inflamatórios circulantes, associados à resistência à insulina sabidamente presente em pacientes obesos⁷.

OBJETIVO

Identificar artigos relevantes que discutam a relação entre a obesidade no adulto e a doença infecciosa causada pela pandemia da Covid-19.

METODOLOGIA

Foi realizada, no mês de abril de 2020, uma busca dos artigos publicados usando a Biblioteca Nacional de Medicina / NLM (Medline / PubMed) e da Organização Mundial de Saúde. Utilizamos as palavras chaves segundo os descritores em Ciências da Saúde DeCS/MeSH sendo estas: “infecções por coronavírus”, “obesidade”, “saúde do adulto”. O idioma de referência para as buscas foi o inglês e foram analisados artigos publicados entre novembro de 2019 e abril de 2020 com avaliação de textos completos.

RESULTADOS

Artigo desenvolvido em Wuhan, China, apresenta as características epidemiológicas da pneumonia causada pela Covid-19 identificando a idade avançada, obesidade e presença de comorbidades crônicas pré-existentes que vêm sendo associados à evolução com piora do prognóstico e aumento da mortalidade dos pacientes acometidos pela Covid-19⁸. Outro estudo sobre a doença, divulgado na França e nos Estados Unidos, aponta que a obesidade está presente em mais da metade dos pacientes internados e naqueles que precisam de ventilação mecânica⁹. O relatório Rede de Vigilância Hospitalar Associada à Covid-19 (COVID-NET) realizado em 99 municípios de 14 estados americanos e divulgado no dia 08 de abril de 2020 pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) dos Estados Unidos identificou a obesidade como condição comum entre os pacientes hospitalizados. De 180 adultos hospitalizados, 48,3% apresentavam obesidade. A taxa sobe para 59% entre os jovens e adultos dos 18 aos 49 anos de idade e na faixa etária entre 50 e 64 anos o número de obesos nos leitos é de 49%^{9,10}.

Outra publicação realizada pelo Instituto Lille Pasteur da Universidade de Lille, o Departamento de Terapia Intensiva e o Centro Integrado de Obesidade da cidade francesa de Lille, aponta que a obesidade está associada a casos mais graves de Covid-19, quando requer uso de respiradores. Segundo a pesquisa, a gravidade da doença aumenta de acordo com o Índice de Massa Corporal (IMC) do paciente¹⁰. O resultado mostra que a obesidade (IMC > 30 kg / m²) e obesidade grave (IMC > 35 kg / m²) estiveram presentes em 47,6% e 28,2% dos casos, respectivamente. De maneira geral, 85 pacientes (68,6%) necessitaram de ventilação mecânica e a proporção de pacientes que necessitaram de suporte ventilatório aumentou com as categorias de IMC, sendo maior nos pacientes com IMC > 35 kg / m² (85,7%)^{10,11}.

Existem múltiplos mecanismos potenciais que colocam a obesidade como fator de risco severo para infecção grave por SARS-CoV-2. Estudos sugerem que a deposição ectópica de gordura reduza a reserva cardiorrespiratória protetora, tendo efeitos prejudiciais sobre a função pulmonar, com diminuição do volume expiratório forçado e capacidade vital forçada. Gera ainda sobrecarga cardíaca e desregulação imunológica que, associando-se ao comprometimento da resistência à insulina e à redução da função das células beta, limitam a capacidade de evocar um metabolismo de resposta apropriado ao desafio imunológico⁷.

Outro mecanismo potencial se dá pela carga trombótica aumentada na obesidade que é relevante devido à associação entre Covid-19 grave e disseminação pró-trombótica de coagulação intravascular e altas taxas de tromboembolismo venoso. Quanto à resposta imune, na obesidade o tecido adiposo é pró-inflamatório devido a uma maior quantidade circulante de interleucina 6 e proteína C reativa, havendo também um aumento da expressão de adipocinas e uma expressão desregulada de leucócitos e macrófagos. Além de todos esses fatores, um pior estado nutricional e hiperglicemia podem agravar a situação de alguns indivíduos obesos. Vale ressaltar ainda que em indivíduos com idade avançada, o peso e a massa magra tendem a diminuir e o tecido adiposo aumenta substancialmente, especialmente naqueles acometidos por doenças crônicas cardiovasculares e respiratórias deixando a eficiência metabólica prejudicada⁷.

Ainda, o vírus SARS-CoV-2 se liga ao receptor da enzima conversora de angiotensina 2 (ACE2) para invasão intracelular, e postula-se que o mecanismo de lesão pulmonar aguda durante a infecção seja mediado pela ativação do sistema renina-angiotensina (RAS). Sabidamente, o ACE2 é expresso no tecido adiposo humano. A ativação do eixo ACE2-RAS desempenha um papel importante na fisiopatologia da obesidade e no risco cardíaco relacionado à adiposidade visceral. A interação entre o sistema ACE2-RAS, o tecido adiposo e o novo coronavírus pode, pelo menos parcialmente, explicar o maior risco de morbimortalidade de pacientes obesos com Covid-19^{11,12}.

A obesidade apresenta um viés generalizado de peso e estigma, que são acentuados por uma crescente caricaturização oprobriosa nas mídias sociais, que perpetuam conceitos errôneos sobre obesidade e sobre pessoas com obesidade. O momento atual não é propício à dieta de emagrecimento, especialmente as mais radicais, por debilitarem o sistema imunológico. Entretanto, as medidas de gerenciamento da obesidade devem ser mantidas¹². Essas medidas concentram-se em quatro pilares de promoção da saúde em que o indivíduo pode atuar: ingestão de energia (redução da ingestão se estivermos nos movendo menos), gasto de energia (maneiras criativas e divertidas de aumentar o gasto energético em casa), sono (preparação do ambiente algumas horas antes de dormir), saúde mental e resiliência (estratégias psicológicas para reduzir o estresse e evitar a alimentação emocional)¹³.

Apesar do claro reconhecimento de que a presença de comorbidades como hipertensão, dislipidemias, diabetes mellitus e doenças cardiovasculares (DCV) está associada a um agravamento da Covid-19, a obesidade ainda não foi amplamente investigada até o momento. Pacientes com obesidade têm um risco aumentado para essas comorbidades e para pneumonia com pré-disposição à hipoventilação, hipertensão pulmonar e estresse cardíaco^{12, 14}.

A seguir apresentamos um quadro com os principais artigos encontrados a respeito de obesidade e agravamento da Covid-19, trazendo seus autores, países e organismos envolvidos nas pesquisas e o ano de publicação.

ARTIGO	AUTOR	PAÍS	ORGANISMO	ANO
Fatores associados à internação hospitalar e doença crítica em 5279 pessoas com doença por coronavírus 2019 na cidade de Nova York: estudo de coorte prospectivo.	Petrilli CM, Jones SA, Yang J, Rajagopalan H, O'Donnell LF, Chernyak Y, et al.	Estados Unidos	Divisão de Medicina Interna Geral e Inovação Clínica, Departamento de Medicina, NYU Grossman School of Medicine, Nova York; NYU Langone Health, Nova York; Divisão de Ciência da Assistência à Saúde, Departamento de Saúde da População, NYU Grossman School of Medicine; Centro de Inovação em Saúde e Ciência da Entrega, NYU Langone Health, Nova York; Departamento de Cirurgia Cardiorádica, NYU Grossman School of Medicine, Nova York; Divisão de Gastroenterologia, Departamento de Medicina, NYU Grossman School of Medicine, Nova York, NY, EUA.	2020

Obesidade como fator de risco para infecção grave por COVID-19: múltiplos mecanismos potenciais.	Sattar N, McInnes IB, McMurray JJV	Reino Unido	Instituto de Ciências Cardiovasculares e Médicas, Universidade de Glasgow, Glasgow, Reino Unido. Instituto de Infecção, Imunidade e Inflamação, Universidade de Glasgow, Glasgow, Reino Unido.	2020
Características epidemiológicas e clínicas de 99 casos de nova pneumonia por coronavírus em 2019 em Wuhan, China: um estudo descritivo.	Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y, et al.	China	Programa Nacional de Pesquisa e Desenvolvimento da China.	2020
Taxas e Características de Hospitalização de Pacientes Hospitalizados com Doença de Coronavírus Confirmada em Laboratório 2019 - COVID-NET, 14 Estados, 1 a 30 de março de 2020.	Garg S, Kim L, Whitaker M, O'Halloran A, Cummings C, Holstein R, et al.	Estados Unidos	Centro de Controle e Prevenção de Doenças - CDC	2020
Alta prevalência de obesidade no coronavírus-2 da síndrome respiratória aguda grave (SARS-CoV-2) que requer ventilação mecânica invasiva.	Simonnet A, Chetboun M, Poissy J, Raverdy V, Noulette J, Duhamel A, et al.	França	Universidade de Lille, Lille, França	2020
Segmentação do tecido adiposo na COVID - 19.	Malavazos AE, Romanelli MMC,	Itália	Universidade de Milão, Universidade de Miami	2020

	Bandera F, Iacobellis G			
Declaração da Associação Europeia para o Estudo da Posição da Obesidade na Pandemia Global COVID-19.	Frühbeck G, Baker JL, Busetto L, Dicker D, Goossens GH, Halford JCG, ET al.	Reino Unido, Espanha, Dinamarca, Itália, Israel, Holanda, Bulgária, Grécia, Finlândia, república Tcheca, Irlanda, Noruega, Turquia, Suíça.	Associação Europeia para o estudo da obesidade.	2020
Obesidade e saúde metabólica comprometida em pacientes com COVID-19.	Stefan, N., Birkenfeld, AL, Schulze, MB, Ludwig DS	Alemanha, Estados Unidos, Reino Unido	Instituto de Pesquisa em Diabetes e Doenças Metabólicas (IDM) do Centro Helmholtz de Munique, Tübingen, Alemanha, Hospital Universitário de Tübingen, Tübingen, Alemanha, Centro Alemão para Pesquisa em Diabetes (DZD), Neuherberg, Alemanha, Harvard Medical School, Boston, MA, EUA, Departamento de Diabetes, Escola de Ciências do Curso da Vida, King's College London, Londres, Reino Unido, Departamento de Epidemiologia Molecular, Instituto Alemão de Nutrição Humana Potsdam-Rehbruecke, Nuthetal, Alemanha, Departamento de Nutrição, Escola de Saúde Pública Harvard TH Chan, Boston, MA, EUA, Centro de Prevenção da Obesidade da New Balance Foundation, Hospital Infantil de Boston, Boston, MA, EUA.	2020

CONCLUSÕES

Dentre os fatores de risco para a evolução com piora dos pacientes infectados por SARS-CoV-2, a obesidade surge como uma condição comum entre os pacientes hospitalizados com maior gravidade, sendo relevante compreender melhor os mecanismos fisiopatológicos que podem ser a chave da correlação entre obesidade e agravamento da COVID-19. Entretanto, tão importante quanto o estudo para futuras intervenções terapêuticas é a comunicação do risco à população sem estigmatizar a obesidade, estimulando estilo de vida saudável e melhores escolhas alimentares. Há necessidade de realizar novas pesquisas que possam relacionar a prevalência de morbimortalidade da obesidade em pacientes infectados pela COVID-19, nas diferentes faixas etárias e a sua real dimensão nos diferentes países e continentes.

AGRADECIMENTOS

Luz Marina A. Dutra – Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e Idoso.

Michel Ramos de Faria – Nutricionista Residente do Programa de Residência Multiprofissional Saúde do Adulto e Idoso.

REFERÊNCIAS

1. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China [published correction appears in Lancet. 2020 Jan 30;:]. Lancet. 2020;395(10223):497-506. doi:10.1016/S0140-6736(20)30183-5. Acesso em 21 de abril de 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31986264>
2. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med*. 2020;382(8):727-733. doi:10.1056/NEJMoa2001017. Acesso em 21 de abril de 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31978945>
3. Organização Mundial da Saúde. OMS afirma que Covid 19 agora é caracterizada como pandemia. Acesso em 23 de abril de 2020. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6120:oms-afirma-que-covid-19-e-agora-caracterizada-como-pandemia&Itemid=812
4. World Health Organization. Situation Reports – 147. Acesso em 16 de junho de 2020. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>.
5. BBC News Brasil. Coronavírus: avanço rápido de pandemia põe mundo “muito perto de uma recessão global”. 13 de março de 2020. Acesso em 27 de abril de 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-51858298>
6. Petrilli CM, Jones SA, Yang J, Rajagopalan H, O'Donnell LF, Chernyak Y, et al. Factors associated with hospital admission and critical illness among 5279 people with coronavirus disease 2019 in New York City: prospective cohort study *BMJ* 2020; 369 :m1966. Acesso em 27 de abril de 2020. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/369/bmj.m1966>

7. Sattar N, McInnes IB, McMurray JJV. Obesity a Risk Factor for Severe COVID-19 Infection: Multiple Potential Mechanisms [published online ahead of print, 2020 Apr 22]. *Circulation*. 2020;10.1161/CIRCULATIONAHA.120.047659. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.120.047659. Acesso em 29 de abril de 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32320270/>
8. Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet*. 2020;395(10223):507-513. doi:10.1016/S0140-6736(20)30211-7. Acesso em 24 de abril de 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32007143>
9. Garg S, Kim L, Whitaker M, O'Halloran A, Cummings C, Holstein R, et al. Hospitalization Rates and Characteristics of Patients Hospitalized with Laboratory-Confirmed Coronavirus Disease 2019 — COVID-NET, 14 States, March 1–30, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020;69:458–464. DOI: [http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6915e3external icon](http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6915e3external%20icon). Acesso em 27 de abril de 2020. Disponível em: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6915e3.htm>
10. Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. SBCBM alerta: Obesidade está presente em metade dos internamentos por COVID-19 nos EUA e na França. Acesso em 27 de abril de 2020. Disponível em: <https://www.scbm.org.br/scbm-alerta-obesidade-esta-presente-em-metade-dos-internamentos-por-covid-19-nos-eua-e-na-franca/>
11. Simonnet A, Chetboun M, Poissy J, Raverdy V, Noulette J, Duhamel A, et al. High Prevalence of Obesity in Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2 (SARS-CoV-2) Requiring Invasive Mechanical Ventilation [published online ahead of print, 2020 Apr 9]. *Obesity (Silver Spring)*. 2020;10.1002/oby.22831. doi:10.1002/oby.22831. Acesso em 27 de abril de 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32271993>
12. Malavazos AE, Romanelli MMC, Bandera F, Iacobellis G. Targeting the adipose tissue in COVID-19. *Obesity (Silver Spring)*. 2020 Apr 21. doi: 10.1002/oby.22844. Acesso em 01 de maio de 2020. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/oby.22844>
13. The European Association for the Study of Obesity. European Association for the Study of Obesity Position Statement on the Global COVID-19 Pandemic. *Obes Facts*. 2020;13(2):292-296. doi:10.1159/000508082. Acesso em 27 de abril de 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32340020>
14. Stefan, N., Birkenfeld, AL, Schulze, MB, Ludwig DS. Obesity and impaired metabolic health in patients with COVID-19. *Nat Rev Endocrinol*. 2020 Apr 23. <https://doi.org/10.1038/s41574-020-0364-6>. Acesso em 01 de maio de 2020. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41574-020-0364-6>

Organização e participação do curso de educação continuada em Cuidados Paliativos do HRC, realizada de janeiro de 2019 a janeiro de 2021, com ênfase no Cuidado Ativo dos pacientes.





GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



PROJETO PARA CURSO DE EDUCAÇÃO CONTINUADA EM CUIDADOS PALIATIVOS DO HOSPITAL REGIONAL DE CEILÂNDIA

1. IDENTIFICAÇÃO:

Curso de educação continuada em Cuidados Paliativos: Cuidado ativo



2. UNIDADE SOLICITANTE:

Equipe Interconsultora de Cuidados Paliativos - HRC

3. COORDENADOR DA AÇÃO EDUCATIVA:

Coordenação	Nome	Contatos
Área técnica	Patrícia Barbosa Freire	984209392/34719037

4. APRESENTAÇÃO:

Conforme o Memorando nº 5018643, do processo SEI nº 00060-00047761/2018-49, as ações pioneiras em Cuidados Paliativos no Hospital Regional de Ceilândia foram desenvolvidas por Dra. Aleia Aparecida de Oliveira, médica ginecologista-obstetra, de 2008 até sua aposentadoria em março de 2016, quando as atividades foram interrompidas. Havia um ambulatório de Cuidados Paliativos (CP), 5 horas semanais, com agenda aberta e parceria com Hospital de Apoio.

Segundo o documento, desde 2006 a Unidade de Pediatria do HRC recebe bebês dependentes de tecnologia¹ vindos da Unidade de Neonatologia do HRC e de UTI pediátricas da Rede, para acolhimento e apoio aos familiares visando a alta hospitalar segura. Em 2010 o fluxo foi sistematizado. No processo ampliou-se a equipe multiprofissional, que se organizou para discussões e compartilhamento de saberes em rodas de conversa e sessões clínicas. Gestoras do então Núcleo de Cuidados Paliativos da Gerência de Câncer SES, apoiaram a equipe e sinalizaram seu alinhamento com o referencial dos Cuidados Paliativos da Organização Mundial de Saúde (2002), com inserção do tema na educação permanente do grupo. Em 2014 participamos do PLARCI - Plano de Ação da Rede de Cuidados Integrados do Distrito Federal, permitindo maior articulação com a Rede SES e parceria colaborativa com o Hospital de Apoio de Brasília, referência distrital em CP.

Em 2016 esse grupo se mobilizou em força-tarefa, visando ao credenciamento da Unidade de Cuidados Prolongados da Pediatria HRC, meta alcançada com a DELIBERAÇÃO Nº 24/ 2016 (DODF nº217/2016, página 19. Nesse ano, o serviço foi cadastrado na plataforma da Academia Nacional de Cuidados Paliativos.

Ainda no mesmo ano, a direção do HRC incentivou a formação de uma Equipe Interconsultora em Cuidados Paliativos (EICP) para a linha de cuidado do adulto. Para isso, foi pactuado com a RTD da Geriatria a liberação parcial da carga horária de uma médica geriatra e paliativista para coordenar e matriciar equipe multiprofissional (farmacêutica, nutricionistas, psicólogas, assistentes sociais), já atuante nas unidades de internação do HRC. Além disso, em 2017 a direção destinou parte da carga horária de médica anestesiológica, com formação em CP (3º ano de Residência Opcional em Terapia Antálgica e Cuidados Paliativos; Atuação em CP no Hospital Regional de Taguatinga de 2004 a 2007) para fortalecer as ações do grupo. Hoje esta equipe atua em dois turnos de 5 horas semanais em interconsultas e discussão de casos nas diversas clínicas de adultos, incluindo Salas Vermelha, Amarela e UTI Adulto, bem como sensibilização das equipes locais para a temática.

¹ Alimentação enteral, oxigenioterapia, traqueostomia e eventualmente ventilação mecânica.

Como exemplo da magnitude do trabalho que vem sendo realizado, em 2017, o HRC, em parceria com o Hospital da Criança de Brasília, a I Jornada de Cuidados Paliativos em Pediatria do Distrito Federal (5018798). Também firmou-se parceria com a Plataforma Onco Ensino de ensino à distância, apoiada pelo Instituto de Ensino e Pesquisa Albert Einstein, para capacitação dos servidores interessados em Cuidados Paliativos e outros temas oferecidos. Foi apresentada a experiência do HRC no III Seminário em Atenção Domiciliar do DF (5018794) e na I Mostra de Experiências Inovadoras do SUS DF (5018797).

Em 2018 a direção incentivou a candidatura de servidores à bolsa de estudos oferecida a serviços do SUS pelo Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – IEP/HSL em seus cursos de Especialização e Aperfeiçoamento em Cuidados Paliativos. Duas servidoras foram aprovadas no processo seletivo geral e uma já iniciou sua formação.

A publicação da EICP HRC em Diário Oficial se deu em 30 de Abril de 2018. Designando as servidoras para compor a equipe, com carga horária semanal de 4 horas. As servidoras foram: Cynthia Rodrigues, matrícula: 1.664.206-6, Farmacêutica Bioq. Farmácia; Vanessa Teles Felinto Mello, matrícula: 179.929-0, Nutricionista; Patrícia Barbosa Freire, matrícula: 188.753-X, Nutricionista; Rafaela de Franca Ramalho, matrícula: 1.672.357-0, Assistente Social; Shirley Aparecida Silva Rocha, matrícula: 196.581-6, Assistente Social; Flávia de A. Cordeiro Valentim, matrícula: 1.675.446-8, Psicólogo; Thatiana de Souza Gimenes Soares, matrícula: 1.434.653-2, Psicólogo; Thais de Deus Vieira Boaventura, matrícula: 1.440.315-3, Médico - Geriatria (10 horas semanais); Nádia Marisa Soterio de Oliveira, matrícula: 140.493-8, Médico - Anestesiologia (10 horas semanais).

Nos dias 20 e 21 de Junho de 2018, a EICP HRC realizou a I Jornada de Cuidados Paliativos do HRC, divulgando, de forma mais abrangente, os temas na área de cuidados paliativos.

Ainda em 2018, a EICP passou por matriciamento no Instituto Hospital de Base do Distrito Federal com a Referência Técnica Distrital (RTD) em Cuidados Paliativos, Doutora Thayana Louize.

Em 6 de Dezembro de 2018 houve nova publicação da EICP HRC, em Diário Oficial, com atualização dos membros desta Comissão. As servidoras designadas para compor a equipe, com 4 horas semanais foram: Cynthia Rodrigues, matrícula: 1.664.206-6, Farmacêutica Bioq. Farmácia; Flávia de A. Cordeiro Valentim, matrícula: 1.675.446-8, Psicólogo; Maria Betânia Valadares Vieira, matrícula: 1.657851-1, Fisioterapeuta; Patrícia Barbosa Freire, matrícula: 188.753-X, Nutricionista; Rafaela de Franca Ramalho, matrícula: 1.672.357-0, Assistente Social; Shirley Aparecida Silva Rocha, matrícula: 196.581-6, Assistente Social; ; Thatiana de Souza Gimenes Soares, matrícula: 1.434.653-2, Psicólogo; Vanessa Teles Felinto Mello, matrícula: 179.929-0, Nutricionista; Thais de Deus Vieira Boaventura, matrícula: 1.440.315-3, Médico - Geriatria (10 horas semanais); Nádia Marisa Soterio de Oliveira, matrícula: 140.493-8, Médico - Anestesiologia (10 horas semanais).

Diante da crescente necessidade de formar recurso humano qualificado com conhecimento atualizado, a EICP- HRC pretende implantar no Hospital Regional de Ceilândia, um curso de educação continuada em Cuidados Paliativos, para os servidores e residentes do Hospital Regional de Ceilândia e demais interessados de outras regionais, com duração prevista para 2 anos.

4. JUSTIFICATIVA:

A Organização Mundial de Saúde – OMS, revista em 2002, define o cuidado paliativo como “uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual” (*apoud ANPC,2009*).

Os cuidados paliativos devem ser, sempre que possível, integrados aos cuidados curativos evitando fragmentação e buscando uma atenção articulada e completa. (ANPC, 2009). A equipe multiprofissional é fundamental para a efetivação e qualificação dos cuidados paliativos com foco na promoção do alívio do sofrimento físico, psicológico e social do paciente.

5. OBJETIVOS:

5.1 - Geral: capacitar os servidores do Hospital Regional de Ceilândia quanto a temática de cuidados paliativos.

5.2 - Específicos:

- Promover a aquisição de conhecimento por profissionais de saúde do HRC no tocante aos cuidados paliativos;
- Estimular a atividade prática dos profissionais de saúde aliada ao conhecimento técnico na área de cuidados paliativos;
- Fortalecer a EICP como equipe modelo de atuação em cuidados paliativos
- Estimular a produção acadêmica e científica interdisciplinar.

6. MÉTODO:

Palestras com conteúdo teórico prático, administradas mensalmente, com duração de 3 horas cada encontro.

7. LOCAL/PERÍODO/HORÁRIO:

Local: Auditório da Administração do HRC

Período: Janeiro de 2019 à Fevereiro de 2021

Horário: 8h às 11h, últimas quintas-feiras do mês

Carga Horária: 80 horas

8. CLIENTELA:

Destina-se a profissionais de saúde do Hospital Regional de Ceilândia e demais interessados de outras regionais.

9. CONTEÚDO PROGRAMÁTICO:

1. Introdução aos Cuidados Paliativos: princípios e modalidades de atendimento;
2. Avaliação do paciente em cuidados paliativos;
3. Comunicação em cuidados paliativos;
4. Bioética: “Conflitos Bioéticos do Viver e do Morrer “- CFM;
5. Diretrizes em Cuidados Paliativos para paciente internados em UTI;

6. Farmacologia básica;
7. Controle da dor: classificação, fisiopatologia e avaliação de dor; dor total; opióides e não opióides;
8. Controle de sintomas do trato gastrointestinal
9. Controle de sintomas do trato respiratório
10. Cuidados paliativos nas demências;
11. Emergências em CP - OIM e Compressão Medular;
12. Cuidados paliativos em pacientes com HIV/AIDS;
13. Controle de sintomas: delirium; ansiedade e depressão;
14. Cuidado paliativo para pessoas dependentes de tecnologia
15. Controle de sintomas no paciente em fim de vida;
16. Sedação Paliativa
17. Procedimentos em cuidados paliativos – via subcutânea;
18. Cuidados paliativos e práticas integrativas em saúde;
19. Nutrição paliativa;
20. Cuidados Paliativos e enfermagem
21. Conferência familiar e suporte ao paciente e à família na fase final da doença ;
22. Sofrimento social e econômico em cuidados paliativos;
23. Luto antecipatório e assistência espiritual em fim de vida;
24. Suporte ventilatório no paciente em fim de vida;

10. AVALIAÇÃO:

No início de cada palestra será aplicado um questionário de conhecimentos sobre o tema em Cuidados Paliativos e o mesmo será repetido ao fim da palestra. Além deste questionário, os participantes serão convidados a preencher fichas de avaliação de satisfação.

11. CERTIFICAÇÃO:

Prevista duas formas de certificação.

Certificação mínima de 20hs: Será fornecido certificado aos participantes pelo Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS) do HRC àqueles que apresentarem no mínimo de 21 horas de frequência (7 encontros).

Certificação total de 80hs: Será fornecido certificado aos participantes pelo Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS) do HRC àqueles que completarem a carga horária total do Projeto de 80 horas de frequência (24 encontros).

12. CRONOGRAMA FÍSICO:

Serão convidados palestrantes com expertise nos respectivos temas contemplados.

ATIVIDADE	RESPONSÁVEL	PERÍODO (data)	DURAÇÃO (carga horária)	HORÁRIO
Abertura do Projeto Introdução aos Cuidados Paliativos: princípios e modalidades de atendimento	Thaís Boaventura (HAB/HRC)	31/01/2019	4 horas	08:00 as 12:00
Avaliação do paciente em cuidados paliativos	Eliane (HAB)	28/02/2019	3 horas	08:00 as 11:00
Diretrizes em Cuidados Paliativos para paciente internados em UTI	Thayana (IHBDF)	28/03/2019	3 horas	08:00 as 11:00
Bioética: “Conflitos Bioéticos do Viver e do Morrer” - CFM	Melissa (HRT)	25/04/2019	3 horas	08:00 as 11:00
Comunicação em cuidados paliativos	Flávia e Thatiana (HRC)	30/05/2019	3 horas	08:00 as 11:00
Farmacologia básica	EICP	27/06/2019	3 horas	08:00 as 11:00
Controle da dor: classificação, fisiopatologia e avaliação de dor, dor total, opióides e não opióides	EICP	25/07/2019	3 horas	08:00 as 11:00
Controle de sintomas do trato gastrointestinal	EICP	29/08/2019	3 horas	08:00 as 11:00
Controle de sintomas do trato respiratório	EICP	26/09/2019	3 horas	08:00 as 11:00
Cuidados paliativos nas demências	EICP	31/10/2019	3 horas	08:00 as 11:00
Emergências em CP – OIM e Compressão Medular Teste de conhecimentos	EICP	28/11/2019	4 horas	08:00 as 12:00
Cuidados paliativos em pacientes com HIV/AIDS;	EICP	30/01/2020	3 horas	08:00 as 11:00
Controle de sintomas: delirium, ansiedade e depressão	EICP	27/02/2020	3 horas	08:00 as 11:00

Cuidado paliativo para pessoas dependentes de tecnologia	EICP	26/03/2020	3 horas	08:00 as 11:00
Controle de sintomas no paciente em fim de vida	EICP	30/04/2020	3 horas	08:00 as 11:00
Sedação Paliativa	EICP	28/05/2020	3 horas	08:00 as 11:00
Procedimentos em cuidados paliativos – via subcutânea	EICP	25/06/2020	3 horas	08:00 as 11:00
Cuidados paliativos e práticas integrativas em saúde	EICP	30/07/2020	3 horas	08:00 as 11:00
Nutrição paliAtiva Teste	EICP	27/08/2020	4 horas	08:00 as 12:00
Cuidados Paliativos e enfermagem Teste	EICP	24/09/2020	4 horas	08:00 as 12:00
Conferência familiar e suporte ao paciente e à família na fase final da doença Teste	EICP	29/10/2020	4 horas	08:00 as 12:00
Sofrimento social e econômico em cuidados paliativos Teste	EICP	26/11/2020	4 horas	08:00 as 12:00
Luto antecipatório e assistência espiritual em fim de vida Teste	EICP	28/01/2021	4 horas	08:00 as 12:00
Suporte ventilatório no paciente em fim de vida Teste	EICP	25/02/2021	4 horas	08:00 as 12:00

13. PREVISÃO ORÇAMENTÁRIA:

MATERIAL/SERVIÇO	QUANTIDADE
Papel A4	01 Resma
Computador	01 Unid.
Data show	01 Unid.

Nota. Os materiais serão providenciados por meio de recursos disponíveis no HRC. Em caso de falta de materiais os recursos serão viabilizados por verba particular da equipe organizadora.

14. RESPONSABILIDADES:

Ação	Responsável
- Divulgação	Diretoria do Hospital Regional de Ceilândia, Equipe Interconsultora de Cuidados Paliativos e NEPS;
- Construir projeto educativo	EICP
- Instruir processo no SEI	Patrícia Barbosa Freire (EICP)
- Confeccionar link de inscrições e Lista de presença	NEPS
- Certificar participantes	NEPS

Divulgação: Diretoria do Hospital Regional de Ceilândia, Equipe Interconsultora de Cuidados Paliativos e NEPS;

Inscrição: via link

Coordenação administrativa: Equipe Interconsultora de Cuidados Paliativos e NEPS;

Coordenação técnica: Equipe Interconsultora de Cuidados Paliativos, Pediatria e Núcleo Regional de Atenção Domiciliar do HRC (NRAD HRC).

Data: ____/____/____

Patrícia Barbosa Freire – Nutricionista da EICP

Chefe do Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS)

Diretor do Hospital Regional da Ceilândia/DHRC

Superintendente da Região de Saúde Oeste/SRSOE

REFERÊNCIAS

Calvetti, P. U., Muller, M. C., & Nunes, M. L. T. (2007). Psicologia da saúde e psicologia positiva: perspectivas e desafios. *Psicologia Ciência e Profissão*, 27(4), 706-717.

Costa, R. P. (2007). *Interdisciplinaridade e equipes de saúde: concepções*. Mental, v.5, n.8, Barbacena, jun. 2007.

Seidl, E. M. F., & Faustino, Q. M. (2014). Pessoas Vivendo com HIV/aids: possibilidades de atuação da psicologia. In E. M. F. Seidl, & M. C. O. S Miyazaki (Eds.), *Psicologia da saúde: pesquisa e atuação profissional no contexto de enfermidades crônicas* (pp. 21-54). Curitiba: Juruá.

Straub, R. O. (2014). *Psicologia da Saúde: uma Abordagem Psicossocial* (3nd Ed.). Porto Alegre: Artmed.

Vilela, E. M. e Mendes, I. J. M (2003). *Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico*. Ver. Latino-Am. Enfermagem, vol. 11, n. 4, Ribeirão Preto, July/Aug. 2003.

Folder de apresentação da EICP, conceito e princípios dos cuidados paliativos, no I Congresso do Centro-Oeste de Cuidados Paliativos e Dor Oncológica – Da intervenção ao cuidado integral com a dor, ocorrido nos dias 26 e 27 de outubro de 2018

Os Cuidados Paliativos não se baseiam em protocolos, mas em princípios.

- Alívio da dor e outros sintomas angustiantes
- Reafirma vista e considera a morte processo natural
- Não busca acelerar nem adiar a morte
- Integra aspectos psicossociais e espirituais
- Apoio para viver o máximo quanto possível
- Apoio para a família na doença e no luto
- Abordagem multiprofissional
- Qualidade de vida
- Iniciado o mais precocemente possível

Atendimento: 3ª e 5ª-feiras, pela manhã

"O sofrimento humano só é intolerável quando ninguém cuida."

Cicely Saunders
(1918-2005)

Contato: eicphrc@gmail.com



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DA REGIÃO DE SAÚDE OESTE
HOSPITAL REGIONAL DE CEILÂNDIA
GERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA CLÍNICA

EQUIPE INTERCONSULTORA DE CUIDADOS PALIATIVOS



A Equipe Interconsultora de Cuidados Paliativos (EICP) do Hospital Regional de Ceilândia é uma equipe multiprofissional que se coloca à disposição de todas as equipes de diferentes especialidades no hospital, apoiando-as na adequação de medidas terapêuticas e na elaboração de um plano de cuidados visando o bem-estar e o conforto do paciente e sua família.

Além disso, viabiliza a transferência hospitalar e o encaminhamento ambulatorial de pacientes para o Hospital de Apoio de Brasília.

Atende, mediante solicitação de parecer, pacientes adultos, internados.

É composta por médicas, assistentes sociais, psicólogas, farmacêutica, fisioterapeuta e nutricionistas.

A palavra "paliativo" vem do verbo paliar, do latim *palliare* (cobrir com um manto) e de *palliativus* (aliviar sem chegar a curar), cujo significado seria atenuar, aliviar.

Cuidados Paliativos consistem em uma abordagem multidisciplinar para melhorar a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares perante uma doença que ameace a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento por meio de uma identificação precoce, avaliação impecável, tratamento da dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais. (OMS, 2002)



O Cuidado Paliativo baseia-se em **princípios**. Tem como foco pacientes com **doenças que ameaçam a vida** e indica o cuidado precoce, **desde o diagnóstico**. Não fala em **impossibilidade de cura**, mas **na possibilidade de tratamento modificador de doença**. Ressalta a importância do cuidado, sempre, e do **rigoroso controle da dor e de outros sintomas** visando o **conforto e a qualidade de vida do paciente e familiares**.

Modelo integrado de cuidados curativos e paliativos para doença crônica progressiva



Fonte: Manual de Cuidados Paliativos da ANCP, 2012

Pôster, registro e certificação de participação no VII Congresso Internacional de Cuidados Paliativos, ocorrido nos dias 21 a 24 de novembro de 2018.

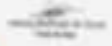


Palestra sobre Nutrição Paliativa na II Jornada Multiprofissional em Saúde do Adulto e Idoso, realizada em outubro de 2019



Aula no Curso de Cuidados Paliativos organizado pela Câmara técnica, realizado em novembro de 2019



Certificado	
Certificamos que	
Patricia Barbosa Freire	
participou do "CURSO DE CUIDADOS PALIATIVOS", na qualidade de PALESTRANTE com o(a) tema(s) "Nutrição em Cuidados Paliativos", no dia 06 de novembro de 2019, com carga horária de 1 hora.	
Brasília, 25 de novembro de 2020.	
 Câmara Técnica de Cuidados Paliativos  Conselho Nacional de Saúde	
Justificativa: O curso tem como objetivo proporcionar aos participantes conhecimentos atualizados sobre cuidados paliativos, abordando aspectos teóricos e práticos, bem como a importância da atuação da equipe multiprofissional na assistência ao paciente em cuidados paliativos. O curso é destinado a profissionais da área da saúde, em especial da enfermagem, medicina, psicologia, nutrição, assistência social e outros. O curso é realizado em formato de aula expositiva, com duração de 1 hora. O curso é realizado em formato de aula expositiva, com duração de 1 hora. O curso é realizado em formato de aula expositiva, com duração de 1 hora.	
Coordenação Técnica: - Dr. Roberto de Almeida - Presidente da Câmara Técnica de Cuidados Paliativos - Profa. Dra. Maria da Glória - Coordenadora da Câmara Técnica de Cuidados Paliativos - Profa. Dra. Maria da Glória - Coordenadora da Câmara Técnica de Cuidados Paliativos	
Coordenação Executiva e Operacional: - Profa. Dra. Maria da Glória - Coordenadora da Câmara Técnica de Cuidados Paliativos - Profa. Dra. Maria da Glória - Coordenadora da Câmara Técnica de Cuidados Paliativos	
Assinatura: _____ Profa. Dra. Maria da Glória	Assinatura: _____ Profa. Dra. Maria da Glória

Participação como revisora da elaboração de cartilha sobre Hidratação e Nutrição na Demência, lançada em dezembro de 2020, pela ANCP e SBGG.



1





HIDRATAÇÃO E NUTRIÇÃO NA DEMÊNCIA

Ana Luisa Rugani Barcellos
Andre Filipe Junqueira dos Santos
Manuela Vasconcelos de Castro Sales

HIDRATAÇÃO E NUTRIÇÃO NA DEMÊNCIA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Barcellos, Ana Luisa Rugani

Hidratação e nutrição na demência [livro eletrônico] / Ana Luisa Rugani Barcellos, Andre Filipe Junqueira dos Santos, Manuela Vasconcelos de Castro Sales ; [organizador Alexandra Mendes Barreto Arantes]. -- São Paulo : Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2020.

PDF

Bibliografia.

ISBN 978-65-990595-9-9

1. Alimentação 2. Demência 3. Demência - Tratamento 4. Nutrição I. Santos, Andre Filipe Junqueira dos. II. Sales, Manuela Vasconcelos de Castro. III. Arantes, Alexandra Mendes Barreto. IV. Título.

CDD-616.83

20-49552

NLM-WM 200

Índices para catálogo sistemático:

1. Demência : Medicina 616.83

Cibele Maria Dias - Bibliotecária - CRB-8/9427

Autores

Ana Luisa Rugani Barcellos

Médica Geriatra e Paliativista titulada e Coordenadora do Serviço de Cuidados Paliativos do Hospital de Ensino Risoleta Tolentino Neves-Fundep/UFG.

Andre Filipe Junqueira dos Santos

Médico Geriatra e Paliativista, doutorado pela Universidade de São Paulo; Atua no serviço de Cuidados Paliativos do Instituto Oncológico de Ribeirão Preto/Grupo Oncoclínicas, Hospital São Francisco e Hospital Netto Campelo e Presidente da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (período 2019-2020).

Manuela Vasconcelos de Castro Sales

Médica Geriatra; Área de Atuação em Cuidados Paliativos - SBGG / AMB; Doutorado em Ciências pela USP; Coordenadora do Serviço de Cuidados Paliativos da Rede Hapvida e Docente da Universidade Federal do Ceará.

Organizador

Alexandra Mendes Barreto Arantes

Médica Geriatra com atuação em Medicina Paliativa; Médica assistente do Hospital de Apoio de Brasília e Coordenadora da equipe de Cuidados Continuados do Instituto Oncovida/Oncoclínicas.

Revisores

Ana Beatriz Galhardi Di Tommaso

Médica Geriatra. Afiliada do Ambulatório de Longevos da UNIFESP/EPM e Presidente da Comissão Permanente de Cuidados Paliativos da SBGG.

Laiane Moraes Dias

Especialista em Geriatria e Medicina Paliativa pela SBGG/AMB; Hospital Jean Bitar e UNACON/Hospital universitário João de Barros/PA e Douturanda em Bioética (Universidade do Porto).

Patrícia Barbosa Freire

Nutricionista membro da Equipe Interconsultora de Cuidados Paliativos do HRC; Especialista em Nutrição Funcional pela UNIC Sul e preceptora de residência multiprofissional do Programa Saúde do Adulto e idoso SES/DF.

Colaboradores

Anelise Fonseca

Mestre e doutora em Epidemiologia pela Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz; Geriatra SBGG/AMB e Paliativista pelo Instituto Pallium/Universidade San Salvador Argentina.

Camila Rabelo Monteiro de Andrade

Médica graduada pela UFMG; Especialista em geriatria pela SBGG e área de atuação em Cuidados Paliativos pela AMB.

Cecília Helena Peinado de Sampaio Mattos

Nutricionista; Especialista em Nutrição e Gerontologia pelo HCFM USP; Mestre e Doutora em Ciências pela FMRP USP.

Max Sarmet Moreira Smiderle Mello

Fonoaudiólogo do Hospital de Apoio de Brasília (HAB) - Unidade de Reabilitação e Cuidados Prolongados (URCP) e Mestre em Ciências Médicas pela Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília (2011).

ANCP - Gestão 2019-2020

Presidente	André Filipe Junqueira dos Santos
Vice - Presidente	Douglas Henrique Crispim
Tesoureira	Esther Angélica Luiz Ferrelra
Secretária	Erika Aguiar Lara Pereira
Coordenadora Científica	Cristhiane da Silva Pinto
Diretor Administrativo	Vitor Carlos da Silva
Colaborador	Neulanio Francisco de Oliveira
Colaborador	Rodrigo Kappel Castilho

Centro-Oeste

Presidente	Ricardo Borges da Silva
Vice - Presidente	Érika Renata N. C. de Oliveira
Tesoureira	Paula Lorite Fracasso Marochio
Secretária	Ana Maria Porto Cavas
Diretora Científica	Alexandra Mendes B. Arantes

Norte-Nordeste

Presidente	Vanise Barros Rodrigues da Motta
Vice - Presidente	Glenda Maria Santos Moreira
Tesoureira	Alini Maria Orathes Pontes Silva
Secretária	Laiane Moraes Dias
Diretora Científica	Monica Luz Torres Muniz

Sudeste

Presidente	Milena dos Reis Bezerra de Souza
Vice - Presidente	Filipe Tavares Gusman
Tesoureira	Daniela Charnizon
Secretária	Sarah Ananda Gomes
Diretor Científico	Roni Chaim Mukamal

Sul

Presidente	Úrsula Bueno do Prado Guirro
Vice - Presidente	Marcos Silveira Lapa
Tesoureira	Lauren Cristina de Matos Provin
Secretário	Rodrigo Kappel Castilho
Diretor Científico	João Luiz de Souza Hopf

Sumário

O que é demência?	9
Qual importância do cuidado com alimentação no início da demência? Quais as recomendações?	10
Meu familiar com demência pode apresentar problemas na alimentação?	12
O que fazer quando meu familiar se recusa a comer?	13
Quais profissionais podem ajudar?	15
É normal que meu familiar perca peso ao longo da demência?	16
Preciso dar vitaminas e suplementos alimentares?	17
O idoso com demência deve comer sozinho, ou com outras pessoas?	18
Como lembrar a pessoa com demência que ele deve se alimentar, ou que já se alimentou?	19
Meu familiar vai precisar de sondas de alimentação no futuro?	20
A pessoa com demência sente fome, ou sede?	22

Sumário

Se ela se engasgar, o que devo fazer?	23
A sonda ajuda a pessoa viver mais já que ela não quer comer?	23
A sonda/gastrostomia diminui a chance de pneumonia? Quais os riscos que eu assumo quando aceito que meu familiar seja submetido a essas vias alternativas de alimentação?	24
Está indicado o uso de restrição física ou sedação medicamentosa para possibilitar a dieta por sondas em idosos com demência?	25
O que é alimentação de conforto?	26
O que vai acontecer com meu familiar com demência se ele não fizer a gastrostomia (GTT)?	27
Como eu posso explicar aos meus familiares e amigos que não estou permitindo uma morte acelerada pelo jejum?	28
A alimentação não ajudaria a cicatrizar as feridas?	30
Referência Bibliográfica	31

A demência é um conjunto de sintomas decorrentes de alguma alteração do cérebro. Não é uma doença única, ou seja, diferentes doenças podem constituir sua causa, como é o caso da Doença de Alzheimer, de doenças vasculares como o Acidente Vascular Encefálico e muitas outras.

Dependendo de qual parte do cérebro é afetada, pode causar diferentes manifestações, como alteração de memória, da linguagem, da capacidade de resolver problemas e até do comportamento. Essas alterações devem ser importantes o suficiente para afetar as atividades do dia a dia da pessoa, o que pode incluir a capacidade de trabalhar, de viver de maneira independente na sociedade ou até de realizar cuidados básicos como tomar banho. Em geral, é uma doença progressiva, ou seja, compromete de maneira gradual diversos domínios cerebrais de modo a promover perdas das habilidades previamente aprendidas de maneira irreversível, ou seja, incurável. A demência pode acometer qualquer pessoa e, apesar de ser mais comum em idosos, não deve ser considerada como parte normal do envelhecimento.

2

Qual importância do cuidado com a alimentação no início da demência? Quais as recomendações?

É importante tentar manter uma alimentação equilibrada e variada, incentivando a pessoa com demência a fazer pelo menos 3 refeições ao dia, ingerir frutas, legumes e verduras e fontes de proteína, como arroz e feijão, carnes e ovos, evitando o excesso de alimentos processados e industrializados que apenas fornecem "calorias vazias", sem nutrientes.

Tenha paciência e dê um tempo para o paciente "lembrar" de como comer. Fazer a refeição junto com a pessoa com demência também auxilia no processo, pois o paciente tende a "imitar" os seus gestos.



No início da demência é importante orientar o paciente sobre as refeições que já fez e aos horários das mesmas, uma vez que o paciente pode perder a noção do tempo e das tarefas que acabou de realizar.

Ao mesmo tempo que o paciente pode querer almoçar duas vezes, também é possível ele esquecer de comer, ou de tomar água. Estímulos como um relógio com alarme, ou uma mesa preparada, podem ser um lembrete para a hora da refeição. Deixar alimentos de fácil acesso e que não necessitem de preparo no fogo também são uma boa opção.

Esquecer de engolir os alimentos, ou simplesmente não reconhecer alimentos que estava acostumado a consumir também são coisas que podem ocorrer. Não fique irritado se o paciente quiser usar as mãos para comer e evite oferecer alimentos demasiadamente quentes, pois a pessoa pode se queimar. A alimentação para pessoas com demência, além de ser fundamental para manter a qualidade de vida, deve ser também uma fonte de relacionamento entre o paciente e seus entes queridos.



Meu familiar com demência pode apresentar problemas na alimentação?

Nas fases iniciais da demência, a pessoa pode ter dificuldade em preparar os alimentos, não realizar algumas refeições, ou apresentar mudanças de preferências alimentares ingerindo apenas um tipo de alimento. Nessa fase, é importante, que o cuidador acompanhe os hábitos alimentares mais de perto. A pessoa pode apresentar ainda dificuldades com o uso de talheres, ou outros utensílios e uma boa estratégia para diminuirmos essa barreira é a oferta de alimentos que podem ser consumidos com as próprias mãos (por exemplo frutas, tortas, sobremesas, etc).

Com isso podemos descomplicar o momento da alimentação à medida que mantemos a autonomia e independência do indivíduo, fato que pode melhorar profundamente a aceitação alimentar. Além disso, a oferta de um ambiente tranquilo, sem tensões e cobranças, contribui de forma ímpar no processo de aceitação dos alimentos.

Causas de diminuição da aceitação alimentar da pessoa idosa

- Perda de apetite pela alteração das papilas gustativas, ou por conta da solidão.
- Excesso de medicações promovendo boca seca, sensação de empachamento, azia, etc.
- Dificuldade de reconhecer alimentos por conta das alterações cognitivas.
- Dificuldade de preparar o próprio alimento.
- Diminuição de reserva financeira para compra do alimento.

4

O que fazer quando meu familiar se recusa a comer?

A alimentação de um paciente com demência pode ser trabalhosa e requer tempo e paciência por parte dos cuidadores.

Devemos considerar que quando a pessoa atinge uma fase avançada de doença, o objetivo da dieta deve ser o de oferecer alimentos de acordo com a aceitação da pessoa, ou

seja, oferecer a quantidade que é confortável para ela. Não devemos buscar atingir um limite de calorias de acordo com os padrões dos adultos jovens: o metabolismo e gasto energético é muito diferente nessa fase da vida e, alimentos em excesso, podem fazer mais mal do que bem no contexto da demência avançada.

Diferentes estudos têm mostrado que a alimentação pela boca, em pequenas quantidades, com consistência adaptada e conforme a aceitação do indivíduo (chamada de dieta de conforto) representa a forma mais segura e digna de alimentação. O uso de alimentação por tubos (as chamadas sondas de alimentação) não melhora o estado nutricional nesta fase e podem promover danos das mais variadas naturezas.

VOCÊ SABIA?

O uso de dietas por sonda da fase avançada das demências:

- Aumenta o risco de lesões de pele.
- Aumenta o risco de infecções pulmonares e de via aérea superior.
- Não melhora o ganho de peso.
- Não promove conforto, ou bem-estar.
- Não melhora a relação do indivíduo com o alimento.

E para facilitar essa oferta de alimentos, podemos fazer alguns pequenos ajustes como oferecer refeições em porções menores e realizar ajustes da consistência e da textura de acordo com as preferências da pessoa cuidada. A escolha de alimentos com alto teor calórico possibilita administrar menor quantidade de alimentos mantendo a mesma quantidade de energia ofertada.

5

Quais profissionais podem ajudar?

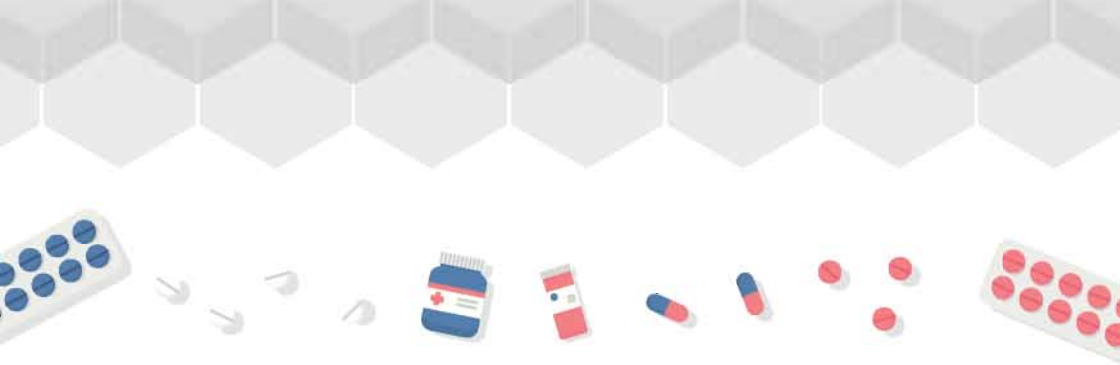
Importante que paciente e familiares sejam assistidos por uma equipe interdisciplinar ao longo da evolução da doença. Uma equipe, idealmente, composta por médico, enfermeiro, psicólogo, nutricionista, dentista, fisioterapeuta e fonoaudiólogo poderá contribuir com o cuidado integral. De maneira prática:

- O nutricionista será fundamental para avaliar o paciente e seus hábitos alimentares, de forma a adaptar a dieta aos diferentes estágios da doença.
- O fonoaudiólogo(a) poderá avaliar o paciente e orientar sobre as dificuldades de deglutição, ensinando a família como posicionar o corpo e a cabeça do indivíduo na hora da alimentação a fim de facilitar a deglutição bem como dando dicas de consistências alimentares segura.



É normal que meu familiar perca peso ao longo da demência?

Sim. A perda de peso é esperada e pode estar presente já no momento do diagnóstico por alteração do paladar, esquecimento dos horários de se alimentar, ou pela dificuldade de realizar a tarefa de fazer compras, armazená-las e preparar a comida, se for o paciente responsável por estas atividades. O aumento do gasto energético como resultado de uma maior agitação e movimentação, quando há problemas de comportamento, também pode contribuir para a perda ponderal. Ao longo dos anos, a demência se torna mais grave e o paciente pode não reconhecer o alimento e não conseguir engolir diferentes consistências dos alimentos, o que contribui com contínua perda de peso.



7

Preciso dar vitaminas e suplementos alimentares?

Na demência não existe uma recomendação específica de suplementação isolada de nutrientes. As recomendações energéticas e proteicas são semelhantes aos idosos saudáveis. A reposição de vitamina é indicada somente se diagnosticado deficiência de nutrientes. Caso o médico realize exames que detecte a falta de uma vitamina específica ele poderá indicar a necessidade de reposição vitamínica específica.

Entretanto, algumas pessoas com demência aumentam seu nível de atividade física, caminhando mais que o habitual devido a agitação que a demência provoca. Nessa situação, podem ser utilizados suplementos nutricionais orais para fornecer maior aporte energético, caso o paciente não consiga ingerir toda a quantidade de alimento necessária para suprir as demandas. Essa avaliação deve ser feita através de uma consulta médica e nutricional, com seguimento periódico.

A alimentação deve ser um momento agradável, sem tensões, adaptada a todo o momento, a depender do paciente e da sua fase da doença. O ideal é que o ambiente seja o mais parecido com a rotina habitual do idoso e a independência seja preservada sempre que possível. É comum que idosos com demência fiquem mais irritados com ambientes com muitas pessoas e ruídos e isto pode comprometer a alimentação.

O cuidador precisa estar atento e se o paciente não conseguir se alimentar com talheres, a refeição poderá ser feita utilizando as mãos e para isso os alimentos precisam ter consistência e tamanho que facilitem que o paciente os leve a boca. O prato deve estar a uma distância confortável ao paciente.

O cuidador poderá se alimentar perto do paciente e será uma oportunidade para que o paciente possa imitar as ações de levar a comida a boca e mastigar.



9

Como lembrar a pessoa com demência que ele deve se alimentar ou que já se alimentou?

Uma ligação ou um despertador poderá ser útil para lembrar o paciente dos horários das refeições. Importante que os alimentos tenham fácil acesso e sejam de fácil preparação se o paciente for prepará-los sozinho.

O familiar também poderá solicitar entrega de refeições prontas e nutritivas ao paciente.

Como dissemos anteriormente, a perda de apetite e as dificuldades alimentares são comuns ao longo da evolução dos quadros de demência. Desta forma, desde o momento do diagnóstico, seria ideal que uma equipe pudesse acompanhar o padrão alimentar e de peso destes indivíduos.

Há espaço para ajustes de consistências, aumento da oferta de calorias com suplementos, adaptação das consistências e etc. Não há evidências científicas de segurança e eficácia para o uso de sondas no contexto das demências em evolução. Naturalmente cada caso deve ser avaliado de forma muito particular por especialistas uma vez que a evolução das síndromes demenciais obedece a um padrão diferente quando comparado à maioria das doenças neurológicas. Neste caso, os especialistas em geriatria e gerontologia são os profissionais mais indicados para o cuidado, que pode ser feito em conjunto com os colegas das outras áreas.

11 A pessoa com demência sente fome, ou sede?

Depende da fase da doença. Nos estágios iniciais, a fome e sede normalmente estão preservados. Porém, com o avançar da doença é comum a redução da ingesta alimentar por conta da diminuição de percepção de fome. Em fases avançadas, com significativo comprometimento da cognição e funcionalidade, o organismo sofre reações metabólicas que suprimem a sensação de sede e de fome, fato que promove diminuição da aceitação de comida e bebida.

É importante ressaltar que nesta fase a ausência de percepção fome/sede não gera desconforto, ou sofrimento para o paciente e a oferta artificial de alimentos por sondas não promove melhora do cuidado.



12 Se ela se engasgar, o que devo fazer?

É comum o comprometimento da deglutição nas fases mais avançadas da doença. Isso se manifesta comumente com engasgos com a própria saliva e também durante a alimentação. É importante a consulta com o(a) fonoaudiólogo(a) para avaliar o quadro e adequar a consistência dos alimentos (mais pastosos e macios), tornando a deglutição mais fácil e segura.

Em algumas situações, o uso de substâncias espessantes, que engrossam os líquidos, está indicado.

13 A sonda ajuda a pessoa a viver mais já que ela não quer comer?

As pesquisas científicas mostraram que a dieta através de sondas não aumenta o tempo de vida e pode gerar piora do desconforto e sofrimento do paciente.

A literatura médica não indica o uso de dieta por sonda em paciente com demência avançada. No lugar de alimentos por tubos devemos oferecer o trabalho de uma equipe interdisciplinar que irá conhecer os gostos do indivíduo, irá adaptar os alimentos e as consistência e irá ajudar os cuidadores a escolher o melhor momento do dia para a oferta de alimentos.

14

A sonda/gastrostomia diminui a chance de pneumonia? Quais os riscos que eu assumo quando aceito que meu familiar seja submetido a essas vias alternativas de alimentação?

Não temos estudos que demonstrem, com clareza, que as sondas reduzem a pneumonia. Os dados dos estudos são conflitantes e um estudo de revisão não demonstrou menores chances de pneumonia nos pacientes em uso de sondas em geral. Comparando as sondas nasoentéricas e a gastrostomia, os indivíduos com gastrostomia apresentaram menos pneumonias aspirativas.

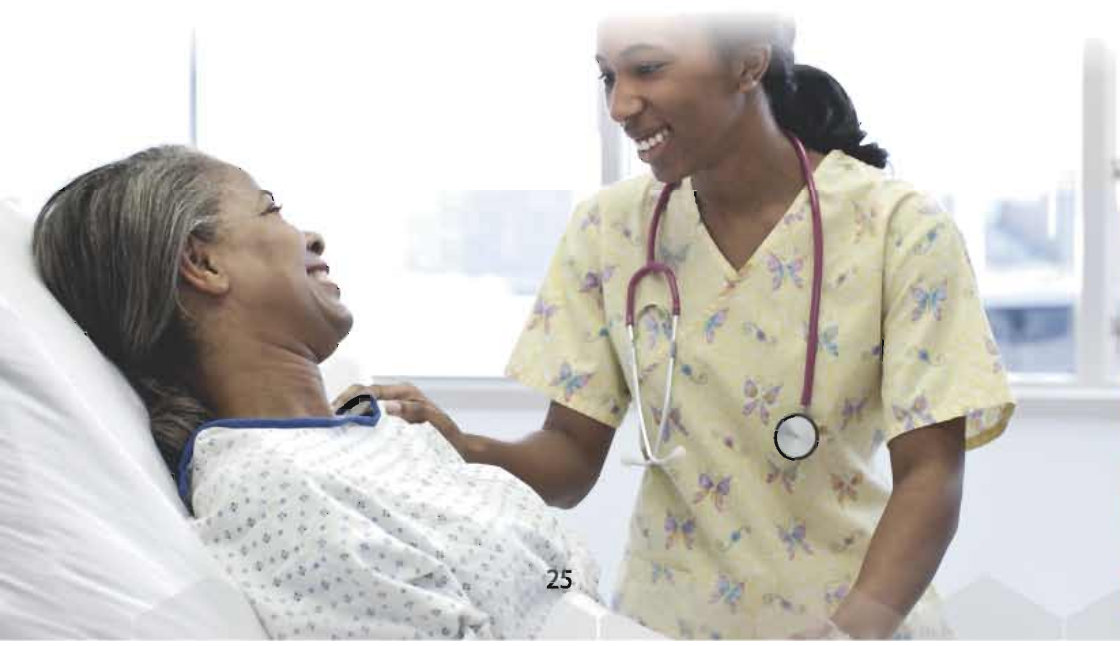
Devido às alterações cerebrais e estado de consciência, existe risco de aspiração da dieta enteral mesmo utilizando as sondas de alimentação. Os riscos de complicações relacionados a sonda nasal podem ser otite, sinusite, lesão e necrose de aba nasal, rouquidão e migração da sonda, intercorrências em trato gastrointestinal como distensão abdominal, diarreia, náuseas e vômitos além de piora da ansiedade e agitação por desconforto da sonda, prurido e dor na garganta. A gastrostomia pode complicar com sangramentos, infecções e deslocamento da sonda.

15

Está indicado o uso de restrição física, ou sedação medicamentosa para possibilitar a dieta por sondas em idosos com demência?

Pacientes idosos não devem receber sedação farmacológica, ou restrições físicas para manutenção da administração de terapia nutricional enteral devido ao maior risco de imobilidade e perda de massa livre de gordura.

Além disso, os idosos com demência apresentam alterações comportamentais quando contidos.



Diante da progressão de uma doença incurável, quando chega a uma fase avançada e mais ainda, no fim de vida, é comum o paciente apresentar falta de apetite, recusar a oferta de algum alimento, ou até apresentar dificuldade importante para engolir qualquer tipo de consistência.

Além disso, exatamente por se encontrar nessa fase, o paciente provavelmente pode até apresentar desconforto com alguns alimentos ou quando recebe uma quantidade excessiva de dieta.

A alimentação de conforto surge como uma opção de oferta alimentar de acordo com as preferências de cada indivíduo, em uma consistência segura e em porções que não causem efeitos colaterais. Independente da oferta calórica essa alimentação é capaz de propiciar uma sensação de bem-estar e conforto, sendo esses os verdadeiros significados da alimentação por prazer.

Como a demência é uma doença progressiva, que promove perda de reservas e suas fases são irreversíveis, quando o paciente alcançar a fase avançada da demência, provavelmente apresentará muita dificuldade para engolir. Aliás, essa grave dificuldade é um marcador significativo do avanço da doença e demonstra que a doença está em franca evolução para o seu fim de vida. A perda de peso é mais um sinal de progressão e não há maneiras de reverter esse quadro.

A gastrostomia (GTT) deve ser usada em casos potencialmente reversíveis (exemplo: infecção com sonolência associada), por um período pré-determinado, ou no contexto de doenças com dificuldade de deglutição permanente e/ou isolada. Em geral os doentes que se beneficiam de dieta por gastrostomia possuem doenças que alteram de forma isolada, ou muito caprichosa, a musculatura

da deglutição. No fim de vida das demências as alterações cerebrais são generalizadas e não há qualquer benefício em seu uso. No contexto da progressão da demência para a finitude o metabolismo assume um padrão de lentificação, como se fosse um modo "econômico" de gasto energético. Nesse estado, o paciente além de não apresentar fome, também sente menos sede. De forma geral, o paciente que não faz gastrostomia não vem a falecer devido a desnutrição, mas sim em decorrência da própria demência e suas complicações.



Como eu posso explicar aos meus familiares e amigos que não estou permitindo uma morte acelerada pelo jejum?

Na progressão de uma doença incurável, em sua fase avançada e mais ainda, terminal, ocorrem alterações hormonais e reações metabólicas no organismo, com aumento de substâncias na circulação que são responsáveis pela diminuição da sensação de sede e fome, redução do gasto energético e sensação de bem-estar.

Em geral, os pacientes se sentem satisfeitos com pequenas quantidades de alimento e fluidos, ou até mesmo com os cuidados de higienização e umidificação da cavidade oral.

Dessa forma, a privação alimentar pode ser bem tolerada e até mesmo associada à sensação de bem-estar, especialmente quando comparada aos efeitos de uma ingestão inadequada de calorias, ou dos sintomas de dor, náuseas e vômitos que podem advir de uma alimentação forçada.

A nutrição e hidratação artificiais não são intervenções básicas que podem ser aplicadas a todos os pacientes, assim como é a alimentação natural. O suporte nutricional e de hidratação artificial estão mais próximos de um procedimento clínico, ou cirúrgico do que uma medida para simplesmente alimentar o paciente.

É importante tomar consciência de que a doença de base é que está levando o paciente ao óbito e que não introduzir suporte nutricional e hidratação significa permitir a "morte natural", que na verdade ocorre nas duas situações, com ou sem suporte nutricional.



19

A alimentação não ajudaria a cicatrizar as feridas?

A cicatrização é um processo de reparação tecidual dinâmico do organismo em resposta a uma lesão, com intuito de restituir a característica anatômica, estrutural e funcional do tecido lesado.

Este mecanismo não depende apenas de energia e proteína, e pode ser alterado por inúmeros fatores intrínsecos e extrínsecos como idade, alteração do nível de consciência, imobilidade, incontinência urinária e fecal, presença de comorbidades, capacidade cognitiva, além de má nutrição e desnutrição.

Até o momento, nenhuma evidência está disponível para a eficácia de alimentação por sonda para idosos com demência avançada em relação à cicatrização de lesão por pressão, quando comparada à alimentação por via oral.

O cuidado com a integridade da pele e a prevenção do aparecimento de lesões por causas evitáveis deve ser predominantemente considerada. Vale lembrar que a nutrição e hidratação artificiais estão associadas a riscos consideráveis como maior necessidade de restrição ao leito de pacientes com demência.

Referência Bibliográfica:

- 1) What is dementia? Dementia Australia ©1999 Reviewed 2017.
Disponível em:
https://www.dementia.org.au/files/helpsheets/Helpsheet-AboutDementia01-WhatIsDementia_english.pdf
- 2) BMJ Best Practice: Avaliação da demência. Disponível em:
<https://bestpractice.bmj.com/info/pt/>
- 3) Mitchell SL. CLINICAL PRACTICE. Advanced Dementia. N Engl JMed.2015;372(26):2533-2540. doi:10.1056/NEJMcp1412652
- 4) Site amigos da demência:
<http://alzheimerportugal.org/pt/text-0-15-22-120-nutricao>
- 5) BOTTONI, Andrea; et al. Papel da nutrição na cicatrização. Revista Ciências em saúde, v.1, n.1, abril, 2011
- 6) National Institute for Health and Care Excellence (UK). Dementia: Assessment, management and support for people living with dementia and their cares. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2018.
- 7) Rahnama-Azar AA, Rahnamaiazar AA, Naghshizadian R, Kurtz A, Farkas DT. Percutaneous endoscopic gastrostomy: indications, technique, complications, and management. World J Gastroenterol. 2014;20(24):7739-7751. doi:10.3748/wjg.v20.i24.7739

ANCP - Academia Nacional de Cuidados Paliativos
Rua Artur de Azevedo, 289 Sala 3 - Cerqueira Cesar
São Paulo, SP - CEP-05404-010
Fones: +55 11 3087-3403 | +55 11 93146-5291
contato@paliativo.org.br - www.paliativo.org.br



ANCP
ACADEMIA NACIONAL DE
CUIDADOS PALIATIVOS



Sociedade Brasileira de
Geriatría e Gerontologia

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os pacientes direcionados para CP, em sua maioria idosos desnutridos apresentando agudizações associadas a doenças crônicas preexistentes e baixa funcionalidade ilustram o olhar diferenciado por parte da equipe multiprofissional para o paciente com demandas de cuidados paliativos, a fim de proporcionar cuidado multidisciplinar e humanizado. Os pacientes em fim de vida, com demandas de CP, em uso de terapias nutricionais artificiais apresentavam baixa funcionalidade e intercorrências clínicas e nutricionais. Em se tratando de CP, dúvidas e discordâncias em relação à via de administração, ao suporte calórico e hídrico e às possíveis terapias nutricionais ainda são muito comuns. Os benefícios do suporte nutricional artificial devem ser considerados cuidadosamente, a partir de uma abordagem focada no paciente e em seus valores, levando ainda em conta a qualidade de vida, seu estado funcional e a trajetória da doença, além da viabilidade do regime de alimentação em torno da rotina do paciente e seus cuidadores e familiares.

Avaliando os fatores associados ao desfecho clínico dos pacientes, observou-se que um maior percentual de pacientes que foram a óbito tinha baixa funcionalidade e uma menor oferta de ingestão calórica tanto no momento do parecer quanto no desfecho clínico. Altos percentuais de hospitalização e de óbitos no ambiente hospitalar ressaltam a importância da elaboração de um plano de cuidados no início do atendimento, para o manejo destes pacientes. O olhar paliativo tardio, favorece um tratamento desproporcional, com prolongamento do sofrimento e violação dos direitos humanos e da dignidade dos pacientes atendidos. O conhecimento técnico aliado ao uso de ferramentas prognósticas confiáveis, e estratégias específicas de comunicação envolvendo técnica, honestidade e compaixão, auxiliam na identificação de pacientes que podem se beneficiar do CP além de possuir alto impacto nos desfechos clínicos, favorecendo o tratamento adequado e digno a esta população.

O CP dos agravos à saúde deve ser realizado com base em uma avaliação ampla do paciente, de forma que possibilite compreender quem é a pessoa doente, identificar preferências e dificuldades, qual a cronologia da evolução da doença e os tratamentos previamente realizados, as necessidades atuais e sintomas do doente, a realização de exame físico, e a tomada de decisão clínica, considerando a evolução, prognóstico e as expectativas com relação ao tratamento proposto, incluindo as demandas e expectativas dos pacientes e seus familiares. Deve-se considerar a importância de extensão dos CP a toda a população, incluindo em seguimento domiciliar, no intuito de evitar internações e procedimentos hospitalares desnecessários.

De acordo com os achados fica evidente a importância dos CP como abordagem que melhora a qualidade de vida e sobrevida dos pacientes, devendo estar presente na avaliação, monitoramento e tratamento clínico e nutricional, desde o diagnóstico de uma doença ameaçadora a vida até a sua terminalidade. Nesta temática, o presente estudo destaca a necessidade de atuação precoce, sobretudo do profissional nutricionista, em vista dos achados de prevalência de risco nutricional e desnutrição.

Foram desenvolvidos um curso de capacitação continuada em Cuidados Paliativos e materiais didáticos e pedagógicos para serem difundidos entre os profissionais de saúde e instituições que assistem indivíduos em Cuidados Paliativos. Também foi realizada a revisão da Cartilha sobre Hidratação e Nutrição na Demência, publicada em 2020.

O presente estudo e produtos desenvolvidos contribuem para reforçar a importância de estimular capacitações constantes dos profissionais envolvidos na assistência de CP, e de ampliar o acesso e recomendação de CP de forma oportuna, integral e individualizada, a fim de proporcionar dignidade no processo de terminalidade da vida.

8 REFERÊNCIAS

- AGARWAL, E. et al. 2013. Malnutrition in the elderly- A narrative review. **Maturitas**, v.76, p. 296– 302, 2013.
- ANCP - Academia Nacional de Cuidados Paliativos. **Manual de Cuidados Paliativos**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Diagraphic, p.592, 2012.
- ANCP - Academia Nacional de Cuidados Paliativos. **Manual de Cuidados Paliativos**. 3. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, p.575, 2021.
- ANCP - Academia Nacional de Cuidados Paliativos. **Panorama dos Cuidados Paliativos no Brasil**, 2018. Disponível em: <<http://www.paliativo.org.br>> Acesso em: 21 de junho de 2019.
- ANDERSON, F. et al. Palliative Performance Scale (PPS) A new tool. **J. Palliat. Care**, v.12, n.1, p.5-11, 1996.
- BARBOSA, S. M. Cuidado Paliativo em pediatria. **Manual de Cuidados Paliativos ANCP - Ampliado e. 2º. ed.** p. 461-473. Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2012.
- BARCELLOS, A. L. R.; SANTOS, A. F. J.; SALES, M. V. C. Hidratação e Nutrição na Demência. **Academia Nacional de Cuidados Paliativos**. São Paulo, 1.ed. p.1-32. Livro eletrônico. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2020.
- BASTOS, B.R. et al. Perfil sociodemográfico dos pacientes em cuidados paliativos em um hospital de referência em oncologia do estado do Pará. **Rev Pan-Amaz Saúde**. v.9, n.2, p.31-36, 2018.
- BENARROZ, M. O; FAILLACE, G. B. D; BARBOSA, L. A. Bioética e nutrição em cuidados paliativos oncológicos em adultos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 1875-1882, 2009.
- BEST, C; HITCHINGS, H. Improving nutrition in older people in acute care. **Nursing Standard**. v.29, n.47, p.50-57, 2015.
- BORDIN, D. et al. Fatores associados à internação hospitalar de idosos: estudo de base, **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** v.21, n.4, p.452-460, 2018.
- BURLA, C.; PY, L. Cuidados paliativos: ciência e proteção ao fim da vida. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 6, p. 1-3, junho, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil. **Série B. Textos Básicos de Saúde**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. p.1-160, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)**. DATASUS, 2021. Disponível em: <<http://sihd.datasus.gov.br>> Acesso em: 20 de março de 2021.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA. Ministério da Saúde. **Consenso nacional de nutrição oncológica**. Rio de Janeiro: INCA, 2016.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA. **ABC do câncer**: abordagens básicas para o controle do câncer. 6. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2020.

BRASIL, Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Conselho Nacional de Saúde**. Seção 1, p.59. 2012.

BRASIL. Secretária de Saúde do Estado. Diretriz para Cuidados Paliativos em paciente críticos adultos admitidos em UTI: norteando as prioridades de cuidado. **Protocolo de Atenção à Saúde do DF**. Distrito Federal, 2017. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/6-Cuidados_Paliativos_em_UTI.pdf> Acesso em: 16 de julho de 2019.

BRASIL. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. **Vamos Falar de Cuidados Paliativos. Comissão Permanente de Cuidados Paliativos da SBGG (2014-2016)**. SBGG, p.1-45, 2015.

BRUERA, E. ET AL. **Textbook of medicine and supportive care**, 3. ed. p. 975. 2021.

CALSINA-BERNA, A. et al. Intrahospital Mortality and Survival of Patients with Advanced Chronic Illnesses in a Tertiary Hospital Identified with the NECPAL CCOMS-ICO Tool. **J Palliat Med**, p. 1-9, 2018.

CARVALHO, R. T; TAQUEMORI, L. Y. Nutrição em cuidados paliativos. **Manual de Cuidados Paliativos ANCP** - Ampliado e Atualizado. 2. ed. Academia Nacional de Cuidados Paliativos; p. 483-499, 2012.

CASSEL, B. J., et al. Effect of a Home-Based Palliative Care Program on Healthcare Use and Costs. **J Am Geriatr Soc.**, p1-8, 2016.

CASTRO, J. M. F; FRANGELLA, V. S.; HAMADA, M. T. Consensos e dissensos na indicação e continuidade da terapia nutricional enteral nos cuidados paliativos de

pacientes com doenças crônicas não transmissíveis. **ABCS Health Sci.**, v. 42, n. 1, p. 55-59, 2017.

CEREDA, E. Nutritional status in older persons according to healthcare setting: A systematic review and meta-analysis of prevalence data using MNA. **Clin Nutr.**, p.1-9, 2016.

CHANG, V. T. Tools for pain and symptom assessment. **Textbook of medicine and supportive care**, 3. ed. p. 180-188. 2021.

CHARLTON, K. et al. Poor nutritional status of older subacute patients predicts clinical outcomes and mortality at 18 months of follow-up. **Eur. J. Clin. Nutr.** v. 66, p. 1224–1228, 2012.

CLARK, J. et al. Declining oral intake towards the end of life: how to talk about it? A qualitative study. **Int. J. Palliat. Nurs.**, v.23, n.2. 2017.

COLEMBERG, J; CONDE, S. Uso da Miniavaliação Nutricional em idosos institucionalizados. **Scientia Medica.**, v. 21, n.2, p. 59-63, 2011.

COSTA, R. et al. Reflexões bioéticas acerca da promoção de cuidados paliativos a idosos. **Saúde debate.** v. 40, n. 108, p. 170-177, 2016.

COVENTRY, P.A. et al. Prediction of appropriate timing of palliative. a systematic review. **Age and Ageing.** v.34, p. 218–227, 2005.

COYM, A. et al. Systematic symptom and problem assessment at admission to the palliative care ward – perspectives and prognostic impacts. **BMC Palliative Care.** v.19, n.75, p.1-11, 2020.

CRISAN, D. ET AL. Malnutrition and non-compliance to nutritional recommendations in patients with cirrhosis are associated with a lower survival. **World J Hepatol.** v.12, n.10, p. 829-840, 2020.

D’ALESSANDRO, M. et al (Coord). **Manual de Cuidados Paliativos.** São Paulo: Hospital Sírio Libanês; Ministério da Saúde, 2020.

DÁVALOS-YEROVI, L. Malnutrition according to GLIM criteria is associated with mortality and hospitalizations in rehabilitation patients with stable chronic obstructive pulmonary disease. **Nutrients.** v.13, n.369, p.1-11. 2021.

DAY, T. Managing the nutritional needs of palliative care patients. **Br J Nurs.**, v. 26, n.21, p. 1151-1159, 2017.

DONNELLY, G.; WENTWORTH, L.; VERNON, M. J. Nutrition, older people and the end of life, **Clin Med.**, v.13, n.6, p.9–14, 2013.

DOWNING, M. et al. Meta-analysis of Survival Prediction with Palliative Performance Scale. **J. Palliat. Care.**, v.23, n.4, p.245-254, 2007.

EDINGTON, J. et al. Prevalence of malnutrition on admission to four hospitals in England. **Clinical Nutrition.**, v.19, n.3, p.191–195, 2000.

FEARON, K., et al. Definition and classification of cancer cachexia: An international consensus. **Lancet Oncol**, v. 12, p. 489–95, 2011.

FERNANDES, E. A. O papel do nutricionista na equipe. **Manual de Cuidados Paliativos ANCP - Ampliado e Atualizado**. 2. ed. Academia Nacional de Cuidados Paliativos; p. 345-352, 2012.

FONSECA, A.; GEOVANINI, F. Cuidados paliativos na formação do profissional da área de saúde. **Rev Bras Educ Med.**, v. 37, n. 1, p.120-125, 2013.

GEORGE, N. et al. Past, present, and future of palliative care in emergency, **Acute Med. Surg.**, v.7, n.e497, p1-7, 2020.

GLAIRE, P. et al. Predicting survival in patients with advanced disease. **Eur J Cancer.**, v. 44, p.1146-1156, 2008.

GOMES, A. L. Z; OTHERO, M. B. Cuidados paliativos. **Estudos avançados**, v. 30, n. 88, p. 155-166, 2016.

GUIMARÃES, R. S.; GASPAR, A. A. C. S. O conhecimento da enfermagem relativo ao cuidado à pacientes elegíveis para cuidados paliativos. **J Health Sci Inst**, v. 31, n. 3, p.274-278, 2013.

HEAD, B.; RITCHIE, C. S.; SMOOT, T. M. Prognostication in hospice care: Can the palliative performance scale help? **J Palliat Med.**,v. 8, n. 3, p. 492-502, 2005.

KAISER, M. J. et al. Frequency of Malnutrition in Older Adults: A Multinational Perspective Using the Mini Nutritional Assessment. **J Am Geriatr Soc.**, v.58, n.9, p.1734–1738, 2010.

KOSTENBERGER, M. et al. Prevalence of palliative care patients in emergency departments. **Springer Nature**. p1-6, 2019.

KONDRUP, J. et al. Nutricional Risk Screening (NRS 2002): a New method based on an analysis of controlled clinical trials. **Clinical Nutrition.**, v.22, n.3, p.321-336, 2003.

KWANG A. Y.; KANDIAH, M. Objective and Subjective Nutritional Assessment of Patients With Cancer in Palliative Care. **Am J Hosp Palliat Care.**, v.27, n. 2, p. 117–126, 2010.

LASTRUCCI, V. et al. Diagnosis-related differences in the quality of end-of-life care: A comparison between cancer and non-cancer patients. **Plos one.**, v.13, n.9, 2018.

LAU, F. et al. Use of the palliative performance scale in end of life prognostication. **J Palliat Med**, 2006.

LAU, F. et al. Use of the Palliative Performance Scale (PPS) for end of life prognostication in a palliative medicine consultation service. **J Pain Sympt Manage**, v. 37, p. 965–972, 2009.

LIM, S. L. et al. Malnutrition and its impact on cost of hospitalization, length of stay, readmission and 3-year mortality **Clin Nutr**, v. 31, p. 345-350, 2012.

LIMA, M. E. A. E.; ZOCOLLI, T. L. V. Nutrição aos pacientes em Cuidados Paliativos Exclusivos. **Desmistificando Cuidados Paliativos**. 1.ed. p. 279-288. Livro eletrônico. Oxigênio, 2019.

LOPES, J. et al. Applicability of patient-generated subjective global assessment in palliative care. **Hos Pal Med Int Jnl.**, v.3, n.4, p.138–145, 2019.

LOURENÇATO, L. M. et al. Implantação de serviço de cuidados paliativos no setor de emergência em um hospital público universitário. **Revista qualidade HC**. Ribeirão Preto, SP. v. 1, p. 123- 132, 2016.

LYNGAA, T. et al. Intensive care at the end of life in patients dying due to non-cancer chronic diseases versus cancer: a nationwide study in Denmark. **Critical Care**. v. 19, n. 413, 2015.

MACIEL, M. G. S; CARVALHO, R. T. A escala de Desempenho em Cuidados Paliativos versão 2 (EDCP v2). **PPS - Portuguese Brazilian approved translation**. Victoria Hospice Society, 2009.

MAGALHÃES, E. S.; OLIVEIRA, A. E. M; CUNHA, N. B. Atuação do nutricionista para melhora da qualidade de vida de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. **Arch. Health. Sci.** v. 25, n. 3, p. 4-9, 2018.

MALTA, D. C, et al. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde.**, v. 23, n. 4, p. 599-608, 2014.

MARCUCCI, F. et al. Resultados de um não de atividade de uma Unidade de Cuidados Paliativos em um Hospital Geral. **Geriatr Gerontol Aging**. v.13, n.2, p.88-94, 2019.

MATSUMOTO D. Y. Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. **Manual de Cuidados Paliativos ANCP** - Ampliado e Atualizado. 2. ed. Academia Nacional de Cuidados Paliativos; p. 23-30. 2012.

MCCANN, R. M.; HALL, W. J.; GROTH-JUNCKER, A. Comfort care for terminally ill patients. The appropriate use of nutrition and hydration. **JAMA**. v.272, p.1263-1266, 1994.

MEDEIROS, R. et al. Serial Palliative Performance Scale Assessment in a University General Hospital: A Pilot Study. **J. Palliat. Med.**, 2018.

MORITA, T. et al. Validity of the Palliative Performance Scale from a Survival Perspective. **J Pain and Symptom Manage**. v.18, n.2, 1999.

OLAJIDE, O. et al. Validation of palliative performance scale in the acute tertiary care hospital setting. **J Palliat Med**. v.10, n.1, p. 111-117, 2007.

OLÁRIO, P. S. et al. Desospitalização em cuidados paliativos: perfil dos usuários de uma unidade no rio de janeiro/ Brasil. **Cogitare Enfermagem**, v. 23, n. 2, 2018.

OLIVEIRA, A. et al. Profile of hospitalizations in palliative care: A tour for management. **J Nurs UFPE online**. v.12, n. 8, p.2082-2088, 2018.

ORREVAL, Y. Nutritional support at the end of life. **Nutrition**. v. 31, p.615–616, 2015.

PAIVA, F. C. L.; ALMEIDA, J. J. J; DAMÁSIO, A. C. Ética em cuidados paliativos: concepções sobre o fim da vida. **Revista Bioética**, v. 22, n. 3, p. 550-560, 2014.

PARSONS, H. A. Caquexia e anorexia. **Manual de Cuidados Paliativos ANCP** - Ampliado e Atualizado. 2. ed. p. 213-223. 2012.

PAYNE, C. Dietetics and Nutrition in Palliative Care. Text book of palliative care. **Springer Nature**, p.1-9, 2018.

PEREIRA, E. A. L.; GRYSCHK, G.; HIDALGO, G. A. O. Integração dos Cuidados Paliativos nas Redes de Atenção à saúde. **Manual de Cuidados Paliativos ANCP** - Atheneu. 3. ed. Rio de Janeiro; p. 23-27. 2021.

REMONDES, S. O. Acesso aos Cuidados Paliativos dos doentes não oncológicos. **Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar**, Universidade do Porto. Portugal, v. 1, p. 3-15, 2015.

RIBEIRO, M. Cuidados Paliativos na Emergência: É possível?. **Desmistificando Cuidados Paliativos**. 1. ed. p. 289-307. Livro eletrônico. Oxigênio, 2019.

RIBEIRO, M.; REIS, D.; ZOCCOLI, T. Dor. **Desmistificando Cuidados Paliativos**. 1. ed. p. 130-158. Livro eletrônico. Oxiênio, 2019.

RIBEIRO, S. C. C. Identificação de pacientes com indicação de Cuidados Paliativos em Atendimentos de Emergência. **Manual de Cuidados Paliativos ANCP** - Atheneu. 3. ed. Rio de Janeiro; p. 317-319. 2021.

RIOLFI, M. et al. Effectiveness of palliative home-care services in reducing hospital admissions and determinants of hospitalization for terminally ill patients followed up by a palliative home-care team: A retrospective cohort study. **Palliat. Med.**, v. 28, n. 5, p. 403–411, 2014.

RODRIGUES, L. F. Modalidades de atuação e modelos de assistência em Cuidados Paliativos. **Manual de Cuidados Paliativos ANCP** - Ampliado e Atualizado. 2. ed. p. 86-93. Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2012.

RUFINO, G. P. et al. Avaliação de fatores determinantes do tempo de internação em clínica médica. **Rev Bras Clin Med.**, p. 291-297, 2012.

SCHWARS, E.; BAGGIO, S.; BUENO, D. Prescrições de medicamentos em Unidade de Cuidados Paliativos de um Hospital Universitário de Porto Alegre. **Clin Biomed Res.** v.36, n.1, p. 27-36, 2016.

SEEDHOM, A; KAMAL, N. The Palliative Performance Scale Predicts Survival among Emergency Department Patients, Minia, Egypt. **Indian J Palliat Care.** v. 23, p.368-71, 2017.

SERDAR, K. et al. The Effect of Nutritional Status on Quality of Life in Palliative Care Patients. **Indian J Surg.** p.1-5, 2019.

SHAW, C; ELDRIDGE, L. Nutritional considerations for the palliative care patient. **Int. J. Palliat. Nurs.**, v. 21, n. 1, p.7-15,2015.

SHEARER, F. et al. Understanding emergency department staff needs and perceptions in the provision of palliative care. **Emerg. Med. Australas.**, v.26, p. 249–255, 2014.

SILVA, A. M. O. P; CORTIZO, S. A. Avaliação do paciente e Índices Prognósticos. **Manual de Cuidados Paliativos ANCP** - Atheneu. 3. ed. Rio de Janeiro; p. 11-16. 2021.

SILVA, D. et al. Atuação do nutricionista na melhora da qualidade de vida de idosos com câncer em cuidados paliativos. **Rev. O Mundo da Saúde.** São Paulo, v. 33, n. 3, p. 358-364, 2009.

SILVA, M. Cuidados paliativos e envelhecimento: Abordagem de serviços no sistema único de saúde (SUS). **Rev Med Minas Gerais**. v.29, n. 2039, 2019.

SILVA, R. et al. Efeitos da hospitalização prolongada: O impacto da internação na vida paciente e seus cuidadores. **Saúde (Santa Maria)**. v.44, n. 3, p. 1-12, 2018.

SILVA, R. S; D'ARAÚJO, J. A. M. Nutrição e Hidratação. **Manual de Cuidados Paliativos ANCP** - Atheneu. 3. ed. Rio de Janeiro; p. 472-476. 2021.

SILVA, S. Fatores de atraso na alta hospitalar em hospitais de ensino. **Rev Saúde Pública**. v. 48, n. 2, p. 314-321, 2014.

SOBRAL, A. A. S; PEREIRA, M. E. A.; WAKIYAMA, C. O papel do nutricionista no cuidado paliativo do paciente oncológico em fase terminal: uma revisão da literatura. **Científico**. v. 17, n. 36, Fortaleza, 2017.

SOUSA, D.; PEIXOTO, S. Estudo descritivo da evolução dos gastos com internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária no Brasil, 2000-2013. **Epidemiol. Serv. Saude**. v. 26, n.2, p.285-294, 2017.

SOUZA. I. C. et al. Perfil de pacientes dependentes hospitalizados e cuidadores familiares: Conhecimento e preparo para as práticas do cuidado domiciliar. **Rev Min Enferm**, v. 18, n. 1, p. 164-17. 2014.

SPILSBURY, K. et al. The impact of community-based palliative care on acute hospital use in the last year of life is modified by time to death, age and underlying cause of death. A population based retrospective cohort study. **PLoS one.**, v. 12, n. 9, 2017.

SUTRADHAR, R., et al. Modeling the longitudinal transitions of performance status in cancer outpatients: Time to discuss palliative care. **J Pain Sympmt Manage**, v. 45, p. 726–734, 2013.

TEMEL, J. et al. Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non–Small-Cell Lung Cancer, **N Engl J Med**. v.363, p.733-42, 2010.

TENO, J. et al. Change in End-of-Life Care for Medicare Beneficiaries Site of Death, Place of Care, and Health Care Transitions in 2000, 2005, and 2009. **JAMA**. v. 309, n. 5, 2013.

TOLEDO, D. O. et al. Campanha “Diga não à desnutrição”: 11 passos importantes para combater a desnutrição hospitalar. **BRASPEN J**, v. 33, n. 1, p. 86-100. 2018.

VESTERGAARD, A., et al. Hospitalisation at the end of life among cancer and non-cancer patients in Denmark: a nationwide register-based cohort study. **BMJ Open**. v.10, 2020.

VOLKERT, D. et al. ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. **Clinical Nutrition**. p 1-38, 2018.

WACHTERMAN, M. et al. Quality of End-of-Life Care Provided to Patients With Different Serious Illnesses. **JAMA Intern Med**. v. 176, n. 8, p.1095-1102, 2016.

WALLENGREN, O.; BOSAEUS, I.; LUNDHOLM, K. Dietary energy density is associated with energy intake in palliative care cancer patients. **Support Care Cancer**, v. 20, p. 2851–2857, 2012.

WHITE, J. et al. Consensus Statement: Academy of Nutrition and Dietetics and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition: Characteristics Recommended for the Identification and Documentation of Adult Malnutrition (Undernutrition). **JPEN J Parenter Enteral Nutr**. v. 36, n. 3, p.275-283, 2012.

WHO. Worldwide Palliative Care Alliance. **Global Atlas of Palliative Care at the End of Life**. WHO. England. 111p., 2014. Disponível em: <http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf>. Acesso em 19 de Junho de 2018.

WHO. World Health statistics 2018 - **Monitoring Health for the Sustainable Development Goals**. World Health Organization; 2018.

WIEGERT, E. V. M; OLIVEIRA, L. C; ALENCASTRO, I. M. Nutrição. **Manual de Cuidados Paliativos ANCP** - Atheneu. 3. ed. Rio de Janeiro; p. 180-183. 2021.

WISKAR, K. et al. Inpatient palliative care referral and 9-month hospital readmission in patients with congestive heart failure: a linked nationwide analysis. **J Intern Med**. v. 282, n. 5, p.445-451, 2017.

ANEXO

ANEXO A - ESCALA DE PERFORMANCE PALIATIVA


**A Escala de Desempenho em Cuidados Paliativos
versão 2 (EDCP v2)**

TRADUÇÃO BRASILEIRA PARA A LÍNGUA PORTUGUESA
(Portuguese Brazilian translation of Palliative Performance Scale (PPS version 2))

Translation by Maria Goretti Sales Medel and Ricardo Tavares de Carvalho, São Paulo, Brasil. Palliative Performance Scale (PPSv2).
©Victoria Hospice Society, 2009.

PPS	Deambulação	Atividade e evidência da doença	Auto-cuidado	Ingesta	Nível da Consciência
PPS 100%	Completa	Atividade normal e trabalho; sem evidência de doença	Completo	Normal	Completa
PPS 90%	Completa	Atividade normal e trabalho; alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completa
PPS 80%	Completa	Atividade normal com esforço; alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completa
PPS 70%	Reduzida	Incapaz para o trabalho; doença significativa	Completo	Normal ou reduzida	Completa
PPS 60%	Reduzida	Incapaz para hobbies/trabalho doméstico; doença significativa	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Completa ou períodos de confusão
PPS 50%	Maior parte de tempo sentado ou deitado	Incapacitado para qualquer trabalho; doença extensa	Assistência considerável	Normal ou reduzida	Completa ou períodos de confusão
PPS 40%	Maior parte do tempo acamado	Incapaz para a maioria das atividades; doença extensa	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Completa ou sonolência +/- confusão
PPS 30%	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade; doença extensa	Dependência completa	Normal ou Reduzida	Completa ou sonolência +/- confusão
PPS 20%	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade; doença extensa	Dependência completa	Mínima a pequenos goles	Completa ou sonolência +/- confusão
PPS 10%	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade; doença extensa	Dependência completa	Cuidados com a boca	Sonolento ou coma +/- confusão
PPS 0%	Morte	-	-	-	-

INSTRUÇÕES PARA O USO DO PPS (VEJA TAMBÉM AS DEFINIÇÕES DOS TERMOS)

1- Os escores PPS são determinados lendo-se a tabela na horizontal, em cada linha, até encontrar o nível ou características que “melhor se adequam” ao paciente que está sendo avaliado.

2- Comece com a coluna à esquerda e leia de cima para baixo até encontrar a descrição de “deambulação” apropriada. Siga então para a próxima coluna, leia-a de cima para baixo novamente até encontrar a descrição de “

atividade ou evidência de doença” apropriada. Esses passos são repetidos por todas as 5 colunas antes de atribuir o PPS ao paciente. Note que as colunas mais à esquerda são características mais “fortes” na determinação do escore e, em geral, assumem maior importância sobre as outras.

Exemplo 1 : Um paciente que permaneça a maior parte do dia sentado ou deitado devido a fadiga causada por uma doença avançada, que requeira assistência considerável para caminhar mesmo pequenas distâncias, que seja plenamente consciente e tenha ingestão alimentar boa seria caracterizado com PPS de 50%.

Exemplo 2 : Um paciente que tenha se tornado tetraplégico requerendo cuidado total teria PPS de 30%. Embora este paciente possa ser colocado em uma cadeira de rodas (e talvez considerado com PPS de 50%), o escore é 30% porque, de outra forma, ele(a) seria totalmente restrito ao leito devido à doença ou complicações se não fosse pela ajuda do cuidador. O paciente pode ter ingestão alimentar e nível de consciência normais.

Exemplo 3 : Entretanto, se o paciente do exemplo 2 fosse paraplégico e restrito ao leito mas ainda fosse capaz de autocuidar-se, como por exemplo comer sem auxílio, então o PPS seria algo como 40 ou 50% desde que o paciente não necessite de cuidados o tempo todo.

– O PPS apresenta incrementos de 10% sempre. As vezes é muito fácil identificar, numa ou mais colunas, qual é a descrição que mais se adequa ao paciente. Entretanto, em um ou duas colunas pode parecer que a descrição que mais se adequa esteja em um nível maior ou menor. Nesse contexto, deve-se escolher, como um todo, o nível que melhor descreve a condição do paciente. Escolher um “meio termo” como por exemplo, um PPS de 45%, não é correto. A combinação de julgamento clínico e a “importância maior das colunas da esquerda” é usada para determinar se 40% ou 50% é o escore mais apropriado para o paciente.

- O PPS tem muitas utilidades. Primeiro, é um excelente instrumento de comunicação que descreve rapidamente o estado funcional atual do paciente. Segundo, pode ser útil como critério de avaliação de capacidade de trabalho e outras medidas e comparações. Além disso, parece ter valor prognóstico.

DEFINIÇÃO DE TERMOS PARA O PPS

Como exposto abaixo, alguns termos tem significados semelhantes. As diferenças são mais perceptíveis à medida que lê-se, horizontalmente, através de cada linha, até encontrar a que mais se adequa como um todo, usando as informações das 5 colunas.

1- DEAMBULAÇÃO

Os termos “ maior parte do tempo sentado ou deitado”, “ maior parte do tempo acamado”, e “ totalmente acamado” são muito semelhantes. As pequenas diferenças estão relacionadas a itens da coluna “ auto-cuidado”. Por exemplo, “totalmente acamado” como PPS 30% é devido a profunda fraqueza ou paralisia de tal forma que o paciente não apenas não consiga sair da cama mas também não seja capaz de nenhuma atividade de auto-cuidado. A diferença entre “ maior parte do tempo sentado ou deitado” e “acamado” é proporcional à quantidade de tempo em que o paciente é capaz de sentar versus sua necessidade de deitar-se.

Deambulação reduzida caracteriza os PPSs 60 e 70%. Usando a coluna adjacente, a redução na deambulação está ligada à inabilidade de desempenhar seu trabalho normalmente, atividades em casa e “hobbies”. A pessoa ainda é capaz de caminhar e transferir-se sozinho, mas, com PPS de 60%, necessita assistência ocasional.

- ATIVIDADE E EVIDÊNCIA DA DOENÇA

“Alguma evidência de doença”, “doença significativa” e “doença extensa” referem-se a características físicas e clínicas que evidenciam graus de progressão. Por exemplo, em câncer de mama, uma recidiva local poderia implicar em “ alguma evidência de doença”, uma ou duas metástases no pulmão ou ossos poderia implicar em “doença significativa”, enquanto múltiplas metástases em pulmão, ossos, fígado, cérebro, hipercalemia e outras complicações importantes poderiam caracterizar “ doença extensa”. A extensão pode também se referir a progressão da doença a despeito dos tratamentos. Na AIDS, “alguma evidência de doença” poderia significar a transição de HIV para AIDS, “doença significativa” implicaria progressão no declínio físico, sintomas novos ou de manuseio difícil e baixas contagens Cd4/Cd8. “Doença extensa” refere-se a uma ou mais complicações graves com ou sem a continuidade do uso de antiretrovirais, antibióticos, etc.

A extensão da doença é também avaliada no contexto da habilidade de manutenção das atividades de trabalho e hobbies. Declínio na atividade pode significar, por exemplo, que a pessoa ainda joga golf mas reduz seu jogo de 18 para 9 buracos, ou somente 3, ou ao seu “handicap”. Pessoas que gostem de andar reduzirão gradualmente a

distância percorrida, embora possam continuar tentando andar, as vezes até no período próximo da morte. (Ex : tentando andarmos corredores).

- AUTO - CUIDADO

“Assistência ocasional” significa que na maioria do tempo os pacientes são capazes de transferir-se para fora do leito, caminhar, tomar banho, ir ao banheiro e comer por si só, mas que ocasionalmente (talvez uma vez ao dia ou poucas vezes na semana) requeiram pequena assistência.

“Assistência considerável” significa que regularmente, todos os dias, o paciente necessita de ajuda, em geral de uma pessoa, para desempenhar algumas atividades citadas acima. Por exemplo, a pessoa necessita ajuda para ir ao banho mas é capaz de escovar seus dentes ou pelo menos lavar suas mãos e rosto. Os alimentos precisarão, com frequência, ser cortados mas o paciente é capaz de comê-los como quiser.

“Assistência quase completa” é uma extensão de “considerável”. Usando o exemplo acima, o paciente agora necessita ajuda para levantar-se e também para levar seu rosto e escovar os dentes, mas em geral pode comer sozinho ou com ajuda mínima. Isto pode variar de acordo com a fadiga que apresenta durante o dia.

“Dependência completa” significa que o paciente é totalmente incapaz de comer sem ajuda, ir ao banheiro ou realizar qualquer auto-cuidado. Dependendo da situação clínica, o paciente pode ou não mastigar e engolir o alimento preparado e servido a ele(a).

- INGESTÃO

Mudanças na ingestão alimentar são fáceis de compreender. “Ingestão normal” se refere aos hábitos normais de alimentação da pessoa enquanto sadia. “Ingestão reduzida” significa qualquer redução nesse padrão e é muito variável de acordo com as circunstâncias individuais. “Ingestão limitada a colheradas” refere-se a quantidades muito pequenas, em geral pastosa ou líquida, que estão bem abaixo das necessidades nutricionais.

- NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

“Completo” implica em estado de alerta total e orientação com boas habilidades cognitivas em vários domínios de pensamento, memória etc. “Confusão” é usado para descrever a presença de delírio ou demência e é um nível de consciência reduzido. Pode ser leve, moderado ou grave e como várias possibilidades etiológicas. “Sonolência” implica em fadiga, efeito colateral de drogas, delírio ou proximidade da morte e é às vezes incluído no conceito de estupor. “Coma” nesse contexto é a ausência de resposta a estímulo físico ou verbal; alguns reflexos podem ou não estar presentes. A profundidade do coma pode flutuar ao longo das 24h do dia.

A Escala de Desempenho em Cuidados Paliativos versão 2 (EDCP v2) é de autoria da "Victoria Hospice Society" e substitui a primeira EDCP publicada em 1996 [J Pall Care 9(4):26-32]. Ela não pode ser alterada ou usada de nenhuma forma diferente da orientada e descrita aqui. Ela pode ser usada por Serviços após o reconhecimento apropriado. Disponível em formato PDF eletrônico sob pedido pelo e-mail edu.hospice@viha.ca. Correspondências devem ser enviadas ao Director Education and Research, Victoria Hospice Society, 1952 Bay Street, Victoria BC, V8R 1J8, Canada.

We would like to thank Maria Goretti Sales Maciel and Ricardo Tavares de Carvalho for their translation. Dr. Maciel may be contacted as well as Victoria Hospice.

Maria Goretti Sales Maciel
Medical Director Palliative Care Service
Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo
Rua Pedro de Toledo 1800, Vila Clementino, São Paulo
CEP: 04039-000 SP – Brasil.
e-mail: macielmg@uol.com.br

ANEXO B - TRIAGEM DE RISCO NUTRICIONAL

NRS 2002

Parte 1	Não	Sim
1-IMC < 20,5		
2- O paciente teve perda de peso nos últimos 3 meses?		
3-O paciente teve redução da ingestão alimentar na última semana, vômitos ou diarreia frequente?		
4-O Paciente está Gravemente doente, em mau estado Geral ou em UTI?		
*Se a resposta for Sim para qualquer questão aplicar a segunda etapa do formulário. *Reaplicar o formulário semanalmente em caso de resposta "não" em todas as questões.		

Parte 2			
Estado Nutricional (EN) Prejudicado		Estresse metabólico da Doença	
Brando : 1 ponto	Perda de peso> 5% em 3 m, Ou ingestão alimentar entre 50-75% na ultima semana.	Brando : 1 ponto	Fratura de quadril, Crônicos agudizados: cirrose, DPOC, HD, DM e CA
Moderado: 2 pontos	Perda de peso> 5% em 2 m, Ou IMC 18,5 -20,5 + condição geral comprometida Ou ingestão alimentar 25-50% das necessidades na ultima semana	Moderado: 2 pontos	Cirurg ABD, Infarto, Fraturas, PNM, Leucemias e linfomas.
Grave :3 Pontos	Perda de peso> 5% em 1 m, ou > 15% em 3m ou, IMC <18,5 condição geral comprometida ou ingestão alimentar de 0-25% das necessidades na ultima semana.	Grave :3 Pontos	Paciente de UTI, Trauma craniano, Politrauma, Transplante de Medula, APACHE > 10 Sepsis, VM
PONTUAÇÃO:		+	=
Se paciente >=70 anos adicionar 1 ponto no escore final.			
Pontuação >=3 Paciente em Risco Nutricional, TN é indicada.			
Pontuação<3: Reavaliar paciente Semanalmente.			

MST

1- Apresentou perda de peso recente sem tentar?

() não (0 pontos)
() sim (1 pontos)

() não (0 pontos)
() sim, (quitos Kg / não sabe)
1-5 Kg (1 pontos)
6-10 Kg (2 pontos)
11-15 Kg (3 pontos)
Não sabe quantificar (2 pontos)

Conclusão: Com risco pontuação ≥ 2 pontos.
Só deve ser realizada na admissão nas enfermarias quando não estiver de TN

Referência Bibliográfica: Kondrup et. AL. Malnutrition risk screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials 2002. *Clinical Nutrition*: v. 22, n. 3, p. 321-336, 2003
Ferguson et al. Development of a valid and reliable malnutrition screening tool for adult acute hospital patients. *Nut*, v. 15, n.6, p. 458-464, 1999

ANEXO C - AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL

PASSOS PARA A AVALIAÇÃO NUTRICIONAL (WHITE 2012)



1º DEFINIR O RISCO NUTRICIONAL

Utilizar NRS -2002 (TN, UTI, Salas e retriagem) ou MST (1999) (admissão de pacientes de enfermaria e sem TN)

Se sem risco nutricional – programar nova triagem em 1 semana. Se paciente em TN colocar P, A, PU, PI, IMC, CB, CP, objetivo calórico e proteico, e conduta. Pode colocar diagnóstico baseado no IMC (opcional)

Com risco nutricional – continuar passos seguintes. Caso seja VO e não conseguindo realizar a avaliação completa ver conduta e programar avaliação assim que possível ou retriar em 1 semana.

2º: INFLAMAÇÃO:

Parâmetros bioquímicos	Parâmetros clínicos
↑PCR, ↓alb, ↑ou ↓ dos leucócitos, ↑GII, ↑%neutrófilos, ↓plaquetas, ↑leuc, BN-	Febre, hipotermia, infecção/seps, sespe, sirs (ver parâmetros – FC, FR, leucócitos, desvio a esquerda, temperatura), ↓capac de cicatrização.

Adaptado de: Malone e Hamilton, 2013

Parâmetros ausentes – sem inflamação. Pular para 4º passo

SEM INFLAMAÇÃO	
Desnutrição não relacionado à doença OU Desnutrição relacionada à inanição	
Inanição, anorexia nervosa, fome crônica pura	Em 1 semana ocorre ↑catabolismo proteico para produzir glicose, a seguir há resposta de adaptação ao jejum

Com esses parâmetros com inflamação

3º: AGUDA ou CRÔNICA

AGUDA	CRÔNICA
< 3 meses (inflamação grave) SDRA, TCE, paciente crítico, cirurgia de grande porte, Seps, SIRS, queimaduras severas, pancreatite aguda grave, fase aguda de DII. O paciente perde massa magra e não recupera!	≥ 3 meses (inflamação L/M) = Ex: Doença cardiovascular, pancreatite crônica, DPOC, ICC, fibrose cística, demência, DM, DII, Síndrome metabólica, obesidade, CH, CA, IR, IRp, artrite reumatóide, UP. O paciente recupera melhor a MM que um paciente traumático!

Fonte: Malone e Hamilton, 2013

4º GRAU DE DESNUTRIÇÃO: Não grave ou Grave

PELO MENOS DOIS CRITÉRIOS PARA CLASSIFICAR EM GRAVE OU NÃO GRAVE

	Desnutrição no contexto da doença ou trauma AGUDO		Desnutrição no contexto da doença CRÔNICA		Desnutrição no contexto das circunstâncias sociais e ambientais	
Características clínicas	Desnutrição não grave	Desnutrição grave	Desnutrição não grave	Desnutrição grave	Desnutrição não grave	Desnutrição grave
1) Consumo energético	<75% das necessidades por >7d	<50% das necessidades por ≥5d	<75% das necessidades por ≥1 mês	<50% das necessidades por ≥1 mês	<75% das necessidades por ≥3 meses	<50% das necessidades por ≥3 meses
2) Interpretação da perda de peso	% Tempo 1-2 1 semana 5 1 mês 7.5 3 meses	% Tempo ≥2 1 semana ≥5 1 mês ≥7.5 3 meses	% Tempo 5 1 mês 7.5 3 meses 10 6 meses 20 em 1 ano	% Tempo ≥5 1 mês ≥7.5 3 meses ≥10 6 meses ≥20 em 1 ano	% Tempo 5 1 mês 7.5 3 meses 10 6 meses 20 em 1 ano	% Tempo ≥5 1 mês ≥7.5 3 meses ≥10 6 meses ≥20 em 1 ano
3) Gordura corporal	leve	Moderada	leve	Severa	leve	Severa
4) Massa muscular	leve	Moderada	leve	Severa	leve	Severa
5) Edema	Leve	Moderada a Severa	leve	Severa	leve	Severa
6) Redução da força do aperto de mão	NA	Mensurável reduzido	NA	Mensurável reduzido	NA	Mensurável reduzido

- 1) O consumo energético: A desnutrição é resultado da inadequação da ingestão alimentar ou da má assimilação destes nutrientes. Assim, a ingestão recente comparada com a estimativa das necessidades é o critério primário para a definição da desnutrição. O nutricionista deve obter e revisar a ingestão e a história alimentar, estimar a necessidade kcal, comparar com a estimativa do consumo e reportar ingestão inadequada a partir do percentual de inadequação e o tempo em que isso ocorreu.
- 2) Interpretação da perda de peso: O nutricionista deve avaliar a perda de peso, considerando os achados clínicos de reservas de tecido, desidratação e hiperhidratação. A perda de peso deve ser registrada como percentual do peso usual durante um intervalo de tempo.
- 3) Gordura Corporal: A perda de gordura subcutânea (por exemplo, orbital, bicipital, tríceps, intercostais, cresta ilíaca).
- 4) Massa Muscular: Perda de massa muscular, por exemplo: músculo temporal, região da clavícula e escápula, deltoides, músculos intrínsecos, quadriceps, panturrilha.
- 5) Acúmulo de Fluidos: O nutricionista pode avaliar fluidos generalizado ou localizado evidente no exame (edema vulvar, escrotal ou sacral). A perda de peso é frequentemente mascarada por fluidos generalizados (edema).

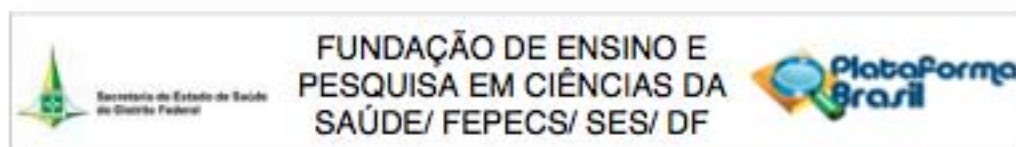
Diagnóstico Nutricional

- a) Desnutrição Não grave relacionada à inanição ou não relacionada à doença
- b) Desnutrição Não grave relacionada à doença aguda
- c) Desnutrição Não grave relacionada à doença crônica
- d) Desnutrição Grave relacionada à inanição ou não relacionada a doença
- e) Desnutrição Grave relacionada à doença aguda
- f) Desnutrição Grave relacionada à doença crônica
- g) Alto risco para desenvolvimento de desnutrição relacionada à (etiologia da desnutrição)

Referência Bibliográfica: White JV, Guenter P, Jensen G, et al. Consensus statement: Academy of Nutrition and Dietetics and A.S.P.E.N. Characteristics recommended for the identification and documentation of adult malnutrition. *JPEN / Parenter Enteral Nutr.* v.36, p. 275-383, 2012.

Malone, A e Hamilton C. The Academy of Nutrition and Dietetics and A.S.P.E.N. Consensus Malnutrition Characteristic: Application in Practice. *NCP.* v. 28, p.639-650, 2013.

ANEXO D - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE CLÍNICA E NUTRICIONAL DE PACIENTES ATENDIDOS PELA EQUIPE INTERCONSULTORA DE CUIDADOS PALIATIVOS DO HOSPITAL REGIONAL DE CEILÂNDIA DO DISTRITO FEDERAL: UM ESTUDO COORTE RETROSPECTIVO

Pesquisador: Patrícia Barbosa Freire

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 17570619.7.0000.5553

Instituição Proponente: Escola Superior de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.590.530

Apresentação do Projeto:

TRATA-SE PROJETO DE PESQUISA DE MESTRADO DA FEPECS. O avanço tecnológico alcançado a partir da segunda metade do século XX, associado ao desenvolvimento da terapêutica, fez com que muitas doenças, antes mortais, se tornassem crônicas.

Hipótese:

A desnutrição em pacientes hospitalizados, especialmente na população idosa, tem correlações diretas com complicações clínicas, como taxa de mortalidade, infecções, úlceras de pressão, tempo de permanência no hospital e número de reinternações (DITEN, 2011; SBNEP, 2012; AGARWAL et al, 2013; MAGALHÃES, OLIVEIRA E CUNHA, 2018; BENARROZ; FAILLACE E BARBOSA, 2009; Toledo et al. 2018), além de estar associada

também à redução da resposta ao tratamento e diminuição da qualidade de vida (VOLKER et al, 2018; AGARWAL et al, 2013; TOLEDO et al 2018). Particularmente em caso de doenças agudas ou crônicas, os problemas nutricionais são generalizados, e a redução na ingestão dietética em combinação com efeitos catabólicos da doença levam rapidamente ao quadro de desnutrição e consequentemente às complicações clínicas e piores desfechos (MORLEY, 2017; AGARWAL et al, 2013).

Critério de Inclusão:

pacientes com idade igual ou superior a 20 e que tenham sido atendidos pela EICP-HRC.

Critério de Exclusão:

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

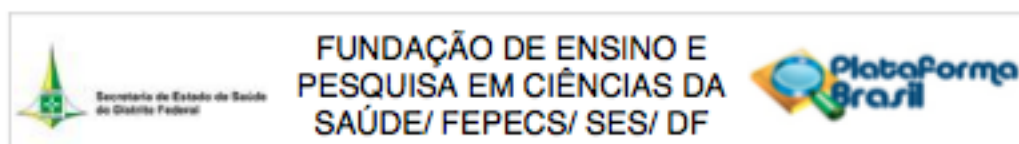
CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)2017-2127

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.590.530

Serão excluídos os pacientes com dados de desfecho ausentes (data de alta, transferência, encaminhamento e óbito), além daqueles pacientes cujo os pedidos de pareceres não foram atendidos pela EICP.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar o estado clínico e nutricional e sua relação com os desfechos clínicos de pacientes atendidos pela equipe interconsultora de cuidados paliativos do Hospital Regional de Ceilândia do Distrito Federal.

Objetivo Secundário:

1. Descrever o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes; 2. Verificar o estado nutricional dos pacientes; 3. Detalhar a ingestão alimentar, via e tipo de dieta recebida pelos pacientes; 4. Apontar a relação entre diagnósticos clínicos, presença de sintomas e desfechos (alta, transferência, encaminhamento, óbito); 5. Comparar diagnósticos clínicos e estado nutricional; 6. Analisar a relação entre estado nutricional, ingestão alimentar e desfechos; 7. Elaborar estratégias intervencionais permitindo a formação de recurso humano qualificado e aprimoramento dos instrumentos de trabalho na prática clínica diária.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Em relação aos riscos inerentes a esta pesquisa, ressalta-se o possível vazamento de dados, comprometendo assim o sigilo clínico do paciente.

Este risco será contornado com procedimentos de segurança durante a coleta de dados, já que os pacientes serão identificados por siglas e não serão coletados dados pessoais como telefone e endereço.

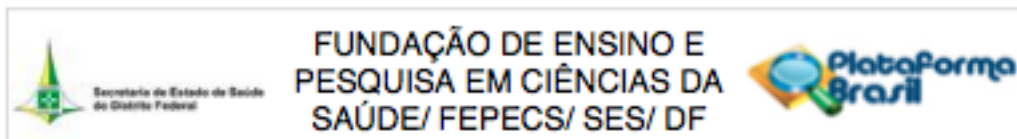
Benefícios:

Em relação aos benefícios, o projeto permitirá a formação de recurso humano qualificado com conhecimento atualizado, além do aprimoramento dos instrumentos de trabalho na prática clínica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

1 Tipo de estudo: Tratar-se-á de um estudo tipo coorte de delineamento retrospectivo, observacional, descritivo e analítico. 2 Local e período: O estudo será realizado no Hospital Regional de Ceilândia (HRC) da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF).

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904
 UF: DF Município: BRASILIA
 Telefone: (61)2017-2127 E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.590.530

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- FOLHA DE ROSTO E TERMO DE ANUÊNCIA DE ACORDO;
- CURRÍCULOS DE ACORDO;
- HIPÓTESE, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE ACORDO;
- CARTA DE ENCAMINHAMENTO E COMPROMISSO DE ACORDO;
- RISCOS E BENEFÍCIOS DE ACORDO;
- PLANILHA DE ORÇAMENTO DE ACORDO;
- CRONOGRAMA DE ACORDO: 01/08/2019 À 29/11/2019.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- RESPONDEU ÀS PENDÊNCIAS ADEQUADAMENTE: PROJETO APROVADO.

O pesquisador assume o compromisso de garantir o sigilo que assegure o anonimato e a privacidade dos participantes da pesquisa e a confidencialidade dos dados coletados. Os dados obtidos na pesquisa deverão ser utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo.

O pesquisador deverá encaminhar relatório parcial e final de acordo com o desenvolvimento do projeto da pesquisa, conforme Resolução CNS/MS nº 466 de 2012.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1351101.pdf	27/08/2019 00:52:25		Aceito
Outros	CartaRespostaPendenciasCEPFEPECS MestradoPatPDF.pdf	27/08/2019 00:51:07	Patrícia Barbosa Freire	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	brochuraMestradoPat.docx	27/08/2019 00:29:43	Patrícia Barbosa Freire	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoassinadaparaanexar.pdf	25/08/2019 10:07:06	Patrícia Barbosa Freire	Aceito
Outros	termodeanuenciaseaneado.pdf	09/05/2019 11:14:01	Patrícia Barbosa Freire	Aceito
Outros	CartaencaminhamentoMestradoPat.pdf	09/05/2019 11:04:36	Patrícia Barbosa Freire	Aceito
Outros	TermocompromissoMestradoPat.pdf	09/05/2019 11:01:01	Patrícia Barbosa Freire	Aceito

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)2017-2127

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com

 Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal	FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE/ FEPECS/ SES/ DF	
---	--	---

Continuação do Parecer: 3.590.530

Outros	DispensaTCLEMestradoPat.pdf	09/05/2019 10:58:59	Patrícia Barbosa Freire	Aceito
Outros	4ModCurricVitaorientadoraAna.doc	09/05/2019 01:10:22	Patrícia Barbosa Freire	Aceito
Outros	4ModCurricVitaMestradoPatPat.doc	09/05/2019 01:09:39	Patrícia Barbosa Freire	Aceito
Orçamento	ORCAMENTOMestradoPat.docx	09/05/2019 01:09:03	Patrícia Barbosa Freire	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMAprojetoMestradoPat.doc x	09/05/2019 01:06:41	Patrícia Barbosa Freire	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 22 de Setembro de 2019

Assinado por:
Laíza Magalhães de Araújo
(Coordenador(a))

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS	CEP: 70.710-904
Bairro: ASA NORTE	
UF: DF Município: BRASILIA	
Telefone: (61)2017-2127	E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com