

AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS DE TERAPIA NUTRICIONAL E CUIDADOS PALIATIVOS APLICADOS EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS.

Maria Fernanda Brandão Santos (IC) e Andrea Romero de Almeida (Orientador)

Apoio: PIVIC Mackenzie

RESUMO

Introdução: O crescimento do número de idosos em Instituições de Longa Permanência levanta questões sobre as formas de cuidados destes idosos e a relevância dos cuidados paliativos e nutricionais em todos os seus aspectos. **Objetivo:** Investigar as práticas de terapias nutricionais e cuidados paliativos em instituições de longa permanência para idosos. **Métodos:** Trata-se de um estudo de caráter transversal com coletas de dados primários, com abordagem qualitativa e quantitativa. A amostra é constituída de 30 indivíduos com idade superior a 65 anos, do sexo feminino e masculino, residentes em uma ILPI localizada no município de São Paulo. Foram realizadas entrevistas aos pacientes, que incluíram a coleta de informações que caracterizou a amostra, além da aplicação dos questionários Mini Avaliação Nutricional (MAN) e Palliative care Outcome Scale (POS) para a avaliação do estado nutricional e das práticas de cuidados paliativos. **Resultados:** A amostra final do estudo foi composta por 22 idosos residentes de uma ILPI, com idade média de 77,3 anos (DP=3,44 anos) e com IMC médio de 21,9 Kg/m² (DP= 1,69). Observou-se que a maioria dos idosos avaliados possuía como patologia de base a Doença de Alzheimer em nível IV (n=11), como patologia secundária o Diabetes Melitus (n=8) e a aplicação de Terapia Nutricional Enteral foi a mais prescritas para o tratamento nutricional destes pacientes. **Conclusão:** O desfecho do estudo evidenciou a importância da atuação da equipe multiprofissional de saúde, assim como a presença de familiares e amigos e dos esforços para proporcionar a estes pacientes qualidade de vida.

Palavras-chave: Idosos. Cuidados Paliativos. Terapia Nutricional.

ABSTRACT

Introduction: The growth in the number of elderly in long-term care institutions and the changes in all aspects. **Objective:** To investigate nutritional and careful therapeutic practices in long-term care facilities for the elderly. **Methods:** This is a cross-sectional study with primary data collection, with qualitative and quantitative approach. The edition consists of 30 individuals over 65 years old, female and male, residing in an ILPI located in the city of São Paulo. Patient data were included, which included a collection of information that characterized a sample, as well as the application of the Mini Nutritional Assessment (MAN) and Palliative Care Result Scale (PDV) questionnaires for an assessment of nutritional status and palliative care practices. **Results:** The final study sample consisted of 22 elderly residents of LTCF, with a daily average of 77.3 years (SD = 3.44 years) and a mean BMI of

21.9 kg / m² (SD = 1.69). Testimonials of the elderly evaluated as underlying pathology of Level IV Alzheimer's Disease (n = 11), as secondary pathology Diabetes Mellitus (n = 8) and the applications of Enteral Nutrition Therapy was one of the most prescribed for the nutritional treatment of patients. **Conclusion:** The outcome of the study highlights the importance of the multiprofessional health team, as well as the presence of new and future studies on quality of life.

Keywords: Seniors. Palliative Care. Nutritional Therapy.

1. INTRODUÇÃO

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

O aumento da longevidade e o consequente aumento de doenças incapacitantes decorrentes do envelhecimento faz com que os familiares não consigam atuar como cuidadores e busquem auxílio técnico e especializado. O crescimento do número de idosos em Instituições de Longa Permanência levanta questões sobre as formas de cuidados destes idosos e a relevância dos cuidados paliativos em todos os seus aspectos.

1.2 JUSTIFICATIVA

Os Cuidados Paliativos têm como objetivo melhorar a qualidade de vida de pacientes diagnosticados com doenças crônicas graves e suas famílias e/ou aqueles que os cercam, disponibilizando o conceito de cuidar, utilizando de medidas para satisfazer as suas necessidades individuais no local onde recebem cuidados, além de tratamentos para dores e com foco em proporcionar conforto e bem-estar.

Estes cuidados são imprescindíveis em Instituições de Longa Permanência para Idosos, pois estes residentes se encaixam no perfil descrito como pacientes que necessitam de cuidados paliativos, pois apresentam diversas doenças crônicas, que muitas das vezes, devido à idade avançada e a debilidade do funcionamento do organismo, não tem prognóstico de cura, mas de controle de sintomas.

Não obstante, o crescimento do número de idosos e o consequente aumento do número de instituições especializadas em seus cuidados, devido à dificuldade e em muitos casos a incapacidade dos familiares em exercerem estes cuidados, é uma problemática social fortemente considerável e que necessita de atenção. Por fim, trata-se de argumento relevante no âmbito social e de saúde pública a ascensão e avaliação das técnicas e condutas nutricionais que promovam os cuidados paliativos.

1.3 OBJETIVO

1.3.1 Objetivo Geral

Investigar as práticas de terapias nutricionais e cuidados paliativos em instituições de longa permanência para idosos.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Avaliar quais são as principais patologias acometidas nos pacientes residentes nestas instituições;
- Avaliar as vias de alimentação e terapia nutricional utilizadas para os pacientes residentes nestas instituições;
- Avaliar o estado nutricional destes pacientes através da aplicação do questionário Mini Avaliação Nutricional (MAN) e do Índice de Massa Corporal (IMC);
- Avaliar as práticas de cuidados paliativos nos paciente desta instituição aplicando o questionário *Palliative care Outcome Scale* (POS) em sua versão para pacientes e cuidadores.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

De acordo com dados da Organização das Nações Unidas (ONU), o cenário mundial atual é de uma intensa transição do processo demográfico, caracterizada como única e irreversível. Esta transição é marcada pelo aumento da população idosa e diminuição da média de fertilidade, de forma que as projeções indicam que as taxas devem duplicar até 2050, podendo ainda, na maioria dos países, quadruplicar o número de pessoas com mais de 80 anos, alcançando cerca de 400 milhões de octogenários (ONU, 2017).

No Brasil, de acordo com o IBGE, o crescimento da população de pessoas com 60 anos ou mais tem sido expressivo e contínuo. Dados da Pesquisa Nacional da Amostra por Domicílio (PNAD) de 2009 indicam uma população de aproximadamente 21 milhões de idosos em todo o território. Esse crescimento tem se mostrado mais efetivo nas regiões Sudeste e Sul, com cerca de 13% e 12% respectivamente da representatividade destas populações (IBGE, 2012).

As características socioeconômicas e raciais desta população são marcadas por maioria do sexo feminino (55,8%), assim como maioria de brancos (55,4%) e de baixa escolaridade, pois cerca de 50% possuía menos de 4 anos de estudo. Além disso, 57,9% são aposentados, 43,2% tem renda domiciliar per capita de até um salário mínimo e 13,4% apresentavam dificuldades para caminhar 100 metros. Uma importante correlação entre a renda e a capacidade de caminhar indica que há aumento na facilidade de caminhar à medida que a renda aumenta, tornando-se notório que “maiores níveis de renda permitem

aquisições de melhores serviços de acompanhamento, equipamento de apoio e uma inserção social mais ativa” (IBGE, 2012).

Santos, Tavares e Barbosa (2010) explanam sobre o processo de envelhecimento, de forma que afirmam que o mesmo gera principalmente modificações físicas, biológicas, sociais e psicológicas, como: perda dental, distúrbios de locomoção; declínio no funcionamento do coração e órgãos do sentido, diminuição da concentração e do estado de alerta, podendo surgir mudanças na vida social e o surgimento do sentimento de perda do papel e da função social. Em decorrência destas mudanças, a vulnerabilidade às doenças crônicas degenerativas é prevalente. Doenças cardiovasculares, cerebrovasculares, câncer, transtornos mentais e àquelas que afetam o sistema locomotor e os sentidos são comumente diagnosticadas e culminando em maior comorbidades, influenciando fortemente na qualidade de vida.

Segundo a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) as doenças mais comuns em idosos são doenças crônicas e suas complicações, como por exemplo, hipertensão arterial, doença coronariana, sequelas de acidente vascular cerebral, limitações provocadas pela insuficiência cardíaca e doença pulmonar obstrutiva crônica, amputações e cegueira provocados pelo diabetes além da dependência determinada pelas demências (FREIRE NETO, 2016).

Um estudo realizado por Alves, Leite e Machado (2010) avaliou fatores socioeconômicos e de saúde na incapacidade funcional dos idosos e obteve que para os aspectos de saúde 35% dos idosos entrevistados avaliou sua saúde como boa e 12,7% relatou internação hospitalar nos últimos 12 meses. Dentre as doenças relatadas mais frequentes estão respectivamente: a hipertensão arterial (48,9%), problemas na coluna (36,8%), artrite/reumatismo (28,5%), doença cardíaca (17,4%) e diabetes (12,9%). Sobre a auto percepção de saúde, os idosos que indicaram que sua saúde se encontrava ruim ou muito ruim eram mais propensos a incapacidade de realizar atividades cotidianas, sendo que o mesmo ocorre na comparação daqueles que possuíam mais de três doenças das descritas acima com aqueles que possuíam menos de três destas doenças.

Para assegurar ao idoso seus direitos sociais, promovendo sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, foi instituída a Lei N. 8.842, de 4 de janeiro de 1994 que prevê e sanciona a Política Nacional do Idoso (PNI). A PNI, dentre outras coisas, considera idoso aquele com 60 anos ou mais e é regida pelo princípio de que “a família, a sociedade e o estado tem o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da

cidadania, [...] defendendo sua dignidade, bem-estar e direito à vida”. Ademais explicita que o atendimento familiar deve ser priorizado, em desvantagem ao atendimento asilar, com ressalva àqueles idosos que não se adéquam às condições de garantia de sua própria sobrevivência (PNI, 2010).

Para aqueles que estão sob as exceções e por consequência estão sob os cuidados das Instituições de Longa Permanência a PNI reconhece a problemática da ocorrência de abusos, maus-tratos e negligência, que podem acarretar em mortes, incapacitações e acirrar processos mentais de depressão e demência, principalmente por falta de alimentação, higiene e cuidados médicos adequados. Para tanto, foram estabelecidos fóruns de debate e grupos de fiscalização, possibilitando um real diagnóstico e consequentes melhorias efetivas, e também de ações estratégicas como: a implantação do Disque Direitos Humanos Nacional (DDHN) e a aprovação da Política Nacional de Instituições de Longa Permanência (PNI, 2010).

De acordo com a RDC Nº. 283, de 26 de setembro de 2005, que estabelece as normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), as ILPI são definidas como:

Instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinada a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade e dignidade e cidadania.

Para melhor atender aos idosos residentes nas ILPIs foram estabelecidas, através da RDC Nº 283, de 26 de setembro de 2005, três diferentes graus de dependências do idoso. São eles: Grau I representados por idosos independentes, mesmo que requeiram uso de equipamentos de autoajuda; Grau II aqueles idosos que possuem dependência em até três atividades de autocuidado, como por exemplo, alimentação, mobilidade e higiene, porém sem comprometimento cognitivo ou com alterações cognitivas controladas; e Grau III que englobam idosos com dependência que necessitem de assistência em todas as atividades de autocuidado e/ou com comprometimentos cognitivos.

Segundo a PNI (2010), para desenvolver tais ações, as equipes da vigilância baseiam-se em legislação geral e normas técnicas específicas que estabelecem os padrões mínimos de funcionamento nas ILPIs, como por exemplo, a Lei Federal nº 10.741/2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso e estabelece sobre a Habitação no Cap. IX, o art. 37, parágrafo 3º que diz que as ILP são obrigadas a: “manter padrões de habitação compatíveis

com as necessidades deles, bem como provê-los com alimentação regular e higiene indispensáveis às normas sanitárias e com estas condizentes, sob as penas da lei”. E no Título IV – Da Política de Atendimento ao Idoso Cap. II art. 48 em seu parágrafo único:

As entidades governamentais e não governamentais de assistência ao idoso ficam sujeitas à inscrição de seus programas junto ao órgão competente da Vigilância Sanitária e Conselho Estadual ou Nacional da Pessoa Idosa, especificando os regimes de atendimento, observados os seguintes requisitos: oferecer instalações físicas em condições adequadas de habitabilidade, higiene, salubridade e segurança; apresentar objetivos estatutários e plano de trabalho compatíveis com os princípios desta Lei; estar regularmente constituída; demonstrar a idoneidade de seus dirigentes.

Pesquisas realizadas pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) localizaram 3.548 instituições no território brasileiro, sendo a maioria localizada na região Sudeste do país (57,3%) e de minoria caracterizadas como públicas ou mistas (6,6%). Observou-se que na primeira década deste século 64,2% das instituições criadas são particulares. Dados dos Censos Demográficos de 2000 e 2010 também apresentam progresso na quantidade de ILPIs, pois estimam que haviam 103 mil idosos residentes em domicílios coletivos em 2000 e 117 mil em 2010, demonstrando um crescimento no número de residentes de ILPIs de aproximadamente 13%. Isso pode refletir uma diminuição de preconceitos em relação a essa modalidade de cuidados, dado o aumento da demanda, bem como a reduzida atenção que essa alternativa de serviços tem recebido das políticas públicas em geral (CAMARANO; BARBORA, 2011).

Estimativas feitas por esta Pesquisa do Ipea, confirmam que, destes idosos residentes de ILPIs privadas, foram encontradas maiores proporções de residentes dependentes e semidependentes, ou seja, classificados como Grau III e II, respectivamente. Expressando que, provavelmente, a dificuldade de cuidado pelos familiares faz com que optem por subsidiar a residência dos idosos em ILPIs. Além disso, apontam que os homens passam em média 5,9 anos, e as mulheres, 6,7 anos morando em uma instituição, chamando atenção para a necessidade de projetos de vida para estes idosos, contando também e de forma prioritária com um projeto de cuidados (CAMARANO; BARBORA, 2011).

De acordo com Clos e Grossi (2016) a necessidade de estabelecimento de um projeto de cuidados em ILPIs, principalmente por muitos dos residentes não responderem mais aos cuidados curativos, faz com que sejam praticados os cuidados paliativos. Sendo

assim, em decorrência disso, os cuidados paliativos tornam-se parte do cotidiano e da rotina das ILPIs.

Cuidados Paliativos, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), são definidos como uma “abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameaçam a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento [...]”. Para tanto, é necessário que se avalie precocemente para que o tratamento das dores e de outros problemas psicossociais e/ou espirituais sejam efetivos. Além disso, são conhecidos também como cuidados em fim de vida, pois há presença de doença refratária a tratamentos terapêuticos, pressupondo a existência de doença em estágio avançado, incurável e terminal (CLOS; GROSSI, 2016).

Para a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) aqueles que recebem cuidados paliativos não necessariamente foram diagnosticados com doença terminal, mas com doença crônica grave e sendo assim serão acompanhados por uma equipe de apoio multiprofissional, juntamente com especialistas na patologia do diagnóstico, para cuidar do paciente e daqueles que o cercam (ANCP, 2017).

Para aqueles que a cura deixa de ser uma possibilidade, a abordagem dos cuidados paliativos deve basear-se em estratégias terapêuticas para cultivar a autonomia e proporcionar qualidade de vida para os pacientes e seus familiares. Estas estratégias são realizadas através de ações simples, como higiene básica, atenção adequada, móveis confortáveis e alimentação, assegurando conforto e bem-estar. As ações relacionadas à alimentação utilizam de recursos que previnam o surgimento de manifestações nutricionais e gastrointestinais, como anorexia, caquexia, desnutrição e desidratação e sintomas como náuseas e vômitos (MORAIS et al., 2016)

De acordo com Moraes et al. (2016) a aceitação, tolerância e os sintomas destes pacientes são as referências para o estabelecimento das necessidades nutricionais calóricas, proteicas e hídricas, garantindo a ingestão adequada de nutrientes e promovendo conforto e melhora na qualidade de vida, além de evitar intervenções nutricionais invasivas, como a terapia nutricional enteral e a terapia nutricional parenteral. Podendo a terapia nutricional em cuidados paliativos reduzir a perda de peso, melhorar a qualidade de vida e prolongar a sobrevivência, através da redução dos sintomas clínicos e promoção do conforto emocional relacionado à alimentação.

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caráter transversal com coletas de dados primários, com abordagem qualitativa e quantitativa realizado entre novembro de 2018 e agosto de 2019, que foi realizado para avaliar as práticas de cuidados paliativos utilizados em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs).

A amostra foi constituída de 30 indivíduos com idade superior a 65 anos, do sexo feminino e masculino, residentes em uma ILPI localizada no município de São Paulo, e que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa. A aplicação dos questionários foi realizada em única visita a instituição e em única entrevista com cada indivíduo. Para a coleta de dados foram realizadas entrevistas com indivíduos que se adequem aos critérios de inclusão, isto é, idosos de ambos os sexos legalmente capazes ou idosos de ambos os sexos que seus responsáveis autorizaram sua participação e integrantes da equipe multiprofissional que aceitaram participar da pesquisa. Foram excluídos aqueles que não aceitaram participar da pesquisa, que a qualquer momento se sentiram desconfortáveis e/ou idosos que não conseguiram responder ao solicitado nos questionários.

As entrevistas aos pacientes incluíram a coleta de informações sobre a idade, quais são as patologias acometidas nestes idosos, – pois justificam a prescrição dietética e a respectiva via de alimentação – qual a via de alimentação utilizada – via oral, enteral ou parenteral – e a terapia nutricional – prescrição dietética – empregada no momento da coleta de dados, além da coleta de dados quanto à altura e o peso, sendo da incapacidade destas aferições por motivo do paciente estar acamado, foram coletadas outras medidas antropométricas, e por fim houve a aplicação dos questionários Mini Avaliação Nutricional (MAN) e Palliative care Outcome Scale (POS) para a avaliação do estado nutricional e das práticas de cuidados paliativos, respectivamente. Além disso, foi aplicado o questionário Palliative care Outcome Scale (POS) para a avaliação dos cuidados paliativos empregados nos pacientes.

Para avaliar o estado nutricional dos pacientes foi aplicada a Mini Avaliação Nutricional (MAN), que é composto pela triagem e pela avaliação global e avalia itens como, por exemplo: mobilidade, perda de peso, quantidade de medicamentos ingeridos, quantidade de refeições e modo de se alimentar; e inclui as seguintes medidas antropométricas: peso, altura, Índice de Massa Corporal (IMC) classificado posteriormente pela OPAS (Organização Pan-americana de Saúde, 2002), circunferência do braço (CB) e

da panturrilha (CP). O IMC foi calculado e classificado através da fórmula e parâmetros estabelecidos pela OMS (1997), como descrito abaixo:

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (Kg)}}{\text{Altura (m)}^2}$$

Quando da impossibilidade da realização da pesagem, a estimativa de peso em quilos (Kg) foi encontrado pela equação de Chumlea (1985), em que se utilizam valores de CB, CP, dobra cutânea subescapular (DCSE) e altura do Joelho (AJ). Estes dados foram aplicados a seguinte equação:

$$\text{Homens} = (0,98 \times \text{CB}) + (1,27 \times \text{CP}) + (0,40 \times \text{DCSE}) + (0,87 \times \text{AJ}) - 62,35$$

$$\text{Mulheres} = (1,73 \times \text{CB}) + (0,98 \times \text{CP}) + (0,37 \times \text{DCSE}) + (1,16 \times \text{AJ}) - 81,69$$

No caso de realização de pesagem, foi feita em balança digital, de forma que os indivíduos estavam eretos e realizaram a distribuição do peso corporal nos dois pés. Para a medição da estatura foi utilizado o estadiômetro com medidas em centímetros, sendo feito com a pessoa de pé, descalço, com os calcanhares unidos, costas e cabeça eretas e braços estendidos ao lado do corpo. Quando da impossibilidade de realizá-la, a medida de estatura foi estimada em centímetros (cm) através da equação proposta por Chumlea (1985), em que se usa a idade e o valor da AJ, sendo esta equação descrita abaixo:

$$\text{Homens} = 64,19 - (0,04 \times \text{idade em anos}) + (2,02 \times \text{altura do Joelho em cm})$$

$$\text{Mulheres} = 84,88 - (0,24 \times \text{idade em anos}) + (1,83 \times \text{altura do Joelho em cm})$$

A avaliação dos cuidados paliativos foi realizada através da aplicação do Palliative Care Outcome Scale (POS) para pacientes e para cuidadores, um instrumento desenvolvido originalmente na Inglaterra, adaptado culturalmente e validado em diversos países, apresentando duas versões: uma self, destinada ao paciente, e outra proxy, destinada ao profissional da área da saúde e/ou cuidadores. O POS foi utilizado para avaliar a qualidade de vida de pacientes que estão sob cuidados paliativos e abrange domínios-chave como: dor e alívio de sintomas, acesso a medicamentos, suporte espiritual e emocional, acolhimento da tristeza, suporte familiar e planejamento do cuidado avançado. Este instrumento foi traduzido, adaptado culturalmente e validado em suas duas versões no

Brasil como Escala de Resultados em Cuidados Paliativos (ERCP), constituído de 12 perguntas, sendo 11 delas de múltipla escolha e 1 que deve ser respondida em formato de frase ou texto com as próprias explicações do paciente ou cuidador ou membro da equipe. A interpretação dos dados se deu pela pontuação ao final da entrevista, de forma que as alternativas são pontuadas de 1 a 4 e a maior pontuação global indicou um maior grau de sofrimento do paciente (CICELY SAUNDERS INSTITUTE, 2012).

Logo após, a análise destes dados e suas correlações foi realizada através da tabulação no programa Microsoft Excel 2010, e os resultados apresentados em forma de tabelas, segundo suas distribuições, percentuais, média e desvio-padrão. Sendo que as variáveis qualitativas foram apresentadas por meio de frequências em número e porcentagem e as variáveis quantitativas por meio de média e desvio padrão.

3.1 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Foram seguidos os padrões de ética preestabelecidos para avaliação de seres humanos e aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Presbiteriana Mackenzie sob o número 04670818.0.0000.0084, esclarecidos aos sujeitos sobre as etapas e os procedimentos do estudo e entregues aos participantes da pesquisa o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido, para seus responsáveis o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e para a instituição o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para autorização expressa da utilização dos dados, garantindo-lhes a anonimato e confidencialidade em todas as etapas de pesquisa, sendo que puderam optar por não participarem da pesquisa ou abandoná-la a qualquer momento. Por fim, o estudo seguiu as diretrizes e normas que regulamentam pesquisas envolvendo seres humanos presentes no código de bioética e na legislação brasileira (Resolução nº196/96).

3.2 RISCOS E BENEFÍCIOS

Os procedimentos de coleta de dados puderam acarretar riscos mínimos aos participantes da pesquisa. A aplicação dos questionários sobre cuidados paliativos e avaliação do estado nutricional não é um método invasivo, o que praticamente exclui riscos aos participantes da pesquisa. Foi garantido aos participantes, através do termo de consentimento livre e esclarecido, o direito de se retirar do estudo a qualquer momento ou até se recusar de participar do estudo desde o início, em qualquer uma de suas etapas. Sendo que, o trabalho finalizado será enviado ao responsável pela autorização da realização do estudo nas ILPIs. A divulgação da pesquisa ocorrerá por meio da elaboração

de um artigo científico e da apresentação do trabalho em Congressos Científicos da área da Saúde.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para avaliar os cuidados paliativos e a terapia nutricional em idosos residentes de uma ILPI, a amostra do estudo foi composta inicialmente por 30 idosos, porém, para 3 idosos não houve autorização da família e/ou de seu representante legal para que participassem da coleta de dados e 5 idosos não se enquadravam no tratamento de Cuidados Paliativos, desta forma a amostra final do estudo constituiu-se de 22 idosos. A idade média da amostra final foi de 77,3 anos (DP=3,44 anos), sendo composta por 15 homens e 7 mulheres, com IMC médio de 21,9 Kg/m² (DP= 1,69).

A tabela 1 apresenta os dados de caracterização e de Terapia Nutricional da amostra estudada, na qual observou-se que a maioria dos idosos avaliados possuía como patologia de base a Doença de Alzheimer em nível IV (n=11), sendo que nenhum dos residentes que constituíram a amostra possuíam Alzheimer em qualquer outro nível. É importante ressaltar também que o Diabetes Melitus (n=8) foi à patologia secundária mais frequente, bem como a aplicação de Terapia Nutricional Enteral (TNE) foi a mais prescritas para o tratamento nutricional destes pacientes.

Tabela 1 – Distribuição dos idosos segundo as características patológicas e a prescrição de Terapia Nutricional. São Paulo, 2019.

Característica		n	%
Patologia(s) de base	Alzheimer IV	11	50,0
	Parkinson	6	27,3
	Alzheimer IV e Fibromialgia	2	9,1
	Caquexia Cardíaca	2	9,1%
	Demência com corpos de Lewy	1	4,5
Patologia(s) secundária(s)	DM*	8	36,4
	HAS**	6	27,3
	Dislipidemia	3	13,6
	HAS e DM	3	13,6
	DM e Dislipidemia	2	9,1
Terapia Nutricional	TNE	13	59,1
	Dieta Batida	6	27,3
	Dieta Pastosa	2	9,1
	Dieta Geral	1	4,5

Via de alimentação	Enteral	13	59,1
	Oral	9	40,9
Tipos de TNE	Gastrostomia	8	
	Sonda Nasoduedenal	5	
Classificação do IMC (OPAS, 2002)	Eutrofia	13	59,1
	Magreza	8	36,4
	Sobrepeso	1	4,5
Total		22	100

*DM= Diabetes Melitus; HAS= Hipertensão Arterial Sistêmica.

Outra avaliação empregada para dimensionar o risco de desnutrição nestes pacientes foi a MAN, nela obteve-se uma média de 13 pontos (DP=2,6), classificando estes idosos como desnutridos. Justificasse esta baixa pontuação devido principalmente a todos os idosos avaliados serem restritos ao leito, terem passado por stress psicológico ou doença aguda nos últimos três meses, – dado este relacionado ao mal prognóstico do quadro destes pacientes – todos serem diagnosticados com demência grave, não residirem em casa e utilizarem três ou mais medicamentos diariamente.

O estudo de Mendes et al. (2016) que avaliou a alimentação de idosos com Alzheimer através da aplicação da MAN, obteve dados semelhantes ao do presente estudo. Nele foi possível perceber que o IMC médio dos idosos foi de 19,95 Kg/m², sendo classificado como desnutrição segundo a OPAS (2002), convergindo com o resultado da pontuação obtida na MAN que indicou que houve perda de massa muscular por estes idosos, apontada como desnutrição pela classificação da pontuação do questionário. Os mesmos resultados também foram encontrados no estudo de Paz, Fazzio e Santos (2012), que realizaram a avaliação nutricional em idosos institucionalizados, havendo prevalência de desnutrição, o que indica a vulnerabilidade destes idosos e a presença de carências nutricionais.

A tabela 2 apresenta dados que foram obtidos para o questionário de avaliação dos aspectos nutricionais dos cuidados paliativos. A pontuação média obtida através da classificação da intensidade dos sintomas relatados foi de 11,7 pontos (DP=3,7), demonstrando que estes idosos estão vulneráveis, precisam de maior atenção e supervisão clínica. Foi possível observar também que a maioria dos idosos era totalmente imóvel (n=20) e que os sintomas mais relatados como os que pioraram nos últimos 3 meses foram dor (n=6) e sonolência (n=3), além de muitos não conseguirem ter esta percepção (n=11).

Tabela 2 – Avaliação dos aspectos nutricionais dos cuidados paliativos e sintomas mais referidos pelos pacientes de acordo com o questionário POS. São Paulo, 2019.

Sintoma	Intensidade	n	%
Dor	Moderada	12	54,5
	Leve	4	18,2
	Não apresentaram	6	27,3
Falta de ar ou fraqueza	Moderada	3	13,7
	Leve	7	31,8
	Não apresentaram	12	54,5
Náusea	Moderada	4	18,2
	Leve	8	36,4
	Não apresentaram	10	45,5
Vômito	Moderado	0	0,0
	Leve	6	27,3
	Não apresentaram	16	72,7
Diminuição do apetite	Moderado	0	0,0
	Leve	4	18,2
	Não apresentaram	18	81,8
Constipação	Moderado	14	63,6
	Leve	8	36,4
	Não apresentaram	0	0,0
Problemas na boca	Moderado	2	9,1
	Leve	10	45,5
	Não apresentaram	10	45,5
Sonolência	Moderada	13	59,1
	Leve	7	31,8
	Não apresentaram	2	9,1
Total		22	100

Costa e Soares (2016) identificaram, ao avaliar a alimentação e nutrição de pacientes sob cuidados paliativos, que a alimentação destes pacientes é extremamente influenciada por variáveis como saúde e qualidade de vida, demonstrando que o sentido primordial da alimentação está na sua relação condicional com a vida, no seu valor cultural e social, sendo repleta de significado simbólico e grande carga emocional. Dada estas afirmações, é possível considerar a relação do estado nutricional dos pacientes com os inúmeros sintomas relatados por grande parte da amostra do presente estudo, o que demonstra que o alívio ou diminuição destes sintomas pode influenciar diretamente no estado nutricional e na melhor qualidade de vida destes indivíduos.

O questionário de avaliação de cuidados paliativos tinha como objetivo compreender a frequência dos aspectos ansiedade ou preocupação a maioria dos idosos relatou que pouquíssimas vezes são acometidos por estes sentimentos (n=9), que muitos não dividem sentimentos com a família ou amigos (n=15) e que todos precisam de tempo integral com o tratamento e são totalmente limitados ao leito, o que pode ser justificado pelo nível de demência apresentado por estes pacientes, bem como a variação do nível de consciência e compreensão sobre sua atual situação.

Quanto à capacidade de responder aos questionários, nenhum idoso conseguiu responder aos questionários sozinho. Sendo que para 10 pacientes os questionários foram respondidos pelos enfermeiros(as) que os acompanhavam, 10 pelos pacientes com ajuda da equipe de saúde e 2 por cuidadores que os acompanhavam diariamente na ILPI. Há ainda uma importante correlação a ser feita, que demonstra que os pacientes que se alimentavam por via oral foram os mesmos que conseguiram responder às questões, mesmo que com ajuda da equipe de saúde.

Estes dados vão de acordo com os encontrados com Hasenberg et al. (2010), que obtiveram resultados que demonstraram que os pacientes sob cuidados paliativos que receberam nutrição oral obtiveram uma estabilidade nos exames laboratoriais, diminuição da perda de peso e redução de sintomas gastrintestinais, assim como melhora na qualidade de vida. Além disso, pacientes que receberam suplementação oral relataram diminuição dos sintomas, como constipação, náuseas, vômitos, dor abdominal e diarreia, resultando em aumento significativo do apetite. Assim, entende-se que a intervenção nutricional atuou de forma positiva nos aspectos clínicos e sociais, melhorando a condição de vida dos indivíduos que estão sob cuidados paliativos.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conjunto dos resultados demonstrou a vulnerabilidade aos quais estes idosos estão frequentemente sujeitos e o grande impacto na sua forma de se alimentar, estado e risco nutricional e da capacidade de se relacionar e comunicar seus sentimentos. Consequentemente, a terapia e o acompanhamento nutricional se mostram imprescindíveis e eficazes para prolongar a sobrevida, reduzir a perda de peso e melhorar a qualidade de vida de pacientes em cuidados paliativos, por meio da redução dos efeitos adversos, da melhora dos tratamentos e/ou das doenças.

Há ainda a necessidade de realizar novos estudos para o acompanhamento prolongado destes pacientes dimensionando a amplitude e eficácia dos cuidados paliativos, dada a limitações quanto o baixo número amostral e um único contato com os pacientes do presente estudo. Entretanto, ressalta-se a contribuição da presente investigação para compreender o perfil geral e nutricional destes pacientes.

O desfecho do estudo evidencia ainda a importância da atuação da equipe multiprofissional de saúde, assim como a presença de familiares e amigos e dos esforços para proporcionar a estes pacientes qualidade de vida e diminuição do sofrimento causado pelas patologias, sintomas e suas atuais circunstâncias incapacitantes.

6. REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **O que são cuidados paliativos**. 2017. Disponível em: <<http://paliativo.org.br/cuidados-paliativos/o-que-sao/>>. Acesso em: 10 mar. 2018.

ALVES, Luciana Correia; LEITE, Iúri da Costa; MACHADO, Carla Jorge. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. **Rev Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 44, p.2-11, fev. 2010.

BRASIL. Constituição (1994). Lei nº 8.842, de janeiro de 1994. **Política Nacional do Idoso**. 1. ed. Brasília, DF, Disponível em: <http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/politica_idoso.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2018.

BRASIL. SECRETARIA DE DIRETOS HUMANOS. **Dados sobre o envelhecimento no Brasil**. 2011. Disponível em: <<http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoa-idosa/dados-estatisticos/DadosobreoenvelhecimentonoBrasil.pdf>>. Acesso em: 01 mar. 2018.

BRASIL. **RDC nº 283**, de 26 de setembro de 2005. Brasília, DF, Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/RDC_283_2005_COMP.pdf/a38f2055-c23a-4eca-94ed-76fa43acb1df>. Acesso em: 05 mar. 2018.

CAMARANO, Ana Amélia; BARBORA, Pamela. Instituições de Longa Permanência no Brasil: do que se está falando? **Ipea**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 20, p.479-515, maio 2011. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/livros/161006_livro_politica_nacional_idosos_capitulo20.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2018.

CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange. As Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil. **Rev. Bras. Est. Pop.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p.233-235, jun. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v27n1/14.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2018.

Chumlea, W.C, Guo, S., Roche, A.F.; Steinbaugh, M.L. Prediction of body weight for nanomulatory eladely from anthropometry. **J.Am.Diet. Assoc.**, v.88, n.5, p.564-568, 1985.

CICELY SAUNDERS INSTITUTE (Inglaterra). **Paliative Care Outcome Scale: POS** - How to interpret. 2012. Disponível em: <<https://pos-pal.org/maix/how-to-interpret.php>>. Acesso em: 28 mar. 2018.

CLOS, Michelle Bertóglia; GROSSI, Patricia Krieger. Desafios para o cuidado digno em instituições de longa permanência. **Re. Bioét.**, Brasília, v. 24, n. 2, p.395-406, ago. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422016000200395&lang=pt>. Acesso em: 10 mar. 2018.

FREIRE NETO, João Batista. **Envelhecimento no Brasil e Saúde do Idoso**. 2016. Disponível em: <<http://sbgg.org.br/envelhecimento-no-brasil-e-saude-do-idoso-sbgg-divulga-carta-aberta-a-populacao-2/>>. Acesso em: 25 mar. 2018.

FRIAS, Sandra Rabello de (Org.). **Cartilha para Instituições de Longa Permanência para Idosos**. 2010. Disponível em: <[http://www.unatiuerj.com.br/Cartilha ILPI FINAL PDF.pdf](http://www.unatiuerj.com.br/Cartilha_ILPI_FINAL_PDF.pdf)>. Acesso em: 05 mar. 2018.

IBGE. **Crescimento da proporção de idosos no Brasil**. 2012. Disponível em: <<https://teen.ibge.gov.br/censo/293-teen/mao-na-roda/populacao-economia-e-sociedade/3361-idosos.html>>. Acesso em: 12 fev. 2018.

MORAIS, Suellyne Rodrigues de et al. Nutrition, quality of life and palliative care: integrative review. **Revista Dor**, São Paulo, v. 17, n. 2, p.136-140, jun. 2016. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rdor/v17n2/1806-0013-rdor-17-02-0136.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2018.

ONU. **A ONU e as pessoas idosas**. 2017. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/acao/pessoas-idosas/>>. Acesso em: 12 fev. 2018.

Organización Panamericana de la Salud (OPAS). División de Promoción y Protección de la Salud (HPP). Encuesta Multicentrica salud bienestar y envejecimiento (SABE) em América Latina el Caribe: Informe Preliminar. 2002. Disponível em: <www.opas.org/program/sabe.htm>. Acesso em: 16 fev. 2018.

RUGNO, Fernanda Capella; CARLO, Marysia Mara Rodrigues do Prado de. The Palliative Outcome Scale (POS) applied to clinical practice and research: an integrative review. **Rev. Latino-americana de Enf.**, São Paulo, v. 24, p.101-111, jul. 2016. Disponível em: <file:///G:/pt_0104-1169-rlae-24-02764.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2018.

SANTOS, Silvia Aparecida Locatelli dos; TAVARES, Darlene Mara dos Santos; BARABOSA, Maria Helena. Fatores socioeconômicos, incapacidade funcional e número de doenças entre idosos. **Rev. Eletr. Enf.**, Uberaba, v. 4, n. 12, p.692-697, out. 2010. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n4/v12n4a14.htm>. Acesso em: 25 mar. 2018.

SÃO PAULO (Município). **Portaria nº 1.931/2009**, de 07 de outubro de 2009. São Paulo, SP, Disponível em: <<http://www.ossis.com.br/wp-content/uploads/2014/05/ossis-portaria-sms.pdf>>. Acesso em: 05 mar. 2018.

SÃO PAULO (Município). PREFEITURA DE SÃO PAULO. **Instituições de Longa Permanência para Idosos.** 2012. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/vigilancia_sanitaria/index.php?p=46122>. Acesso em: 01 mar. 2018.

Contatos: mariafernanda.esm@gmail.com e andrea.romero@mackenzie.br