

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA: CIÊNCIAS MÉDICAS

NUTRIÇÃO DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS: UMA REFLEXÃO  
BIOÉTICA

JULHANA BIANCHINI POHLMANN

Porto Alegre  
2013

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA: CIÊNCIAS MÉDICAS

NUTRIÇÃO DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS: UMA REFLEXÃO  
BIOÉTICA

JULHANA BIANCHINI POHLMANN

Orientador: José Roberto Goldim

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas, UFRGS, como requisito para obtenção do título de Mestre.

Porto Alegre

2013

### CIP - Catalogação na Publicação

POHLMANN, JULHANA BIANCHINI  
NUTRIÇÃO DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS: UMA  
REFLEXÃO BIOÉTFICA / JULHANA BIANCHINI POHLMANN. --  
2013.  
136 f.

Orientador: José Roberto Goldim.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do  
Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa  
de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas, Porto  
Alegre, BR-RS, 2013.

1. Nutrição. 2. Bioética. 3. Cuidados Paliativos.  
4. Saúde. I. Goldim, José Roberto , orient. II.  
Título.

## Dedicatória

“É necessário ter consciência, para ter coragem de enfrentar a dor.  
Ter a força de saber que, mesmo morrendo, ainda existe.  
Assim, no centro da sua própria engrenagem,  
inventar a contramola, que, à sua maneira, ao sofrimento resiste.  
Tantos não vacilam, embora estejam, pela doença, derrotados.  
E, já perdidos, do viver não desesperam.  
Envoltos nestas tempestades, quase decepados,  
Mesmo que por um breve momento,  
Encontram o conforto,  
O carinho e a alegria que buscam.  
Estes, entre os dentes, também seguram a primavera.”\*

Dedico este trabalho aos pacientes, aos familiares e aos profissionais, que estão constantemente inventando, no centro de suas engrenagens, a contramola que resiste. E, da melhor forma possível, vivem seus últimos dias.

Especialmente, dedico à minha avó Terezinha (*in memoriam*), principal inspiradora da minha motivação para estudar este tema.

\* Letra adaptada, da banda Secos & Molhados.

## **Agradecimentos**

Ao professor José Roberto Goldim, por ter me aceito como sua aluna e ter oferecido este tema tão pertinente; pela sua maravilhosa orientação que tanto contribuiu para minha vida e pelo seu exemplo como pessoa, tão admirável, paciente, tranquilo, sábio e adequado que és.

Ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre, por proporcionar esta oportunidade, sendo um local para tantas descobertas e geração de conhecimento.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul, por ter possibilitado minha formação nesta área.

À Vera e à equipe do programa de pós-graduação, por toda a dedicação ao curso e pelo auxílio prestado quando eu mais precisava.

À minha professora e orientadora na graduação, e minha “madrinha espiritual”, Sônia Alscher, uma das primeiras e poucas professoras que mostraram este lado mais “humano” da Nutrição.

Aos meus pais, que desde sempre me apoiaram nos estudos e que, graças a toda dedicação deles, agora estou concluindo mais uma etapa em minha vida.

Aos meus queridos irmãos, pela nossa convivência, que me ensina e me diverte.

Aos meus amigos (a família maravilhosa que escolhi), por serem tão fantásticos e especiais, contribuindo tanto para a minha vida! Vocês são, com certeza, fontes de energia, de força, de confiança e de esperança nos momentos mais difíceis.

Aos queridos amigos e colegas de laboratório, por toda a ajuda e conselhos (sempre pertinentes e úteis), e pela companhia diária. Sou tão grata por ter a oportunidade de fazer parte desta família!

Especialmente, aos meus colegas Bruna Genro e Lucas Garcia. Vocês com certeza foram fundamentais nessa jornada, desde o início!

A toda a equipe do SAMIS/HCPA, pela alegria, carisma, simpatia e boa vontade, mostrando-se sempre tão prestativos. Minhas tardes lendo prontuários não seriam as mesmas sem vocês.

Aos profissionais do NCP, especialmente à equipe de enfermagem, e à equipe de consultoria em Cuidados Paliativos, pelos ensinamentos e pela presença, me auxiliando em diversos momentos.

À professora Martine, que contribuiu muito nesta jornada. Pela sua amizade, sua empatia, suas orientações e sua agradável companhia.

Ao Érico, que muitas vezes me ajudou a resgatar a autoestima e acreditar em mim mesma.

À equipe do GPPG, ao Everaldo e à secretaria do CPE, pela ajuda em diversas vezes, pela simpatia e amizade;

À minha terapeuta Dafni, que, através do seu trabalho, me acompanha e me ajuda a lidar melhor com tantas questões e também a acreditar em mim mesma.

À minha gatinha Lili, que sempre me acompanha nas horas de estudo e trabalho.

Enfim, a todos que, de alguma forma, contribuíram, estiveram presentes e me apoiaram nesta trajetória, retribuo com minha sincera gratidão!

“Comida de alma é aquela que consola...  
Dá segurança, enche o estômago, conforta  
a alma, lembra a infância, e o costume.”

(Nina Horta, no livro *Não é Sopa*)

## Resumo

**Introdução:** Os Cuidados Paliativos envolvem aspectos nutricionais e éticos, onde a Bioética pode auxiliar na reflexão sobre estas condutas. **Objetivos:** Descrever os cuidados nutricionais envolvidos no atendimento de pacientes internados no NCP/HCPA e seus aspectos bioéticos associados, bem como avaliar o perfil clínico e demográfico destes pacientes. **Métodos:** Foi realizado um estudo transversal retrospectivo de internações do NCP/HCPA entre 2007 e 2010. Foram coletados dados demográficos, clínicos e nutricionais de 135 internações, analisados de forma quantitativa e qualitativa. Os pesquisadores assinaram um Termo de Compromisso para Uso de Dados. **Resultados:** A amostra é variada quanto aos aspectos demográficos. A Nutrição Enteral foi prescrita em 80% das vezes para pacientes terminais ou em fim de vida e bem debilitados. Em 14,1% das internações houve evolução do nutricionista. Os aspectos bioéticos encontrados em 33 internações foram a Beneficência, em todas elas (100%); Autonomia (51,5%); Veracidade (18,9%) e questões sobre Informação (36,4%). **Conclusão:** Estes dados evidenciam as dificuldades enfrentadas na implantação do Núcleo de Cuidados Paliativos, período em que ocorreram as internações avaliadas, em termos da compreensão do que são as medidas paliativas e a necessidade de ampliar a comunicação adequada, e o seu devido registro em prontuário, entre os diferentes profissionais envolvidos no atendimento destes pacientes.

## PALAVRAS-CHAVE

Cuidados Paliativos; Nutrição; Bioética.



## **Abstract**

**Background:** the Palliative Care includes nutritional and ethics issues, and Bioethics can help in the reflection about this conduct. **Objective:** to describe the nutritional care in inpatients assistance on NCP/HCPA and their bioethical issues associated, as well as evaluate the patients clinical and demographic profile. **Methods:** A retrospective cross-sectional study was made in the admissions on NCP/HCPA between 2007 and 2010. The demographic, clinical and nutritional data was collected of 135 admissions, analyzed by quantitative and qualitative ways. The researchers signed a commitment form to use the data. **Results:** The sample is varied in relation to demographic data. The Enteral Nutrition was performed in 80% of the time for terminally ill inpatients or “end-of-life”, in a very weak condition. In 14,1% of the admissions there was evolution record of de nutritionist. The bioethical issues (in 33 admissions) include the Beneficence (100%); Autonomy (51,1%); Veracity (18,9%) and information issues (36,4%). **Conclusion:** This results evidence the difficulties faced in the implementation of the Palliative Care Unit, period in which the hospitalizations occurred, about the comprehension of what are the palliative course of treatment and the need to extend adequate communication, and its proper medical records, between the different professionals involved in the assistance of these inpatients.

## **KEYWORDS**

Palliative Care, Nutrition, Bioethics.

## Lista de Tabelas

Tabela 1. Localização da neoplasia principal.....	46
Tabela 2. Locais comprometidos por metástases. ....	47
Tabela 3. Estágio do paciente. ....	48
Tabela 4. Sintomas clínicos durante a internação.....	50
Tabela 5. Queixas associadas à alimentação na chegada ao hospital. ....	52
Tabela 6. Sintomas associados à alimentação durante a internação.....	55
Tabela 7. Diagnósticos nutricionais.....	57
Tabela 8. Aceitação alimentar. ....	59
Tabela 9. Via de administração de dieta. ....	61
Tabela 10. Suspensão de vias e prescrições de jejum. ....	64
Tabela 11. Prescrições de consistências. ....	67
Tabela 12. Prescrições de características nutricionais específicas.....	71
Tabela 13. Condutas relativas à NE na chegada ao NCP.....	76

## **Lista de Quadros**

Quadro 1. Termos relativos aos sintomas clínicos.....	49
Quadro 2. Termos relativos aos sintomas associados com a alimentação .....	54
Quadro 3. Termos relativos à aceitação alimentar.....	58
Quadro 4. Exemplos de categorização das prescrições. ....	66

## Lista de Abreviaturas

ASG	Avaliação Subjetiva Global
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFM	Conselho Federal de Medicina
DM	Diabetes
EGD	Esofagogastroduodenoscopia
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
IMC	Índice de Massa Corporal
IV	Intravenoso
JT	Jejum Total
JTF	Jejum Total Final
KCAL	Quilocaloria
N/A	Não se aplica
NCP	Núcleo de Cuidados Paliativos
NE	Nutrição Enteral
NI	Número de Identificação
NPO	Nada Por Via Oral
NPS	Nada Por Sonda
OMS	Organização Mundial da Saúde
SC	Subcutâneo
S/C	Sem condições
SNC	Sistema Nervoso Central
SNE	Sonda Nasoenteral
SNG	Sonda Nasogástrica
TN	Terapia Nutricional
TNE	Terapia Nutricional Enteral
TNO	Terapia Nutricional Oral
TNP	Terapia Nutricional Parenteral
VE	Via Enteral
VEAS	Via Enteral Para Alívio Sintomático
VM	Via Mista
VO	Via Oral
VP	Via Parenteral

## Sumário

1 Introdução .....	14
2 Revisão da literatura .....	19
2.1 Cuidados Paliativos.....	19
2.2 Bioética .....	23
2.3 Nutrição Oral, Enteral e Parenteral .....	31
3 Objetivos .....	38
3.1 Objetivo principal.....	38
3.2 Objetivos secundários .....	38
4 Métodos.....	39
5 Resultados e discussão.....	44
5.1 Perfil demográfico e clínico dos pacientes .....	44
5.2 Aspectos nutricionais em Cuidados Paliativos .....	51
5.3 Avaliação bioética das internações .....	76
6 Considerações finais .....	90
7 Referências .....	94
8 Apêndices.....	101
8.1 Artigo 1 .....	102
8.2 Artigo 2.....	108
8.3 Internações utilizadas para avaliação bioética .....	117

## 1 Introdução

O avanço tecnológico e científico nas ciências da saúde, em conjunto com a melhoria das condições sociais, gerou um aumento na expectativa de vida média das pessoas. Contudo, nem sempre o aumento na quantidade de anos de vida é acompanhado de qualidade de vida. Muitas vezes os recursos tecnológicos podem também acarretar um prolongamento indevido ou um aumento do sofrimento das pessoas<sup>1</sup>.

A obstinação terapêutica, também conhecida como “distanásia”, é o cenário onde ainda são realizados tratamentos e procedimentos visando curar ou prolongar a vida de pacientes que já estão fora de possibilidade terapêutica de cura. Isso configura uma futilidade, pois os métodos empregados são inúteis por não surtirem resultados benéficos para o doente. Resultante a isso, prolonga-se a vida e o sofrimento, na medida em que tratamentos invasivos ou agressivos são empregados, debilitando a pessoa progressiva e prolongadamente<sup>2</sup>.

Na metade do século XX iniciou-se um movimento, hoje conhecido mundialmente como Cuidados Paliativos, principalmente pela atuação da Dr<sup>a</sup> Cicely Saunders<sup>3</sup>. O objetivo dos cuidados paliativos é cuidar adequadamente do paciente que está fora de possibilidades terapêuticas de cura. Nesta perspectiva, são oferecidas alternativas e suporte para que o paciente possa viver e morrer com qualidade associada. Desde o início, a abordagem dos pacientes com câncer foi um dos principais objetos de atenção associados aos cuidados paliativos.

A mortalidade por neoplasias tem crescido a cada ano no Brasil<sup>4</sup>, sendo mais prevalente na região sul e sudeste<sup>5</sup>. Muitas pesquisas vêm sendo realizadas com a finalidade de buscar a cura para esta doença. Hoje em dia, existem muitos procedimentos terapêuticos, tais como quimioterapias, radioterapias e procedimentos cirúrgicos. Estes tratamentos têm repercussões gerais no organismo dos pacientes, inclusive com implicações nutricionais<sup>6</sup>.

O paciente que sofre de câncer tem necessidades nutricionais específicas, que diferem de caso para caso. Muitos pacientes passarão por algum ou por vários destes tratamentos disponíveis, podendo gerar um elevado desgaste para o organismo. De modo geral, devido ao grande gasto metabólico que o câncer acarreta, a perda de peso involuntária e significativa, e a desnutrição, são muito recorrentes<sup>6, 7</sup> e assim como náuseas, vômitos, dor, inapetência, diarreia e constipação, são sintomas de progressão da doença. Em casos avançados, esta situação poderá progredir para caquexia<sup>6</sup>.

Quando o câncer não mais responde a qualquer tratamento, continuar com algumas medidas que tem apenas o objetivo de restabelecer ou recuperar ocasionam mais sofrimento para a pessoa.

De modo geral, a alimentação e a hidratação são pontos difíceis de serem abordados nas situações que envolvem final de vida. A alimentação carrega consigo diversos aspectos e envolvem a família e os profissionais da saúde, além, é claro, do paciente. As crenças associadas à alimentação, como por exemplo, a ideia de que é uma forma de obter saúde, pode fazer com que as pessoas envolvidas se

sintam na obrigação de alimentar aquele indivíduo, que, apesar de todos os esforços, não tem possibilidade de cura, independente da dieta que for fornecida.

Entretanto, devido aos sintomas que muitos pacientes oncológicos apresentam, seu estilo de vida e seus hábitos mudam e, do mesmo modo, muda a forma como se relacionam com o alimento, podendo ser encarado por eles até mesmo como algo “prejudicial”. É um paradoxo, já que estamos acostumados a, desde crianças, entender o alimento como fonte de vida, forma de cuidar e amar<sup>8</sup>.

Outro ponto importante de colocarmos em pauta é a Terapia Nutricional Enteral (TNE). Mesmo sendo um procedimento geralmente simples, porém invasivo, em pacientes debilitados poderá ocasionar mais desconforto, não apenas em relação aos aspectos físicos, mas também aos emocionais e aos sociais. Um dos objetivos dos Cuidados Paliativos é tentar aproximar a pessoa da maior “normalidade” com que ela possa viver<sup>9</sup>. A introdução de TNE pode acarretar a perda do significado social e emocional associado à alimentação - que tem a ver com questões pessoais e afetivas -, por criar um afastamento do paciente em relação às demais pessoas e impedi-lo de participar das situações de convívio social e familiar, ocasionando inclusive sensação de abandono<sup>10</sup>.

Em algumas situações específicas pode ser adequado suspender a alimentação, pois esta não mais apresenta benefício para o paciente. Esta conduta interfere com os costumes, as crenças e os sentimentos mais profundos, e não apenas do paciente, mas de todos os envolvidos, devendo ser avaliada sua adequação considerando todas as consequências e circunstâncias, não se limitando



apenas aos aspectos técnicos relacionados. O mesmo vale para a decisão de uma dieta, ou a implementação de alimentação artificial.

Sendo as condutas e as terapias nutricionais procedimentos terapêuticos, a indicação, a manutenção e a suspensão dos mesmos devem ser guiadas por critérios de adequação técnica e ética.

A adequação ética, orientada pelos fundamentos da Ética, e permeando na complexidade, pode ser avaliada pela reflexão bioética. A Bioética pode atuar como um campo de encontro, onde diversos aspectos envolvidos podem ser avaliados e debatidos, já que proporciona uma reflexão complexa, compartilhada e interdisciplinar, sobre a adequação das ações que envolvem a vida e o viver<sup>11</sup>. Nesta perspectiva, a vida e o viver englobam todos os diferentes aspectos envolvidos, incluindo a morte e o morrer. As reflexões bioéticas ajudam a ampliar a visão a respeito de cada caso, contribuindo na tomada de decisão do profissional.

Questionando-se a respeito disto, algumas perguntas surgem frequentemente na prática clínica: Qual é a melhor conduta? Como saber se ela é realmente a melhor? O profissional poderá ser culpado pela morte deste paciente, ou sua aceleração, se suspender uma necessidade básica? Suspender Terapia Nutricional é o mesmo que negar comida e água? Como abordar os pacientes, familiares e profissionais a respeito deste assunto tão desconfortável?

Essas perguntas geram, por si só, outras perguntas, como por exemplo: Quais condutas têm sido tomadas a respeito deste assunto? Como os profissionais

estão lidando com essas situações? Será que os profissionais estão trabalhando, de forma interdisciplinar, frente a este problema?

Existem poucos estudos publicados e indexados que trazem esta abordagem onde a Nutrição, os Cuidados Paliativos e a Bioética se relacionam<sup>12-14</sup>. Embora as três áreas estejam isoladamente muito em pauta, poucas vezes são objeto de reflexão conjunta.

Motivados por este cenário, por estas perguntas e pelos poucos estudos relacionados a este tema, esta dissertação busca apresentar uma breve revisão bibliográfica, e os resultados obtidos no presente estudo, envolvendo os pacientes que estiveram internados nos primeiros anos de atividade do Núcleo de Cuidados Paliativos (NCP) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Esta dissertação originou dois artigos presentes como apêndices nesta dissertação, ambos foram encaminhados para tradução e serão submetidos às revistas: *American Journal of Clinical Nutrition* e *Palliative Medicine*.

## 2 Revisão da literatura

Se nos voltarmos para a história, veremos que, na medida em que o conhecimento científico e tecnológico avança, o desenvolvimento humanizado entre as pessoas diminui, e isto não é diferente nas ciências da saúde. Esta relação tem sido inversamente proporcional, pois o avanço científico possibilita ao ser humano a apropriação e a capacidade inclusive de determinar certos desfechos, como por exemplo, a morte, que antes eram naturalmente impostos, criando um contexto onde as ações prevalecem sobre as reflexões. Por outro lado, nas últimas décadas, a partir das experiências, observações e reflexões, surge um movimento que busca humanizar o tratamento que os pacientes recebem em instituições de saúde.

### 2.1 Cuidados Paliativos

“I Will be a window into your home.”  
David Tasma

Na década de 1950, algumas pesquisas apresentaram um cenário preocupante, como por exemplo: 1) pacientes morrendo de câncer em casa, dentro de condições assustadoras de sofrimento e privação; 2) má qualidade dos serviços e inadequação das dependências oferecidas por casas de caridade (*charitable homes*); 3) lares de idosos inadequados e até mesmo negligenciados quando comparados com os padrões que são razoavelmente esperados; e por fim, 4) um estudo observacional demonstrou que a maioria dos pacientes, apesar da falta de informações dadas pelos médicos, tinha consciência do seu prognóstico<sup>3</sup>.

Cicely Saunders, considerada a fundadora desta filosofia de Cuidados Paliativos, inspirou diversos estudos a respeito de terminalidade. No fim da década de 40, após trabalhar como enfermeira em tempos de guerra e como assistente social entre pacientes sofrendo por câncer, trabalhando no *St. Thomas' Hospital* conheceu um paciente chamado David Tasma que também sofria pelo câncer, e o considerava ser o “catalisador” do movimento que depois seria chamado de Cuidados Paliativos:

“I went back to university for a year, which enabled me to qualify as a medical social worker. I got into St. Thomas' Hospital in 1947 and there, in the first ward I took over, I met a Polish Jew from Warsaw, who got out before the Resistance. He was 40, and had inoperable cancer, and because he had no family, I knew he had run into trouble. And so I kept in touch with him, and when he collapsed and was admitted to another hospital, I followed him there and was virtually his only visitor for the two months that he was dying. We talked together about somewhere that would be more suitable for him than the very busy surgical ward where he was. We wanted a place not just for better symptom control, but for trying to find out, in a way, who he was...”<sup>15</sup>.

Assim, após formar-se em medicina, desenvolveu um projeto que em 1967 foi inaugurado como *St Christopher's Hospice*. O termo *hospice*, de origem medieval, significava um refúgio com portas abertas a todos os necessitados, incluindo doentes, moribundos e viajantes que estivessem com fome e sede. Seu sentido atual, porém, é atribuído a Saunders<sup>16</sup>. A nova instituição contava com leitos para 54 pacientes, 16 leitos residenciais para idosos e dois anos mais tarde o sistema de *home care* foi incorporado ao seu funcionamento<sup>3</sup>.

A meta inicial do trabalho de Saunders foi o tratamento da dor e de todos os sintomas que poderiam estar prejudicando o paciente. Nas palavras da própria Saunders: “Tratar a dor e todos os outros sintomas que podem levar a um estado geral de miséria, como a doença em si”<sup>17</sup>. Portanto, o conceito de “dor total”, essencial na construção desta filosofia, inclui não apenas sintomas físicos que o

paciente venha a ter, mas também angústias e problemas sociais, mentais e espirituais que o processo de morrer pode ocasionar<sup>18</sup>. Assim, a busca pelo alívio do sofrimento de qualquer tipo se faz presente e é a principal meta.

Outra pessoa importante na atenção ao processo de morte e morrer é a psiquiatra suíça Elizabeth Kübler-Ross, autora do livro “*On Death and Dying*”, em que propôs os seis estágios pelo qual uma pessoa passa ao lidar com a perda, o luto e a tragédia<sup>19</sup>. A partir da sua teoria é possível compreender o paciente e seus familiares nestes momentos peculiares.

Atualmente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu Cuidados Paliativos como: abordagens que objetivam a melhoria na qualidade de vida do paciente e seus familiares diante de uma doença que ameaça a vida, através da prevenção e alívio do sofrimento e manejo de outros sintomas dolorosos e debilitantes<sup>20</sup>. Esta abordagem é apropriada a partir do diagnóstico da doença ou durante o seu curso.

A experiência do paciente em cuidados paliativos inclui ansiedade, depressão e medo<sup>17</sup>. Cada paciente vive e compartilha esses sentimentos de forma pessoal, assim como também viveram diversos momentos, anteriores à doença, à sua maneira. Por isso, respeitar suas limitações, seus desejos, suas esperanças e a forma como o paciente se coloca nessas situações é essencial, pois personaliza o atendimento àquela pessoa e chega mais perto das suas reais necessidades.

Embora o prognóstico de uma doença irreversível com desfecho morte seja difícil de ser feito, é necessário que seja estimulado. Reconhecendo a

impossibilidade de cura, conseguimos mudar a forma como tratamos o paciente, evitando um mal desnecessário, que pode ser mais um ciclo de quimioterapia, mais uma cirurgia, ou outros procedimentos debilitantes, acarretando em novas complicações para uma vida que já está bastante complicada. A definição de que um paciente está em cuidados paliativos pode ser feita a qualquer momento durante o curso de sua doença. Caso surja uma alternativa nunca antes vista, é possível mudar o trajeto e tentar um novo tratamento, se o paciente assim o desejar. Portanto, este deve ter sua autonomia respeitada, e os profissionais devem fazê-lo sentir-se seguro de que não será abandonado.

Deparar-se com a proximidade da morte faz com que muitos pacientes mudem sua forma de pensar. Com as dificuldades que são impostas dia-a-dia pela doença, as pessoas começam a valorizar atividades que podem ser consideradas simples para quem é saudável, como por exemplo, poder caminhar, ter autonomia nas tarefas diárias, voltar a alimentar-se normalmente, e outras metas de curto prazo<sup>21</sup>.

Assistencialmente falando, na prática hospitalar, diversas medidas podem ser suspensas para evitar sofrimento e proporcionar conforto, sempre que possível. Algumas delas são: substituição de acessos endovenosos por via oral; evitar certos exames invasivos ou cansativos; liberação de certas restrições alimentares; suspender procedimentos durante o sono do paciente; suspensão da alimentação, entre outras. Além disso, algumas medidas podem ser implementadas, como sedação contínua; radioterapia paliativa para alívio da dor; paracenteses de alívio para conforto; gastrostomias para drenagem estomacal; soroterapias contínuas com

o objetivo de hidratar ou de repor glicose. É necessário ponderar a cerca de quais se ajustam melhor para aquele paciente e entender que devido a sua condição altamente complexa, nem sempre o ideal será possível.

## 2.2 Bioética

“Compaixão, na qual toda a Ética deve se enraizar, só pode alcançar a sua amplitude e profundidade, se abraçar a todas as criaturas vivas e não limitar-se à humanidade.”  
Albert Schweitzer

Desde o início do século passado já se falava da necessidade em refletir a cerca das ações humanas e de suas repercussões para com as pessoas, os animais e o ambiente. Fritz Jahr, em 1926, já falava numa “emergência de obrigações éticas não apenas com o homem, mas com todos os seres vivos”<sup>22</sup>. Van Rensselaer Potter, em 1970, propõe a necessidade da reflexão conjunta dos aspectos científicos e humanitários<sup>23</sup>.

A Bioética pode ser entendida como “uma reflexão complexa, compartilhada e interdisciplinar sobre a adequação das ações que envolvem a vida e o viver”<sup>11</sup>. É baseada no modelo da complexidade, envolvendo não apenas os aspectos éticos, mas também os aspectos morais, legais, sociais, psicológicos, assistenciais, físicos, culturais, espirituais, entre outros que possam estar influenciando em determinada situação.

A Bioética utiliza, predominantemente, quatro referenciais teóricos da Ética: os Princípios (deveres *prima facie*), os Direitos Humanos, as Virtudes e a

Alteridade<sup>24</sup>. Estes fundamentos servem como um norte, auxiliando na tomada de decisão.

Os Deveres *prima facie* são ações, obrigações que devem ser cumpridas, salvo quando um dos deveres entra em conflito com um dever de maior ou igual importância<sup>25</sup>. Dentre estes deveres, a Beneficência seja talvez uma das obrigações mais centrais na área da saúde e diz respeito a fazer o bem e evitar o mal, podendo ser entendida também como um dever de agir no interesse do paciente<sup>26</sup>. Entretanto, não deve ser confundida com benevolência, que é definida como a virtude ou vontade de se dispor a agir em benefício dos outros<sup>27, 28</sup>, e benemerência, que significa merecer o bem<sup>28</sup>.

Outro princípio que merece ser mencionado é o Respeito às Pessoas, que, entre outros aspectos, valoriza o dever associado à Autonomia e à Privacidade<sup>29</sup>.

A Autonomia pode ser entendida como a capacidade que uma pessoa tem de decidir por si mesma, de acordo com suas vontades e interesses<sup>30</sup>. Por encontrar-se debilitado, o paciente, embora ainda esteja lúcido, às vezes é considerado como incapaz de tomar decisões a cerca de sua própria vida. Nesse contexto, sua autonomia deve ser respeitada e valorizada. E mesmo quando o paciente não se encontra coerente ou lúcido, situação comum nas últimas horas de vida, o profissional de saúde deve buscar alternativas que mais se enquadrem dentro do que pode ser a vontade do paciente. A preservação da autonomia do paciente pode ser resguardada com o registro prévio de suas diretivas antecipadas de vontade ou com a designação de um representante que possa tomar decisões, quando de sua incapacidade<sup>31, 32</sup>.



A Privacidade, por sua vez, pode ser considerada como a limitação do acesso às informações de uma dada pessoa e ao acesso à própria pessoa, à sua intimidade, anonimato, segredos, afastamento ou solidão. É a liberdade que o paciente tem de não ser observado sem autorização<sup>33</sup>. O paciente debilitado pela doença necessita geralmente de cuidados extremos, incluindo a higiene. A perda de sua privacidade nestas atividades diárias pode acarretar a perda de intimidade e mesmo de identidade. Neste cenário, muitas vezes, o profissional da saúde pode não valorizar esta importância durante a assistência. Mesmo nesses casos, o profissional deve buscar medidas que preservem a privacidade e o espaço deste indivíduo. Outro exemplo onde o respeito à privacidade está presente é no caso das informações que são obtidas através da relação profissional da saúde-paciente. Certas informações do paciente devem ser compartilhadas com os demais profissionais apenas nos casos em que são importantes para uma tomada de decisão adequada, ou seja, quando existe a necessidade de saber estas informações no melhor interesse do próprio paciente<sup>34</sup>. Estas informações só devem ser compartilhadas com os familiares, após a ciência e na presença do paciente, nos casos que configuram algum risco iminente para terceiros ou quando o paciente expressa o desejo de compartilhar.

As Virtudes, definidas como “o esforço para se portar bem, que define o bem nesse próprio esforço”<sup>35</sup>, podem também ser entendidas como a busca da excelência das ações humanas, ou a busca do autoaprimoramento<sup>24</sup>.

No contexto de fim de vida, o sofrimento está presente entre os envolvidos e pode gerar uma sensação de lástima, de piedade. Dentro das virtudes necessárias,

e diferenciando-se desta lástima, que é simplesmente entristecer-se com o sofrimento alheio, a virtude da compaixão traz a necessidade de uma ação. Ou seja, além de reconhecer o sofrimento alheio, tem o objetivo de prestar ajuda. Isso, porém, não significa aprovar ou compartilhar das razões pelas quais o outro sofre, mas recusar-se a considerar o sofrimento como um fato indiferente, e o sofredor, como objeto. O contrário desta virtude seria dureza, frieza, indiferença e insensibilidade<sup>35</sup>. Além desta, outras virtudes dignas de comentário são: Coragem, entendida como fazer o que deve ser feito, superando o medo<sup>35</sup>; Tolerância, que é tão necessária e tantas vezes difícil de ser aplicada, entendida como a capacidade de conviver com o diferente, mas sem confundi-la com convivência ou complacência<sup>35</sup>; Temperança, que significa utilizar os recursos na medida da necessidade<sup>24</sup>, ou identificar e respeitar os limites até onde podemos ir<sup>35</sup>, nos remetendo à reflexão de quais procedimentos devemos ou não realizar, ou mesmo, a sua ausência que caracterizaria uma obstinação terapêutica; por último, imaginando uma escadaria, o Amor como virtude encontra-se no topo, ao mesmo tempo em que abrange todas as demais<sup>24</sup>.

Os Direitos Humanos são utilizados na Bioética desde a década de 1970<sup>36</sup>, mas muitas vezes são utilizados não como referencial teórico, mas como um argumento de militância. Os Direitos Humanos podem ser entendidos como direitos inerentes ao ser humano e são divididos em três categorias: direitos individuais, direitos coletivos e direitos transpessoais. Dentro do tema Cuidados Paliativos, o direito individual à vida merece destaque, por ser muitas vezes confundido como um dever de manter a vida. Portanto, é necessário diferenciar as noções de “vida” e “viver”. O conceito Vida, significando vida biológica ou orgânica, é representado pela

palavra grega *Zoé*. O viver, que é representado pela palavra grega *Bios*, remete à vida social, à capacidade das pessoas se relacionarem com o meio em que vivem, de interagir com os demais seres vivos<sup>37</sup>. Nos Cuidados Paliativos devemos procurar alcançar, ao invés do direito à vida meramente biológica, o “direito ao bem viver”. Assim, a qualidade de vida entra como meta principal, onde o foco dos Cuidados Paliativos é “dar mais vida aos dias e não mais dias à vida”<sup>38</sup>.

Nesse esquema, o último referencial teórico, chamado Alteridade, poderia ser visto como um fundamento que abarca todos os demais. Conceito trabalhado principalmente por Emmanuel Levinás, diz respeito às relações interpessoais, trazendo uma visão de “rede social”, quebrando com o individualismo e a visão do ser humano como um ser independente e autônomo. Da independência chegamos à interdependência. A Alteridade pode ser entendida como negação da neutralidade. A partir do momento que se admite que os seres humanos não são neutros em relação aos outros, surge a noção de “responsabilidade pelo outro, que significa responsabilidade por si mesmo enquanto negação da neutralidade”. Neste referencial, o que vale é a noção de que “a minha liberdade é garantida pela liberdade dos outros”, ou melhor ainda, que a minha liberdade continua na liberdade dos outros. O contato constante com o outro faz com que as pessoas passem a olhar para si próprias, trazendo, além de autoconhecimento, noções de compartilhamento e corresponsabilidade. A Alteridade pode ser entendida como uma “co-presença ética”<sup>39-41</sup>.

Estes quatro referenciais se relacionam e se complementam. De modo geral, a presença de um direito de alguém gera um dever para si próprio ou para outras

peças, no sentido de proteger e respeitar este direito<sup>24</sup>. Por exemplo, o respeito à autonomia do próximo se associa ao direito à liberdade. Da mesma forma, a compaixão, entendida como virtude, relaciona-se com o dever da beneficência e, ao mesmo tempo, com o direito à solidariedade, ou melhor ainda, com a noção de alteridade, de corresponsabilidade.

Estes referenciais servem de base para as reflexões sobre temas tão importantes quanto a morte e o morrer. Outros aspectos também se fazem presentes, como por exemplo, os aspectos legais. A legislação gera obrigações para os indivíduos.

Na área de Cuidados Paliativos, é importante diferenciar questões que envolvem os conceitos de ortotanásia, distanásia e eutanásia. Distanásia refere-se à obstinação terapêutica, ou seja, utilizar tecnologias, tratamentos e procedimentos sem que os mesmos tenham um real benefício para o paciente, com o objetivo de prolongar sua vida, mas trazendo mais sofrimento ao mesmo. Melhor do que discutir distanásia é refletir sobre a futilidade dos tratamentos que estão sendo propostos. Eutanásia é o contrário, ou seja, é abreviar a vida do doente, através de uma ação concreta e definida, com este objetivo. Ambas, distanásia e eutanásia demonstram a inadequação frente à morte e ao morrer. Por fim, a ortotanásia refere-se à morte adequada, com um mínimo de sofrimento associado, nem abreviada nem prolongada, no momento devido. Nesta perspectiva, é possível reconhecer que nem toda parada cardiorrespiratória gera uma obrigação de reanimação do paciente, de buscar reverter esta situação, podendo ser entendida como uma constatação de

óbito decorrente de um processo anteriormente reconhecido como sendo de terminalidade.

As discussões na sociedade a cerca de alguns casos de pacientes, como Nancy Cruzan, Karen Anne Quinlan e da Terry Schiavo, geraram reflexões que permitiram avançar no encaminhamento das questões envolvendo a morte e o morrer.

A recente Resolução 1995/2012 do Conselho Federal de Medicina (CFM), a cerca das Diretivas Antecipadas de Vontade<sup>31</sup>, se refere aos tratamentos e medidas que poderão ser suspensas ou não implantadas, segundo vontade prévia do paciente, no sentido de respeitar a sua autonomia. É importante lembrar que a Resolução age como uma possibilidade e não um dever, ou seja, o médico poderá levar em consideração as vontades do paciente, mas não deverá segui-las obrigatoriamente. Vale lembrar que esta Resolução impede taxativamente a possibilidade de eutanásia. De modo geral, essa Resolução oportuniza espaço para uma discussão no país no sentido de ampliar o respeito à autonomia e à autodeterminação do paciente, que às vezes é perdida no exercício atual da medicina.

Os aspectos psicológicos se relacionam aos mecanismos que os pacientes e familiares utilizam nesses momentos difíceis decorrentes da morte ou da sua proximidade. Os seis estágios, propostos por Elizabeth Kübler-Ross, são vivenciados por todos os envolvidos e, inclusive, pelos profissionais da saúde. Estes estágios podem ocorrer de modo diferente e em tempos diferentes em cada uma das pessoas envolvidas. Os estágios são os seguintes: choque inicial, negação,

raiva, barganha, depressão, aceitação<sup>19</sup>. Nem todas as pessoas chegarão à aceitação, por falta de tempo de vida. Porém, é necessário respeitar quem está passando por uma perda, seja de uma pessoa querida, de um estilo de vida ou mesmo da saúde e da vitalidade, reconhecer em que estágio de elaboração ela se encontra e respeitar o seu momento. Identificar o estágio que o paciente está passando ajuda a compreender a situação.

Os aspectos assistenciais e educacionais também se relacionam com casos de terminalidade. O primeiro nos remete a todas as condutas e procedimentos que poderão ser feitos com aquele doente, desde tratamentos complexos contra o câncer até uma simples soroterapia. O segundo, aspectos educacionais, lembra-nos do pouco que é estudado e falado, nos cursos de formação na área da saúde, sobre terminalidade e sobre como manejar pacientes terminais. O foco das bases curriculares está voltado para os aspectos curativos. Assim, temos um cenário aonde o profissional chega com um objetivo, que é curar o paciente, mas depara-se com a impossibilidade, e aí deverá adotar condutas para as quais não foi devidamente capacitado. Portanto, assistência e educação estão intimamente ligadas.

Os aspectos culturais também são importantes. Devido às suas peculiaridades na área da Nutrição, serão abordados na próxima sessão.

A integração dos diferentes aspectos envolvidos na abordagem de um problema pode ocorrer com uma abordagem utilizando o referencial da complexidade. No modelo de Bioética Complexa, a tomada de decisão se baseia na clara identificação do problema. No centro dela encontram-se todos os fatores que

podem ser considerados “racionais”, ou seja, as evidências, o contexto, qual o problema (ou dilema) em questão, quais alternativas e as consequências que acarretam. Como fatores de influência na decisão, ainda racionais, encontram-se os referenciais teóricos – conhecimentos técnicos, científicos e éticos - e os casos relacionáveis, ou seja, as experiências anteriormente vividas, incluindo aí leitura de casos semelhantes, compartilhamento de casos vividos por outros profissionais e, até mesmo, livros e filmes relacionados. Porém, uma situação não se constitui apenas de fatores racionais. Portanto, os fatores não racionais estão também incluídos nesta ferramenta. Estes são: o sistema de crenças e valores, que abrangem as tradições e os interesses; a afetividade, com os vínculos e os desejos. Assim, este modelo serve como uma orientação para que os diversos fatores envolvidos em cada caso sejam contemplados em sua complexidade<sup>8</sup>.

### **2.3 Nutrição Oral, Enteral e Parenteral**

As condutas assistenciais relacionadas com alimentação abrangem, obrigatoriamente, três tipos de terapia nutricional (TN): a oral (TNO), que corresponde à forma natural de nos alimentarmos, ou seja, através da via oral; a enteral (TNE), entendida como alimentação através de sondas e ostomias; e, por fim, a parenteral (TNP), ou nutrição por via endovenosa. As três vias têm suas características, indicações e contraindicações.

A via oral, a mais natural e a mais preconizada de todas, é a via habitualmente mais adequada para alimentação. Isso porque o alimento passará pelos diversos estágios, desde a mastigação até a absorção de seus nutrientes,

utilizando todos os órgãos envolvidos, e geralmente sem riscos para o indivíduo. Porém, na Nutrição hospitalar acontece, frequentemente, desta via estar debilitada, ou o paciente não ter plena capacidade de alimentar-se por ela, ou por ter alguma doença, clínica ou psiquiátrica que o impeça disso, ou ainda, por não ter condições de alimentar-se sozinho, por diversos motivos. Assim, como contraindicação para esta via estão, por exemplo: casos em que o paciente chega inconsciente e muito debilitado; casos em que não é possível utilizá-la devido a, por exemplo, uma neoplasia de esôfago; quando a ingestão de que o paciente é capaz não supre todas as suas necessidades diárias, entre outros.

Como segunda alternativa mais fisiologicamente bem aceita, TNE poderá ser utilizada, inclusive de forma paralela à TNO. Através de sondas posicionadas no estômago ou no intestino, as fórmulas enterais atingem o trato gastrointestinal e são digeridas e absorvidas pelo organismo. Como meta, tem o objetivo de recuperar o estado nutricional do paciente, sendo indicada em casos de desnutrição grave onde o mesmo não pode alimentar-se por via oral. A TNE é um procedimento terapêutico e diferente da via natural por pelo menos 3 motivos: 1) utiliza de infusões líquidas de forma contínua durante muitas horas (inclusive 24hs), diferente da via natural que é feita de forma intermitente, dividida em intervalos mais espaçados de alimentação e com diversas consistências; 2) as fórmulas podem ser administradas inclusive em períodos onde o paciente está dormindo e 3) os nutrientes não transitam por todo o trato gastrointestinal, com implicações na regulação entre o apetite e a ingestão alimentar<sup>42</sup>. Além disso, é importante ressaltar que na TNE o paciente não sente nenhum gosto ou prazer com esta via de alimentação, pois os alimentos não passarão pela boca e esôfago. É necessário lembrar que esta via também deve ser



considerada como invasiva, ou seja, que não é inócua, existindo riscos de ocasionar desconfortos, infecções ou outros problemas clínicos decorrentes de sua utilização. Alguns problemas relacionados com a TNE descritos na literatura são: sinusite, inflamação na garganta, epistaxe, perfuração esofágica – com o risco aumentado em casos de repetidos esforços para passagem de sonda - e inclusive pneumonia por aspiração. Especialmente em casos de pacientes terminais, a indicação de TNE visava prevenir esta ocorrência, mas verificou-se que esta hipótese não foi confirmada<sup>43, 44</sup>. Assim, um procedimento que deveria promover qualidade de vida e manejo de desconfortos será até mesmo considerado como um fator que abrevia a vida, já que pneumonia por aspiração pode levar o paciente a óbito nos casos gravemente complicados, tendo um risco de mortalidade que varia entre 17 e 62% dos casos<sup>45</sup>. Além disso, em indivíduos com expectativa de vida menor que 72hs, a TNE é contraindicada, por não apresentar benefícios reais. Entretanto, pacientes com expectativa de vida maior de seis meses poderão beneficiar-se da TNE, desde que apresentem trato gastrointestinal íntegro, condições clínicas adequadas, e que tenham consentido com sua utilização, pois é essencial respeitar a vontade do enfermo<sup>7</sup>. Devido estes motivos, é necessário avaliar sua adequação em cada caso.

Por último, existe a via parenteral, que corresponde a administração de proteínas, lipídeos, glicose, minerais e vitaminas, na sua forma mais simples, por acesso endovenoso. Esta via é a menos utilizada em pacientes em cuidados paliativos, sendo contraindicada, já que é a mais invasiva de todas, e a menos natural, pois não utiliza o trato gastrointestinal como um todo. Desta forma, o paciente corre o risco de sepse, já que a parede intestinal fica enfraquecida e assim,

bactérias poderão atingir o sistema sanguíneo. Além disso, a sepse pode ocorrer através do próprio cateter, pois exige extremo cuidado de higiene e monitorização<sup>46</sup>.

A suspensão de alimentação pode ser adequada neste cenário de Cuidados Paliativos, mesmo em pacientes extremamente desnutridos<sup>47</sup>. Embora a suspensão de alimentos gere sentimentos controversos para os profissionais da saúde e familiares, é importante respeitar as limitações destes pacientes, quando não são capazes de receber nutrição por qualquer via, seja pela doença ou por seus sintomas, como por exemplo, dor, náuseas, vômitos, cólicas pós-prandiais, diarreia, constipação e distensão abdominal. Segundo o Consenso de Nutrição Oncológica, publicado pelo INCA em 2009, em relação à TNE e TNO, a recusa do paciente e a presença de desconfortos relacionados a ambas as vias são contraindicações para sua utilização. Para TNP, o trato gastrointestinal funcionante e expectativa de vida igual ou menor a seis meses são contraindicações formais por não apresentarem benefícios ao indivíduo<sup>7</sup>.

É importante reconhecer qual paciente em cuidados paliativos poderá ter novos procedimentos implementados, e qual não, para evitar desconfortos, discutindo antecipadamente a questão de quais procedimentos são ordinários, extraordinários ou fúteis. Embora banalizado, existe sofrimento em consequência da alimentação, independente da via que seja utilizada. A incapacidade de alimentar-se, algo tão básico para o ser humano, gera nos pacientes uma sensação de impotência, ansiedade, tristeza e culpa, especialmente se pressionados pela família ou profissionais a cerca deste assunto. Além disso, um paciente oncológico terminal não recuperará seu estado nutricional<sup>7</sup>, e dificilmente manterá o estado em que já se

encontra, a despeito de todas as medidas implementadas, tendendo a agravar esta condição progressivamente.

As condutas nutricionais no fim de vida visam o conforto do paciente. Por conforto entende-se evitar procedimentos fúteis que apenas trazem sofrimento e utilizar-se de medidas que tragam alegria e prazer<sup>48</sup>. Por isso, alguns alimentos que, antes restringidos por motivos clínicos, podem ser liberados. Também por este motivo que as prescrições alimentares deverão ser acompanhadas de algum registro que respeite as limitações do paciente, e o cálculo dos nutrientes ofertados deverá respeitar a capacidade de ingestão do indivíduo<sup>7</sup>. A prescrição nutricional de TNO ou TNE deveria ser acompanhada, nestas situações, da frase: “conforme aceitação do paciente”. Assim, o enfermo poderá decidir a quantidade e os tipos de alimentos que irá ingerir, de acordo com suas reais possibilidades, não devendo ser forçado pelos demais.

Por outro lado, não é adequado deixar que um paciente com expectativa de vida de um ano ou mais, fique completamente desprovido de alimentos. Assim, ele poderá ingerir os alimentos que mais lhe agrada, nos horários em que lhe convém, e, nos casos em que não é capaz de ingerir por via oral, avaliar junto ao paciente a utilização de vias enterais. Incluir o paciente nas decisões, respeitando sua autonomia, mesmo em procedimentos considerados “simples”, como uma passagem de sonda, torna-o mais ciente da sua própria situação e contribui para uma melhor qualidade de vida.

A alimentação carrega consigo diversos aspectos emocionais e culturais, presentes no sistema de crenças e valores e na afetividade das pessoas. O contato

com o alimento acontece desde as primeiras horas de vida e está presente em muitos momentos. O alimento não apenas serve de nutriente para o corpo, mas alimenta também as relações entre as pessoas e os sentimentos, estando ligado com ansiedade, depressão, felicidade e conquistas, onde podemos ver sua presença nos jantares comemorativos, nos encontros entre amigos, e em momentos tristes como forma de trazer prazer e carinho. Além disso, a crença de associar alimentação com cuidado, amor, saúde e, por consequência, à vida, também existe. Sendo assim, a suspensão de alimentação gera desconforto. No entendimento das pessoas, suspender a alimentação é negligenciar um cuidado, trazendo culpa para além do paciente. Porém, insistir em procedimentos invasivos não constitui, necessariamente, no cuidado imaginado pelas pessoas em geral. Primeiramente porque, na Nutrição Enteral e Parenteral, o paciente não sentirá prazer e, devido aos sintomas que o mesmo apresenta, até mesmo, a via oral poderá não ser prazerosa. Em relação ao uso exclusivo de TNE, existe um afastamento do paciente em momentos em que geralmente também ocorre a reunião dos familiares, como nas refeições. Desta forma, o paciente fica isolado socialmente, podendo ocasionar solidão e tristeza e um maior distanciamento da dita vida normal<sup>9</sup>. Em terceiro lugar, por ocasionar desconfortos e uma maior necessidade de cuidados, a TNE e a TNP trazem riscos fisiológicos para o paciente. Todos esses fatores podem potencializar problemas de ordem emocional como tristeza, solidão e isolamento, e problemas de ordem física como sintomas desagradáveis, que podem aumentar a permanência do paciente no leito<sup>10, 45</sup>.

Nesses casos, esforços para conscientizar as pessoas e fazê-las ver que, embora considerada como um tratamento básico e banal, as condutas nutricionais

relacionadas à alimentação do paciente devem passar por uma ponderação a cerca de seus riscos e benefícios e uma reflexão a respeito da sua adequação. Além disso, é necessário desmistificar a suspensão de alimentação, especialmente em casos que os riscos, incluindo desconfortos de qualquer tipo, superam os benefícios, que podem até mesmo inexistir<sup>8, 48</sup>. Ter o adequado entendimento desta medida auxilia a confortar o paciente, os familiares e os profissionais, tranquilizando e amenizando suas preocupações e inseguranças em um momento tão difícil de suas vidas.

## **3 Objetivos**

### **3.1 Objetivo principal**

Descrever os cuidados nutricionais envolvidos no atendimento de pacientes internados no NCP/HCPA e seus aspectos bioéticos associados.

### **3.2 Objetivos secundários**

Avaliar o perfil clínico e demográfico dos pacientes internados no NCP/HCPA no período de 2007 a 2010.

Avaliar características individuais, a partir de relatos de casos, que evidenciem a adequação ou inadequação dos cuidados prestados, do ponto de vista da bioética.

## 4 Métodos

Foi realizado um estudo transversal retrospectivo das internações ocorridas no Núcleo de Cuidados Paliativos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (NCP/HCPA) no período entre novembro de 2007 e dezembro de 2010. Utilizando os dados do livro de registros de internação e de alta dos pacientes do NCP/HCPA foi possível identificar um total de 539 internações neste período, referentes a 391 pacientes. Foram selecionados, de forma aleatória, 101 pacientes, representando cerca de 25% do total, perfazendo 135 internações que foram avaliadas. Em uma internação os dados demográficos estavam completos mas não foi possível coletar os demais dados devido a incoerência encontrada entre as datas de internação e de alta. A representatividade da amostra havia sido prevista, no mínimo, como sendo composta por 20% dos pacientes internados no NCP. Foi utilizado o cálculo de proporção de uma amostra com precisão absoluta específica.

Para a busca dos dados foram utilizados os registros dos prontuários, tanto eletrônicos quanto em papel, de pacientes do HCPA. A coleta foi realizada através de transcrição das evoluções mais importantes, de diagnósticos e de avaliações, além de interpretações e resumos de outras evoluções necessárias para um melhor entendimento do contexto. No prontuário eletrônico os dados foram obtidos através da leitura dos campos: anamnese; evoluções; histórico do paciente; diagnósticos; prescrições; cuidados; alta; consultorias; sessões terapêuticas e medicamentos. No prontuário em papel, devido a sua configuração diferenciada, foram utilizados as evoluções, a ficha de avaliação nutricional, a ficha de prescrições nutricionais, o sumário de alta e o sumário de óbito. A coleta de dados durou aproximadamente um

ano e cinco meses. Vale ressaltar que os nutricionistas podem evoluir em outros registros, contidos no prontuário do paciente, mas não compartilhados com os demais profissionais. Desta forma, pela impossibilidade de acesso, estes dados não foram coletados nem considerados no presente projeto.

A ficha de coleta de dados foi dividida em: aspectos demográficos; quadro clínico do paciente e suas principais queixas na chegada ao hospital; diagnósticos; prescrições médicas; prescrições da equipe de enfermagem; aspectos nutricionais; tipo de alta; sumário de óbito; relatos dos pacientes; relatos dos familiares; sintomas clínicos e observações. Foram igualmente coletados, dos registros em prontuário: os relatos dos pacientes, dos familiares e dos profissionais a respeito da alimentação, do entendimento do paciente e da família frente a sua doença, do prognóstico e das condutas a serem tomadas, do consentimento do paciente para determinados procedimentos e demais relatos que demonstrassem os pontos de vista, perspectivas, esperanças e preferências relacionadas com a alimentação.

O perfil demográfico dos pacientes atendidos compreendeu as variáveis: sexo; idade; duração da internação; data de internação no HCPA e data de internação no NCP.

A respeito do perfil clínico dos pacientes foram incluídas as variáveis: tipo de alta (domiciliar; transferência e óbito); óbito no NCP; duração da internação no NCP; permanência (em dias) em outra unidade; classificação do paciente quanto ao seu estágio (descritos adiante); diagnósticos de neoplasia principal e de metástases; sintomas clínicos e condutas clínicas (sedação contínua, quimioterapia e radioterapia).



A classificação quanto ao estágio do paciente utilizou as seguintes categorias: paciente em câncer avançado ( $>$  seis meses de vida); paciente terminal ( $\leq$  seis meses de vida); paciente em fim de vida ( $\leq$  3 dias, ou 72h de vida)<sup>7</sup>. Quando a data de óbito não foi registrada, a internação foi incluída na categoria “não foi possível classificar”. Os dados foram obtidos através da diferença entre a data de internação no NCP e a data do óbito.

Os diagnósticos de neoplasias e metástases foram obtidos através dos campos: sumário de alta, sumário de óbito, diagnósticos e, na ausência de informação nestas três fontes, no campo evoluções da internação estudada.

As neoplasias principais foram agrupadas de acordo com o local de ocorrência, nas categorias: mama; intestino grosso (compreendendo todas as neoplasias de cólon, reto, secco); intestino delgado (compreendendo todo o órgão); fígado; esôfago; estômago; pâncreas; pulmão; vesícula biliar/vias biliares; língua e outros (compreendendo tumores de cabeça/pescoço, com sítio primário desconhecido, melanomas, bexiga, rins, músculos, linfonodos, ossos, próstata, tecido conjuntivo, ovário, endométrio e colo do útero).

A variável “comprometimento de outros locais” foi utilizada para reunir dados a respeito de locais com metástases. Estas foram agrupadas nos seguintes grupos: comprometimento do sistema nervoso central (SNC), do fígado, da coluna, do pulmão/tórax, do abdômen e do pâncreas/adrenal.

Os relatos de sintomas foram obtidos através dos campos evoluções e anamnese, sendo computados sob forma de presença ou ausência durante a

internação. Pela grande variedade de termos encontrados para descrever os sintomas nos relatos, os mesmos foram agrupados em categorias de acordo com a sua semelhança e redundância. Do mesmo modo, foram computados e agrupados os termos que correspondem aos sintomas relacionados com o trato gastrointestinal e com a alimentação; os relatos das principais queixas na chegada ao hospital; os relatos de aceitação alimentar; a prescrição de via de administração de dietas e as categorias consistência e características nutricionais específicas encontradas nas prescrições nutricionais.

As condutas relevantes, como: quimioterapia, radioterapia e sedação contínua; foram buscadas nos registros dos campos prescrições; evoluções; sessões terapêuticas e medicamentos, contidos nos prontuários dos pacientes.

Quanto aos aspectos nutricionais envolvidos, foram coletados todos os dados relacionáveis à alimentação, como: sintomas no trato gastrointestinal, aceitação alimentar, diagnósticos nutricionais, condutas relativas, entre outros dados associados.

A variável “queixas relacionadas com alimentação na chegada ao hospital” foi obtida através dos relatos de pacientes contidos nos campos: alta; anamnese e das primeiras evoluções em prontuário, onde geralmente é relatado o motivo para o paciente procurar o hospital.

Os diagnósticos nutricionais foram obtidos através de três fontes de dados: anamnese, presente em prontuário eletrônico; evoluções, presente em ambos os sistemas e ficha de Avaliação Subjetiva Global (ASG) que consta nos prontuários

convencionais. Foram consideradas as últimas avaliações disponíveis em prontuário durante a internação estudada, ou seja, independente da unidade em que o paciente encontrava-se.

Os aspectos relacionados à alimentação artificial foram obtidos através dos campos prescrição e evoluções, no período em que os pacientes estiveram presentes no NCP.

Os dados obtidos foram armazenados em um banco de dados não identificado, no sistema Microsoft Excel 2010, que serviu de base para as análises estatísticas realizadas no sistema SPSS v. 18. Os dados foram analisados de forma descritiva, por meio de frequências, médias, medianas e desvio padrão, conforme o tipo de variável. Foram realizadas associações por meio do teste do qui-quadrado. O nível de significância estabelecido é de 5% ( $P < 0,05$ ).

Em 33 das 135 internações avaliadas foram identificados aspectos bioéticos relacionados à alimentação destes pacientes. Estes relatos de internações foram descritos detalhadamente, de forma qualitativa, permitindo avaliar os referenciais teóricos da Bioética envolvidos nestas situações. Para um melhor entendimento dos temas abordados foram transcritas citações relacionadas às situações descritas nas internações.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CEP/HCPA). Os pesquisadores assinaram um Termo de Compromisso para Uso de Dados.

## 5 Resultados e discussão

### 5.1 Perfil demográfico e clínico dos pacientes internados no NCP

Em nossa amostra, 84 (62,2%) internações correspondem a pacientes do sexo feminino e 51 internações (37,8%) do sexo masculino. A idade média é de  $56 \pm 15,55$  anos. A maior idade encontrada foi de 95 anos e a menor idade foi de 24 anos, demonstrando assim a variação encontrada na amostra estudada. É importante ressaltar que apenas pacientes maiores de 18 anos podem internar no NCP.

A média entre a permanência em outra unidade e a transferência para o NCP foi de  $6,43 \pm 10,58$  dias, com um registro máximo em nossa amostra de 59 dias e mínimo de zero. Este dado é importante, pois pode demonstrar o tempo que estes profissionais levam para definir um paciente como paliativo e encaminhá-lo para um setor apropriado. Porém, este resultado pode também ocorrer devido a disponibilidade de leitos no NCP (são apenas seis leitos neste setor). Além disto, em nossa amostra, vários pacientes já estiveram anteriormente internados no NCP. Portanto, a média de dias não é a forma mais eficaz de demonstrar o tempo necessário para a tomada desta decisão.

A duração média de internação no NCP foi de  $11,06 \pm 15,59$  dias, sendo a maior duração registrada de 138 dias, bem como pacientes que não ficaram um dia inteiro no NCP. Porém, esta curta duração, observada na amostra, não permite uma relação com a qualidade de vida, pois inclui também as internações de pacientes que faleceram no mesmo dia em que chegaram ao NCP.

Um dos objetivos dos Cuidados Paliativos é proporcionar qualidade de vida para o paciente. Assim, ele poderá passar a maior parte do tempo em seu lar, com seus familiares e amigos, podendo, inclusive, falecer neste ambiente<sup>49</sup>. Embora o óbito tenha apresentado a maior frequência entre os tipos de alta, compreendendo 77 (57%) internações, a alta para domicílio ocorreu em 57 (42,2%) internações. Por um lado, estes dados demonstram a dificuldade enfrentada no manejo dos sintomas dos pacientes nos seus últimos dias de vida. Por outro, entretanto, mostra um bom índice de alta domiciliar, ainda mais considerando que o período estudado na amostra é respectivo aos primeiros anos de implementação do Núcleo.

Em relação à localização da neoplasia principal, o câncer de mama foi o mais frequente na amostra estudada com uma ocorrência de 20,7% (Tabela 1). Foi verificada, igualmente, uma associação significativa do câncer de mama com a variável "óbito no NCP" ( $X^2=4,543$ ;  $P=0,028$ ). Os tumores localizados no intestino grosso e nos pulmões, que estiveram presentes em 12,6% e 11,1%, respectivamente, não tiveram associação significativa com relação ao sexo dos pacientes. Entretanto, os tumores localizados no esôfago e estômago, que tiveram uma frequência de 11,1% e 5,9%, respectivamente, tiveram uma maior associação com os pacientes do sexo masculino ( $X^2=12,6$ ;  $p=0,01$  e  $X^2=8,82$ ;  $P=0,05$ ).

**Tabela 1. Localização da neoplasia principal.**

Localização da Neoplasia	Nº de internações	%
Outros	34	25,2
Mama	28	20,7
Intestino grosso	17	12,6
Esôfago	15	11,1
Pulmão	15	11,1
Estômago	08	5,9
Pâncreas	08	5,9
Fígado	04	3,0
Vesícula biliar/vias biliares	03	2,2
Intestino delgado	01	0,7
Língua	01	0,7

Os locais mais frequentes comprometidos por metástases foram o pulmão (39,3%), o fígado (31,9%) e a coluna, que ocorreu em 22,2% da amostra estudada (Tabela 2).

**Tabela 2. Locais comprometidos por metástases.**

Local de metástase	Nº de internações	%
Pulmão	53	39,3
Fígado	43	31,9
Coluna	30	22,2
Sistema Nervoso Central	19	14,1
Abdômen	19	14,1
Adrenais/pâncreas	07	5,2

Com relação ao estágio do paciente, 60,7% da nossa amostra foi classificada como terminal e 20,7% como fim de vida. Em 20 internações (14,8%) não foi possível classificar o paciente, pois não houve registro da data do óbito no prontuário. Ou seja, 20 pacientes da nossa amostra faleceram em casa ou em outra instituição (Tabela 3).

O câncer de mama apresentou associação significativa para a categoria fim de vida ( $X^2=3,974$ ;  $p=0,034$ ) e para a categoria câncer avançado ( $X^2=11,092$ ;  $P=0,007$ ).

**Tabela 3. Estágio do paciente.**

Estágio	Nº de internações	%
Terminal	82	60,7
Fim de vida	28	20,7
S/C classificar	20	14,8
Câncer avançado	05	3,7

Devido a grande variedade de termos encontrados nos relatos dos prontuários acerca dos sintomas clínicos, estes foram agrupados por categorias (Quadro 1). Destas categorias, as dores foram os sintomas mais frequentes (Tabela 4). Estes resultados são semelhantes aos de outros trabalhos, onde a dor é um dos sintomas mais associados com o processo de morte em pacientes oncológicos<sup>50</sup>. Em segundo lugar, os fatores que dificultaram na movimentação e na comunicação do paciente. Geralmente, dor e diminuição na capacidade de movimentar-se estão relacionadas, onde uma pode causar ou agravar a outra. Além disso, a aproximação com a morte está associada com a diminuição na capacidade de comunicação dos pacientes, que podem passar por períodos de confusão, desorientação, entre outros<sup>51</sup>. De modo geral, estes resultados demonstram o quão debilitado encontrava-se o paciente na internação, e refletem diretamente na assistência ao paciente, desde cuidados básicos diários, até questões de adequação com relação ao consentimento do paciente para realização de procedimentos.



**Quadro 1. Termos relativos aos sintomas clínicos.**

Sintomas Clínicos	Termos e expressões incluídos
Anasarca	“anasarca”.
Ascite	Expressões que indicam que o paciente está com ascite, como “foi retirado líquido através de paracentese”, “abdômen ascítico”, entre outras
Confusão	“paciente confuso”, “apresentando confusão”.
Desorientação	“paciente desorientado”, “apresentando desorientação”, “confuso quanto ao tempo e espaço”.
Dificuldade para dormir	“dificuldade para dormir”, “paciente não dormiu”, “insônia”, “passou a noite acordado”, entre outros.
Dificuldade para respirar	“dificuldade para respirar”, “falta de ar”, “dispnéia”.
Dor	Todos os tipos de dores.
Edema em membros inferiores	“Edema em Mis”, “edema em membros inferiores”
Edema em outros locais	Edema de face, edema vaginal... entre outros, exceto edema em membros e ascite.
Edema não classificável	“paciente edemaciado”, expressões onde não é possível garantir a localização.
Fatores relacionados à comunicação	“paciente com dificuldade para comunicar-se”, “paciente responde ao estímulo com frases simples”, entre outras expressões e termos que indiquem certa dificuldade ou diminuição na capacidade de comunicação.
Fatores relacionados à movimentação	“paciente com dificuldades para se movimentar”, “dificuldade na mobilização”, “dor na mobilização”, “dor na movimentação”, “fraqueza”, “paciente sente-se fraco”, entre outros termos e expressões que possam indicar alguma dificuldade para mover-se.
Febre	“febre”, “febril”.
Paciente sem comunicação	“paciente não responde ao estímulo verbal e tátil”, “paciente não responde quando é chamado”, “paciente sem comunicar-se”, entre outras expressões e termos que indicam uma ausência de comunicação.
Paciente sem movimentação	“paciente restrito ao leito”, “acamado”, “não movimenta-se”, entre outros termos e expressões que demonstram que paciente está, totalmente, ou praticamente sem movimentação.
Sangramento	“epistaxe”, “paciente sangrou”, entre outras expressões que expressem perda de sangue
Sonolência	“paciente sonolento”, “passa a maior parte do tempo dormindo”.
Tosse	Todos os tipos de tosse
Úlcera de Pressão	Incluindo todas as úlceras de pressão, não apenas as sacrais.

**Tabela 4. Sintomas clínicos durante a internação.**

Sintoma Clínico	Nº de internações	%
Dores	72	53,3
Fatores que dificultam a movimentação	54	40,0
Fatores que dificultam a comunicação	49	36,3
Dificuldades para respirar	45	33,3
Sonolência	42	31,1
Dificuldades para dormir	30	22,2
Úlcera de pressão	24	17,8
Confusão	24	17,8
Paciente sem movimentação	21	15,6
Paciente sem comunicação	16	11,9
Edema em membros inferiores	15	11,1
Sangramentos	14	10,4
Febre	13	9,6
Tosse	13	9,6
Edema em outros locais	9	6,7
Desorientação	9	6,7
Ascite	8	5,9
Edema não classificável	3	2,2
Anasarca	3	2,2

Em relação às condutas clínicas, a sedação contínua foi empregada em 12 (8,9%) internações. Devido às diferentes formas de registro no prontuário das quimioterapias e radioterapias, não foi possível aferir com precisão o número prescrito destes tratamentos. A quimioterapia foi identificada em 30 (22,2%) internações e a radioterapia em 16 (11,9%) internações. Dentre estas prescrições identificadas, houve seis (20%) internações com indicação de quimioterapia e cinco (31,2%) com radioterapia, nas quais o tratamento estava claramente descrito como paliativo.

## **5.2 Aspectos nutricionais em cuidados paliativos**

Os relatos registrados em prontuário a respeito das queixas dos pacientes ao chegarem ao hospital foram divididos em 11 categorias: vômitos; dificuldades para deglutir (ou disfagia); constipação ou dificuldades para evacuar; inapetência; diarreia; alterações na ingesta alimentar; náuseas; cólicas; plenitude gástrica; queixas relacionadas à perda de peso e outras que podem relacionar-se com alimentação (incluindo lesões na cavidade oral, dor anal durante evacuações, desconfortos após receber alimentação, regurgitação e ageusia).

Os vômitos, nesta variável, foram mais frequentes, representando 24,4% da amostra (Tabela 5). Este sintoma também se mostra muito frequente em outros estudos relacionados. Outras queixas relevantes em nossa amostra foram relacionadas com inapetência, náuseas, dificuldades para evacuar e alterações na

ingesta alimentar, que também foram relatadas em outros estudos com pacientes terminais.

**Tabela 5. Queixas relacionadas à nutrição na chegada ao hospital.**

Queixa	Nº de internações	%
Vômitos	33	24,4
Inapetência	19	14,1
Náuseas	18	13,3
Dificuldade para evacuar	17	12,6
Alterações na ingesta alimentar	17	12,6
Disfagia/dificuldades para deglutir	6	4,4
Diarreia	6	4,4
Queixas relacionadas à perda de peso	6	4,4
Outros sintomas	6	4,4
Cólicas	4	3,0
Plenitude gástrica	3	2,2

Os sintomas relacionados com a alimentação presentes durante a internação, igualmente aos sintomas clínicos, foram agrupados em categorias (Quadro 2). Nesta variável o sintoma mais presente durante a internação foi a constipação (33,3%), seguido de náuseas (32,6%) e, em terceiro lugar, os vômitos, que representam 31,9% da amostra (Tabela 6).

Sabe-se que a constipação é um sintoma multifatorial. Entre suas diversas causas, como por exemplo, o uso de opióides para manejo da dor, a inatividade física do paciente encontra-se como um dos motivos para este sintoma. Entre as 45 internações com registros de constipação, em 33 (73,3%) também estiveram presentes problemas relacionados com a movimentação do paciente e casos de pacientes acamados. A inatividade do paciente nesses casos pode gerar falta de privacidade, e esta também está relacionada com a constipação<sup>52</sup>.

Por fim, é interessante notar que os quatro sintomas mais frequentes, relatados pelo paciente e registrados em prontuário na chegada ao hospital, continuaram presentes durante a internação. Estes resultados demonstram, de modo geral, um paciente bastante debilitado e a dificuldade no manejo de seus sintomas, que são geralmente agravados por conta da proximidade com a morte.

**Quadro 2. Termos relativos aos sintomas relacionados com a alimentação.**

Subvariável	Termos e expressões incluídos
Apetência	<i>Muito apetite, apetite, fome, paciente quer alimento, quer comer, pede por alimento</i>
Constipação	<i>Constipação, sem evacuar, dificuldade para evacuar, não consegue evacuar, fezes endurecidas, fezes ressecadas, evacuou em pouca quantidade</i>
Desconfortos abdominais	<i>Desconforto abdominal, abdômen desconfortável, distensão abdominal, abdômen globoso, ascite, abdômen endurecido</i>
Desconfortos com sondas ou nutrição artificial	<i>Desconforto com a SNE, incômodo com a SNE</i>
Desconfortos gastroesofágicos	<i>Azia, pirose, refluxo, eructação, epigastralgia, plenitude gástrica, ardência esofágica, desconforto gástrico, doença péptica, plenitude abdominal, plenitude pós-prandial, queimação, regurgitação, empachamento</i>
Desconfortos gerais no trato gastrointestinal	<i>Estufamento, soluços</i>
Desconfortos intestinais	<i>Cólicas intestinais, flatulência, evacuações repetidas, flatus, hemorragia, sem eliminar flatus</i>
Desconfortos metabólicos	<i>Hipoglicemia, hiperglicemia</i>
Desconfortos orais	<i>Boca seca, xerostomia, ferimentos na boca, alteração de gosto, gosto desagradável</i>
Diarreia	<i>Fezes diarreicas, diarreia</i>
Dificuldades para deglutir/disfagia	<i>Dificuldade para engolir, dificuldade para deglutir, disfagia</i>
Inapetência	<i>Anorexia, inapetência, não tem fome</i>
Náuseas	<i>Náuseas, enjoos, nauseado(a)</i>
Sede	<i>Paciente sente sede</i>
Vômitos	<i>Vômitos, vomitou</i>

**Tabela 6. Sintomas relacionados à nutrição durante a internação.**

Sintomas durante internação	Nº de internações	%
Constipação	45	33,3
Náuseas	44	32,6
Vômitos	43	31,9
Inapetência	32	23,7
Desconfortos gastroesofágicos	21	15,6
Apetência	17	12,6
Disfagia	16	11,9
Desconfortos abdominais	16	11,9
Desconfortos orais	15	11,1
Desconfortos intestinais	14	10,4
Diarreia	11	8,1
Sede	11	8,1
Desconfortos relacionados à alimentação artificial	4	3,0
Desconfortos gerais no trato gastrointestinal	3	2,2
Desconfortos metabólicos	3	2,2

Em nossa amostra, houve registro de diagnóstico nutricional em 99 (73,3%) do total das internações. Destas 99 internações, em 85 (85,8%) o diagnóstico foi

desnutrido, independente do grau de desnutrição (Tabela 7). Em 52 (52,5%) internações não foi feita a avaliação antropométrica, sendo realizada uma aferição subjetiva do Índice de Massa Corporal (IMC) e, conseqüentemente, do diagnóstico nutricional. Este dado pode estar relacionado com a dificuldade no manejo do paciente, que já se encontra muito debilitado pelos múltiplos sintomas associados a sua condição clínica atual. Portanto, nesses casos, é aconselhável respeitar seus limites e evitar manipulações que possam agravar seus sintomas, ocasionar fadiga e desconfortos.

Com o objetivo de complementar os resultados, a variável “emagrecido” foi criada, a partir dos relatos registrados em prontuário dos profissionais que referiam emagrecimento ou perda de peso relevante do paciente. Foram encontrados relatos referindo que o paciente apresentava-se emagrecido em 43 (31,9%) internações.



**Tabela 7. Diagnósticos nutricionais.**

Diagnóstico Nutricional	Nº de internações	%
Subjetivo desnutrido	42	42,4
Com risco nutricional	20	20,2
Desnutrido grave	11	11,1
Desnutrido leve	5	5,1
Subjetivo sobrepeso	5	5,1
Desnutrido	4	4,0
Bem nutrido (ou ASG-A)	2	2,0
Sobrepeso	2	2,0
Obesidade grau I	2	2,0
Subjetivo obesidade	2	2,0
Desnutrido moderado	1	1,0
Subjetivo desnutrido leve	1	1,0
Subjetivo desnutrido grave	1	1,0
Subjetivo eutrófico	1	1,0

A variável aceitação alimentar foi obtida através dos relatos em prontuário referentes à ingesta alimentar do paciente. Estes relatos foram agrupados em termos de acordo com sua semelhança (Quadro 3).

**Quadro 3. Termos relativos à aceitação alimentar.**

Aceitação Alimentar	TERMOS E EXPRESSÕES INCLUÍDOS
Aceitação “ambígua”	Termos ambíguos ou que mostram um meio termo como: <i>regular aceitação, aceitando dieta, alimentando-se, irregular aceitação, não tolerando toda a dieta, tolerando a dieta, aceitando conforme tolerância, moderada aceitação, aceitação parcial, dificuldade em aceitar alimentação, não quer alimentar-se.</i>
Aceitação “boa”	Termos positivos como: <i>boa aceitação, tolerando bem, aceitação adequada.</i>
Aceitação “específica”	Termos que indicam uma aceitação específica, para algum tipo de alimento ou dieta: <i>preferência por (...), vontade de comer(...), tolera mais (...), aceita mais (...), só está aceitando (...).</i>
Aceitação “nula”	Termos que indicam uma negativa ou uma ausência, como: <i>sem aceitação alimentar, não está se alimentando, não está comendo, não aceita dieta, não quer alimentos, não tolera alimentação, intolerância a dieta, não quer sonda, solicita que retire a dieta, retirou a sonda, não consegue se alimentar, sem conseguir alimentar-se.</i>
Aceitação “ruim”	Termos negativos como: <i>pouca aceitação, baixa aceitação, tolerando pouco, não está se alimentando bem.</i>
Sem condições de classificar	Falta de dados para permitir o uso das categorias anteriores, especialmente por contar informações discordantes entre registros relativos ao mesmo paciente em um mesmo período de tempo.

A maior frequência foi da aceitação ruim, ocorrendo em 61 (45,2%) internações. Considerando que a inapetência e as alterações na ingesta alimentar foram algumas das queixas mais prevalentes na chegada ao hospital, este resultado pode contribuir para demonstrar a dificuldade que os profissionais encontram em melhorar a ingesta alimentar destes pacientes. A aceitação boa esteve presente em 43 (31,8%) internações (Tabela 8). Vale lembrar que, em uma mesma internação, foi possível achar todos os tipos de aceitação, demonstrando uma oscilação importante no apetite, comum especialmente nos casos de pacientes terminais com graves

complicações clínicas. Além disso, houve internações onde não encontramos relatos a respeito de nenhuma das categorias.

Sabe-se que a dificuldade para aceitar os alimentos está relacionada com diversos sintomas, como inapetência e, especialmente, a dor. Das 19 internações com a inapetência como queixa na chegada ao hospital, em nove (47,4%) a inapetência foi relatada durante a internação. Entre estas nove, a dor e a aceitação ruim ou nula estiveram presentes em quatro internações (44,4%). De modo geral, das nove internações com inapetência na chegada e durante a internação, a dor esteve presente em cinco (55,5%) e a aceitação ruim ou nula em sete (77,7%).

**Tabela 8. Aceitação alimentar.**

Tipo de aceitação	Nº de internações	%
Aceitação "RUIM"	61	45,2
Aceitação "Boa"	43	31,8
Aceitação "ambígua"	42	31,1
Aceitação específica	32	23,7
Aceitação nula	22	16,3
s/c classificar	6	04,4

A avaliação das prescrições dietéticas compreende duas variáveis: prescrição da via de administração e prescrição do tipo de dieta.

A prescrição da via de administração ocorreu de quatro formas, na nossa amostra:

1) Via Oral (VO): prescrita pelo médico, podendo ser liberada por outros profissionais da saúde quando estes observam que o paciente tem possibilidade de aceitá-la. É a via natural de administração dos alimentos.

2) Via Enteral (VE): Esta via pode dar-se de diversas formas, como sonda nasogástrica ou nasojejunal e as ostomias, como jejunostomias ou gastrostomias, por exemplo. Os nutrientes são provenientes de fórmulas e diluídos em soluções que alcançam o trato gastrointestinal.

3) Via Parenteral (VP): prescrita exclusivamente pelo médico, só podendo ser suspensa por ele. Nesta via os nutrientes são administrados diretamente na corrente sanguínea do paciente.

4) Via Mista (VM): nesta categoria, criada pelos pesquisadores, foram incluídas as prescrições de VO e VE concomitantes.

A via oral esteve presente em 106 internações, representando 78,5% da nossa amostra. A via enteral (VE) foi a segunda mais prescrita, em 30 (22,2%) internações (Tabela 9). Entre estas, sua prescrição exclusiva esteve presente em 23 (76,7%) internações e, de forma combinada com a via oral (via mista), em oito (26,7%) internações. Além disso, a via parenteral só ocorreu em uma das internações, cujo paciente vinha de uma Unidade de Tratamento Intensivo. Estes dados mostram certa adequação em relação ao que é preconizado aos pacientes em cuidados paliativos, onde a Nutrição Parenteral é, senão contraindicada, a última

alternativa a ser considerada<sup>7</sup>. Vale lembrar que, em uma mesma internação, os três tipos de vias podem ter sido prescritos, demonstrando, ao mesmo tempo, uma inadequação, considerando que estes pacientes foram submetidos a diversos procedimentos invasivos.

**Tabela 9. Via de administração de dietas.**

Via de administração	Nº de internações	%
Via oral (VO)	106	78,5
Soroterapia	72	53,3
Sonda nasoentérica (SNE)	24	17,8
Via enteral (VE)	23	17,0
Via enteral para alívio sintomático (VEAS)	10	7,4
Via mista	8	5,9
Jejunostomia	5	3,7
Gastrostomia	3	2,2
Via parenteral (VP)	1	0,7
Sonda nasogástrica (SNG)	1	0,7

Foram encontrados diversos tipos de prescrições dietéticas diferentes. Entre estes, as dietas por via oral prescritas foram: normal; branda; pastosa; líquida-pastosa; líquida; líquida restrita; rica em fibras; pobre em fibras; hipercalórica-

hiperproteica; hipercalórica; diabetes; dietas mistas (exemplo: diabetes hipossódica); pobre em resíduos; hipossódica; *dash*; enriquecida e dieta conforme nutrição. Os tipos de prescrição de dietas por via enteral encontrados foram: polimérica (NE); hipercalórica-hiperproteica; hipercalórica e hipossódica para diabetes.

Além disso, também foram encontradas prescrições de nada por via oral (NPO); nada por sonda (NPS); e NPO+NPS. Portanto, a variável jejum foi dividida em quatro grupos:

1) Nada por via oral (NPO): considerados os momentos em que foi suspensa apenas a via oral do paciente, preservando as demais vias.

2) Nada por via enteral (NPS): considerados os momentos em que foi suspensa apenas a via enteral do paciente, preservando as demais.

3) Jejum total (JT): onde foram considerados todos os momentos em que o paciente não recebeu, por nenhuma via e por qualquer motivo, alimentação.

4) Jejum total final (JTF): prescrições de jejum que compreenderam inclusive os últimos dias de vida do paciente, quando este teve todas as vias suspensas.

A NPS foi classificada pelo termo nada por via enteral, para abranger adequadamente todas as condutas realizadas com esta prescrição.

Com relação aos 26 diferentes tipos de dieta prescritos por médicos e nutricionistas, a dieta normal foi a mais prevalente, ocorrendo em 43 (31,9%) internações. Além disso, a dieta branda esteve presente em 25 (18,6%) internações.

Estas dietas foram prescritas apenas pelo médico em 55 (41,0%) internações e por médico e nutricionista nas restantes 79 (59,0%) internações. Não houve registro de prescrição realizado apenas por nutricionista.

Das 30 internações com prescrição de NE, em 15 (50%) internações não houve prescrição do tipo de dieta por NE feita pelo nutricionista.

Relacionando os tipos de dietas prescritas com os sintomas mais prevalentes, é interessante notar que a dieta rica em fibras esteve presente em apenas quatro (3,0%) internações, numa amostra onde sintoma constipação foi o mais prevalente (45 internações - 33,3%) durante a internação. Entre os pacientes com constipação, esta dieta foi prescrita em apenas duas (4,4%) internações.

Ademais, a dieta branda foi a segunda mais prescrita, totalizando 25 (18,6%) internações. Entre estas 25 ocorrências, a constipação esteve presente em sete (28%) internações.

Sabe-se que dietas pobres em fibras também são causadoras de constipação. A hidratação está, igualmente, relacionada<sup>52</sup>. Das prescrições de vias de administração realizadas, a soroterapia foi a segunda mais presente, ocorrendo em 72 (53,3%) internações. Porém, das 45 internações com relatos de constipação registrados em prontuário, em apenas 21 (46,6%) delas foi prescrito algum tipo de soroterapia. Destas 21 internações, em apenas em quatro esteve presente o sintoma “sede”, que de modo geral teve uma frequência baixa (8,1%) na amostra estudada. Este achado é comum, já que os pacientes costumam perder a capacidade de sentir sede devido aos múltiplos fatores envolvidos com a progressão

da doença, porém, neste trabalho, não foram coletados os dados a respeito da hidratação do paciente.

O jejum total final foi prescrito em 21 (15,5%). É interessante notar que das 30 internações com NE prescrita, a NPS foi prescrita em apenas duas internações (Tabela 10).

**Tabela 10. Suspensão de vias e prescrições de jejum.**

Suspensão de vias e prescrição de jejum	Nº	%
Jejum total final (JTF)	21	15,5
Jejum total (JT)	12	8,9
Nada por via enteral (NPS)	2	1,5
Nada por via oral (NPO)	1	0,7

Foram encontrados 268 registros de prescrições dietéticas feitas pelos médicos, e 93 registros feitos pelos nutricionistas, durante internação no NCP.

Assim, foi considerado o total de 268 prescrições, onde o médico tem seu registro dietético no prontuário em 100% das vezes e o nutricionista em 92 (34,3%) vezes.

Entre as 92 prescrições feitas pelo nutricionista, os tipos mais frequentes foram: 20 (21,7%) dietas normais, 16 (17,4%) por NE e 15 (16,3%) dietas pastosas.



Com relação às prescrições médicas, 76 (28,4%) dietas foram normais. A NE foi prescrita em 43 (16%) momentos; dietas brandas em 36 (13,4%) vezes e jejum total em 32 (11,9%).

A partir destes resultados é possível concluir que ambos os profissionais tendem a preferir as dietas normais. Este resultado é positivo pois a dieta normal, sendo uma dieta livre, é a primeira recomendada para este tipo de paciente. Como segunda conduta mais utilizada, especialmente em relação ao médico, esteve presente a prescrição de NE. A NE também foi a segunda mais prescrita pelo nutricionista, mas, devido à escolha da via de administração ser atribuição médica, não é possível avaliar se o nutricionista realmente optou pela NE. É claro que a prescrição pode ser questionada por este profissional, inclusive sugerindo alternativas, mas, em último caso, deverá ser seguida.

A dieta pastosa foi o terceiro tipo mais escolhido pelo nutricionista. Esta conduta vai ao encontro do que é sugerido por manuais de nutrição oncológica<sup>7</sup>. O manejo das características organolépticas dos alimentos, incluindo assim a consistência, é capaz de driblar certos problemas de ingestão alimentar, sendo preconizado antes de investir em procedimentos invasivos, especialmente no contexto de cuidados paliativos.

Para o teste de associação, as prescrições foram divididas em dois grupos: consistência e características nutricionais específicas. Como consistência, consideramos as categorias: normal; pastosa; líquida-pastosa; e líquida. As dietas enterais e parenterais foram incluídas no grupo não se aplica. As características nutricionais específicas compreenderam: abrandada em fibras; diabetes;

hipossódica; hipercalórica; hipercalórica hiperproteica; enriquecida; pobre em resíduos; restrita em resíduos; *dash* e rica em fibras (Quadro 4).

**Quadro 4. Exemplos de categorização das prescrições.**

Prescrição	Consistência	Nutriente
Normal	Normal	-
Pastosa	Pastosa	-
Pastosa para diabetes	Pastosa	Diabetes
Líquida Hipercalórica	Líquida	Hipercalórica
Líquida restrita	Líquida	Restrita em resíduos
Branda hipossódica	Normal	Abrandada em fibras + hipossódica
Polimérica	n/a	Polimérica
SNE + normal VO	Normal	-

A respeito da variável consistência, o nutricionista, entre as 92 prescrições realizadas, prescreveu a categoria normal em 41 (44,6%) vezes. A consistência pastosa foi prescrita 16 (17,4%) vezes, e a consistência líquida em 13 (14,1%) vezes.

Por sua vez, o médico, nesta mesma variável, prescreveu a consistência normal em 147 (54,9%) vezes. Na sequência, a consistência líquida foi prescrita 27 (10,1%) vezes, a pastosa em 16 (6%) vezes.

Entre as prescrições realizadas pelos profissionais, a consistência normal apresentou a maior frequência de concordância entre os profissionais. De modo geral, é possível, através deste teste, novamente demonstrar que o médico realizou mais prescrições em todas as consistências (Tabela 11).

**Tabela 11. Prescrições de consistências.**

CONSISTÊNCIA	PROFISSIONAL			TOTAL Nº (%)
	Médico nº (%)	Ambos nº (%)	Nutricionista nº (%)	
Líquida	18 (58,1)	09 (17,6)	04 (12,9)	31 (100)
Líquida-pastosa	11 (73,3)	03 (20,0)	01 (6,7)	15 (100)
Normal	108 (72,5)	39 (26,2)	02 (1,3)	149 (100)
Pastosa	11 (40,7)	05 (18,5)	11 (40,7)	27 (100)

Nestas associações, outros aspectos foram observados. Os resultados encontrados sugerem que ambos profissionais parecem discordar em relação ao momento de prescrever consistência pastosa. Essa discordância parece ser maior entre dieta normal e pastosa, já que a primeira foi prescrita pelo médico de forma simultânea em 10 (62,5%) prescrições de dieta pastosa pelo nutricionista. Porém, não foi possível afirmar qual a relação inversa, ou seja, quanto o nutricionista concorda com a dieta pastosa prescrita pelo médico, pois em nove prescrições de consistência pastosa feitas pelo médico não houve registro do nutricionista.

Em duas vezes, enquanto o médico prescreveu consistência normal, o nutricionista optou por consistência líquida. Este mesmo valor foi encontrado entre a prescrição de consistência normal feita pelo nutricionista e líquida-pastosa feita pelo médico.

Com relação à NE, a mesma foi prescrita pelo nutricionista paralelamente à prescrição de jejum feita pelo médico em três vezes. A prescrição de jejum ocorreu devido a procedimentos em uma das três vezes e em outras duas foram em situações onde o paciente apresentou complicações decorrentes da NE.

Por fim, em uma vez houve o jejum prescrito pelo nutricionista enquanto médico prescreveu NE ou consistência normal. Este mesmo valor foi encontrado quando nutricionista prescreveu dieta líquida-pastosa enquanto o médico prescreveu consistência normal.

Em relação à ausência de prescrição pelo nutricionista: em 27 (15,43%) vezes foi prescrito jejum pelo médico; em 21 (12%) vezes foi prescrito sonda pelo médico; em 93 (53,14%) foi prescrito dieta normal pelo médico; em 18 (10,3%) vezes foi prescrito líquida pelo médico; em nove (5,14%) vezes foi prescrito pastosa pelo médico e, por fim, em sete (4%) vezes foi prescrito líquida-pastosa pelo médico. Ao todo, houve 175 (65,3%) ausências de registro por parte dos nutricionistas.

A respeito dos nutrientes, foi possível categorizar em 13 tipos de dietas, onde havia alguma das seguintes características: abrandada em fibras, diabetes, hipossódica, enriquecida, rica em fibras, hipercalórica-hiperproteica, hipercalórica, polimérica, restrita em resíduos, pobre em resíduos hipercalórica-NE e parenteral. Desta forma, as prescrições de dietas: normal, pastosa, líquida-pastosa, líquida e jejum não receberam classificação nesta variável.

Esta variável foi a única onde o médico deixou de prescrever algumas vezes, totalizando 145 (54,1%) ausências de 268 prescrições e o nutricionista, 40 (43,5%)

ausências de 92 prescrições. Nesta variável, o nutricionista parece prescrever mais do que o médico, já que ocorreram menos ausências de prescrições de nutrientes, ainda que a comparação seja limitada, pois o número de prescrições entre um profissional e outro são muito diferentes.

De forma conjunta, em 122 (45,5%) vezes, médico e nutricionista não prescreveram nesta variável. Este resultado inclui as dietas que não receberam classificação nesta variável (normal, pastosa, líquida-pastosa e líquida, anteriormente citadas). Estas totalizam 115 (42,9%) prescrições da parte do médico e 42 (45,6%) prescrições feitas pelo nutricionista. Além disso, com relação ao nutricionista, a falta de prescrição nesta variável também considera as 175 ausências anteriormente descritas.

Entre as 92 prescrições realizadas ao todo pelo nutricionista, a fórmula enteral polimérica foi a mais prescrita na variável nutriente, totalizando 13 (14,1%) vezes. Em segundo lugar, a característica abrandada em fibras e a diabetes, ambas por oito (8,7%) vezes. Além disso, as dietas com alguma restrição, como por exemplo, para diabetes e hipossódicas, fora prescritas por este profissional em 25 (27,2%) vezes.

Com relação aos 268 registros de prescrições realizadas pelo médico, em 32 (11,9%) vezes este profissional prescreveu a característica abrandada em fibras. Em segundo lugar, a prescrição mais presente foi para diabetes, ocorrendo em 17 (6,3%) vezes. As dietas com restrição de sal (hipossódicas) estiveram presentes por 16 (6%) momentos. Por fim, dietas com alguma restrição foram prescritas por este profissional, ao todo, em 75 (28%) vezes.

Sabe-se que pacientes com restrições dietéticas (por serem hipertensos ou diabéticos, por exemplo), podem ter dieta livre em situações de terminalidade<sup>7</sup>. Os dados anteriormente relatados demonstram uma semelhança com relação à prescrição de restrições dietéticas entre estes dois profissionais, conduta que não condiz com o preconizado por manuais de oncologia, especialmente considerando que, na amostra estudada, a maioria dos pacientes é terminal. Por outro lado, dietas restritivas em resíduos, abrandadas em fibras e as líquidas e líquidas pastosas podem auxiliar no manejo de alguns sintomas como plenitude gástrica, flatulência, dores para deglutir os alimentos, entre outros<sup>53</sup>.

No teste de associação entre as características nutricionais específicas, as prescrições de dietas “diabetes + hipossódica” e “abrandada em fibras + diabetes” demonstraram a maior frequência na concordância entre os profissionais (50%). Além disso, a categoria enriquecida foi a única onde o nutricionista prescreveu mais do que o médico (Tabela 12).

**Tabela 12. Prescrições de características nutricionais específicas.**

CARACTERÍSTICAS NUTRICIONAIS ESPECÍFICAS	PROFISSIONAL			TOTAL Nº (%)
	Médico	Ambos	Nutricionista	
	nº (%)	nº (%)	nº (%)	
Abrandada em fibras	26 (76,5)	6 (17,6)	02 (5,9)	34 (100)
Abrandada em fibras + diabetes	01 (50,0)	01 (50,0)	0 (0,0)	02 (100)
Diabetes	07 (46,7)	05 (33,3)	03 (20,0)	15 (100)
Diabetes + hipossódica	01 (50,0)	01 (50,0)	0 (0,0)	02 (100)
Enriquecida	0 (0,0)	01 (25,0)	03 (75,0)	04 (100)
Hipossódica	8 (66,7)	03 (25,0)	01 (8,33)	12 (100)
Restrita em resíduos	8 (80,0)	02 (20,0)	0 (0,0)	10 (100)
Rica em fibras	03 (60,0)	02 (40,0)	0 (0,0)	05 (100)
Hipercalórica	02 (66,7)	0 (0,0)	01 (33,3)	03 (100)
Hipercalórica hiperproteica	02 (66,7)	0 (0,0)	01 (33,3)	03 (100)
Hipercalórica + hipossódica	0 (0,0)	0 (0,0)	01 (100)	01 (100)

Nestas associações, a prescrição de fórmula polimérica (NE) pelo nutricionista ocorreu concomitante a prescrição médica de jejum em duas vezes.

Houve características específicas nutricionais que um profissional prescreveu e o outro não. Com relação às prescritas somente pelo médico, encontramos as categorias: Abrandada em fibras + hipercalórica hiperproteica; abrandada em fibras

+ hipossódica; abrandada em fibras + rica em fibras; *Dash* e NE para diabetes + hipossódica, prescritas uma vez; NE hipercalórica hiperproteica e pobre em resíduos, prescritas ambas três vezes.

Com relação às prescritas apenas pelo nutricionista, encontramos: hipercalórica + hipossódica e NE hipercalórica, prescritas ambas uma vez.

Nas 27 vezes em que o médico prescreveu jejum total (84,37%), não houve qualquer prescrição realizada por um nutricionista. Este dado pode demonstrar que o nutricionista nestas situações, onde não houve necessidade de prescrição específica nutricional, também não realizou qualquer outro registro em prontuários.

Alguns aspectos assistenciais foram levantados em relação aos registros da atuação do nutricionista e prescrição de NE.

Estes aspectos foram divididos nos seguintes grupos: duração da prescrição de sonda, em dias; relatos de suspensão de sonda; número de internações com complicações decorrentes da implementação de NE; número de relatos referindo complicações pela NE; suspensão da NE por complicações (categorizadas em “sim” e “não”); número de vezes que a NE foi suspensa por complicações; total de dias em que a NE foi suspensa por complicações; número total de dias que a NE foi suspensa, independente do motivo e, finalmente, relatos em prontuário onde o paciente, sob diferentes formas, recusava a NE.

Outro aspecto presente nesta variável são as condutas em relação a NE, que foram divididas em 3 grupos: 1) quando a prescrição de NE acontece na chegada do



paciente ao NCP; 2) quando a NE é suspensa na chegada ao NCP; e 3) casos onde a prescrição de NE foi mantida mesmo após a transferência para o NCP.

Quando nos voltamos para a frequência de registro em evoluções pelo nutricionista, em apenas 14,1% das internações no NCP houve pelo menos uma evolução em prontuário. Este dado demonstra um baixo índice de compartilhamento de informações, já que o registro nas evoluções é o principal método de divulgação de alguma informação importante com os demais profissionais, sendo usado também como forma de documentar a frequência com que determinado profissional visita o paciente.

Para fins de comparação, buscamos os registros de evoluções do nutricionista em internações fora do NCP. Em 91 das 135 internações estudadas, foi possível verificar as evoluções dos nutricionistas em outras áreas do HCPA., devido ao fato da entrada do paciente no NCP se dar por transferência interna. Nas unidades de internação do HCPA foram verificadas evoluções realizadas por nutricionistas em apenas oito (8,8%) internações. Este dado reforça a observação anterior de que há um baixo compartilhamento de informações por parte dos nutricionistas.

Foi possível localizar os diagnósticos nutricionais realizados no NCP em 75 (55,5%) internações.

Em 96 internações houve registro de prescrição dietética do profissional nutricionista. Destas, 79 (58,5%) corresponderam ao período em que o paciente esteve internado no NCP.

Com relação à Nutrição Enteral, foram achados relatos de complicações decorrentes da NE em 12 internações (40% das internações com prescrição de NE) e uma média de  $2,17 \pm 1,58$  relatos por internação. O número máximo de relatos encontrados referindo complicações pela NE foi de cinco.

Destas internações com complicações pela NE, em cinco delas a NE foi suspensa, representando, assim, 41,7%. Dentro de uma internação, a NE foi suspensa por complicações, em média,  $1,6 \pm 0,89$  vezes com um máximo encontrado de três vezes em uma mesma internação. A média da duração de suspensão na amostra foi de  $12,4 \pm 6,34$  dias, com um máximo encontrado de 22 dias em um paciente onde ela precisou ser suspensa até o seu falecimento. Além disso, de modo geral a NE foi suspensa, independente do motivo, em média por  $8 \pm 6,92$  dias.

A duração da NE em nossa amostra, ou seja, o período em que ela esteve ativa, teve uma média de  $6,87 \pm 10,16$  dias, com um máximo de 51 dias. O mínimo encontrado foi zero.

Das 30 prescrições de NE, em 24 (80%) destas o paciente faleceu na internação. A duração da NE, nestes casos, foi menor que a média encontrada em 19 (79,2%) internações. A moda encontrada foi de 01 dia de duração da NE, nestas internações. Houve situações onde a NE não durou um dia.

Tomando-se apenas as internações de pacientes que faleceram e receberam prescrição de NE, perfazendo 24 internações, foi observado que em oito delas (30%) houve presença de complicações decorrentes da NE. Em apenas três destas oito internações, a NE foi suspensa na transferência do paciente ao NCP. Em outras três

internações a NE foi mantida após a transferência e em duas internações este procedimento invasivo foi realizado na transferência ao NCP.

De modo geral, a prescrição de NE em pacientes que faleceram nestas internações ocorreu em pacientes classificados como “fim de vida” em 10 (41,7%) internações, e classificados como terminais em 14 (58,3%) internações. Além disso, foram prescritas quando o paciente foi transferido ao NCP em oito internações, representando 33,3%. Tomando-se apenas este grupo, apenas em uma internação (12,5%) a duração da NE foi maior do que a média geral ( $6,87 \pm 10,16$  dias), e, destas, quatro (50%) ocorreram em pacientes em fim de vida e quatro (50%) em pacientes terminais.

As condutas relacionadas com a NE e a transferência do paciente para o NCP encontram-se na Tabela 13.

Foram levantados, em 10 (7,4%) internações, entre as 135 internações avaliadas, relatos onde o paciente, sob diversas formas de expressão, recusou a implementação de NE. Nas demais internações (92,6%), inclusive com a realização deste procedimento, não houve menção à vontade do paciente.

Tomando-se apenas as 24 internações de pacientes que receberam prescrição de NE e faleceram na mesma internação, relatos registrados em prontuário onde o paciente recusava a NE estiveram presentes em cinco (20,8%) internações, sendo quatro (90%) referentes a pacientes terminais e em uma (10%) o paciente estava no estágio “fim de vida”.

A implementação da NE nos cuidados paliativos deve considerar os desejos dos pacientes e suas expectativas, o que não foi observado nas situações anteriormente relatadas<sup>54</sup>.

**Tabela 13. Conduitas relativas à NE na chegada ao NCP.**

Conduta	Nº de internações	%
É mantida a NE na chegada ao NCP	18	60,0
É prescrito NE na chegada ao NCP	08	26,7
É suspensa a NE na chegada ao NCP	04	13,3

### 5.3 Avaliação bioética das internações

A respeito dos relatos, em 33 das 135 internações avaliadas foram identificados aspectos bioéticos relacionados à alimentação destes pacientes. A avaliação qualitativa destes dados, com base nos referenciais teóricos da Bioética, permitiu identificar quatro categorias: Princípio da Beneficência, incluindo fazer o Bem e evitar o Mal; Respeito à Autonomia do paciente; Veracidade e, por último, questões que envolveram aspectos relacionados com informação adequada dos envolvidos.

Os sintomas mais prevalentes nos casos estudados foram vômitos (54,5%) e náuseas (45,4%), que geram grandes desconfortos nos pacientes. Estes sintomas já estavam presentes ou surgiram ao longo da internação.

O procedimento mais realizado pelas equipes, envolvendo alimentação, foi a implementação da Nutrição Enteral (NE), que ocorreu em 19 (57,6%) das 33 internações. Nestas 19 Nutrições Enterais, 13 (68,4%) foram por sonda nasoentérica, três (15,9%) por sonda nasogástrica, duas (10,5%) por jejunostomia e uma (5,2%) por gastrostomia.

Relatos de suspensão de procedimentos, registrados em prontuário, foram encontrados em 10 (30,3%) internações. Destas, seis foram suspensões de NE, duas foram de alimentação por via oral e duas foram de suspensão de medicamentos (morfina VO) que causavam sintomas como náuseas, vômitos e/ou prejudicavam a ingesta alimentar.

As diferentes perspectivas de abordagem bioética dos casos permitiram identificar alguns aspectos relacionados a diferentes referenciais teóricos utilizados.

O Princípio da Beneficência esteve presente em 33 (100%) internações, sob diferentes formas de expressão. A Beneficência pode ser entendida em duas diferentes abordagens: fazer o Bem e evitar o Mal. Em 25 (75,7%) destes 33 internações, foi possível identificar ações que promoviam um claro benefício ao paciente ou evitaram algum malefício. Por outro lado, em 15 (45,5%) internações ocorreram ações que negligenciaram este Princípio. Em sete ocorrências (21,2%), já descritas anteriormente, foram verificadas situações onde este Princípio foi considerado e negligenciado, em um mesmo paciente, em diferentes momentos de uma mesma internação.

Para ilustrar algumas situações onde o Princípio da Beneficência esteve presente, selecionamos alguns casos, com comentários pertinentes, relatados a seguir.

Em relação a fazer o Bem e evitar o Mal, oito relatos apresentaram medidas que promoveram o alívio de sintomas e/ou melhora da aceitação alimentar, até mesmo com ambos os aspectos presentes. Evoluções dos profissionais relatando “boa aceitação VO” em pacientes que não conseguiam se alimentar devido a sintomas intensos como náuseas, vômitos e dor, ou relatos de “melhora das náuseas”, são exemplos de ações que evitam um Mal (o desconforto) e promovem um benefício ao paciente. Algumas evoluções transcreviam palavras do próprio paciente como os exemplos: “(paciente) refere estar bastante angustiada por ainda seguir com diarreia e vômitos. No entanto, diz que sentiu melhora dos sintomas. Hoje sente-se mais animada”; “refere que está feliz com o resultado da quimioterapia, pois não teve náuseas ou vômitos. Relata que está mais esperançoso”; “diz estar conseguindo se alimentar um pouquinho melhor, pois está um pouco melhor das náuseas(...)”. Nestes exemplos, a Beneficência relaciona-se não só com aspectos clínicos que os pacientes vinham apresentando, mas também com uma melhora no seu bem estar, humor e qualidade de vida. O relato seguinte ilustra bem essa relação entre fazer o Bem, evitar o Mal e qualidade de vida:

“Relata que hoje foi o primeiro dia da última semana que não teve dor de cabeça. Quando questionada, diz que tenta não se preocupar com o futuro e que perdeu muito tempo da sua vida sem viver o presente. Diz não ter mais tanto medo. Refere estar escovando os dentes todos os dias (...). Refere não sentir mais a

sensação de “entupimento” depois que foi realizado o enema. Ficou mais feliz por ver que podia mover os dedos dos pés (...).”

Esta paciente chegou ao hospital queixando-se de estar constipada há 11 dias. Neste relato, além de bem estar, podemos inferir questões acerca de uma melhor elaboração da situação em que se encontra, através da frase “Diz não ter mais tanto medo”.

A suspensão de um procedimento mostrou-se, em nossos casos, de modo geral como uma medida no sentido de evitar o Mal associado. Entre elas, e de forma mais prevalente, a suspensão de nutrição enteral está associada com evitar sintomas desagradáveis como náuseas, vômitos, diarreia e desconfortos, que foram agravados ou ocasionados em decorrência da NE. De forma menos prevalente, porém também presente, a suspensão de medicamentos por via oral também se configurou como uma medida que evita os desconfortos presentes nas queixas trazidas pelos pacientes. De modo geral, a via oral foi substituída pela via subcutânea. Neste caso há uma inversão, onde a preferência do paciente se dá para um procedimento invasivo. Por estes exemplos é possível dizer que os sintomas que afetam o trato gastrointestinal e a aceitação alimentar são considerados pelos pacientes como de maior importância do que a via de administração de alimentos e medicamentos.

As evoluções em prontuário como no exemplo “oriento que não force alimentos que não goste para evitar novos episódios de vômitos” também foi enquadrada no princípio da Beneficência, pois se constitui numa ação com o objetivo de evitar o desconforto associado.

As situações que configuraram negligência ao princípio da Beneficência foram, em sua maioria, casos onde a alimentação, tanto por via oral quanto por NE, causava desconfortos ou os agravava, sem que tenha sido registrada em prontuário alguma medida corretiva ou suspensão de procedimento. Esta situação ocorreu tanto por parte dos familiares quanto dos profissionais, no sentido inclusive de insistir com determinadas prescrições a despeito dos sintomas apresentados. Algumas vezes, nestes casos, a nutrição foi suspensa, porém apenas após diversas complicações e pouco antes do óbito do paciente. Também houve, por parte dos profissionais, resistência em substituir a via de administração de morfina em uma internação, em que o paciente queixou-se dos sintomas associados ao seu uso por via oral. Na evolução do profissional diz “reforço a importância de aceitar morfina gotas”. Esta paciente permaneceu 34 dias internado na unidade, sendo substituída a via de administração da morfina apenas nos últimos dias da internação, após agravamento dos sintomas e diminuição da aceitação alimentar. Nesta situação, novamente não foram tomadas medidas no sentido de evitar os desconfortos que a paciente apresentou.

Como exemplos onde é possível refletir a respeito da Beneficência, também se incluem os casos de pacientes que faleceram poucos dias após ou no mesmo dia de implementação de NE. Alguns pacientes apresentavam disfagia a determinadas consistências e, como primeira alternativa, foi optado pelo uso de SNE. Nestes casos é possível questionar acerca de qual o real benefício associado com este procedimento invasivo. A falta de informação nos registros em prontuário também impede uma correta avaliação dos benefícios associados com a SNE nesses pacientes. Porém, uma informação importante é que, em alguns destes casos a



alimentação por VO estava ainda vigente, corroborando ainda mais para este tipo de questionamento. Outra conduta nestes mesmos casos foi a opção dos profissionais em suspender a sonda um dia após ser passada, ou dois dias antes do paciente falecer. Outro exemplo que negligencia o dever de evitar o Mal são as situações onde a passagem de sonda é insistida por várias vezes, mesmo após ocasionar complicações, inclusive com relatos em que o próprio paciente retirou a NE devido aos desconfortos.

O respeito à Autonomia do paciente foi verificado em 17 (51,5%) das 33 internações. Destas 17 internações, em 13 (76,5%) situações a autonomia do paciente foi respeitada e em 11 (64,7%) não o foi. Em sete (41,2%) internações, incluídas nas anteriores, ocorreram ambas as situações.

Como exemplos em que a autonomia do paciente foi respeitada, foram encontrados relatos onde o paciente solicitou determinado alimento, que foi liberado, ou outra medida, que foi realizada pela equipe. Alguns destes exemplos, como nas evoluções: “paciente, quando acordado, refere desejo de alimentação VO. (...) Esposa pergunta se paciente pode alimentar-se. Autorizo liberação de comida se paciente acordado”; “paciente aceitando alguns goles e colheradas”; “diz que quer tentar comer comida mais consistente, pois está enjoada das caldas.(...) Não quer dieta líquida. Dieta pastosa, conforme combinado com médico” mostram o paciente como ainda capaz de decidir acerca da sua ingestão alimentar e de ter suas preferências consideradas.

Como exemplo de respeito à autonomia do paciente é possível citar o presente relato: “Verbalizando que sente que está chegando a hora e pede que não

façam traqueostomia e não coloquem sonda (nasoentérica)”. Este desejo foi respeitado por parte dos profissionais e pode ser um exemplo relacionado com questões de diretivas antecipadas de vontade. Neste caso é interessante comentar que a paciente passou um longo período internada na unidade e que talvez este fator tenha auxiliado em um melhor entendimento da sua situação, tanto para ela quanto para os profissionais e familiares.

O tema Veracidade foi identificado em seis (18,2%) internações. Nestas seis internações, três (50%) foram situações que evidenciaram o seu cumprimento adequado e três (50%) onde houve o seu descumprimento. Porém, nenhuma delas foi diretamente associada com questões envolvendo nutrição, e sim com situações onde o paciente esteve ou não ciente do seu diagnóstico e prognóstico.

Exemplos de registros onde o paciente não tinha esclarecimento foram: “paciente não sabe o motivo da sua internação, mas familiares estão cientes da terminalidade e patologia” e “Familiares cientes da possibilidade de morte com o procedimento”, este último demonstrando a ausência do paciente no relato, onde não fica claro se o paciente também estava ciente do risco ou não.

As questões envolvendo informação ou esclarecimento adequado dos familiares, ou os próprios profissionais envolvidos no atendimento, estiveram presentes em 12 (36,4%) internações. Porém, destas, em apenas uma (8,3%) internação houve registro de informação adequada e em 11 (91,7%) houve falta de informação. A inapetência do paciente foi o principal tema associado à falta de esclarecimento dos familiares e profissionais.

Com relação aos familiares, alguns relatos como “Filha questionando sobre paciente não comer, sobre sonda nasoentérica” numa evolução de uma paciente nos últimos dias de vida e sem SNE, ou “paciente e família com muita ansiedade devido a paciente não estar se alimentando”; “filha coloca que está muito assustada com a inapetência que a mãe vem apresentando”, demonstram falta de esclarecimento acerca da progressão da doença e as consequências associadas, em pacientes que já se encontravam em uma unidade de cuidados paliativos.

Foram identificadas situações onde o profissional demonstrou falta de conhecimento em relação ao caso, no que diz respeito à aceitação nutricional, demonstrando que há uma confusão das informações relacionadas. Em um dos casos, a paciente, que se queixava de disfagia para alimentos sólidos, evoluiu com náuseas após utilizar SNE. Porém, as evoluções durante este mesmo período por um dos profissionais referiam “boa aceitação da dieta pela SNE”. Paciente retirou a sonda por conta própria e seguiu aceitando via oral sem dificuldade. Este exemplo pode demonstrar a incoerência nos registros em prontuário e a falta de critérios claros em avaliar a aceitação de nutrição enteral.

Prescrições e relatos que se contradizem também foram observados em outros exemplos, onde o médico e o nutricionista prescreveram dieta branda, mas é evoluído em prontuário “boa aceitação de dieta pastosa”.

Por fim, talvez o caso de maior relevância seja o de uma paciente que apresentou aceitação ótima para alimentos vindos de casa, mas sem aceitar a dieta fornecida pelo hospital por questões de preferência. Dentro deste contexto, um profissional evoluiu: “Pouca aceitação VO. Estimular ingesta VO”. Logo após, no

mesmo dia, uma evolução de outro profissional relata “apetite voraz”, demonstrando novamente a incoerência nos registros em prontuário. Esse aspecto é importante, pois outro profissional desinformado poderia confundir-se com esta informação equivocada (pouca ingesta) e prescrever procedimentos mais invasivos, sem a real necessidade.

Em algumas internações foi possível associar simultaneamente os vários referenciais teóricos discutidos anteriormente.

Como exemplo disto, o caso de uma paciente que durante internação fora da unidade, queixou-se de náuseas e vômitos e foi prescrita e passada sonda nasoentérica contrariamente à sua vontade, sendo este procedimento mantido após a paciente ser transferida para a NCP. Sua autonomia, neste caso, não foi respeitada, e essa falha foi reafirmada quando em outra unidade de internação repassam a SNE, após complicação. Além disso, o princípio da Beneficência foi negligenciado no sentido de evitar o mal que este procedimento estava ocasionando, já que desde o início apresentou diversos sintomas e complicações decorrentes ou agravados por este procedimento, não sendo o mesmo, porém, suspenso. Neste mesmo caso encontramos relatos que demonstram a preferência da paciente por alguns alimentos, como sorvete e gelatina. Nos últimos 22 dias de internação a sonda foi finalmente suspensa, respeitando seu direito.

É possível observar a associação entre o respeito à Autonomia e o princípio da Beneficência, tanto no relato anterior, quanto em diversos outros, demonstrando que no momento em que o profissional ou familiar entende o procedimento como gerador de sofrimento ou de benefício, respeita a autonomia do paciente e age no

sentido de realizar suas vontades. Tanto o exemplo positivo quanto o negativo foram vistos nesta internação, assim como em diversas outras.

Outro exemplo é a situação de uma paciente cujos familiares forçam a alimentação. Conforme relatos dos profissionais: “paciente refere que familiares forçam a ingesta da mesma (...) aceitando pouquíssima alimentação (por insistência das filhas) (...) Oriente as filhas para respeitarem as limitações da paciente, pois negam a gravidade da doença”. Estes relatos demonstram a compreensão e o respeito do profissional pela autonomia do paciente. É interessante observar que, por parte dos familiares, a insistência para que a paciente se alimente foi associada com uma negação da gravidade. Esta situação pode ser reafirmada pelos seguintes relatos: “Familiar ansiosa perguntando se não são pedaços da paciente que está saindo pela sonda nasogástrica” e “filha coloca que está muito assustada com a inapetência que a mãe vem apresentando”. Estes relatos demonstram, além de negação, como no último relato, uma falta de informação esclarecedora no caso anterior, que contribui para negação da situação. Neste caso, o profissional agiu também de forma a evitar um mal (os sintomas como vômitos e náuseas que a paciente vinha apresentando). Estes relatos são importantes, pois demonstram a necessidade de um esclarecimento adequado para o melhor entendimento da situação dos pacientes em cuidados paliativos.

Por último, um caso específico relacionou de forma complexa os diferentes referenciais teóricos. Conforme o relato a seguir:

“Paciente sente-se traído pela rápida evolução da doença, que só percebeu quando começou a sentir dificuldade para comer (...). Agora não pode tomar nem

água. “Tudo da dieta volta quando tosse”. Sabe que seu estado é grave, mas tem esperança que resolvam seu problema com a sonda (...). Percebe que está muito emagrecido e cansado, pois agora já não pode levantar do leito para ir a cadeira sem ajuda.”

A equipe médica assistente sugeriu ao paciente a colocação de uma jejunostomia, pois reconheceu o seu desejo em alimentar-se como um benefício, reforçado pelo seguinte relato:

“Com esperança que irá sentir-se bem mais forte com a dieta (jejunostomia)”.

Enquanto estes relatos demonstram a associação forte entre a capacidade de alimentar-se com qualidade de vida e progressão da doença, também demonstra a associação entre o bem estar do paciente (“tem esperança que resolvam seu problema com a sonda”) e a perda da própria autonomia em tarefas básicas como no trecho “agora já não pode levantar do leito para ir a cadeira sem ajuda”. O próprio paciente relacionou seu estado nutricional com a autonomia e a qualidade de vida, reafirmado pelo trecho “irá sentir-se bem mais forte com a dieta”.

Entretanto, a equipe cirúrgica contraindicou a cirurgia: “recebo paciente para jejunostomia (...) paciente muito debilitado clinicamente, sem condições no momento de realização de anestesia geral ou regional. Contraindico o procedimento no momento”. Neste caso, a equipe agiu no sentido de evitar o Mal ao paciente, mas também precisou desrespeitar a sua autonomia. Estes relatos são importantes, pois representam casos em que deveres *prima facie* entram em conflito: Beneficência e Autonomia.

Este caso também é interessante, pois além deste conflito, apresentou outras questões que podem ser abordadas, como por exemplo, o entendimento adequado do problema do paciente. Em determinado momento da internação a equipe faz o seguinte relato:

“Longe dele (esposa) chora muito e expõe seus sentimentos de impotência e mesmo pena dele, pois um dos prazeres dele era alimentar-se”. Neste relato, a esposa associa a alimentação com um prazer e não como uma necessidade, que poderia ser resolvido com outras medidas inclusive por via oral, sem procedimentos invasivos. Além disso, e considerando o paciente como terminal, o relato em que o paciente “Verbalizou preocupação em morrer caso não receba alimentação” não condiz com uma frase de alguém esclarecido adequadamente de sua terminalidade e progressão da sua doença. A inadequação em relação a esclarecimentos também pode ser observada no trecho da evolução onde a equipe médica reforça a necessidade da cirurgia e complementa “Familiares cientes da possibilidade de morte com o procedimento”, onde não há a presença do paciente como pessoa esclarecida. Este relato também apresenta uma situação de risco que contraria a própria preocupação do paciente, no caso, a sua própria morte, como ele mesmo diz no trecho “Verbalizou preocupação em morrer (...)”.

Uma evolução no prontuário contribui ainda mais para o questionamento acerca do paciente ter sido ou não esclarecido a respeito da sua terminalidade. De acordo com o relato da esposa: “foi conversado com os familiares e principalmente com a esposa, que disse estar satisfeita com os cuidados da equipe e que apenas

não desejava que fosse exposta ao paciente a possibilidade de falecimento, o que já estava sendo devidamente cumprido.”

Uma reflexão possível de ser feita, em relação a esta última evolução, é se o paciente, tendo sido adequadamente esclarecido acerca do seu prognóstico, ainda teria vontade de submeter-se a procedimentos invasivos para alimentação. Nesta situação, novamente as questões envolvendo informação estão presentes. É possível inferir, neste caso, a importância do paciente estar ciente de sua terminalidade para a tomada de decisão.

A complexidade dos relatos de internações apresentados nesta dissertação, juntamente com os resultados a respeito do perfil do paciente atendido no Núcleo de Cuidados Paliativos e os aspectos nutricionais encontrados, mostram a necessidade de uma reflexão aprofundada sobre a adequação das condutas realizadas a respeito da nutrição em um contexto de Cuidados Paliativos.

É importante estar ciente de que o principal objetivo das intervenções acerca da alimentação destes pacientes deve ser proporcionar alívio do sofrimento, conforto e prazer, especialmente nos casos onde a expectativa de vida é menor do que seis meses. Desta forma, priorizar sempre a via oral; modificar as características organolépticas dos alimentos, ou seja, sua consistência, temperatura, aroma e sabor; diminuir o volume servido ao paciente e, por fim, respeitar seus desejos, mesmo quando sua capacidade de ingestão seja de pouquíssima quantidade ou limitada quanto à variedade de alimentos, são condutas capazes de amenizar tanto sintomas físicos quanto emocionais e sociais <sup>7, 53, 54</sup>. Além disso, tendo em vista os resultados deste trabalho, sua presente discussão, e o contexto cultural do nosso



país, onde a família acaba tomando as decisões pelo paciente na maioria das situações, é importante lembrar que o adequado esclarecimento entre os familiares e o auxílio aos mesmos, no sentido de buscar a aceitação da condição do paciente, facilita o manejo adequado de seus sintomas e de seus problemas. Portanto, o trabalho de conscientização dos familiares é de fundamental importância, devendo ser um dos focos de abordagem das diferentes equipes envolvidas no atendimento destes pacientes.

## 6 Considerações Finais

Os dados obtidos na presente dissertação permitiram identificar que:

a) O perfil dos pacientes internados no NCP/HCPA no período de 2007 a 2010 é constituído predominantemente de pacientes do sexo feminino. A idade dos pacientes é variada, assim como seu tempo de permanência no hospital. O câncer de mama é o mais frequente entre estes pacientes. O tipo de alta predominante é o óbito, demonstrando ainda as dificuldades em um manejo efetivo dos múltiplos sintomas que estes pacientes apresentam; além disso, o óbito elevado no NCP pode ser, em parte, devido ao medo que alguns pacientes e, especialmente, familiares, tem de que o paciente venha a falecer em casa. Este medo pode estar relacionado com as dificuldades enfrentadas no esclarecimento adequado dos envolvidos, como ocorreu em diversos casos na amostra estudada, acerca de suas necessidades neste momento tão peculiar.

Os pacientes encontram-se, em sua maioria, em estágio terminal. A dor é o sintoma mais frequente, e estes dois resultados (dor e terminalidade) podem estar relacionados e serem causadores de diversos outros problemas, como insônia, dificuldades para se movimentar, diminuição da ingestão alimentar, vômitos, constipação, entre outros sintomas que interferem diretamente na qualidade de vida e que estiveram presentes nestas internações.

b) Os aspectos nutricionais avaliados, envolvendo os pacientes em cuidados paliativos, demonstraram que em relação ao seu estado nutricional, grande parte dos pacientes estava desnutrido. Suas queixas, na chegada do hospital, são

principalmente em relação às náuseas, e, em segundo lugar, à inapetência, que pode estar diretamente relacionada com o estágio de terminalidade da doença e a dor associada. Durante a internação, a constipação é o sintoma predominante. Entretanto, o uso de dietas ricas em fibras para aliviar esse sintoma foi extremamente baixo.

Os pacientes, em geral, apresentam aceitação alimentar ruim ao longo da internação, demonstrando a dificuldade em manejar a inapetência nestes pacientes.

A prescrição de dieta mais frequente é a dieta normal, tanto em relação ao médico quanto ao nutricionista.

A atuação do nutricionista nos registros em prontuário, principalmente em comparação com os registros de outros profissionais, é baixa, considerando o número de prescrições realizadas e o número de evoluções em prontuário.

As prescrições de Nutrição Enteral foram feitas, em sua maioria, para pacientes em estágio terminal (expectativa menor que seis meses de vida) ou em fim de vida (expectativa menor que 72hs), que inclusive faleceram no NCP. De modo geral, a NE teve uma baixa duração média. Considerando este procedimento como invasivo, especialmente em relação a pacientes que morreram nesta internação, é questionável o real benefício associado a esta conduta, especialmente nos casos apresentados de pacientes que recusaram, de algum modo, este procedimento. A implementação da NE, especialmente nos últimos meses, deve ser ponderada e discutida entre as equipes, além, é claro, de considerar a autonomia do paciente,

pois o único benefício associado pode ser o conforto psicológico associado ao recebimento de nutrientes.

c) Os aspectos bioéticos mais presentes nas internações dos pacientes do NCP dentro deste período foram os referenciais teóricos da Beneficência, do Respeito à Autonomia, da Veracidade e as questões envolvidas com o esclarecimento adequado de condutas, procedimentos e necessidades dos pacientes, tanto por parte dos profissionais quanto dos familiares. As questões envolvendo, principalmente a Beneficência, e o respeito à Autonomia, são as mais presentes nas relações entre os envolvidos. A negligência da beneficência e do respeito à autonomia mostrou-se em boa parte das internações relacionadas com a NE.

Desta forma foi possível descrever que os cuidados nutricionais envolvidos no atendimento de pacientes internados no Núcleo de Cuidados Paliativos do HCPA e seus aspectos bioéticos associados, incluem: a falta de convicção na prescrição de procedimentos paliativos; a alteração de condutas paliativas para condutas curativas fúteis; a falta de documentação sobre o consentimento dos pacientes para procedimentos invasivos; a destituição do paciente acerca dos procedimentos realizados para com ele, de acordo com relatos registrados em prontuário; a transferência da responsabilidade do consentimento do paciente para seus familiares; a falta de informação adequada sobre os procedimentos e situação do paciente, tanto do ponto de vista dos familiares quanto dos próprios profissionais; e, por fim, a necessidade de uma maior atuação do nutricionista nestas situações.

É possível concluir que o compartilhamento adequado das informações entre os envolvidos, sem criar falsas expectativas ao paciente como em situações já relatadas; o registro adequado em prontuário; e a busca por medidas que de fato surtam em um real benefício ao paciente são fundamentais para que o objetivo de proporcionar conforto e prazer, e de tratar a dor e todos os sintomas associados com o sofrimento do paciente, sejam alcançados de forma adequada e humanizada. A relação estabelecida entre o paciente, seu núcleo familiar e os profissionais envolvidos deve ser baseada em um diálogo claro, onde os problemas pelo qual o paciente está passando sejam entendidos, e suas queixas, atendidas da forma mais adequada possível e com um mínimo de sofrimento associado.

Estes dados evidenciam as dificuldades enfrentadas na implantação do Núcleo de Cuidados Paliativos, período em que ocorreram as internações avaliadas, em termos da compreensão do que são as medidas paliativas e a necessidade de ampliar a comunicação adequada, e o seu devido registro em prontuário, entre os diferentes profissionais envolvidos no atendimento destes pacientes.

## Referências

1. Naisbitt J. Megatrends: ten new directions transforming our lives. New York: Warner; 1984.
2. Ibiapina S, Costa F, Oselka G. Iniciação à Bioética. 1st ed. Brasília: CFM; 1998.
3. Saunders C. The evolution of palliative care. *Jornal of the royal society of medicine*. 2001;94:430-432.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Atlas de Mortalidade por Câncer [Internet]. Mortalidade proporcional não ajustada por câncer, Brasil, homens e mulheres, entre 2000 e 2010. Disponível em: <http://mortalidade.inca.gov.br/Mortalidade/prepararModelo00.action>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Atlas de Mortalidade por Câncer [Internet]. Representação espacial das taxas ajustadas por idade pela população mundial de mortalidade por todas as neoplasias, por 100.000 mulheres e por 100.000 homens, nas Unidades da Federação, entre 2004 e 2010. Disponível em: <http://mortalidade.inca.gov.br/Mortalidade/prepararModelo05.action>
6. Grant B. Terapia Nutricional para o Câncer. In: Mahan LK, Escott-Stump S. Krause: Alimentos, Nutrição e Dietoterapia. 12ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

7. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Consenso Nacional de Nutrição Oncológica. Rio de Janeiro: ESDEVA, 2009.
8. Resende ARP. Alimentar no final da vida. Transição do familiar cuidador para a recusa alimentar. Lisboa: Universidade aberta; 2009. [dissertação de mestrado].
9. Barbosa JAG, Freitas MIF. Representações Sociais sobre a alimentação por sonda obtidas de pacientes adultos hospitalizados. Rev Latino-am Enfermagem 2005; 13(2):235-42.
10. Dickinson G. Tube feeding excludes patients from some basic social rituals. Nursing Standard. 2007; 21(33), pg 27(1). (Reflections).
11. Goldim JR. Bioética: Origens e Complexidade. Revista HCPA 2006; 26(2):86-92.
12. Derse AR. Limitation of treatment at the end-of-life: withholding and withdrawal. Clin Geriatr Med 21. 2005; 223– 238.
13. Benarroz MO; Faillace GBD; Barbosa LA. Bioética e nutrição em cuidados paliativos oncológicos em adultos. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2009; 25(9):1875-1882.
14. Brody H; et al. Artificial Nutrition and Hydration: The Evolution of Ethics, Evidence, and Policy. J Gen Intern Med. 2011; 26(9):1053–8.

15. Stolberg SG. A conversation with Dame Cicely Saunders; reflecting on a life of treating the dying. *New York Times*. 1999 May 11 [acesso em: 14 dez 2012]. Disponível em: <http://www.nytimes.com/1999/05/11/health/conversation-with-dame-cicely-saunders-reflecting-life-treating-dying.html>
16. Gilinsky Rhoda M. "Hospice Concept Gains in County." *New York Times* 28 Feb. 1988. [internet]. Disponível em: <http://www.nytimes.com>
17. Saunders C. Into The Valley Of The Shadow Of Death. A personal therapeutic journey. *BJM* 1996; 313:1599-1601.
18. Saunders C. The symptomatic treatment of incurable malignant disease. *Prescribers J* 1964; 4:68-73.
19. Kübler-Ross E. Sobre a morte o morrer: o que os doentes têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. 7th ed. São Paulo: Martins Fontes; 1996.
20. World Health Organization. New guide on palliative care services for people living with advanced cancer. 2007
21. Marengo MO, Flávio DA, Silva RHA. Terminalidade de vida: bioética e humanização em saúde. *Medicina Ribeirão Preto* 2009;42(3): 307-7.
22. Jahr F. Bio=Ethik. Eine Umschau über die ethischen Beziehung des Menschen zu Tier und Pflanze. *Kosmos* 1927;24:2.
23. Potter VR. Bioethics, the science of survival. *Perspectives in biology and medicine* 1970;14:127-153.



24. Goldim JR. Bioética Complexa: uma abordagem abrangente para o processo de tomada de decisão. Revista da AMRIGS. 2009; 53 (1): 58-63.
25. Ross WD. The right and the good. Oxford: Clarendon, 1930:19-36.
26. Pellegrino ED, Thomasma D. For the patient's good: the restoration of beneficence in medical ethics. New York: OUP, 1988:58,60.
27. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 4ed. New York: Oxford, 1994.
28. Portal de Bioética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul [Internet]. [atualizada em 14 março 1998]. Princípio da Beneficência. Disponível em: <http://www.bioetica.ufrgs.br/benefic.htm>
29. The Belmont Report: Ethical Guidelines for the Protection of Human Subjects. Washington: DHEW Publications (OS) 78-0012, 1978.
30. Goldim JR, Clotet J, Ribeiro JP. Adequacy of informed consent in research carried out in Brazil. Eubios Journal of Asian and International Bioethics. 2007;17:177–80.
31. Brasil. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução CFM no 1.995/2012 Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Diário Oficial da União. 2012;Seção I(170):269–70.
32. Alves CA, Fernandes MS, Goldim JR. Diretivas antecipadas de vontade: um novo desafio para a relação médico -paciente. Revista HCPA. 2012; 32(3):358–62.

33. Kennedy Institute of Ethics. Bioethics Thesaurus. Washington: KIE, 1995:38.
34. Goldim JR, Francisconi, CF . Aspectos Bioéticas da Confidencialidade e Privacidade. In: Costa SIF, Oselka G, Garrafa V. (Org.). Iniciação à Bioética. 1ed. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998.
35. André Comte-Sponville. Pequeno Tratado das Grandes Virtudes. Ed. Martins Fontes, São Paulo, 1999.
36. Bandman EL, Bandman B. Bioethics and human rights: a reader for health professionals. Boston: Little, Brown; 1978:386.
37. Agamben G. Homo sacer: o poder soberano e a vida nua. Belo Horizonte: UFMG; 2002.
38. Saunders C. Living with dying. Man and Medicine. 1976; 1(3): 227-42
39. Lévinas E. Entre nós: ensaios sobre a alteridade. Petrópolis: Vozes, 1997.
40. Goldim JR. O consentimento informado numa perspectiva além da autonomia. Revista AMRIGS. 2002; 46(3,4):109–16.
41. Souza RT. As fontes do iluminismo latino. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.
42. Stratton RJ; Elia M. The effects of enteral tube feeding and parenteral nutrition on appetite sensations and food intake in health and disease. Clinical Nutrition. 1999; 18(2): 63-70.

43. James A; Kapur K; Hawthorne AB. Long-term outcome of percutaneous endoscopic gastrostomy feeding in patients with dysphagic stroke. *Age and Ageing*, Oxford. 1998; 27(6):671-676.
44. Brasil. Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral. Associação Brasileira de Nutrologia. *Terapia Nutricional no Paciente Grave. Projeto Diretrizes*. 2011.
45. Prabhakaran S; et al. Nasoenteric tube complications. *Scandinavian Journal of Surgery* 101. 2012: 147-155.
46. Ribeiro PC. *Terapia Nutricional na Sepse*. *Revista Brasileira Terapia Intensiva*. 2004; 16(3): 175-178.
47. Morss S. Enteral and Parenteral Nutrition in terminal ill cancer Patients: A review of the literature. *American journal of Hospice & Palliative care*. 2006; 23 (5):369-377.
48. Allari BH. When ordinary Becomes Extraordinary: Food and Fluids at the end of Life. *Generations*. 2004; 28 (3): 86-91.
49. Floriani CA. *Moderno movimento hospice: fundamentos, crenças e contradições na busca da boa morte*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2009. [tese de doutorado].
50. Benítez MA. Diagnóstico y tratamiento del dolor oncológico crónico. *Aten Primaria*. 2006;38(2): 29-37.
51. Adam J. The last 48 hours. *BMJ*. 1997; 315: 1600-1603.

52. Torres RV; et al. Tratamiento y cuidados de enfermería en el estreñimiento del paciente paliativo. *Med Paliat.* 2011;18(3):112–120.
53. Comunicação Corporativa sanofi-aventis. Comida que Cuida. Dicas para alimentação durante o tratamento do câncer. 2006
54. Brasil. Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral. Associação Brasileira de Nutrologia. Terapia Nutricional na Oncologia. Projeto Diretrizes. 2011.

## 8 Apêndices

Os artigos presentes nesta dissertação foram encaminhados para tradução e serão submetidos às revistas: *American Journal of Clinical Nutrition* e *Palliative Medicine*.

## 8.1 Artigo 1

### ASPECTOS BIOÉTICOS ENVOLVIDOS NA NUTRIÇÃO DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS

Julhana Bianchini Pohlmann; José Roberto Goldim.

#### Resumo

**Introdução:** a Nutrição em Cuidados Paliativos engloba questões muito importantes. A Terapia Nutricional, por ser uma conduta assistencial, deve ser guiada por critérios de adequação técnica e ética. Neste sentido, a Bioética pode contribuir com suas reflexões, auxiliando na tomada de decisão. **Objetivos:** avaliar, através da reflexão bioética, características individuais dos relatos encontrados nas evoluções, que evidenciem a adequação ou inadequação dos cuidados prestados. **Métodos:** foi possível identificar questões referentes à Bioética em 33 internações de pacientes internados no Núcleo de Cuidados Paliativos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (NCP/HCPA) no período de 2007 a 2010, dentro de uma amostra de 135 internações. As internações foram avaliadas de forma qualitativa. Utilizamos uma das internações e seus relatos para ilustrar a forma de avaliação realizada. **Resultados:** a Beneficência foi o referencial teórico mais presente entre as internações avaliadas (100%), que envolveu tanto situações de evitar o Mal quanto em fazer o Bem. Outros referenciais como o respeito à Autonomia, a Veracidade e questões envolvendo informações também estiveram presentes (51,5%; 18,2% e 36,4%, respectivamente). As situações onde foram negligenciados os princípios da Beneficência e da Autonomia deram-se, principalmente, com relação a Nutrição Enteral. Situações que demonstraram falta de esclarecimento adequado deram-se a respeito do entendimento acerca da inapetência do paciente, por parte dos familiares e profissionais, incluindo registros incoerentes e contraditórios em prontuário. **Considerações finais:** os resultados demonstram que a necessidade de um compartilhamento adequado das informações entre os envolvidos; o registro correto em prontuário e a busca por medidas que de fato surtam em um real benefício ao paciente são essenciais para que o objetivo de proporcionar conforto e prazer, e de tratar a dor e todos os sintomas associados com o sofrimento do paciente sejam alcançados de forma adequada e humanizada.

#### INTRODUÇÃO

Os Cuidados Paliativos referem-se a uma alternativa oferecida aos pacientes que já estão fora de possibilidades terapêuticas de cura. Esta abordagem surgiu no final da década de 1960 através, principalmente, do trabalho da Dra. Cicely Saunders, especialmente com pacientes que sofriam de câncer<sup>1</sup>. O principal objetivo dos Cuidados Paliativos é, segundo as palavras da própria Saunders, “tratar a dor e todos os outros sintomas que podem levar a um estado geral de miséria, como a doença em si”<sup>2</sup>. Nesta perspectiva, todos os aspectos relacionados com o sofrimento que pacientes e familiares podem estar passando devem ser levados em consideração pelos profissionais da saúde, inclusive na Nutrição.

No contexto de Cuidados Paliativos, a Nutrição encontra-se como uma área onde muitas reflexões podem ser realizadas. O câncer em si pode ocasionar diversos problemas para o organismo da pessoa, inclusive com implicações nutricionais. A perda de peso involuntária e significativa, devido ao intenso desgaste metabólico que as células cancerígenas acarretam, pode progredir até o estado chamado caquexia, demonstrando a progressão da doença. A caquexia é muito frequente, especialmente em pacientes com câncer avançado e terminais. Nesta altura, nenhuma intervenção nutricional irá recuperar o peso do paciente, que necessita de abordagens que minimizem seus inúmeros sintomas, como náuseas, vômitos, constipação, e que tragam conforto e prazer nos seus momentos finais<sup>3,4</sup>.

Sendo as condutas e as terapias nutricionais procedimentos terapêuticos, a indicação, a manutenção e a suspensão dos mesmos devem ser guiadas por critérios de adequação técnica e ética.

A adequação ética pode ser avaliada pela abordagem da Bioética Complexa, que relaciona os diversos aspectos envolvidos nos casos. A Bioética pode ser entendida como uma reflexão complexa, compartilhada e interdisciplinar sobre a adequação das ações que envolvem a vida e o viver<sup>5</sup>. Desta forma, a Bioética também se relaciona com temas ligados a morte e ao morrer, bem como aos Cuidados Paliativos. Suas reflexões podem auxiliar na tomada de decisão.

A Bioética utiliza, predominantemente, quatro referenciais teóricos da Ética, que servem como um norte para as reflexões: os Princípios (deveres *prima facie*), os Direitos Humanos, as Virtudes e a Alteridade<sup>6</sup>.

Os Princípios podem ser entendidos como deveres, obrigações que os profissionais da saúde têm para com os pacientes. Entre estes princípios, a Beneficência seja talvez uma das obrigações mais centrais na área da saúde e diz respeito a fazer o Bem e evitar o Mal, podendo ser entendida também como um dever de agir no interesse do paciente<sup>7</sup>.

A Autonomia pode ser entendida como a capacidade que uma pessoa tem de decidir por si mesma, de acordo com suas vontades e interesses<sup>8</sup>. Como referencial teórico, diz respeito ao dever que os profissionais da saúde têm de respeitá-la. O respeito à Autonomia do paciente tem sido tema frequente de reflexão sob muitas perspectivas. A preservação da autonomia do paciente pode ser resguardada com o registro prévio de suas diretivas antecipadas de vontade ou com a designação de um representante que possa tomar decisões, quando de sua incapacidade<sup>9,10</sup>.

A veracidade diz respeito ao dever que o profissional da saúde tem de ser verdadeiro para com seus pacientes. Como exemplo, podemos citar as questões que envolvem a revelação de diagnósticos, de prognósticos e o dever de informar o paciente adequadamente a cerca de sua condição. Em uma unidade de cuidados paliativos, a veracidade também é tema central, já que a qualidade de vida do paciente está relacionada com o grau de entendimento do seu prognóstico.

Além disso, é fundamental estar atento às necessidades, medos e dúvidas não apenas dos pacientes, mas de seus familiares, amigos e, inclusive, dos profissionais envolvidos. Nesta perspectiva, é necessário que todos estejam informados adequadamente e de acordo com a necessidade, a cerca das condutas que forem tomadas e de todos os problemas, desde sintomas até complicações mais sérias, que o paciente pode vir a apresentar.

Estes aspectos estão frequentemente em pauta nos Cuidados Paliativos em diversos casos, muitas vezes relacionados entre si, onde um complementa o outro. A integração dos diferentes aspectos envolvidos na abordagem de um problema pode ocorrer utilizando o modelo da complexidade. No modelo de Bioética Complexa, a tomada de decisão se baseia na clara identificação do problema. No centro dela encontram-se todos os fatores que podem ser considerados “racionais”, ou seja, as evidências, o contexto, qual o problema (ou dilema) em questão, quais alternativas e as consequências que acarretam. Como fatores de influência na decisão, ainda racionais, encontram-se os referenciais teóricos – conhecimentos técnicos, científicos e éticos - e os casos relacionáveis, ou seja, as experiências anteriormente vividas, inclusive considerando a literatura de casos semelhantes, compartilhamento de casos vividos por outros profissionais e, até mesmo, filmes relacionados. Porém, uma situação não constitui-se apenas de fatores racionais. Portanto, os fatores não racionais estão também incluídos nesta ferramenta. Estes são: o sistema de crenças e valores, que abrangem as tradições e os interesses; e a afetividade, com os vínculos e os desejos. Assim, este modelo serve como uma orientação para que os diversos fatores envolvidos em cada caso sejam contemplados em sua complexidade<sup>5</sup>.

Considerando estas questões, o presente estudo teve como objetivo avaliar, através da reflexão bioética, características individuais dos relatos encontrados nas evoluções das internações, que evidenciem a adequação ou inadequação dos cuidados prestados.

## MÉTODOS

Para o presente estudo foi utilizada uma amostra, que pertence a um projeto maior, de 135 internações envolvendo pacientes internados entre 2007 e 2010, período que corresponde aos primeiros anos de implantação do Núcleo de Cuidados Paliativos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (NCP/HCPA).

Apenas as internações que apresentavam problemas onde a Bioética, a alimentação e as condutas assistenciais se relacionavam foram incluídas na análise de dados deste artigo, sendo analisadas de forma qualitativa. Registros em prontuário que se relacionassem com a alimentação, com condutas assistenciais e com a Bioética, além de todos os dados coletados que auxiliassem a esclarecer o contexto estudado foram utilizados. Para um melhor entendimento dos temas abordados e da forma de avaliação realizada neste estudo, foi escolhido como exemplo uma das internações, onde os diferentes referenciais teóricos encontrados se relacionam e se complementam.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em 33 das 135 internações estudadas envolvendo pacientes em cuidados paliativos foi possível levantar aspectos relacionados às condutas assistenciais e a Bioética.

Os sintomas mais prevalentes nos casos estudados foram vômitos (54,5%) e náuseas (45,4%), que geram grandes desconfortos nos pacientes. Estes sintomas já estavam presentes na chegada ao hospital ou surgiram ao longo da internação.

O procedimento mais realizado pelas equipes, envolvendo alimentação, foi a Nutrição Enteral (NE), que ocorreu em 19 (57,6%) das 33 internações. Nestas 19 Nutrições Enterais, 13 (68,4%) foram por sonda nasoentérica, 3 (15,9 %) por sonda nasogástrica, 2 (10,5%) por jejunostomia e 1 (5,2%) por gastrostomia.

Relatos, encontrados nas evoluções, de suspensão de procedimentos foram encontrados em 10 (30,3%) internações. Nestas 10 internações, em seis (60%) foram suspensões de NE, duas (20%) foram de alimentação por via oral e duas (20%) foram de suspensão de medicamentos (morfina VO) que causavam sintomas como náuseas, vômitos e/ou prejudicavam a ingesta alimentar.

As diferentes perspectivas de abordagem bioética dos casos permitiram identificar alguns aspectos relacionados a diferentes referenciais teóricos utilizados. Estes aspectos resultaram em quatro categorias: Princípio da Beneficência, que diz respeito a fazer o Bem e evitar o Mal; Respeito à Autonomia do paciente; Veracidade e, por último, questões que envolveram aspectos relacionados com informação adequada dos envolvidos no caso.

O Princípio da Beneficência esteve presente em 33 (100%) internações, sob diferentes formas de expressão. A Beneficência pode ser entendida em duas diferentes abordagens: fazer o Bem e evitar o Mal. Em 25 (75,7%) destes 33 internações, foi possível identificar ações que promoviam um claro benefício ao paciente ou evitaram algum malefício. Por outro lado, em 15 (45,5%) internações ocorreram ações que negligenciaram este Princípio. Em sete (21,2%) ocorrências, entre as anteriormente descritas, foram verificadas situações onde este Princípio foi considerado e negligenciado, em um mesmo paciente, em diferentes momentos de uma mesma internação.

O respeito à Autonomia do paciente foi verificado em 17 (51,5%) das 33 internações. Destas 17 internações, em 13 situações (76,5%) a autonomia do paciente foi respeitada e em 11 (64,7%) não o foi. Em sete (41,2%) internações, incluídas nas anteriores, ocorreram ambas as situações.



O tema Veracidade foi identificado em seis (18,2%) internações. Nestas seis internações, três (50%) apresentaram situações que evidenciaram o seu cumprimento adequado e três (50%) onde houve o seu descumprimento. Porém, nenhuma delas foi diretamente associada com questões envolvendo nutrição, e sim com situações onde o paciente esteve ou não ciente do seu diagnóstico e prognóstico.

As questões envolvendo o esclarecimento adequado dos familiares, ou os próprios profissionais envolvidos no atendimento, estiveram presentes em 12 internações (36,4%). Porém, em apenas uma (8,3%) houve registro de informação adequada e em 11 (91,7%) houve falta de informação. A inapetência do paciente foi o principal tema associado à falta de esclarecimento dos familiares e profissionais. Inclusive, foram encontrados relatos em prontuário que continham informações incoerentes e/ou contraditórias. A falta de registro adequado pode dificultar o entendimento do problema do paciente e seu respectivo manejo.

Como exemplo das internações estudadas, selecionamos uma das internações onde os diversos referenciais teóricos já abordados estiveram associados de forma complexa, onde alguns relatos foram descritos abaixo:

*“Paciente sente-se traído pela rápida evolução da doença, que só percebeu quando começou a sentir dificuldade para comer (...). Agora não pode tomar nem água. “Tudo da dieta volta quando tosse”. Sabe que seu estado é grave, mas tem esperança que resolvam seu problema com a sonda (...). Percebe que está muito emagrecido e cansado, pois agora já não pode levantar do leito para ir a cadeira sem ajuda.”*

A equipe médica assistente sugeriu ao paciente a colocação de uma jejunostomia, pois reconheceu o seu desejo em alimentar-se como um benefício, reforçado pelo seguinte relato:

*“Com esperança que irá sentir-se bem mais forte com a dieta (jejunostomia)”*

Enquanto estes relatos demonstram a associação forte entre a capacidade de alimentar-se com qualidade de vida e progressão da doença, também demonstra a associação entre o bem estar do paciente (*tem esperança que resolvam seu problema com a sonda*) e a perda da própria autonomia em tarefas básicas como no trecho *“agora já não pode levantar do leito para ir a cadeira sem ajuda”*. O próprio paciente relacionou seu estado nutricional com a autonomia e a qualidade de vida, reafirmado pelo trecho *“irá sentir-se bem mais forte com a dieta”*.

Entretanto, a equipe cirúrgica contraindicou a cirurgia: *“recebo paciente para jejunostomia (...) paciente muito debilitado clinicamente, sem condições no momento de realização de anestesia geral ou regional. Contraindico o procedimento no momento”*. Neste caso, a equipe agiu no sentido de evitar o Mal ao paciente, mas também precisou desrespeitar a sua autonomia. Estes relatos são importantes, pois representam casos em que deveres *prima facie* entram em conflito: Beneficência e Autonomia.

Este caso também é interessante, pois além deste conflito, apresentou outras questões que podem ser abordadas, como por exemplo, o entendimento adequado do problema do paciente. Em determinado momento da internação a equipe faz o seguinte relato:

*“Longe dele (esposa) chora muito e expõe seus sentimentos de impotência e mesmo pena dele, pois um dos prazeres dele era alimentar-se”*. Neste relato, a esposa associa a alimentação com um prazer e não como uma necessidade, que poderia ser resolvido com outras medidas, inclusive por via oral, sem procedimentos invasivos. Além disso, e considerando o paciente como terminal, o relato em que o paciente *“Verbalizou preocupação em morrer caso não receba alimentação”* não condiz com uma frase de alguém esclarecido adequadamente de sua terminalidade e progressão da sua doença. A inadequação em relação a esclarecimentos também pode ser observada no trecho da evolução onde a equipe médica reforça a necessidade da cirurgia e complementa *“Familiares cientes da possibilidade de morte com o procedimento”*, onde não há a presença do paciente como pessoa

esclarecida. Este relato também apresenta uma situação de risco que contraria a própria preocupação do paciente, no caso, a sua própria morte, como ele mesmo diz no trecho “*Verbalizou preocupação em morrer(...)*”.

Uma evolução no prontuário contribui ainda mais para o questionamento a cerca do paciente ter sido ou não esclarecido a respeito da sua terminalidade. De acordo com o relato da esposa: “*foi conversado com os familiares e principalmente com a esposa, que disse estar satisfeita com os cuidados da equipe e que apenas não desejava que fosse exposta ao paciente a possibilidade de falecimento, o que já estava sendo devidamente cumprido.*”

Uma reflexão possível de ser feita, em relação a esta última evolução, é se o paciente, tendo sido adequadamente esclarecido a cerca do seu prognóstico, ainda teria vontade de submeter-se a procedimentos invasivos para alimentação. Nesta situação, novamente as questões envolvendo informação estão presentes. É possível inferir, neste caso, a importância do paciente estar ciente de sua terminalidade para a tomada de decisão, e inclusive para uma melhor aceitação de sua nova condição, no caso, sua terminalidade.

Este paciente passou os últimos dias de sua vida (oito dias) com toda alimentação suspensa.

A complexidade no caso anterior nos mostra a necessidade de uma reflexão aprofundada a cerca da adequação das condutas realizadas a respeito da nutrição em um contexto de Cuidados Paliativos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com os resultados levantados no presente estudo é possível abrir espaço para a discussão em diversos aspectos: a falta de convicção na prescrição de procedimentos paliativos; a alteração de condutas paliativas em curativas fúteis; a falta de documentação sobre o consentimento dos pacientes para procedimentos invasivos; a destituição do paciente acerca dos procedimentos realizados para com ele, de acordo com os registros encontrados; a responsabilidade do consentimento transferida para os familiares; a falta de informação adequada sobre os procedimentos e situação do paciente, tanto do ponto de vista dos familiares quanto dos próprios profissionais.

Com todos esses aspectos levantados, é possível concluir que o compartilhamento adequado das informações entre os envolvidos, o registro correto em prontuário e a busca por medidas que de fato surtam em um real benefício ao paciente são essenciais para que o objetivo de proporcionar conforto e prazer, e de tratar a dor e todos os sintomas associados com o sofrimento do paciente sejam alcançados de forma adequada e humanizada. A relação estabelecida entre o paciente, seu núcleo familiar e os profissionais envolvidos deve ser baseada em um diálogo claro, onde os problemas pelo qual o paciente está passando sejam entendidos, e suas queixas, atendidas, da forma mais adequada e com um mínimo de sofrimento associado. Além disso, as equipes também precisam buscar uma adequada comunicação, sem criar falsas expectativas ao paciente, como o ocorrido no caso anteriormente descrito.

Estes resultados demonstram as dificuldades enfrentadas na implantação do Núcleo de Cuidados Paliativos, período em que ocorreram as internações avaliadas, em termos da compreensão do que são as medidas paliativas e a necessidade de ampliar a comunicação adequada, registrada em prontuário, entre os diferentes profissionais envolvidos no atendimento destes pacientes.

## REFERÊNCIAS

1. Saunders C. The evolution of palliative care. *Journal of the royal society of medicine*. 2001;94:430-432.
2. Saunders C. Into The Valley Of The Shadow Of Death. A personal therapeutic journey. *BJM* 1996; 313:1599-1601.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Consenso Nacional de Nutrição Oncológica. Rio de Janeiro: ESDEVA, 2009.
4. Resende ARP. Alimentar no final da vida. Transição do familiar cuidador para a recusa alimentar. Lisboa: Universidade aberta; 2009. [dissertação de mestrado].
5. Goldim JR. Bioética: Origens e Complexidade. *Revista HCPA* 2006; 26(2):86-92.
6. Goldim JR. Bioética Complexa: uma abordagem abrangente para o processo de tomada de decisão. *Revista da AMRIGS*. 2009; 53 (1): 58-63.
7. Pellegrino ED, Thomasma D. For the patient's good: the restoration of beneficence in medical ethics. New York: OUP, 1988:58,60.
8. Goldim JR, Clotet J, Ribeiro JP. Adequacy of informed consent in research carried out in Brazil. *Eubios Journal of Asian and International Bioethics*. 2007;17:177–80.
9. Brasil. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução CFM no 1.995/2012 Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. *Diário Oficial da União*. 2012;Seção I(170):269–70.
10. Alves CA, Fernandes MS, Goldim JR. Diretivas antecipadas de vontade: um novo desafio para a relação médico -paciente. *Revista HCPA*. 2012; 32(3):358–62.

## 8.2 Artigo 2

### PERFIL DEMOGRÁFICO E CLÍNICO DOS PACIENTES E OS ASPECTOS NUTRICIONAIS ENVOLVIDOS EM CUIDADOS PALIATIVOS

Julhana Bianchini Pohlmann; José Roberto Goldim

#### RESUMO

**Introdução:** Cuidados Paliativos é uma alternativa aos pacientes oncológicos sem possibilidades terapêuticas de cura. Neste contexto, questões que envolvem a Nutrição estão diariamente presentes e o objetivo das condutas relacionadas à alimentação devem visar o conforto e o prazer do paciente. **Objetivos:** avaliar o perfil clínico e demográfico dos pacientes internados no Núcleo de Cuidados Paliativos (NCP) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e verificar os aspectos nutricionais envolvidos no cuidado destes pacientes. **Métodos:** foram coletados dados de 135 internações de pacientes internados entre 2007 e 2010, a respeito de seus aspectos demográficos (idade, sexo), clínicos (diagnósticos, sintomas, entre outros) e nutricionais (prescrições, evoluções em prontuário, diagnósticos, entre outros). Destes, uma internação foi capaz de preencher apenas as variáveis demográficas. **Resultados:** O perfil demográfico demonstrou uma ampla variabilidade na amostra, sendo, porém, principalmente composta por pacientes do sexo feminino (62,2%). Com relação aos aspectos clínicos, a maioria das internações correspondeu a pacientes em estágio terminal (<6 meses) de vida) e fim de vida (< 72hs de vida). O sintoma dor foi o mais presente na amostra (53,3%). Os aspectos nutricionais envolvidos demonstraram que em 85,5% da amostra o paciente encontrou-se desnutrido; suas quatro mais frequentes queixas (sintomas) ao chegar ao hospital permanecem durante a internação; uma baixa frequência de evoluções em prontuário por parte dos nutricionistas (14,1%). A prescrição de Nutrição Enteral (NE) ocorreu, na maioria das vezes, em pacientes terminais ou fim de vida (80%), apresentando baixa duração. Destas prescrições de NE, algumas ocorreram inclusive em pacientes que recusaram-se a passar por tal procedimento. **Considerações finais:** Os resultados demonstram as dificuldades enfrentadas na implantação do Núcleo de Cuidados Paliativos, período em que ocorreram as internações avaliadas, em termos da compreensão do que são as medidas paliativas e a necessidade de ampliar a comunicação adequada, e o seu devido registrado em prontuário, entre os diferentes profissionais envolvidos no atendimento destes pacientes.

#### 1 INTRODUÇÃO

O avanço tecnológico e científico nas ciências da saúde, em conjunto com a melhoria das condições sociais, gerou um aumento na média da expectativa de vida das pessoas. Contudo, nem sempre o aumento na quantidade de anos de vida é acompanhado de qualidade de vida. Muitas vezes os recursos tecnológicos podem também acarretar um prolongamento indevido ou um aumento do sofrimento das pessoas<sup>1</sup>.

Isto pode ser o resultado de uma obstinação terapêutica, também conhecida como distanásia. Neste cenário são realizados tratamentos e procedimentos, ainda com o objetivo de curar, em pacientes que não tem mais possibilidade de cura, configurando em futilidade terapêutica, pois os métodos empregados são inúteis por não surtirem resultados benéficos para o doente, podendo resultar em um aumento no sofrimento, na medida em que tratamentos invasivos ou agressivos são empregados, debilitando a pessoa progressiva e prolongadamente<sup>2</sup>.

Em resposta a este prolongamento indevido, surgem os Cuidados Paliativos, principalmente em relação aos pacientes que sofrem de câncer. Os Cuidados Paliativos são a alternativa para o paciente e seus familiares neste momento difícil de suas vidas. O seu objetivo é buscar atenuar o sofrimento físico, social e emocional, através de condutas assistenciais que busquem auxiliar o paciente e familiares como um todo, de forma integrada<sup>3,4</sup>.

Neste cenário de Cuidados Paliativos, a alimentação traz questões importantes de serem abordadas. O paciente que sofre de câncer tem necessidades nutricionais específicas, que diferem de caso para

caso. Muitos pacientes passarão por algum ou por diversos tratamentos disponíveis, podendo gerar um elevado desgaste para o organismo. Devido ao grande gasto metabólico que o câncer acarreta, a perda de peso involuntária e significativa, e a desnutrição, são muito recorrentes<sup>5, 6</sup> e assim como náuseas, vômitos, dor, inapetência, diarreia e constipação, estes são sintomas de progressão da doença. Em casos avançados, esta situação poderá progredir para caquexia<sup>6</sup>.

Além disso, a alimentação carrega consigo diversos aspectos associados e envolvem a família e os profissionais da saúde, além, é claro, do paciente. As crenças associadas à alimentação, como por exemplo, a ideia de que é uma forma de obter saúde, pode fazer com que as pessoas envolvidas sintam-se na obrigação de alimentar aquele indivíduo, que, apesar de todos os esforços, não tem possibilidade de cura e talvez nenhum benefício associado à alimentação, independente da dieta que for fornecida<sup>6</sup>. Além disso, assim como tantos outros hábitos que mudam durante o curso de uma doença, os hábitos alimentares também mudam, inclusive com uma mudança na forma como o paciente vê aquele alimento, que poderá ser considerado como algo prejudicial, devido a tantos sintomas envolvidos, problemas emocionais e pressão dos familiares. Portanto, a alimentação e a hidratação são pontos difíceis de serem abordados nas situações que envolvem final de vida<sup>7</sup>.

Como condutas a cerca da alimentação, considera-se a terapia nutricional oral (TNO), enteral (TNE) e parenteral (TNP). Além disso, em algumas situações pode ser adequado inclusive suspender a alimentação, pois esta não mais apresenta benefício para o paciente. É importante salientar que quando o câncer não responde mais a qualquer tratamento, continuar com algumas medidas que têm apenas o objetivo de restabelecer ou recuperar o estado nutricional ocasionam mais sofrimento para a pessoa. Por isto, o objetivo das condutas acerca da alimentação do paciente deve visar o conforto, o prazer e o alívio dos sintomas<sup>6</sup>. Entretanto, condutas relacionadas à alimentação influenciam nos costumes, crenças e sentimentos mais profundos, e não apenas do paciente, mas de todos os envolvidos<sup>7</sup>, devendo ser avaliada sua adequação considerando todas as consequências e circunstâncias, não se limitando apenas aos aspectos técnicos relacionados.

Dentre as terapias nutricionais, a TNE é importante de ser colocada em pauta. Mesmo sendo um procedimento geralmente simples, embora invasivo, em pacientes debilitados poderá ocasionar mais desconforto, não apenas em relação aos aspectos físicos, mas também aos emocionais e aos sociais. Um dos objetivos dos Cuidados Paliativos é tentar aproximar a pessoa da maior "normalidade" com que ela possa viver<sup>8</sup>. A introdução de TNE pode acarretar a perda do significado social e emocional associado à alimentação - que tem a ver com questões pessoais e afetivas -, por criar um afastamento do paciente em relação às demais pessoas e impedi-lo de participar das situações de convívio social e familiar, ocasionando inclusive sensação de abandono<sup>9</sup>.

Tendo em vista todos os aspectos anteriormente relatados, o objetivo do presente estudo foi avaliar o perfil clínico e demográfico dos pacientes internados no Núcleo de Cuidados Paliativos (NCP) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e verificar os aspectos nutricionais envolvidos nos cuidados paliativos destes pacientes.

## 2 MÉTODOS

Foi realizado um estudo transversal retrospectivo das internações ocorridas no Núcleo de Cuidados Paliativos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (NCP/HCPA) no período entre novembro de 2007 e dezembro de 2010, que corresponde aos primeiros anos de implantação do NCP. Utilizando os dados do livro de registros de internação e de alta dos pacientes do NCP/HCPA foi possível identificar um total de 539 internações neste período, referentes a 391 pacientes. Foram selecionados, de forma aleatória, 101 pacientes, representando cerca de 25% do total, perfazendo 135 internações que foram avaliadas. Em uma das internações foi possível apenas preencher as variáveis demográficas, devido a incoerência nas datas de internação no sistema. Em outro prontuário não foi possível localizar todos os registros em papel. Sendo assim, foram utilizadas 133 internações para a análise do conjunto de variáveis. Foi utilizado o cálculo de proporção de uma amostra com precisão absoluta específica.

Para a busca dos dados foram utilizados os registros dos prontuários, tanto no sistema eletrônico quanto nos prontuários em papel, destes pacientes. A coleta foi realizada através da transcrição dos dados em prontuário para uma ficha de coleta de dados, que incluiu as evoluções mais importantes, os diagnósticos e as avaliações, além de interpretações e resumos de outras evoluções necessárias para um melhor entendimento do contexto. No prontuário eletrônico os dados foram obtidos através dos campos: anamnese; evoluções; histórico do paciente; diagnósticos; prescrições; cuidados; alta; consultorias; sessões terapêuticas e medicamentos. No prontuário em papel, devido a sua configuração diferenciada, foram utilizados o sumário de alta, o sumário de óbito, as evoluções, a ficha de avaliação nutricional e a ficha de prescrições nutricionais. A coleta de dados durou aproximadamente um ano e cinco meses. Vale ressaltar que os nutricionistas podem prescrever e modificar dietas em outros campos, contidos no sistema de prontuário eletrônico do hospital, que não são compartilhados com os demais profissionais. Desta forma, pela impossibilidade de acesso, estes dados não foram coletados nem considerados no presente projeto.

O perfil demográfico dos pacientes atendidos compreendeu as variáveis idade e sexo. O perfil clínico dos pacientes compreende as seguintes variáveis: classificação do paciente quanto ao seu estágio<sup>6</sup>; diagnósticos de neoplasia principal; e sintomas clínicos.

Pela grande variedade de termos encontrados nos registros presentes nas evoluções, todos os relatos sobre os sintomas e sobre a aceitação alimentar foram agrupados em categorias de acordo com a sua semelhança e redundância.

Quanto aos aspectos nutricionais envolvidos, foram coletados todos os dados relacionáveis à nutrição, como: sintomas no trato gastrointestinal, aceitação alimentar, prescrições dietéticas, diagnósticos nutricionais e condutas assistenciais.

Os dados obtidos foram armazenados em um banco de dados não identificado, no sistema EXCEL, que serviu de base para as análises estatísticas realizadas no sistema SPSS v. 18. Os dados foram analisados de forma descritiva, por meio de frequências, médias, medianas e desvio padrão, conforme o tipo de variável. Foram realizadas associações por meio do teste do qui-quadrado. O nível de significância estabelecido foi de 5% ( $P < 0,05$ ).

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CEP/HCPA). Os pesquisadores assinaram um Termo de Compromisso para Uso de Dados.

### 3 RESULTADOS

#### 3.1 PERFIL DEMOGRÁFICO E CLÍNICO DOS PACIENTES

Na amostra estudada, 84 (62,2%) internações correspondem a pacientes do sexo feminino e 51 internações (37,8%) do sexo masculino. A idade média é de  $56 \pm 15,55$  anos. A maior idade encontrada foi de 95 anos e a menor idade foi de 24 anos.

Em relação à localização da neoplasia principal, o câncer de mama foi o mais frequente, com uma ocorrência de 20,7%.

Com relação ao estágio do paciente, 60,7% da amostra foi classificada como “terminal” e 20,7% como “fim de vida”. Em 20 internações (14,8%) não foi possível classificar o paciente, pois não houve registro da data do óbito no prontuário. Ou seja, 20 pacientes da nossa amostra provavelmente faleceram em casa ou em outra instituição (Tabela 2).

As dores foram os sintomas mais frequentes nos relatos, presentes em 72 (53,3%) internações. Em segundo lugar, os fatores que dificultaram na movimentação e na comunicação do paciente, que estiveram presentes em 54 (40%) e 49 (36,3%) internações.

### 3.2 ASPECTOS NUTRICIONAIS ENVOLVIDOS EM CUIDADOS PALIATIVOS

Os relatos encontrados nas evoluções, a respeito das queixas dos pacientes ao chegarem ao hospital, foram divididos em 11 categorias: vômitos; dificuldades para deglutir (ou disfagia); constipação ou dificuldades para evacuar; inapetência; diarreia; alterações na ingesta alimentar; náuseas; cólicas; plenitude gástrica; queixas relacionadas à perda de peso e “outras”, que incluem incluindo lesões na cavidade oral, dor anal durante evacuações, desconfortos após receber alimentação, regurgitação e ageusia (alterações no paladar).

A queixa mais frequente na chegada do hospital foram vômitos (24,4%), em segundo lugar, a inapetência (14,1%).

Os sintomas relacionados com a nutrição mais presentes durante a internação foram a constipação (33,3%), seguido de náuseas (32,6%). Entretanto, os quatro sintomas mais frequentes, relatados em prontuário pelo paciente na chegada ao hospital, continuaram presentes durante a internação. Estes sintomas são: vômitos, inapetência, náuseas e constipação (tabela 1 e 2).

Entre as 45 internações com constipação relatada, em 33 (73,3%) também estiveram presentes problemas relacionados com a movimentação do paciente e casos de pacientes acamados.

Tabela 1. Queixas mais frequentes na chegada ao hospital relacionados com a nutrição.

Sintoma	Na chegada ao hospital	
	Nº internações	%
Vômitos	33	24,4
Inapetência	19	14,1
Náuseas	18	13,3
Constipação	17	12,6

Tabela 2. Sintomas mais frequentes durante a internação relacionados com a nutrição.

Sintoma	Durante a internação	
	Nº internações	%
Vômitos	43	31,9
Inapetência	32	23,7
Náuseas	44	32,6
Constipação	45	33,3

Houve registro de diagnóstico nutricional em 99 internações (73,3% do total). Destas 99 internações, em 85 (85,8%) o diagnóstico foi desnutrido, independente do grau de desnutrição. Em 52 (52,5%) internações não foi possível pesar e medir o paciente, sendo realizada uma aferição subjetiva do Índice de Massa Corporal (IMC) e, conseqüentemente, do diagnóstico nutricional.

A variável aceitação alimentar foi obtida através dos relatos registrados em prontuário referentes à ingesta alimentar do paciente. A maior frequência na amostra estudada foi da aceitação ruim, ocorrendo em 61 internações e representando 45,2% do total. A aceitação boa esteve presente em 43 (31,8%) internações. Vale lembrar que, em uma mesma internação, foi possível achar todos os tipos de aceitação. Além disso, houve internações onde não encontramos relatos a respeito de nenhuma das categorias.

Sabe-se que a dificuldade para aceitar os alimentos está relacionada com diversos sintomas, como inapetência e, especialmente, a dor. Das 19 internações com a inapetência como queixa na chegada ao hospital, em nove a inapetência continuou sendo relatada durante a internação. Entre estas nove, a dor e a aceitação ruim ou nula estiveram presentes, de forma simultânea, em quatro internações. De modo geral, das nove internações com inapetência na chegada e durante a internação, em cinco a dor esteve presente e em sete, a aceitação ruim ou nula.

A prescrição da via de administração de dietas deu-se de quatro formas, na nossa amostra: a via Oral (VO), prescrita pelo médico, podendo ser liberada por outros profissionais da saúde quando estes observam que o paciente tem possibilidade de aceitá-la. É a via natural de administração dos alimentos; a via Enteral (VE), podendo ser prescrita como sondas ou ostomias, onde nutrientes são provenientes de fórmulas e diluídos em soluções que alcançam o trato gastrointestinal; a via Parenteral (VP), prescrita exclusivamente pelo médico é a via onde os nutrientes são administrados diretamente na corrente sanguínea do paciente, sendo altamente complexa; e a via Mista (VM), categoria criada pelos pesquisadores, para abranger os casos onde o paciente recebeu dietas por VO e VE concomitantemente.

A via oral (VO) esteve presente em 106 (78,5%) internações. A via enteral (VE) foi a segunda mais prescrita, em 30 (22,4%) internações. Entre estas, sua prescrição exclusiva esteve presente em 23 internações (76,6%) e, de forma combinada com a via oral (via mista), em oito internações (26,7%). Além disso, a via parenteral (VP) só ocorreu em uma das internações, cujo paciente vinha de uma unidade de tratamento intensivo.

Foram encontrados diversos tipos de dietas prescritos. Relacionando os tipos de dietas com os sintomas mais frequentes, é interessante notar que a dieta rica em fibras esteve presente em apenas quatro internações (3,0%), numa amostra onde sintoma constipação foi o mais prevalente (33,3%) durante a internação. Entre os pacientes com constipação, esta dieta foi prescrita em apenas duas (4,4%) internações. Por outro lado, a dieta abrandada em fibras (branda) foi a segunda mais prescrita, totalizando 25 internações (18,6%). Entre estas 25 ocorrências, a constipação esteve presente em sete internações (28%).

Ao todo foram encontrados 92 registros de prescrições dietéticas feitas por nutricionistas e 268 por médicos, durante internação no NCP, disponíveis em prontuário. Destas prescrições, a dieta normal (livre) foi o tipo mais prescrito por ambos profissionais (21,7% e 28,4%, respectivamente). Porém, as dietas restritivas em nutrientes, ao todo, foram prescritas em uma frequência considerável (27,2% e 28%, respectivamente).

Alguns aspectos assistenciais foram levantados em nossa amostra, em relação aos registros da atuação dos profissionais e prescrição de NE.

Com relação à frequência de evoluções em prontuário, foi observado apenas em 19 (14,1%) internações alguma evolução por parte dos nutricionistas, durante o período em que o paciente esteve internado no NCP.

Na amostra estudada, houve ao todo 30 (22,2%) prescrições de NE. Entre estas 30 internações, em 12 (40%) foram achados relatos de complicações decorrentes da NE, com uma média de  $2,17 \pm 1,58$  relatos por internação. O número máximo de relatos, encontrados em prontuário, referindo complicações pela NE, foi cinco, presentes em uma única internação.

Destas internações com complicações pela NE, em cinco delas a NE foi suspensa, representando, assim, 41,7%. Dentro de uma internação, a NE foi suspensa por complicações, em média,  $1,6 \pm 0,89$  vezes com um máximo encontrado de três vezes. A duração média desta suspensão foi de  $12,4 \pm 6,34$  dias, com um máximo encontrado de 22 dias em um paciente onde ela precisou ser suspensa até o seu falecimento. Além disso, de modo geral a NE foi suspensa, independente do motivo, em média por  $8 \pm 6,92$  dias.



A duração da NE em nossa amostra, ou seja, durante quanto tempo a NE esteve ativa, teve uma média de  $6,87 \pm 10,16$  dias, com um máximo de 51 dias. O mínimo encontrado foi zero. É interessante notar que a média de dias em que a NE esteve ativa é menor do que a média de dias em que a NE foi suspensa.

Das 30 prescrições de NE, em 24 (80%) destas o paciente faleceu na internação. A duração da NE, nestes casos, foi menor que a média encontrada em 19 (79,2%) internações. A moda encontrada foi de 01 dia de duração da NE, nestas internações. Houve situações onde a NE não durou nenhum dia.

Ainda com relação a estas 24 internações, em oito (33,3%) delas houve presença de complicações decorrentes da NE. Tomando-se apenas estas oito internações com complicações decorrentes da NE, em apenas três (37,5%) destas a NE foi suspensa na transferência do paciente ao NCP, em três (37,5%) internações a NE foi mantida após a transferência e em duas (25%) internações este procedimento invasivo foi realizado na transferência ao NCP.

De modo geral, tomando-se apenas as 24 internações anteriormente mencionadas, a prescrição de NE ocorreu em pacientes classificados como “fim de vida” em 10 (41,7%) internações, e classificados como terminais em 14 (58,3%) internações. Além disso, foram prescritas quando o paciente foi transferido ao NCP em oito (33,3%) internações. Com relação a estas oito internações, apenas em uma (12,5%) internação a duração da NE foi maior do que a média geral ( $6,87 \pm 10,16$  dias), e, ainda com relação a estas oito internações, quatro (50%) ocorreram em pacientes em fim de vida e quatro (50%) em pacientes terminais.

Foram encontradas em 10 (7,4%) internações, relatos onde o paciente, sob diversas formas de expressão, recusou a implementação de NE. Nas demais internações (92,6%), inclusive com a realização deste procedimento, não houve menção à vontade do paciente, nem de recusa, nem de aceitação, com relação à NE.

Entre as 24 internações de pacientes que faleceram no NCP, estes relatos estiveram presentes em cinco (20,8%) internações. Tomando-se apenas estas cinco internações, quatro (80%) referem-se a pacientes terminais e uma (20%) a um paciente no estágio “fim de vida”.

As condutas relacionadas com a NE e a transferência do paciente para o NCP encontram-se na Tabela 3.

Tabela 3. Condutas relativas à NE na chegada do paciente ao Núcleo de Cuidados Paliativos.

Conduta	Nº de internações	%
É mantida a NE na chegada ao NCP	18	60,0
É prescrito NE na chegada ao NCP	08	26,7
É suspensa a NE na chegada ao NCP	04	13,3

#### 4 DISCUSSÃO

De modo geral, a amostra estudada demonstrou um perfil demográfico bem diverso, e um quadro clínico bastante complicado. Isso especialmente devido a grande parte de nossa amostra ser de pacientes que já estão com expectativa de vida abaixo de seis meses, onde os sintomas e complicações clínicas tendem a se agravar progressivamente, devido a proximidade da morte.

A dor ter sido o sintoma mais frequente vai ao encontro de outros trabalhos, onde é um dos sintomas mais associados com o processo de morte em pacientes oncológicos<sup>10</sup>. Geralmente, dor e diminuição na capacidade de movimentar-se estão relacionadas, onde uma pode causar ou agravar a outra. Além disso, a aproximação com a morte está associada com a diminuição na capacidade de comunicação dos pacientes, que podem passar por períodos de confusão, desorientação, entre

outros<sup>11</sup>. Estes sintomas, também presentes na nossa amostra, são coerentes com a classificação em relação a expectativa de vida, onde o estágio terminal e fim de vida são os mais frequentes.

De modo geral, o perfil clínico e demográfico na amostra estudada apresenta um paciente bem debilitado, cuja situação clínica pode estar associada com seu estágio terminal ou fim de vida, e estes fatores refletem diretamente na assistência ao paciente, desde cuidados básicos diários, até questões de adequação com relação ao consentimento do paciente para realização de procedimentos, quando considerada sua lucidez.

Sabe-se que a constipação é um sintoma multifatorial. Entre suas diversas causas, como por exemplo, o uso de opióides para manejo da dor, a inatividade física do paciente, que inclui a dificuldade na movimentação e na deambulação, encontra-se como um dos motivos para este sintoma. A inatividade do paciente nesses casos pode gerar falta de privacidade, e esta também está relacionada com a constipação<sup>12</sup>. A progressão da doença de modo geral acaba debilitando o paciente progressivamente, agravando seus sintomas. Os resultados do presente estudo vão de encontro com esta hipótese, já que, na maioria dos casos de pacientes com evacuação prejudicada também foi observadas dificuldades na movimentação ou deambulação. A própria constipação, devido aos desconfortos associados, também pode de modo direto, dificultar na movimentação do paciente.

A inapetência foi uma das queixas mais presentes na chegada ao hospital e que permanece durante a internação. Relacionando este resultado com a aceitação alimentar ruim, que foi a mais frequente em nossa amostra, é possível observar a dificuldade no manejo deste sintoma. A inapetência também é um fator que se agrava com a progressão da doença. Ainda com relação a aceitação alimentar, é importante notar que estes pacientes podem apresentar numa mesma internação diversos tipos de aceitação, que vão desde a aceitação ruim até a boa aceitação. Este fato é comum a este tipo de paciente, demonstrando a grande oscilação no seu apetite e capacidade de ingesta, precisando o profissional estar atento para melhor atendê-lo, de acordo com suas necessidades e possibilidades.

Na amostra estudada foi observado que pelo menos metade dos pacientes avaliados necessitou de uma avaliação subjetiva de seu IMC. Esta avaliação subjetiva é realizada devido ao grau de debilitação do paciente. De acordo com manuais de nutrição oncológica, é necessário considerar as possibilidades do paciente e sua condição clínica na hora da avaliação nutricional, para evitar agravar ou ocasionar desconfortos em decorrência de determinados procedimentos de aferição do estado nutricional<sup>6</sup>.

Os aspectos nutricionais levantados demonstram novamente uma condição clínica bem complicada e a dificuldade no manejo de seus sintomas, que são geralmente agravados por conta da proximidade com a morte, agora do ponto de vista nutricional.

Com relação às vias de administração de nutrientes prescritas, é necessário ressaltar que os dados, de modo geral, mostram certa adequação em relação ao que é preconizado aos pacientes em cuidados paliativos, onde a Nutrição Parenteral é, senão contraindicada, a última alternativa a ser considerada, e onde a Via Oral é a mais preconizada<sup>6</sup>. Por outro lado, é interessante lembrar que, em uma mesma internação, os três tipos de vias podem ter sido prescritos, demonstrando, assim, uma provável inadequação, considerando que estes pacientes foram submetidos a diversos procedimentos invasivos em um contexto onde este tipo de prática é questionável.

Sabe-se que dietas pobres em fibras também são causadoras de constipação<sup>12</sup>. Embora a constipação dos pacientes, como já dito antes, seja um problema multifatorial, a prescrição de dietas ricas em fibras pode ser uma das alternativas no manejo deste sintoma. Nossa amostra demonstrou, em grande parte, pacientes constipados, porém com um baixíssimo uso desta dieta, não sendo observada qualquer justificativa para o seu desuso, em prontuário. Por outro lado, o uso de dieta com menor teor de fibras teve uma frequência considerável em nossa amostra, não sendo, igualmente, registrado em prontuário a justificativa para seu uso. É importante ressaltar que toda e qualquer prescrição nutricional é de caráter assistencial e terapêutico. Portanto, sua adequação precisa estar

fundamentada e justificada em prontuário. De acordo com os resultados da amostra, a alimentação e bem estar nutricional dos pacientes não parece ser vista como procedimento terapêutico por parte dos profissionais, devido ao baixo registro em prontuário.

Além disso, o prontuário é o local de registro apropriado das condutas e do compartilhamento das informações entre os profissionais. O fato de, em nossa amostra, apenas 14,1% das internações apresentarem pelo menos uma evolução do nutricionista significa um baixo compartilhamento de suas condutas com os demais profissionais, ao menos através deste documento. Este dado é reafirmado quando consideramos o baixo número de prescrições, em comparação com o do médico.

Ainda com relação à prescrição de dietas, foi observada a presença significativa de dietas restritivas em nutrientes. De acordo com manuais de nutrição oncológica, dietas restritivas são preconizadas apenas quando os sintomas estão presentes – dado este que não foi encontrado em prontuário - e quando não há alteração na ingesta alimentar. Estes resultados demonstram, por esses aspectos, certa incoerência com o que é recomendado na literatura, tanto por parte do médico quanto do nutricionista<sup>5</sup>. Por outro lado, a dieta restrita em resíduos pode auxiliar no manejo de alguns sintomas, como por exemplo, desconfortos gastrointestinais<sup>13</sup>.

De modo geral, os resultados referentes à prescrição de NE demonstram incoerência a cerca do objetivo da NE nos cuidados paliativos, onde sua implementação deve considerar os desejos dos pacientes e suas expectativas<sup>14</sup>. Além disso, é importante ressaltar que a recusa do paciente à NE é considerada uma contraindicação<sup>6</sup>, especialmente em casos de pacientes terminais ou fim de vida, estágios que estiveram mais presentes em nossa amostra.

Considerando que: as internações avaliadas demonstraram de modo geral pacientes com complicações decorrentes da NE; em estágio terminais ou fim de vida; que recusaram a NE e, por fim, a suspensão da NE na transferência ao NCP foi a menos frequente, sendo esta a conduta esperada pelos pesquisadores, especialmente nos casos com complicações decorrentes deste procedimento, é possível e necessário questionar o real benefício associado à NE, especialmente considerando a falta de informação registrada em prontuário acerca da justificativa para este procedimento invasivo.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O paciente internado no NCP/HCPA no período estudado é, em sua maioria, do sexo feminino e bastante debilitado, que necessita de uma assistência individual. Apresentam sintomas diversos, onde a dor é o mais presente e, com relação à alimentação, referem alguns dos sintomas já bastante relatados na literatura como dificultadores da ingesta alimentar. Estes sintomas relatados foram: os vômitos, as náuseas, a constipação, e a inapetência, presentes nas queixas do paciente que chega ao hospital e durante sua internação. Os sintomas debilitantes estão associados, ocasionando um quadro complexo, onde um sintoma pode causar ou agravar o outro. Os aspectos assistenciais envolvidos evidenciam o baixo número de registros do nutricionista, com relação ao número de evoluções e prescrições, se comparar com outros profissionais. Além disso, é necessário refletir acerca da qualidade da informação, especialmente com relação à dietoterapia, que demonstrou uma ausência de registros fundamentando e justificando sua adequação.

Embora a prescrição de via oral tenha sido a mais frequente, a prescrição de NE foi a segunda mais frequente e, considerando o estágio de vida que o paciente encontrava-se, o tempo de duração desta prescrição e o consentimento do paciente com relação à NE, é necessário questionar sobre o real benefício associado a esta conduta, especialmente nos casos apresentados de pacientes que recusaram, de algum modo, este procedimento. A implementação da NE, especialmente nos últimos meses de vida, deve ser ponderada e discutida entre as equipes, e é fundamental considerar a autonomia do paciente, pois o único benefício pode ser o conforto psicológico associado ao

recebimento de nutrientes. A recusa do paciente precisa ser vista, nestes casos, como uma contraindicação formal para a prescrição deste procedimento.

O objetivo das condutas acerca da alimentação de pacientes em cuidados paliativos deve ser proporcionar conforto, prazer e aliviar os sintomas presentes. Este objetivo pode ser alcançado preconizando a via oral e modificando determinadas características dos alimentos, como o sabor, aroma, temperatura e consistência. Além disso, diminuir o volume de alimentos que é servido ao paciente e respeitar a capacidade de aceitação e as vontades do paciente, mesmo que isso implique em diminuir a variedade de alimentos e ofertar pouquíssimas quantidades, auxilia no manejo dos sintomas, tanto físicos quanto emocionais e sociais.

Estes resultados demonstram a necessidade de uma busca pela adequação das condutas, que, de fato, resultem em um real benefício aos pacientes. Também evidenciam a necessidade da presença do nutricionista em situações tão pertinentes a sua atuação. Estas considerações são fundamentais para que o objetivo de proporcionar conforto e prazer, e de tratar a dor e todos os sintomas associados com o sofrimento do paciente, sejam alcançados de forma adequada e humanizada. Além disso, demonstram as dificuldades enfrentadas na implantação do Núcleo de Cuidados Paliativos, período em que ocorreram as internações avaliadas, em termos da compreensão do que são as medidas paliativas e a necessidade de ampliar a comunicação adequada, e o seu devido registrado em prontuário, entre os diferentes profissionais envolvidos no atendimento destes pacientes.

## REFERÊNCIAS

1. Naisbitt J. Megatrends: ten new directions transforming our lives. New York: Warner; 1984.
2. Ibiapina S, Costa F, Oselka G. Iniciação à Bioética. 1st ed. Brasília: CFM; 1998.
3. Saunders, C. Into The Valley Of The Shadow Of Death. A personal therapeutic journey. *BJM* 1996; 313:1599-1601.
4. Saunders, C. The evolution of palliative care. *Jornal of the royal society of medicine.* 2001;94:430-432
5. Grant B. Terapia Nutricional para o Câncer. In: Mahan LK, Escott-Stump S. Krause: Alimentos, Nutrição e Dietoterapia. 12ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Consenso Nacional de Nutrição Oncológica. Rio de Janeiro: ESDEVA, 2009.
7. Resende, ARP. Alimentar no final da vida. Transição do familiar cuidador para a recusa alimentar. Lisboa: Universidade aberta; 2009. [dissertação de mestrado].
8. Barbosa JAG, Freitas MIF. Representações Sociais sobre a alimentação por sonda obtidas de pacientes adultos hospitalizados. *Rev Latino-am Enfermagem* 2005; 13(2):235-42.
9. Dickinson, G. Tube feeding excludes patients from some basic social rituals. *Nursing Standard.* 2007; 21(33), pg 27(1). (Reflections).
10. Benítez, MA. Diagnóstico y tratamiento del dolor oncológico crónico. *Aten Primaria.* 2006;38(2): 29-37.
11. Adam, J. The last 48 hours. *BMJ.* 1997; 315: 1600-1603.
12. Torres, RV; et al. Tratamiento y cuidados de enfermería en el estreñimiento del paciente paliativo. *Med Paliat.* 2011;18(3):112-120.
13. Comunicação Corporativa sanofi-aventis. Comida que Cuida. Dicas para alimentação durante o tratamento do câncer. 2006
14. Brasil. Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral. Associação Brasileira de Nutrologia. Terapia Nutricional na Oncologia. Projeto Diretrizes. 2011.

### 8.3 Internações utilizadas para avaliação bioética

NI: 10

Feminino, 63 anos. Já esteve no NCP anteriormente.

Câncer de mama metastático. Desidratada, inapetente, com pouca aceitação da dieta. Referiu, em internação anterior, que apresenta secra na garganta, o que dificulta a deglutição.

Em acompanhamento com o serviço de nutrição.

Aceitação melhorou com o passar dos dias.

Não foram encontrados relatos a respeito da dificuldade de deglutição e o manejo para o problema.

NI: 14

Feminino, 52 anos. Já esteve no NCP na internação anterior.

Câncer de mama metastático.

Veio ao hospital relatando vômitos após radioterapia.

Permaneceu em NPO nos primeiros 03 dias para uma cirurgia de crânio, por causa da metástase.

Prescrita alimentação por via oral, branda.

Paciente evoluiu com confusão, desorientada e agitada.

Dieta foi suspensa nos últimos dias.

Conforme relato dos profissionais: “Filha questionando sobre paciente não comer, sobre a sonda nasoentérica”.

Paciente foi a óbito no núcleo, após 07 dias de internação.

NI: 16

Masculino, 68 anos. Primeira internação no NCP.

Sítio primário desconhecido, com carcinomatose peritoneal.

Chegou ao hospital com queixas de que sente a barriga muito cheia.

Com alimentação por SNE em outro andar.

Evolui com vômitos, tendo dieta suspensa até o fim da internação.

Faleceu no NCP, com dois dias de internação no núcleo.

NI: 17

Masculino, 55 anos. Primeira internação no NCP.

Neoplasia de laringe, metastática.

Chegou ao hospital caquético, com dispnéia e broncopneumonia.

Dificuldades para falar devido à metástase (língua).

Prescrita dieta por SNE.

Permaneceu quatro dias no núcleo e faleceu.

Única evolução referindo sobre aceitação da sonda diz que “paciente aceitando bem a sonda, digo, não apresentando vômitos ou diarreia”.

NI: 20

Feminino, 61 anos.

Câncer de esôfago metastático.

Chegou ao hospital com náuseas, vômitos e relatando disfagia para sólidos.

Nos 15 primeiros dias esteve internada em outro andar:

A prescrição nutricional evoluiu de líquida para pastosa, via oral.

Realizou procedimento endoscópico, retornando com alimentação via oral pastosa, sendo substituída três dias após por SNE e mantida alimentação via oral líquida.

Não houve, nas evoluções, justificativa para o uso da SNE, ou se paciente consentiu com o procedimento.

Na transferência ao NCP, prosseguiu com a prescrição de sonda e via oral concomitantemente.

Há evoluções referindo que paciente não sabia o motivo da sua internação, mas familiares estavam cientes da terminalidade e patologia.

Profissionais relatam boa aceitação da dieta pela SNE, mas paciente estava evoluindo com náuseas durante esse período. Retirou a sonda e apresentou vômitos. Nesta mesma evolução, profissional relata também que estava aceitando alimentação via oral sem dificuldade.

Foi transferido para outro hospital na cidade onde mora.

NI: 21

Masculino, 44 anos.

Câncer de estômago.

Chegou com disfagia para alimentos sólidos.

Iniciaram com dieta normal VO, porém, foi substituída por jejunostomia.

Paciente evoluiu com intensos sangramentos pela jejunostomia, com picos febris, sendo a via suspensa por quatro dias, que permaneceu em jejum total.

Paciente foi transferido para o Núcleo, onde relataram dores e desconfortos pela jejunostomia, sendo suspensa novamente e substituída por via oral líquida, porém com pouca aceitação, e ficou prescrita até o fim da internação.

Paciente internou no NCP dia 05 de novembro, indo a óbito dia 15 do mesmo mês.

Foi encontrada avaliação nutricional apenas do dia 22 de outubro, ou seja, não há registros de outras avaliações após sua entrada no núcleo.

Diagnóstico nutricional: desnutrido leve.

NI: 24

Masculino, 51 anos.

Câncer de esôfago metastático.

Com dificuldade respiratória e histórico de infecção respiratória prévia.

Tinha disfagia para sólidos e vinha aceitando pouca alimentação VO.

Foi prescrita SNE + VO para o paciente, que permaneceu apenas um dia no NCP, indo a óbito um dia após a prescrição da dieta por sonda.

Não foram encontradas avaliações do serviço de nutrição durante a internação.

NI: 28

Feminino, 28 anos.

Melanoma metastático.

Paciente, lúcida, chegou ao hospital com queixas de náuseas e vômitos.

Nesta internação são descobertas metástases no SNC, cuja paciente foi esclarecida.

Durante internação em outro andar, sugeriram SNE, mas ela negou-se a receber. Porém, após três dias deste relato, há uma evolução da enfermagem dizendo “*Repasso SNE*”. Medicina então evoluiu, relatando que paciente apresentava náuseas e vômitos importantes após a passagem de sonda, vomitando toda a dieta.

Investigando a causa, foi descoberta obstrução parcial do duodeno. Repassaram SNE abaixo da obstrução, reiniciando dieta enteral.

Paciente foi transferida para o NCP, onde prosseguiu com vômitos, dificultando seu sono (estava sem dormir a dois dias). Também estava apresentando diarreia. Em compensação, existem evoluções onde a paciente aceitava alguns alimentos VO, inclusive solicitando alimentos de sua preferência, como sorvete de coco e gelatina, que foram oferecidos.

Após episódios de diarreia ficou constipada por nove dias. Também relatou sentir dor na garganta e “*Não sabe se é devido a SNG*”. Nesta mesma evolução, paciente disse que não queria ingerir alimentos.

Familiar relatou que por algumas vezes visualizava paciente tentando tirar a SNG.

Sonda foi suspensa e paciente permaneceu em NPO durante os últimos 22 dias da internação, sendo liberados alguns alimentos líquidos conforme aceitação, pela medicina. Entretanto, não há prescrição nutricional para esta liberação, sendo a última prescrição do serviço de nutrição, NPO. Além disso, não foram encontradas evoluções da Nutrição durante esta internação.

Ainda há uma evolução por parte da enfermagem relatando que paciente pedia por café da manhã, o que foi providenciado. Também sentia sede.



Seguiu constipada por 19 dias. Faleceu no NCP.

NI: 30

Feminino, 49 anos.

Câncer de mama metastático.

Chegou ao hospital com inapetência e mal estar.

Durante internação, foi tratada com radioterapia, relatando sentir-se melhor. Após radioterapia, sua aceitação alimentar melhorou, seguindo-se de modo geral assim, durante a internação.

Prescrição de dieta normal via oral durante toda a internação.

Paciente estava ciente do diagnóstico.

NI: 40

Feminino, 56 anos.

Câncer de pulmão metastático. Hipertensão Arterial.

Durante internação apresentou vômitos devido à dor. Paciente constipada, segundo medicina.

Enfermagem referiu pouca aceitação da dieta, aceitando mais alimentos de fora do hospital.

Paciente transferida para o NCP, onde foi prescrita e passada SNE, concomitantemente com via oral.

Não foi evoluída em prontuário a passagem de SNE, bem como a necessidade para tal prescrição.

Paciente apresentava-se sonolenta, confusa e desorientada durante internação.

Avaliação nutricional no momento de transferência para o NCP: Diagnóstico: “bem nutrido, ASG-A”; Paciente com bom apetite, porém diminuído por causa da dor. Hábito intestinal normal. Prescrição dietoterápica: dieta normal, VO.

Sonda durou seis dias, tendo paciente falecido no NCP, nesta internação.

NI: 42

Feminino, 29 anos.

Leiomiossarcoma pélvico com recidiva.

Chegou à emergência do hospital com queixas de vômitos e diarreia. Além disso, apresentava náuseas, eructação e inapetência, aceitando pouca alimentação. Após cinco dias na emergência, foi transferida para o NCP, estando ciente e concordando com a mudança de andar.

Durante internação, paciente referiu: *“bastante angustiada por ainda seguir com diarreia e vômitos. No entanto, diz que sentiu melhora dos sintomas. Hoje sente-se mais animada.”*

Permaneceu por nove dias no hospital. Foi avaliada e recebeu prescrição do serviço de nutrição em apenas uma vez durante a internação, com prescrição de dieta sem resíduos, no período em que esteve na emergência.

NI: 53

Feminino, 27 anos.

Câncer cólon metastático.

Paciente seguiu em internação com pouca aceitação da dieta.

Há relatos de que paciente aceitava apenas “achocolatado trazido de casa”. Ou que “almoçou meio xis”.

O diagnóstico nutricional foi “subjetivo desnutrido”. Não foi possível pesar e medir a paciente.

A dieta prescrita pelo nutricionista foi normal, via oral.

Para psicologia, paciente *“fala da insistência das pessoas para que se alimente, parecendo sentir-se culpada no sentido de não estar se “esforçando” para melhorar e poder ter alta.”*

NI: 59

Feminino, 38 anos.

Câncer de mama metastático. Em quimioterapia e radioterapia. Diabética.

Chegou à emergência apresentando vômitos, com piora progressiva nos últimos dias, segundo familiares.

Alimentava-se pouco e estava desidratada. Referia muita sede. Não conseguia alimentar-se com alimentos sólidos. Foi solicitada dieta líquida, ainda na emergência.

Medicina referiu que estava com constipação há quatro dias ou mais.

Foi transferida para o núcleo no dia 21 de outubro.

No NCP, esposo da paciente relatou que a mesma não estava mais aceitando comida, apenas ingerindo água. Porém, os relatos de aceitação demonstram oscilação durante a internação. Equipe de enfermagem referiu uma maior aceitação de dieta pastosa. Apesar disso, a prescrição manteve-se como dieta branda para diabetes durante toda internação no NCP.

Paciente com desconforto na língua, *“queixa-se de sua língua não estar lhe obedecendo”*.

Avaliação nutricional foi realizada apenas no dia 25 de novembro, diagnosticando paciente como ASG-C, gravemente desnutrido, e prescrevendo dieta branda para diabetes. Neste mesmo dia, medicina relatou que paciente estava apresentando dificuldade em pronunciar as palavras.

Paciente foi a óbito dois dias após a avaliação nutricional, dia 27 de novembro, e passou mais de 30 dias com a mesma prescrição dietética.

NI: 70

Feminino, 29 anos.

Câncer de colo uterino.

Paciente apresentava oscilação na aceitação alimentar.

Abdômen distendido. A conduta médica foi aumentar a dose de laxativos e prescrever dieta pobre em fibras, mas no formulário médico em prontuário consta como dieta *“líquida pastosa pobre em resíduos”*.

Evoluiu com náuseas durante internação, não aceitava dieta que foi prescrita.

Segundo enfermagem, paciente *“refere que não quer se alimentar pois tem medo de barriga inchar mais”*.

A prescrição do serviço de nutrição para este paciente foi uma dieta normal.

Paciente diagnosticado como subjetivo desnutrido.

NI: 71

Feminino, 29 anos.

Câncer de colo uterino. Reinternação no NCP.

Paciente apresentando náuseas durante internação.

Conforme evolução da enfermagem: *“Não quer receber morfina VO, pede que seja prescrito EV, pois não tolera o gosto que fica na boca e sente náusea”*.

Morfina VO foi substituída para IV.

NI: 76

Feminino, 44 anos.

Câncer de esôfago.

Chegou ao hospital com SNE, há cerca de duas semanas, e referia inapetência e náuseas.

Referiu desconfortos com SNE e resistência no fluxo da mesma, sensação de “empachamento” após administração das dietas, com dor abdominal pela distensão. Apresentava vontade de comer frequentemente.

Sonda obstruiu duas vezes consecutiva.

Paciente foi transferida para o NCP, onde prosseguiu com SNE, evoluindo com náuseas e vômitos após a infusão das dietas.

SNE foi fechada e iniciam com soro glicosado, por 24hs.

Após um dia voltaram com dieta por SNE, mas paciente arrancou a sonda durante a noite do dia seguinte.

Seguiu com desconfortos ocasionados pela SNE, como desconfortos na garganta, náuseas e vômitos.

Enfermagem relatou que *“irmão que veio ontem está muito preocupado por ela (paciente) estar sem se alimentar desde ontem. Insistindo na realização da EDA para hoje”*.

Outro relato: *“Paciente e família com muita ansiedade devido a paciente não estar se alimentando”*.

Repassaram SNE, reintroduzindo dieta por esta via, mas paciente novamente apresentou náuseas, com deslocamento da SNE, segundo medicina, que iria conversar com residente da equipe da gastroenterologia para recolocação de sonda no dia seguinte.

Tentaram repassar SNE na manhã “prometida”, sem sucesso. Paciente questionava quanto a possibilidade de alimentar-se via oral.

Tinha disfagia, “*não consegue deglutir nem alimentos líquidos*”, segundo enfermagem.

Foi realizada cirurgia para gastrostomia, porém, paciente recusava a última dieta por sentir-se “embrulhada”, dificultando assim o seu sono.

Conforme registro em prontuário:

Paciente: “*Se não poderei mais comer pela boca, então para que viver?*”

“*Irmã questionando sobre colocação de SNE(...).*”

Permaneceu 41 dias no hospital e 15 dias no NCP.

Teve alta do hospital. O último registro no HCPA foi aproximadamente quatro meses após a alta.

NI: 77

Feminino, 70 anos.

Neoplasia de vias biliares.

Relatou, ao chegar ao HCPA, que apresentou piora a quatro dias da anorexia, vômitos, e estava sem evacuar dentro deste período. Ascite.

Durante internação apresentou oscilação da aceitação da dieta. Vômitos e náuseas persistiam. Há relatos de constipação intestinal no prontuário.

De acordo com enfermagem, paciente “*refere que familiares forçam a ingesta alimentar da mesma*” (...) “*aceitando pouquíssima alimentação (por insistência das filhas)*” (...) “*Oriento as filhas para respeitarem as limitações da paciente, pois negam a gravidade da doença*”.

A avaliação foi realizada durante a internação no NCP. Diagnóstico: subjetivo desnutrido. Antropometria sem condições. Prescrição da dieta foi branda por parte da nutrição, mas medicina prescreveu dieta líquida pastosa.

Embora não haja prescrição durante internação em local algum do prontuário a respeito de via enteral, existem evoluções que relatam a passagem e retirada de SNG, antes da paciente ser transferida para o núcleo. Segundo enfermagem:

*“Familiar ansiosa perguntando se não são pedaços da paciente que está saindo pela sonda nasogástrica.”*

Outros relatos dos familiares, já no NCP:

*“Filha coloca que está muito assustada com a inapetência que a mãe vem apresentando.”*

NI: 78

Masculino, 65 anos.

Câncer de reto, metastático. ITU (infecção do trato urinário).

Apresentando vômitos quando esteve internado em outro andar.

Transferido para os cuidados paliativos, seguiu com náuseas e inapetência durante toda a internação, aceitando pouca alimentação.

A intervenção nutricional, realizada seis dias após transferência para o NCP, diagnosticou paciente como subjetivo desnutrido sem condições antropométricas e prescreveu dieta normal.

Alguns relatos durante internação:

(enfermagem) *“paciente, quando acordado, refere desejo de alimentação VO”.*

*“Esposa pergunta se paciente pode alimentar-se. Autorizo liberação de comida se paciente acordado”.*

NI: 82

Masculino, 60 anos.

Câncer de reto.

Durante internação apresentou boa aceitação da dieta, segundo evoluções.

Avaliação nutricional após interno no NCP:

Diagnóstico subjetivo sobrepeso, antropometria sem condições.

Prescrição: dieta normal.

*“Refere que está feliz com o resultado da quimioterapia, pois não teve náuseas ou vômitos. Relata que está mais esperançoso.”*

NI: 86

Paciente relatou que estava com dificuldade para ingerir líquidos em geral. Além disso, ao chegar ao NCP, diz que *“quer comida normal, e não líquida como está recebendo”*.

A prescrição foi mudada para líquida pastosa, porém, continuou aceitando pouco.

Com dificuldade para evacuar durante internação.

Segundo enfermagem, aceitava *“alguns goles e colheradas”*.

*“esposa questionando sobre o motivo da inapetência do paciente e conduta a ser tomada.”*

Foi orientado para esposa que fornecesse alimentação ao paciente com frequência e em pouca quantidade respeitando o seu desejo e conforme sua tolerância.

Em um relato *“paciente refere estar sentindo-se debilitado, com pouco apetite”*.

Paciente avaliado e diagnosticado como subjetivo sobrepeso com perda de peso, antropometria sem condições. A prescrição nutricional foi dieta pastosa.

Foi a óbito no núcleo.

NI: 93

Masculino, 43 anos.

Linfoma não Hodgkin metastático, SIDA, ITU.

Com queixas de constipação intestinal na chegada ao hospital.

Durante internação: inapetência, dificuldades para deglutir líquidos e sólidos, dor em queimação em região retroesternal ao alimentar-se, e dor ao engolir na garganta.

Há relatos de dificuldade na aceitação da dieta via oral, mas também há relatos de boa aceitação alimentar com auxílio, aceitando alimentos líquidos segundo filha do paciente.

Foi transferido para o NCP, onde foi passada SNE, mas teve de ser repassada, pois não foi visualizada no RX.

*“paciente acompanhado do familiar que queixa-se do paciente estar sem comer desde ontem”.*

Enquanto paciente esteve aguardando o RX para liberação da dieta, foi autorizada alimentação VO, *“tomou pouca quantidade de café com leite VO com auxílio da esposa”.*

Diagnóstico nutricional: subjetivo desnutrido sem condições antropométricas. Prescrição: dieta por SNE polimérica, s/ sacarose, s/ lactose, com fibras.

Sonda durou dois dias (de prescrição), e paciente foi a óbito.

NI: 101

Masculino, 68 anos.

Câncer de esôfago metastático.

Chegou ao hospital com vômitos

Segundo relato da enfermagem, antes de internar no NCP, paciente *“Gostaria de ingerir alimentos VO (...)”*,

Foi passada sonda para dietas.

Paciente foi transferido para o NCP, a partir daí constam os seguintes relatos:

*“Paciente agitado, gemente. Tentou retirar SNE”.*

*“Paciente não quer SNE. Paciente apresentando agitação motora e resistência física e verbal durante as 03 tentativas de passagem de SNE.”*

Equipe persistiu com prescrição de sonda. Três dias depois:

*“Paciente admitido (...) para EGD c/ colocação de SNE. Na maca, tranquilo, confuso.”*

Finalmente, sonda é passada, com infusão de dietas. Foi relatado “boa aceitação”. Porém, um dia após ocorreu obstrução da SNE, tendo que ser repassada.

Esta última dura apenas 02 dias, pois paciente faleceu no NCP.



NI: 109

Feminino, 38 anos.

Câncer de mama metastático.

Chegou referindo constipação há 11 dias e pouca aceitação alimentar; perda de sensibilidade nos membros inferiores devido à compressão medular.

Paciente relatou para enfermagem diversas melhorias que vinha sentindo, trazendo certa satisfação:

*“Relata que hoje foi o primeiro dia da última semana que não teve dor de cabeça. Quando questionada, diz que tenta não se preocupar com o futuro e que perdeu muito tempo da sua vida sem viver o presente. Diz não ter mais tanto medo. Refere estar escovando os dentes todos os dias (...). Refere não sentir mais a sensação de “entupimento” depois que foi realizado o enema. Ficou feliz por ver que podia mover os dedos dos pés (...).”*

NI: 110

Feminino, 38 anos.

Câncer de mama metastático.

Chegou sonolenta, desorientada, comatosa. Na primeira evolução, antes de ser transferida ao NCP, referiram inapetência e paciente emagrecida.

Foi transferida para o Núcleo.

Passada SNE para dieta.

Paciente foi a óbito dois dias após a prescrição. No último dia de vida, suspenderam SNE e deixam paciente em jejum total.

NI: 114

Feminino, 55 anos.

Câncer de pulmão metastático.

Relatando constipação e pouca aceitação alimentar na chegada.

Náuseas e vômitos durante internação, relacionados com radioterapia e deglutição de antibiótico, pois são muitas drágeas para deglutir. Náuseas ao se alimentar.

Constipação foi amenizada durante internação.

*“Diz que quer tentar comer comida mais consistente, pois está enjoada das caldas.”*

*“Não quer dieta líquida.”*

*“Filha informa que paciente não consegue alimentar-se devido a lesões na boca.”*

Paciente retirou a prótese dentária, por ser esta a causadora das lesões.

Nutricionista fez duas prescrições dietéticas: a primeira, dieta pastosa, e a segunda, líquida enriquecida.

*“Filha preocupada com a mãe que não está se alimentando.”*

Paciente foi a óbito no NCP, depois de 25 dias de internação no setor.

NI: 120

Masculino, 58 anos.

Sarcoma de peritônio metastático.

Encaminhado por não se alimentar a três dias.

Na baixa, foi transferido diretamente para o NCP, onde relataram estar com SNE, porém fechada. Dieta foi então liberada, porém paciente retirou SNE um dia após.

*“Familiar pediu para não repassar (sonda) até conversar com médico.”* Paciente tomou leite e medicações VO. Seguiu aceitando pouca alimentação, conforme relatos. Não estava verbalizando e apresentava fácies de dor, que não estava controlada.

Medicina referiu que: *“Familiar não deseja SNE por ver este procedimento como gerador de desconforto no paciente.”*

Seguiu respondendo a estímulos simples. Recebendo dieta pastosa. Sonda foi suspensa até o fim da internação.

Faleceu após 04 dias no NCP.

NI: 121

Feminino, 52 anos.

Câncer de mama metastático.

Metástases em SNC, não tendo indicação para tratamento cirúrgico devido a múltiplas metástases na coluna vertebral. Diabética descompensada.

Durante internação em outro andar apresentava queimação ao engolir.

Não se alimentando bem por causa da dor intensa.

Após internar no NCP, único relato sobre a alimentação referiu “boa aceitação VO”.

Não foi localizada a ficha de avaliação nutricional deste paciente, bem como prescrições nutricionais.

A prescrição da dieta, pela medicina, foi para Diabetes.

Permaneceu um mês no hospital e os últimos dez dias no núcleo. Teve alta para casa.

NI: 122

Feminino, 52 anos;

Câncer de mama metastático.

Diabética descompensada, hipertensa. Hepatite colestática.

Paciente reinternou no NCP, apresentando febre e úlcera de pressão em região sacra.

Durante internação, foi constatado sepse de origem urinária.

Aceitação alimentar oscilava entre o “pouco” e o “bom”, conforme relatos.

Apresentando constipação e náuseas ao se alimentar, persistentes, com “anorexia importante associada”.

*“Refere tristeza e aborrecimento por ainda estar apresentando febre e acha que está desnutrida e sem defesas.”*

Em restrição hídrica, queixava-se de sede. Água livre foi liberada para conforto da paciente.

Paciente teve alta para domicílio após 41 dias de internação no núcleo.

Nesta internação, foi avaliada pela nutrição, com diagnóstico “subjetivo obesidade” e prescrito dieta para diabetes 1800kcal.

NI: 123

Feminino, 52 anos;

Câncer de mama metastático.

Diabética descompensada, hipertensa. ITU.

Referindo vômitos e dor abdominal na chegada ao hospital. Apresentando febre desde internação anterior.

Durante internação: anemia, escara infectada, ascite.

Náuseas com alívio após ondansetron + plasil.

Aceitava alimentação normal, proveniente de casa. Conforme algumas evoluções, na sequência cronológica:

*“Comendo muita comida de casa, doces, etc”.*

*“Refere não gostar da comida esmagada e liquidificada que tem sido fornecida.”*

*“Pouca aceitação VO. Estimular ingesta VO.”*

*“Apresentando apetite voraz”*

Prescrição dietética: DM, 1800kcal > DM líquida pastosa.

Segundo familiar, teve melhoras das n/v e aceitava bem alimentação, em determinado momento.

*“Paciente com medo de começar novamente com náuseas e vômitos e não conseguir alimentar-se ou não tolerar o ATB (antibiótico) VO.”*

O desconforto abdominal progrediu, gerando inapetência.

Conduta: SNG aberta em frasco + NPO, porém, não foi possível passar SNG. Após primeira tentativa, paciente negou SNE. Com dispnéia pela distensão abdominal.

*“Evitando alimentar-se por sentir falta de ar após ingesta.”*

Evoluiu com mal estar, vômitos e dor abdominal, mesmo com paracentese de alívio. Referia também desconforto oral (língua enrolada) dificultando na deglutição e na comunicação.

*“Verbalizando que sente que está chegando a hora e pede que não façam traqueostomia e não coloquem sonda.”*

*“Segundo informação da irmã não se alimenta há 04 dias.”*

Paciente diagnosticada como “subjetivo obesidade”.

Foi a óbito no NCP, após 138 dias de internação.

NI: 126

Feminino, 62 anos.

Neoplasia maligna do rim, metastática. DM, HAS, hipotireodismo.

*“Paciente não aceitando dieta hospitalar porque considera pouco palatável.”* (em outro andar).

Episódios de hipoglicemia (segundo paciente, constatado pela enfermagem).

Transferida para o NCP.

Passam SNE. Conforme evolução da enfermagem: *“não administrado medicamento VO, s/ condições no momento (...) e risco para aspiração”*.

Iniciada as dietas por SNE, mas apresentou vômitos dias após.

Dieta reiniciada. Vômitos persistem.

Conduta: SNE aberta em frasco.

Não existem avaliações nutricionais no NCP. Anteriormente, diagnostica paciente como obesidade grau I.

A prescrição, no NCP foi dieta enteral polimérica sem sacarose, sem lactose, 250ml de 3/3hs. Durou 11 dias, com os episódios de suspensão devido aos vômitos.

Paciente com sepse, tendo falecido por agravamento da mesma.

NI: 129

Masculino, 68 anos.

Câncer de esôfago com fístula brônquica. Diabético tipo II. Em radioterapia.

Com gastrostomia, não aceitando dietas da noite por sensação de estufamento.

Relatos de vazamento da dieta. Nutricionista então reduziu volume e concentrou dieta.

Evoluiu com refluxo do conteúdo pela boca, devido a tosse. Dieta foi suspensa.

*“Paciente sente-se ‘traído’ pela rápida evolução da doença, que só percebeu quando começou a sentir dificuldade para comer, no início deste ano. Agora não pode tomar nem água. “Tudo da dieta volta quando tosse.”. Sabe que seu estado é grave, mas tem esperança que resolvam o problema com a sonda (...). Percebe que está muito emagrecido e cansado, pois agora já não pode levantar do leito para ir a cadeira sem ajuda.”*

Equipe prescreve azul de metileno na dieta para observar retorno do conteúdo gástrico, o que foi constatado.

Prescrita cirurgia para jejunostomia. Enquanto paciente não era avaliado pela equipe cirúrgica, passaram SNE, complicando por mau posicionamento. Foi reposicionada, mas encontrou-se enrolada no estômago, sendo liberada com SNG. Paciente, porém, evoluiu sem tolerar toda dieta por causa da tosse e desconforto abdominal, pedindo para retirar dieta. Devido às complicações na passagem de sonda, foi feito raio-X três vezes durante internação para ver onde se encontrava.

Apresentando vômitos e gosto amargo na boca devido ao escarro, que só piorava.

*“Com esperança que irá sentir-se bem mais forte com a dieta (jejunostomia).”*

*“Longe dele (esposa) chora muito e expõe seus sentimentos de impotência e mesmo pena dele, pois um dos prazeres dele era alimentar-se.”*

*“Verbalizou preocupação em morrer caso não receba alimentação.”*

Jejunostomia foi contraindicada devido ao paciente estar muito debilitado (diagnóstico nutricional: subjetivo desnutrido)

Seguem evoluções em ordem cronológica:

Medicina interna: *“alto risco cirúrgico pelo estado nutricional”.*

*“Sente-se mais animado com a possibilidade de fazer cirurgia que possibilite o recebimento de alimentos e com isso poderá ficar mais forte. Diz que a cirurgia será hoje ou quarta, a qualquer momento.”*

Cirurgia: *“Recebo paciente para jejunostomia (...) sem condições de realização de anestesia geral (...). Paciente muito debilitado clinicamente, sem condições no momento de realização de anestesia geral ou regional. Contraindico procedimento no momento.”*

Equipe assistente: *“Reafirmamos a necessidade de realização de jejunostomia a despeito do alto risco cirúrgico. Paciente com neoplasia terminal, sem via para*

*suporte nutricional. Familiares cientes da possibilidade de morte com o procedimento”.*

Permaneceu um mês no hospital, sem realização de jejunostomia, evoluindo com broncopneumonia comunitária grave e septicemia. Nos últimos oito dias de vida, a prescrição médica e nutricional foi “NPO”, ou seja, jejum total.

Durante internação foi encontrado o seguinte registro em prontuário: *“foi conversado com os familiares e principalmente com a esposa, que disse estar satisfeita com os cuidados da equipe e que apenas não desejava que fosse exposta ao paciente a possibilidade de falecimento, o que já estava sendo devidamente cumprido”.*

NI: 130

Feminino, 54 anos.

Câncer de mama metastático. DM, HAS, dislipidemia.

Apresentava enjoos após administração de morfina VO.

*“Reforço a importância de aceitar morfina gotas”.*

Prescrição de morfina via oral é mantida.

Paciente constipação.

*“Aceitando pouco dietas VO, boa aceitação de iogurte e gelatinas.”*

*“Melhor das náuseas, mas sem fome.(...) Aceitando pouco VO.”*

*“Diz estar conseguindo se alimentar um pouquinho melhor, pois está um pouco melhor das náuseas. (...) Oriento que não force alimentos que não goste para evitar novos episódios de vômitos.”*

Prescrição ainda se dava por VO.

*“Apresentou episódio de vômito após ingerir morfina VO.”*

*“Pouca aceitação VO por náuseas.”*

*“Paciente relata preferência para receber morfina SC. (...) Pouca aceitação VO.”*

Não há prescrições ou avaliações do serviço de Nutrição.

Prescrição médica referiu dieta para diabetes, somente se paciente acordada.

Na anamnese da enfermagem consta que paciente referiu ter perdido muito peso.

Morfina VO é suspensa nos últimos dias.

Paciente relatou, em uma das evoluções, diminuição da dor após iniciar radioterapia.  
*“Refere que dores diminuem a cada dia.”*

Ficou 34 dias no NCP e foi a óbito. No atestado de óbito, o motivo da internação refere “dor crônica intratável”.

NI: 133

Feminino, 69 anos.

Neoplasia pulmonar metastática.

Nesta internação, diagnosticado atelectasia subtotal do pulmão por compressão tumoral.

Chegou ao HCPA apresentando náuseas e vômitos.

Durante internação, referiu náuseas ao receber alimentação do hospital. Porém, há evoluções relatando alguma melhora, apresentando oscilação na aceitação alimentar.

*“Diz estar alimentando-se um pouco mais, porém familiar relata que não.”*

*“Relata que alimentou-se melhor pela tarde, não teve vômitos durante o dia.”*

Náuseas persistiram durante internação. Estava também constipada, fazendo uso de medicações para evacuar.

Não há prescrição e avaliação nutricional.

Dieta prescrita (medicina): normal.

Teve alta para casa após 20 dias no NCP. O sumário de alta refere que paciente apresentou náuseas e vômitos incoercíveis, inapetência e fraqueza generalizada. Motivo da internação: náuseas e vômitos.