



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM FONOAUDIOLOGIA

TALITA OLIVEIRA GRANGEIRO

VIA DE ALIMENTAÇÃO EM INDIVÍDUOS COM DEMÊNCIA
AVANÇADA:
REVISÃO DE LITERATURA

Salvador
2018

TALITA OLIVEIRA GRANGEIRO

**VIA DE ALIMENTAÇÃO EM INDIVÍDUOS COM DEMÊNCIA
AVANÇADA:
REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Colegiado do Curso de Graduação em Fonoaudiologia da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de bacharel em Fonoaudiologia.

Orientadora Prof^ª. Dra. Natalie Argolo Pereira
Ponte

Salvador
2018

FOLHA DE IDENTIFICAÇÃO

VIA DE ALIMENTAÇÃO EM INDIVÍDUOS COM DEMÊNCIA AVANÇADA: REVISÃO DE LITERATURA

FOOD ROUTE IN INDIVIDUALS WITH ADVANCED DEMENTIA: LITERATURE REVIEW

Talita Oliveira Grangeiro¹ Natalie Argolo Pereira Ponte²

Graduanda em fonoaudiologia pela Universidade Federal da Bahia¹

Professora auxiliar do departamento de fonoaudiologia pela Universidade Federal da Bahia; Doutora em Medicina e Saúde, PPGMS, UFBA²

Trabalho realizado no Instituto de Ciências da Saúde localizado em Av. Reitor Miguel Calmon, 1272 – Canela, Salvador-BA, 40231-300

Autor da correspondência:

Nome: Talita Oliveira Grangeiro

Endereço: Rua Thomaz Gonzaga, cond. São Judas Tadeu, Pernambués.

E-mail: tali-oliveira@hotmail.com

Área: Disfagia

Tipo de manuscrito: Revisão de literatura

Conflito de interesse: Inexistente

RESUMO

Introdução: A demência avançada tem como consequência a perda de suas capacidades funcionais, como a alimentação e a deglutição. Tal fato faz com que familiares, cuidadores e/ou substitutos, bem como profissionais da saúde, precisem decidir quanto à via de alimentação mais adequada nesse contexto. Em muitos casos, uma via de nutrição e hidratação artificiais é indicada, no entanto seu uso é controverso. **Objetivo:** verificar qual a via de alimentação mais indicada em casos de indivíduos com demência avançada. **Método:** revisão integrativa de literatura nas bases PubMed e SciELO, no período equivalente aos últimos 15 anos, utilizando-se descritores combinados. **Resultados:** Foram encontrados 18 artigos, os quais abordam questões referentes a decisões quanto à introdução, ou não, de uma via alternativa de alimentação artificial nos pacientes com essas condições. O uso desta, na maioria dos artigos, está atrelado ao aumento nos índices de mortalidade, pneumonia por aspiração e úlceras de pressão. **Conclusão:** foi observada uma grande controvérsia quanto à abordagem a ser escolhida para o paciente, no entanto, tornou-se clara a necessidade de adequar as abordagens de acordo com as particularidades de cada sujeito, de forma a promover uma melhor qualidade de vida a este.

Descritores: Demência avançada. Nutrição. Deglutição. Disfagia.

ABSTRACT

Introduction: Advanced dementia results in the loss of functional abilities, such as eating and swallowing. This fact leaves family members, caregivers and / or substitutes as well as health professionals to decide on the most adequate food route in this context. In many cases, an artificial nutrition and hydration route is indicated, however, its use is controversial. **Objective:** to verify the most appropriate feeding route in cases of individuals with advanced dementia. **Method:** integrative review of literature in the databases *PubMed* and *SciELO*, in the period equivalent to the last 15 years, using combined descriptors. **Results:** 18 articles were used, which address questions regarding decisions regarding the introduction or not of feeding tubes in patients with these conditions. The use of artificial feeding in most articles is linked to the increase in mortality rates, aspiration pneumonia and pressure ulcers. **Conclusion:** a great controversy was observed regarding the approach to be chosen for the patient, however, it became clear the need to adapt the approaches according to the particularities of each subject, in order to promote a better quality of life to this

Keywords: Advanced dementia. Nutrition. Swallowing. Dysphagia.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	6
MÉTODO.....	8
RESULTADOS.....	9
DISCUSSÃO.....	12
CONCLUSÃO	15
REFERÊNCIAS.....	16
TABELA 1	19

INTRODUÇÃO

O crescimento da população idosa ocorre, atualmente, de forma acelerada em todo o mundo. Dados estatísticos mostraram que, na maioria dos países em desenvolvimento, a faixa etária predominante é acima de 60 anos (PAVARINI et al., 2005 apud MARTINS, 2011).

Arelado ao envelhecimento está o surgimento de doenças crônico-degenerativas, as quais acometem, principalmente, essa faixa etária e representam uma das principais causas de incapacidade e morte (FROTA, 2008). Dentre essas está a demência, a qual é assumida como um importante problema de saúde pública. (CALDAS, 2011). Em um projeto de plano de ação global da OMS foi relatado que tal condição afetou 47 milhões de pessoas em todo o mundo – cerca de 5% dos idosos – quantidade que deverá aumentar para 75 milhões em 2030 e 132 milhões em 2050. Em avaliações recentes, estima-se que, globalmente, cerca de 9,9 milhões de pessoas desenvolvem demência a cada ano (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

A demência pode ser definida, segundo o Ministério da Saúde (2012), como uma condição neurológica, na qual o indivíduo cursa com comprometimento de domínios cognitivos, como a memória, bem como perda funcional para as suas atividades de vida diária.

Segundo SNYDER et al. (2013), a demência caracteriza-se, quando em seu estágio avançado, por problemas alimentares e consequente perda de peso, desidratação e risco de aspiração. Tal fato faz com que os cuidadores, e/ou familiares, ou equipes de saúde se deparem com a decisão quanto à melhor via de alimentação para o indivíduo nessas condições – manutenção da alimentação oral assistida ou início de nutrição e hidratação artificiais (NHA).

No entanto, é de grande controvérsia, na prática clínica geriátrica, a maneira mais indicada e eficaz para alimentar um paciente em estágio avançado da demência. Não existem evidências quanto aos reais benefícios da alimentação por tubos (no caso, alimentação artificial e hidratação) para o indivíduo nessa condição, apesar de seu uso permanecer comum na prática clínica (TICINESI et al, 2016; VITALE et al., 2011). Em casos de pacientes em estágio terminal da doença, o processo de alimentação e/ou nutrição pode ocorrer de forma dolorosa e/ou desconfortável, além do fato de não

haver comprovação científica do aumento de sobrevida ou melhora da qualidade de vida desses pacientes (REIRIZ et al., 2008).

Observa-se, portanto, que a decisão sobre a via de alimentação artificial mostra-se complexa em casos de indivíduos com demência. É necessário que as abordagens a serem definidas sejam centradas nas necessidades individuais desses sujeitos, bem como de sua família, a fim de fornecer melhores cuidados a estes. Além disso, é de extrema importância a educação de todos que estão envolvidos na prestação dos cuidados, a fim de atender a essa mesma finalidade. (LEMBECK; PAMEIJER; WESTCOTT, 2016). Desta forma, o objetivo deste estudo é verificar qual a via de alimentação mais indicada em casos de indivíduos com demência avançada.

MÉTODOS

Este trabalho foi elaborado por meio de uma revisão integrativa da literatura, no qual as seguintes etapas foram percorridas: definição da questão norteadora e objetivos da pesquisa; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão das publicações; busca na literatura; análise, apresentação e discussão dos resultados.

Realizou-se a busca das publicações indexadas nas seguintes bases de dados: *PubMed*, *Lilacs* e *SciELO*.

Para identificação de bibliografias pertinentes, lançou-se mão dos seguintes descritores: “*Advanced Dementia*” AND “*Nutrition*” AND (“*Swallowing*” OR “*Dysphagia*”).

Os critérios de inclusão foram: artigos que abordassem questões referentes à alimentação de pacientes com demência avançada e problemas alimentares, disponíveis na íntegra, publicados em português, inglês ou espanhol, com o período equivalente aos últimos 15 anos (2002 à 2017). Como critérios de exclusão: trabalhos que não atendessem a temática, estudos do tipo “Revisão de literatura” e não apresentassem a publicação na íntegra nas bases de dados.

RESULTADOS

Foram encontrados, no total, 290 artigos, dos quais 288 foram achados na base de dados *PubMed* e 2 no *SciELO*. Não foram encontrados artigos na base *Lilacs*. Após avaliação de títulos e resumos, foram selecionados 68 e 40 artigos, respectivamente. Após leitura na íntegra, remoções das duplicatas e dos artigos que não condiziam com o objetivo do estudo, foram selecionados 18 artigos, os quais relatam diferentes visões acerca das peculiaridades que podem ser encontradas ao se deparar com uma situação semelhante a esta citada acima. Para melhor demonstrar os achados, foi construída uma tabela para retratá-los, constando as seguintes informações: autor/ano, objetivo, metodologia, população e resultados. Esta se encontra anexada ao final do estudo, intitulada como tabela 1.

A revisão de literatura foi de difícil análise devido à metodologia empregada nos estudos, uma vez que a maioria trata-se de relatos de casos, nos quais o tamanho amostral é reduzido.

Dentre os 18 artigos utilizados para a revisão, foi observada uma controvérsia unânime quanto à via de alimentação mais indicada para um paciente em estágio final de demência. A maioria dos autores utilizou como desfechos para a realização de seus estudos os aspectos de qualidade de vida, conforto e sobrevivência/morte.

Foi observado que, mesmo com poucas informações acerca dos benefícios da alimentação artificial em pacientes com demência em estágio final, seu uso e/ou indicação ainda parece ser comum. No entanto, em quatro dos 18 artigos revisados, a utilização desse procedimento esteve associado a aspectos negativos como o aparecimento de úlceras de pressão, aumento no número de pneumonia por aspiração e aumento no índice de mortalidade (KUO et al., 2009; CINTRA et al., 2010; TICINESI et al., 2016; PASMÁN et al., 2016).

Por outro lado, nos estudos em que foi retratada a escolha da alimentação por via oral nesses sujeitos, foi observado que sua indicação pareceu estar associada ao entendimento de que a via artificial de alimentação não iria beneficiá-los, diante da sua atual conjuntura de saúde (estágio avançado da doença). Diante disso, dois artigos trouxeram como opção para esses a alimentação de conforto, sem uso de medidas

invasivas (LEMBECK; PAMEIJER; WESTCOTT, 2016; PALECEK et al., 2010).

É importante destacar que em muito dos estudos a escolha da alimentação se deu a partir da individualidade do sujeito, de acordo com seu diagnóstico, características da doença, do sujeito ou outros envolvidos em seu processo de cuidado, além de suas crenças.

Diante dessa controvérsia quanto a melhor abordagem para com os sujeito nas condições já citadas, Arahata et al. (2017), a fim de auxiliar nesse processo de decisão, trazem como proposta uma avaliação – CGA (Avaliação Geriátrica Abrangente – tradução livre) – que, após estudo, verificou-se uma melhor recuperação dos pacientes idosos com demência e transtornos alimentares, com uma sobrevivência livre de NHA durante um ano maior do que no grupo que não recebeu a CGA. Essa proposta sugere que indivíduos recebam intervenções terapêuticas individualizadas após avaliação etiológica de problemas alimentares. Para auxiliar nesse processo, o artigo de Snyder et al. (2013) traz como proposta, também, a utilização de um “auxílio à decisão”, ou seja, o fornecimento de informações estruturadas e eficazes para ampliar o conhecimento e reduzir os conflitos decisoriais, onde se observou um resultado positivo, uma vez que os envolvidos no estudo (substitutos/representantes dos pacientes) obtiveram uma resposta mais clara e objetiva quanto aos questionamentos realizados (no caso, opções de alimentação).

Em três dos artigos utilizados para o estudo, foi relatado, também, os profissionais que podem estar envolvidos no processo de decisões de fim de vida (como introdução de uma via de alimentação artificial). Dentre esses incluem-se médicos, fonoaudiólogos e enfermeiros (VITALE et al., 2011; BRYON; GASTMANS; DIERCKX DE CASTERLÉ, 2010; LACEY, 2006). Tratando-se do fonoaudiólogo e de suas ações para com pacientes em estágio final da demência, dois dos artigos utilizaram como objeto de estudo suas crenças quanto à introdução de uma via de alimentação artificial nessa população. Observou-se que a maioria recomendou um método de alimentação não-oral para esta (SHARP; SHEGA, 2009; VITALE et al., 2011).

Em apenas um dos estudos os autores se dedicaram à avaliação do estado clínico nutricional de pacientes com demência alimentados por pelo menos um ano por um tubo enteral a longo prazo, de forma a questionar suas famílias e representantes da

equipe de enfermagem quanto às suas opiniões sobre a continuação do procedimento nesses pacientes. Observado que a maioria dos respondentes não sabe se posicionar quanto à questão (LUBART; LEIBOVITZ; HABOT, 2004).

Aparanji e Dharmarajan (2010) reafirmam a importância de um diagnóstico adequado, a fim de uma melhor abordagem aos indivíduos para com as condições já então relatadas.

DISCUSSÃO

Observa-se que ainda não existe um consenso na literatura quanto à via de alimentação mais adequada para um paciente com demência em estágio final.

Essa condição tem seu quadro evolutivo caracterizado por incapacidades funcionais, tais como dificuldade para se alimentar e deglutir (SANCHES; BILTON; RAMOS, 2000). Indivíduos, quando em estágio mais avançado da doença, segundo Norberg e Athlin (1989, *apud* Sanches, Bilton e Ramos, 2000), acabam por perderem a noção do que é apropriado – quando se trata do alimento – bem como, apresentam problemas que se referem a funções consideradas básicas, como mastigar ou deglutir, por exemplo. Ocorre também de alguns recusarem o alimento. Tais problemas alimentares relatados em pacientes com demência avançada constituem importantes fatores de risco para a sua sobrevivência (ARAHATA et al., 2017).

Alguns autores afirmam que, em caso de pacientes em condições que os deixam inaptos para se alimentarem de forma adequada – espontaneamente e por via oral – são necessários meios que supram suas necessidades nutricionais (REIRIZ et al., 2008). Os familiares, cuidadores ou equipes de saúde desses sujeitos questionam-se constantemente quanto à via de alimentação mais adequada para estes – dadas as suas condições clínicas (SNYDER et al., 2013).

Nutrição e hidratação artificiais (NHA) constituem uma alternativa para o suporte nutricional desses indivíduos (PASMÁN et al., 2006). No entanto, seu uso é controverso (TICINESI et al., 2016). Sua utilização está associada, em muitos casos, a uma maior deterioração do indivíduo, maior incidência de pneumonia por aspiração e mortalidade (KUO et al., 2009; CINTRA et al., 2010).

Segundo Lembeck, Pameijer e Westcott (2016) são poucas as informações para sustentar a decisão quanto à introdução de uma via artificial de alimentação. Este traz que a nutrição e hidratação artificiais são consideradas intervenções médicas – ou seja, são considerados procedimentos invasivos – os quais podem acarretar em riscos à saúde para os indivíduos em estágio final de demência.

A literatura traz, também, como uma alternativa a essas circunstâncias, a ordem “Comfort Feeding Only” (CFO) – alimentação de conforto apenas (tradução livre) –

um plano de cuidado individualizado, o qual é centrado no conforto do paciente. O conforto, nessa perspectiva, pode ser atribuído à parada de alimentação do indivíduo (onde este não será alimentado de forma angustiante), bem como no sentido de que as refeições serão administradas da forma mais confortável possível para o sujeito, através da alimentação manual – uma maneira de manter a nutrição de forma menos invasiva e mais satisfatória. Nessa ordem de alimentação, quando o paciente não consegue mantê-la sem sofrimento e/ou angústias, é exigida a interação contínua com o indivíduo, a qual envolve outros cuidados que ajudem a promover conforto a esse (como cuidados assíduos com a boca e o contato terapêutico) (PALECEK et al., 2010).

No caso de uma decisão que apoie a retirada da alimentação para um paciente nessas condições, esta pode ser mal interpretada, de forma a se pensar que esse sujeito estaria sendo privado do ato de se alimentar (LEMBECK; PAMEIJER; WESTCOTT, 2016). A privação da alimentação pode ser considerada um ato de negligência, uma vez que esta é garantida, pela Declaração Universal dos Direitos Humanos, artigo 25, como um direito (MEIER; ONG, 2015).

No entanto, de acordo com Villas-Bôas (2008) a restrição de quaisquer procedimentos invasivos não se confere como crime, uma vez que estes não oferecem benefício ao paciente. A restrição destes é entendida como ortotanásia, processo pelo qual o médico opta, conscientemente, por abster-se de uma medida que não iria exercer sua função, de forma a servir, apenas, para “prolongar artificialmente sem melhorar a existência terminal” (distanásia).

É importante ressaltar que a suspensão de tais medidas ou quaisquer outras em que o médico optou por retirá-las por considerar fúteis ou desproporcionais às condições do enfermo fora das possibilidades de cura, não significa que este não receberá nenhum tipo de cuidado. Este será mantido para o bem estar desse sujeito, através de condutas consideradas proporcionais, como os cuidados básicos, ou seja, medidas de palição, alimentação e hidratação e higiene – estas de acordo com a individualidade de cada sujeito (VILLAS-BÔAS, 2008).

Podem participar desse processo de tomada de decisões, além dos familiares, cuidadores e/ou substitutos (quando os pacientes não estão em condições clínicas que o permitam decidir sobre algo), uma equipe multidisciplinar, na qual estão incluídos médicos, fonoaudiólogos e enfermeiros (VITALE et al., 2011; BRYON; GASTMANS;

CASTERLÉ, 2010; LUBART; LEIBOVITZ; HABOT, 2004). É essencial que suas ações estejam de acordo com o que preconiza os Cuidados Paliativos – promover qualidade de vida àqueles fora das possibilidades de cura (LAVY; WOOLDRIDGE, 2009).

É imprescindível que as tomadas de decisões quanto às abordagens terapêuticas para com o indivíduo nessas condições orientem-se através de sua individualidade, respeitando seus desejos e os de sua família. Segundo Kitwood's (1997, apud, G. Mitchell; J. Agnelli, 2015) as necessidades psicológicas essenciais dessa população devem ser atendidas, as quais incluem: conforto, ou seja, a confiança para com o outro; anexo, que se refere à busca pela familiaridade e segurança em lugares atípicos; inclusão, ou seja, o envolvimento/participação na vida de outros; ocupação, a qual trata-se da manutenção da vida normal/autonomia; e por fim a identidade, característica que o torna único diante de outras pessoas.

Deve-se entender, sobretudo, que o objetivo dos cuidados paliativos não é “prolongar ou diminuir a vida, mas melhorar a qualidade de vida para que o tempo restante – sejam dias, meses ou anos – possa ser tão proveitoso quanto possível” (PINTO, 2009).

CONCLUSÃO

Observa-se que não há um consenso na literatura quanto à via de alimentação mais adequada às condições de saúde dos pacientes com demência avançada. Existem muitas controvérsias quanto à introdução da via de alimentação artificial, uma vez que seu uso, de acordo com os achados na literatura, está atrelado ao aumento nos índices de mortalidade, pneumonias por aspiração e úlceras de pressão. Tal fato faz com que muitos envolvidos no cuidado a esses sujeitos, mesmo diante de um processo de deglutição inseguro, mantenham escolhida a via de alimentação oral, considerando a ausência de benefícios dos tubos de alimentação. Alguns ainda, por relatarem que o paciente em condições avançadas da doença não experimenta a fome, sugerem manter a alimentação apenas quando esta for confortável ao paciente, senão, este receberá outras formas de cuidado, como o contato terapêutico.

É importante considerar que a forma de alimentar o paciente com demência avançada deve ser escolhida após análise do diagnóstico, crenças dos profissionais e outros envolvidos no processo de cuidado, características da doença, do paciente e do local no qual estão sendo prestados seus cuidados, considerando as particularidades de cada caso e, sobretudo, objetivando promover a este uma melhor qualidade de vida e/ou morte.

REFERÊNCIAS

APARANJI, Krishna P.; DHARMARAJAN, T.S., Pause Before a PEG: A Feeding Tube May Not Be Necessary in Every Candidate!, **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 11, n. 6, p. 453–456, 2010.

ARAHATA, Masahisa *et al*, A comprehensive intervention following the clinical pathway of eating and swallowing disorder in the elderly with dementia: historically controlled study, **BMC Geriatrics**, v. 17, n. 1, 2017.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Prevenção da demência**. Belo Horizonte, 2012.

BRYON, Els; GASTMANS, Chris; DIERCKX DE CASTERLÉ, Bernadette, Involvement of hospital nurses in care decisions related to administration of artificial nutrition or hydration (ANH) in patients with dementia: A qualitative study, **International Journal of Nursing Studies**, v. 47, n. 9, p. 1105–1116, 2010.

CALDAS, C. P. O idoso em processo de demência: o impacto na família. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JR., C. E. A. (orgs.). **Antropologia, saúde e envelhecimento [online]**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011. cap. 51, p. 51 – 71. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/d2frp/pdf/minayo-9788575413043.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2018.

CINTRA, M. T. G. *et al*, A comparison of survival, pneumonia, and hospitalization in patients with advanced dementia and dysphagia receiving either oral or enteral nutrition, **The Journal of Nutrition, Health & Aging**, v. 18, n. 10, p. 894–899, 2014.

DETWEILER, Mark B.; KIM, Kye Y.; BASS, Jill, Percutaneous endoscopic gastrostomy in cognitively impaired older adults: A geropsychiatric perspective, **American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias**, v. 19, n. 1, p. 24–30, 2004.

ESQUIVEL, Sofia; SAMPAIO, Joana Filipa; SILVA, Cristiana Teixeira da. Alimentar a vida ou sustentar a morte?: Uma reflexão em equipa partindo de um caso clínico. **RevPortMed Geral Fam**, Lisboa , v. 30, n. 1, p. 44-49, fev. 2014 . Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S218251732014000100008&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 22 jan. 2018.

FROTA, J. F. C. **Prevalência e fatores associados à disfagia em idosos residentes em comunidades**. Fortaleza, 2008.

KUO, Sylvia *et al*, Natural History of Feeding-Tube Use in Nursing Home Residents With Advanced Dementia, **Journal of the American Medical Directors Association**,

v. 10, n. 4, p. 264–270, 2009.

LACEY, Debra, End-of-Life decision making for nursing home residents with dementia: a survey of nursing home social services staff, **Health & Social Work**, v. 31, n. 3, p. 189–199, 2006.

LAVY, V.; BOND, C.; WOOLDRIDGE, R.; **Kit de ferramentas em cuidados paliativos: melhoria dos cuidados desde o diagnóstico da doença crônica, em contextos de recursos limitados. Help the Hospices. Inglaterra, 2009.**

LEMBECK, Meghan E.; PAMEIJER, Colette R.; WESTCOTT, Amy M., The Role of Intravenous Fluids and Enteral or Parenteral Nutrition in Patients with Life-limiting Illness, **Medical Clinics of North America**, v. 100, n. 5, p. 1131–1141, 2016.

LUBART, Emilia; LEIBOVITZ, Arthur; HABOT, Beni, Attitudes of relatives and nursing staff toward tube-feeding in severely demented patients, **American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias**, v. 19, n. 1, p. 31–34, 2004.

MEIER, Cynthia A.; ONG, Thuan D., To Feed or Not to Feed? A Case Report and Ethical Analysis of Withholding Food and Drink in a Patient With Advanced Dementia, **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 50, n. 6, p. 887–890, 2015.

MITCHELL, Gary; AGNELLI, Joanne, Person-centred care for people with dementia: Kitwood reconsidered, **Nursing Standard**, v. 30, n. 7, p. 46–50, 2015.

PALECEK, Eric J. *et al*, Comfort Feeding Only: A Proposal to Bring Clarity to Decision-Making Regarding Difficulty with Eating for Persons with Advanced Dementia: (See Editorial Comments by Dr. Daniel J. Brauner, pp 599-601), **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 58, n. 3, p. 580–584, 2010.

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

PASMAN, H. Roeline W. *et al*, Predictors of survival in nursing home patients with severe dementia in whom artificial nutrition and hydration forgone, **International Psychogeriatrics**, v. 18, n. 2, p. 227, 2006.

REIRIZ, A. B. *et al*., Cuidados Paliativos – há benefícios na nutrição do paciente em fase terminal? **Revista da Sociedade Brasileira de Clínicas Médicas**. Caxias do Sul, 2008.

SANCHES, E. P.; BILTON, T.; RAMOS, L. R. **Análise descritiva da alimentação de idosos com demência**. São Paulo, 2000.

SHARP, Helen M.; SHEGA, Joseph W., Feeding Tube Placement in Patients With Advanced Dementia: The Beliefs and Practice Patterns of Speech-Language Pathologists, **American Journal of Speech-Language Pathology**, v. 18, n. 3, p. 222, 2009.

SNYDER, E. Amanda *et al*, Impact of a Decision Aid on Surrogate Decision-Makers' Perceptions of Feeding Options for Patients With Dementia, **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 14, n. 2, p. 114–118, 2013.

TICINESI, Andrea *et al*, Survival in older adults with dementia and eating problems: To PEG or not to PEG?, **Clinical Nutrition**, v. 35, n. 6, p. 1512–1516, 2016.

VILLAS-BÔAS, M. E. A Ortanásia e o Direito Penal Brasileiro. **Revista Bioética**, 2008.

VITALE, Caroline A. *et al*, Tube Feeding in Patients with Advanced Dementia: Knowledge and Practice of Speech-Language Pathologists, **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 42, n. 3, p. 366–378, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Draft global action plan on the public health response to dementia Report by the Director-General. [s.d.]. April, 2017.

TABELA 1: APRESENTAÇÃO DA SÍNTESE DE ARTIGOS INCLUÍDOS NA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

AUTOR/ ANO	OBJETIVO	METODOLOGIA	POPULAÇÃO	RESULTADOS
DET-WEILER, M.; KIM, K. Y., BASS, J., (2004)	Discutir questões éticas e estratégias de tratamento para consultas de colocação de tubos pré e pós-PEG, incluindo intervenções ambientais, para a melhora de QVV da população.	Descrição de 3 casos em situações de capacidade de comunicação e decisional, capacidade de comunicação sem capacidade decisional e afasia grave sem capacidade decisória. Discute questões éticas e estratégias de tratamento durante definição de PEG, e intervenções ambientais para melhor QVV.	Caso 1: paciente, 62 anos com demência e habilidade de comunicação e decisão; caso 2: homem, 67 anos com risco de aspiração para fluidos e sólidos, habilidade de comunicação sem capacidade decisional; caso 3: homem, 67 anos com sintomas comportamentais graves associados à demência e à transtorno bipolar, com afasia verbal grave, sem capacidade decisória.	Caso 1: retirada do tubo: evolução com alimentação VO; caso 2: colocação do PEG - retirada após ganho de peso: alimentação VO com alta hospitalar; caso 3: colocação do PEG e contenção das mãos para evitar a retirada deste.
LUBART, E.; LEIBOVITZ, A.; HABOT, B., (2004)	Avaliar o estado clínico e nutricional dos pacientes dementes por 1 ano após início da alimentação por TE e questionar suas famílias e representantes da equipe de enfermagem quanto às suas opiniões sobre a continuação do TE nesses pacientes.	Formulário para coletar informações médicas dos registros clínicos dos pacientes, incluindo parâmetros nutricionais. Preparou-se questionário para avaliar a atitude em relação a alimentação por TE, o submetendo a vários médicos seniores e enfermeiros para revisão. As questões envolviam a continuação ou retenção da alimentação por TE e opiniões pessoais dos respondentes sobre procedimento.	111 pacientes com demência em uso de alimentação por TE: 89 deles em uso de NGT e 22 com PEG.	12% recusaram o procedimento; 36% optaram pela continuação da alimentação por TE. (resposta mais comum: "não sei" - 52%). Alimentação por tubo enteral considerada ferramenta essencial pela maioria dos respondentes.

<p>PASMAN et al (2006)</p>	<p>Investigar características dos pacientes onde as NHA são perdidas, duração da sobrevivência após a decisão e fatores associados à duração dessa.</p>	<p>Utilizadas informações de questionários preenchidos pelos NHPs que trataram os pacientes. O questionário era respondido após a decisão sobre a ANH. (Questionário sobre características do estado de saúde dos pacientes).</p>	<p>Incluídos 190 pacientes de 32 lares diferentes; 178 em quem a ANH foi perdida e 12 em quem foi iniciada. O estudo concentra-se apenas nos 178 casos em que a ANH foi perdida.</p>	<p>A maioria morreu pouco após a decisão de renúncia à NHA 59% dentro de 1 semana e 28% dentro de 2 dias. 15% sobreviveu por 6 semanas.</p>
<p>LACEY, D. (2006)</p>	<p>Descrever os papéis da equipe de serviços sociais de enfermagem e percepções sobre a tomada de decisão médica em fim de vida para os residentes de casas de repouso em demência em estágio final.</p>	<p>Questionário auto-projetado, com resposta de 138 participantes sobre diretrizes avançadas, intervenções médicas e níveis de conforto com retenção e retirada do tratamento.</p>	<p>138 funcionários de serviços sociais de enfermagem de todo o Estado de Nova York</p>	<p>³/₄, 60%, 23%, respectivamente, apontam que: pessoas morrendo raramente sentem fome; especialistas em CP crêem que desidratação não causa sofrimento; alimentação por tubo não previne pneumonia por aspiração; 23% estavam desconfortáveis em remover um tubo de alimentação em demência no estágio final; 36% acreditam que os moradores com demência em fase final poderiam morrer de fome sem um tubo de alimentação; 24% "não concordam nem discordam" quanto ao conforto/desconforto na remoção do tubo de alimentação nestes.</p>

<p>KUO et al (2009)</p>	<p>Examinar a história natural da inserção e uso de tubo de alimentação em uma amostra nacional de residentes de casas de repouso com comprometimento cognitivo avançado.</p>	<p>Análise secundária do conjunto mínimo de dados incorporado nos arquivos de reivindicações da Medicare. As NHR foram seguidas por até 1 ano para ver se houve inserção de um tubo de alimentação e depois seguido por 1 ano após a inserção para examinar o uso de cuidados de saúde e a sobrevivência.</p>	<p>Residentes de lares de idosos com idade igual ou superior a 66 anos que apresentaram demência avançada (definido por um escore de desempenho cognitivo [CPS] de pelo menos 4) e sem tubo de alimentação no momento da avaliação basal MDS em 2000.</p>	<p>Incidência de inserção de tubo de alimentação: 53,6 para 1000 residentes de lar de idosos com demência avançada. Pacientes com tubo de alimentação tendem a ficar mais prejudicados fisicamente e desenvolverem úlcera de pressão. São, também, são mais propensos a terem pelo menos 1 hospitalização nos 3 meses anteriores e pelo menos 1 ER, e são menos propensos a estar em CP.</p>
<p>SHARP, H. M., SHEGA, J. W., (2009)</p>	<p>Descrever as crenças e práticas dos Fgos. sobre o uso de PEG entre pacientes com demência avançada e disfagia.</p>	<p>Uma pesquisa foi enviada para uma amostra aleatória geograficamente estratificada de 1.050 FGOs.</p>	<p>1050 FGOs, membros ativos da ASHA, os quais trabalhavam em uma configuração médica.</p>	<p>Dos Fgos: 56% indicaram PEG para um paciente com demência avançada e disfagia, 10% tubo nasogástrico e 44% alimentação oral + ANH; acreditam que: a alimentação por PEG facilitava a administração de medicamentos (83%), melhorava o estado nutricional (78%) e diminuíram o tempo para alimentar o paciente (68%). Discordam que: a alimentação por PEG melhora a QV (58%) e estado funcional (48%). As crenças variaram quanto ao risco de aspiração, melhora de sobrevivência ou conforto para paciente/família com o uso de PEG.</p>

<p>APA-RANJI, K. P. ; DHAR-MARAN, T. S., (2010)</p>	<p>Esclarecer quanto à importância de eleger corretamente o candidato adequado à receber a PEG.</p>	<p>Descrição de um caso clínico e discussão quanto aos achados deste através de uma reavaliação do paciente proposta pelo Comitê de Ética.</p>	<p>Residente de cuidados prolongados, 68 anos com PD, hospitalizado em unidade geriátrica de cuidados intensivos. Apresenta psicose, depressão, fraqueza, redução no movimento lingual e labial, reflexo GAG ineficaz, voz fraca, articulação imprecisa e pouca expressão facial. Avaliação de cognição incompleta por barreira linguística. Avaliação de deglutição: disfagia orofaríngea severa com risco de aspirar. Proposto a colocação de PEG - paciente recusou.</p>	<p>Paciente com capacidade de decisão questionada. Barreira de idioma e dificuldade de contato com família. Acionado comitê de ética: proposta avaliação com equipe multidisciplinar, incluindo fonoaudiólogo. Otimizados medicamentos anti-parkinsonianos: cursou com recuperação da capacidade de deglutição (reduzindo o risco de aspiração) e comunicação, além da capacidade de tomada de decisões. Diagnósticos de psicose, depressão e demência excluídos. Paciente evoluiu com alimentação oral.</p>
<p>BRYON, E.; GASTMA S, C.; CAS-TERLÉ, B. D., (2010)</p>	<p>Explorar e descrever como os enfermeiros estão envolvidos no cuidado que envolve as decisões relativas a nutrição artificial ou hidratação em pacientes hospitalizados com demência.</p>	<p>Entre abril de 2008 e junho de 2009, foram realizadas 21 entrevistas que foram gravadas e posteriormente transcritas. O processamento de dados envolveu (1) coleta e análise simultânea e sistemática de dados, (2) onda contínua para frente e para trás, (3) diálogo contínuo com os dados e (4) processo de equipe interativa.</p>	<p>21 enfermeiros, sendo 20 do sexo feminino e 1 do sexo masculino, com faixa etária de 23 a 60 anos.</p>	<p>Em toda estadia hospitalar de pacientes com demência, os enfermeiros foram intensamente e diversamente envolvidos no tratamento das decisões de ANH destes. Seu envolvimento caracterizou-se por um tema central: esforço em proporcionar "bons cuidados" e "o melhor atendimento possível" para seus pacientes.</p>

PALECEK et al (2010)	Discutir o uso da alimentação de conforto - "comfort feeding only" (CFO) nos lar de idosos.	Descrição de um caso clínico e posterior análise sobre as possibilidades de decisão quanto à via alternativa de alimentação da paciente.	Sra. P, residente de um lar de idosos, 92 anos de idade, com diagnóstico de demência avançada, não verbaliza e não se senta sem auxílio. Cursa com engasgos.	Após piora da ingestão oral, médico propôs 2 alternativas: 1. alimentação por tubo, sem prolongamento de vida ou redução dos riscos de aspiração, além do risco de agitação; 2. ordem CFO, concentrando-se em manter a paciente confortável ao alimentá-la manualmente. A 2ª opção foi escolhida.
VITALE et al (2011)	Avaliar os fatores associados ao conhecimento e às recomendações da SLP sobre a alimentação de tubos em pacientes com demência avançada.	Uma pesquisa de Fgos foi administrada por correio para obter conhecimentos e recomendações relacionadas à pacientes com demência avançada e disfagia. Uma amostra foi selecionada (1500 membros elegíveis da lista de correio ASHA 2006). Foram entrevistados 1379 Fgos, dos quais 731 tornaram-se elegíveis para a amostra.	A população-alvo: Fgos praticando nos Estados Unidos que trabalham com adultos no campo médico / de saúde. População estudada: membros da ASHA. Dos 1379 Fgos entrevistados, 731 tornaram-se elegíveis para a amostra.	55% recomendam um método de alimentação não-oral em pacientes com demência avançada; 70%, em certas circunstâncias, alimentação oral, mesmo com alto risco de aspiração; 22%, 50,2%, 54,5% e 63,2%, respectivamente, responderam "não ou muito improvável" quando perguntado se a alimentação por tubo reduziria o risco de aspiração, morte desconfortável, melhora o estado funcional ou QOV.

<p>PARKER, M.; POWER, D., (2012)</p>	<p>Discutir dificuldades de consumo/deglutição que pessoas com demência avançada podem apresentar e práticas multidisciplinares indicadas em sua gestão, além de explorar como as famílias, cuidadores e funcionários da casa de cuidados podem ser apoiados ao tomar decisões de melhor interesse sobre nutrição artificial e cuidados de fim de vida para essa população.</p>	<p>Relato de 3 casos clínicos e discussão das dificuldades de deglutição que pacientes com demência avançada podem apresentar; busca as melhores práticas que podem ajudá-los e ajudar seus familiares (quanto à melhor decisão da via de alimentação para o paciente).</p>	<p>Caso 1: Sr. K, diagnóstico de Alzheimer leve e deglutição insegura. Caso 2: Sra. B, com histórico de demência grave e deglutição deteriorada. Caso 3: Sr. S, diagnosticado com demência grave há 3 anos.</p>	<p>caso 1: condição demencial não avançada - introdução de via alternativa (nasogástrica); caso 2: demência avançada - alimentação com controle de rícos, adequando a consistência, quando a paciente estivesse em condições de recebê-la. Teve alta e morreu após 3 meses, com cuidados de fim de vida adequados. caso 3: não alimentar artificialmente. Elaborado plano escrito e encaminhado para equipe de CP. Readmitido após semanas por pneumonia de aspiração, vindo à óbito.</p>
<p>SNYDER et al (2013)</p>	<p>Descrever as percepções dos substituintes sobre as opções de alimentação e determinar se um auxílio de decisão sobre opções de alimentação em demência avançada melhoraria o conhecimento, diminuiria a expectativa de benefício da alimentação por tubo e reduziria o conflito sobre as escolhas de tratamento para essa população.</p>	<p>Entrevista semi-estruturada com pré e pós-estudo de design para substitutos no grupo de intervenção: relatos sobre vantagens e desvantagens da alimentação por tubo ou oral assistida antes e após revisão de um auxílio de decisão (fornecimento de informações estruturadas e eficazes para ampliar o conhecimento e reduzir conflitos decisoriais). Auxílio com informações sobre a tomada de decisões de substitutos, demência e problemas de alimentação e vantagens/desvantagens da alimentação por tubos ou opções de oral assistida.</p>	<p>255 substitutos de residentes (geralmente, filho ou filhas) de lares de idosos com demência avançada e problemas de alimentação, em controle (n = 129) e grupos de intervenção (n = 126).</p>	<p>Após auxílio à decisão, os substitutos tiveram: melhores resultados de conhecimento, menor expectativa quanto ao benefício da alimentação por tubo, sem esperar que a alimentação por tubo melhorasse a dor, problemas com a alimentação, QoV, sobrevivência, reduziu o risco de pneumonia, episódios de tosse e asfixia.</p>

<p>ESQUIVEL, S.; SAM-PAIO, J. F.; SILVA, C. T., (2014)</p>	<p>Verificar possibilidades de melhora em relação aos cuidados prestados e à postura dos profissionais perante às pressões dos familiares e funcionários do lar, bem como verificar se o desconforto em que a doente foi exposta em busca da manutenção da nutrição faz sentido no contexto da sua doença crônica avançada e terminal.</p>	<p>Descrito um caso clínico e posteriormente realizada uma revisão de literatura com base nas condutas perante o caso.</p>	<p>Maria, nome fictício, 77 anos, antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, hiperglicemia, neoplasia do intestino com tratamento cirúrgico, insuficiência venosa, carcinoma espinocelular e demência atribuída a causa vascular e Doença de Alzheimer seguida em Psiquiatria.</p>	<p>A paciente submetida à inserção de SNG após internamento por ITU. No entanto, a partir deste caso e da revisão de literatura realizada pelas autoras, não houve comprovação de que a alimentação artificial seja vantajosa na fase terminal da doença. A colocação de um tubo de alimentação (PEG OU SNG) nesses pacientes não parece acrescentar benefício para prevenir úlceras de pressão e desnutrição, ou aumento de sobrevida.</p>
<p>CINTRA et al (2014)</p>	<p>Avaliar a taxa de sobrevivência, a incidência de pneumonia e as internações hospitalares em pacientes idosos com demência avançada e comparar esses resultados entre pacientes que receberam nutrição enteral e oral.</p>	<p>Recrutamento dos pacientes: julho de 2011 à março de 2012; cuidadores acompanhados por telefone a cada 3 meses até setembro de 2012; visitas nas unidades do hospital; profissionais de saúde do ambulatório contatados na busca de novos casos. Revisão do caso de demência baseado em: histórias dos cuidadores, exame físico, entrevistas sobre diagnóstico e etiologia, história de disfagia e pneumonia por aspiração, uso de alimentação artificial, dependência funcional, características sociodemo-gráficas, diagnóstico diferencial e de concepção e evolução da demência e disfagia. Feita avaliação de disfagia pelo Fgo e avaliação nutricional.</p>	<p>Idosos disfágicos com idade ≥ 60 anos com demência avançada (classificados como pelo menos 7A de acordo com o estadiamento de avaliação funcional [FAST]). Ambos os pacientes com gastrostomias e tubos de alimentação nasogástrica foram incluídos no grupo de alimentação alternativa.</p>	<p>Maior número de úlceras por pressão e pneumonia por aspiração no grupo que recebeu alimentação alternativa, além do maior índice de mortalidade nesse grupo.</p>

<p>MEIER, C. A.; ONG, T. D., (2015)</p>	<p>Esclarecer se é eticamente justificável que um substituto recuse alimentos e bebidas em nome do paciente.</p>	<p>Descrito um caso clínico e analisadas questões éticas quanto à atitude da filha (e substituta) do paciente.</p>	<p>Paciente, 80 anos de idade, sexo masculino, com doença de Alzheimer e sua filha como agente de saúde nomeada.</p>	<p>Pessoal da casa de repouso sentiu-se desconfortável com decisão da filha em reter comida e bebida do paciente, com receio em estar negligenciando suas necessidades básicas. Sua alimentação não parece causar desconforto, mesmo que não prolongue sua vida. Em conferência familiar foi sugerido CFO – filha recusou. Paciente morreu pouco depois da conferência.</p>
<p>LEM-BECK, M. E.; PAMELIER, C. R.; WESTCOTT, A. M., (2016)</p>	<p>Descrever o papel da alimentação artificial e hidratação em pacientes com doenças que limitam a vida, no caso do paciente do caso descrito, demência avançada.</p>	<p>Descrição de 3 cenários incluindo demência, malignidade e morte ativamente para destacar a melhor abordagem da NHA em pacientes com doenças que limitam a vida.</p>	<p>Paciente, do sexo feminino, com 78 anos de idade, diagnosticada com Alzheimer há 6 anos. Ela atualmente não é verbal, não consegue seguir os comandos e requer assistência com todas as ADLs (atividades de vida diária).</p>	<p>A filha (e substituta) da paciente (SW) questionou sobre a alimentação artificial. Após conversa com médico, o qual esclareceu sobre a alimentação artificial, foi optado pela alimentação assistida oral para gosto e conforto.</p>

<p>TICINESI et al (2016)</p>	<p>Avaliar, após um acompanhamento médio de 18 meses, os efeitos, em termos de mortalidade e readmissões hospitalares, de alimentação por tubo PEG vs nutrição oral em curso de uma coorte de pacientes idosos multiformes com diagnóstico bem estabelecido de demência descarregada de uma unidade hospitalar de medicina interna da Itália.</p>	<p>Coletadas informações sobre tipo de demência e estadiamento, classificação de Comportamento de Charlson e configuração de vida (comunidade versus lar de idosos). Após acompanhamento de 18 meses, entrevista telefônica com cuidadores foi planejada para avaliar mortalidade. A sobrevivência de pacientes atendidos em EN por PEG versus ON foi analisada pelo método de Kaplan-Meier. Os modelos de regressão proporcional Cox multivariável também foram construídos para testar efeitos da EN sobre a mortalidade.</p>	<p>184 pacientes desnutridos com demência (58 M, idade $82,2 \pm 7,7$) com problemas de alimentação.</p>	<p>Maior mortalidade e menor sobrevivência no grupo que recebeu nutrição enteral, assim como no grupo de Cox, em que a EN foi um preditor significativo da morte.</p>
<p>ARAHA-TA, M. et al (2017)</p>	<p>Verificar se a avaliação geriátrica abrangente (CGA) pode influenciar na melhora dos resultados clínicos de pacientes com demência.</p>	<p>Grupo de intervenção - recebeu CGA através da via clínica original com ações multidisciplinares e terapêuticas individualizadas a partir da avaliação etiológica dos problemas alimentares. Grupo historicamente controlado - recebeu cuidados médicos, com gerenciamento do tratamento e instrução de outros profissionais, incluindo o fonoaudiólogo, para fornecer cuidados e reabilitações requeridos.</p>	<p>Grupo de intervenção: Pacientes hospitalizados no Hospital Municipal de Nanto entre 1/04/2013 e 31/03/2015. Grupo histórico: pacientes do mesmo hospital selecionados entre 1/04/2011 e 31/03/2012. Critérios de inclusão: hospitalizado com demência em idade \geq a 70 anos; comprometimento cognitivo; não recebeu tratamento intravenoso ou cirúrgico nos últimos 7 dias; a ingestão oral foi \leq a 500 kcalorias por dia para \geq 1 a 7 dias; foram avaliados quanto ao fato de um participante ter sido hospitalizado.</p>	<p>Maior taxa de recuperação da ESDed e maior sobrevida livre de NHA de 1 ano no grupo de intervenção do que no histórico. Sem diferença significativa para a sobrevivência global entre os grupos. Conclui-se que a CGA com intervenções multidisciplinares poderia melhorar o status funcional de comer e permitir que pacientes idosos com problemas graves de alimentação e demência sobrevivam de forma independente, sem necessidade de NHA.</p>

LEGENDA: TE (Tubo Enteral); NHA (Nutrição e Hidratação Artificiais); NHPs (Médicos de Enfermagem); CP (Cuidados Paliativos); PEG (Gastrostomia Endoscópica Percutânea); NGT (Tubo Nasogástrico); ER (Visitas de Urgência/Emergência); NHR (Residências de Lar de Idosos); PD (Doença de Parkinson Inadequadamente Traçada); QOV (Qualidade de Vida); ITU (Infecção do Trato Urinário); CFO (Comfort Feeding Only); EN (Nutrição Enteral a Longo Prazo); ON (Nutrição Oral); CGA (Avaliação Geriátrica Abrangente); ESDed (Transtornos Alimentares e de Deglutição em Idosos com Demência); UFMG (Universidade Federal de Minas Gerais); VO (Via Oral); Fgos (Fonoaudiólogos).