



 Caroline Farias Velho ¹

 Caryna Eurich Mazur²

 Maria Theresa Melhem Pellissari³

 Mariana Abe Vicente Cavagnari²

¹ Universidade Estadual do Centro-Oeste do Paraná, Residência em Saúde da Família. Guarapuava, PR, Brasil.

² Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Curso de Nutrição. Francisco Beltrão, PR, Brasil.

³ Prefeitura Municipal de Guarapuava, Paraná, Brasil.

Correspondência

Mariana Abe Vicente Cavagnari
marianaav@hotmail.com

Fatores associados à terapia nutricional domiciliar em pacientes sob cuidados paliativos

Factors associated with home nutritional therapy in patients under palliative care

Resumo

Introdução. A desnutrição é uma das condições frequentemente observadas em pacientes sob cuidados paliativos, afetando a via de alimentação e impactando na diminuição da ingestão alimentar. O atendimento nutricional permite a identificação das alterações nutricionais, direcionando para terapia nutricional adequada. **Objetivo.** Analisar a terapia nutricional domiciliar e identificar o estado nutricional em pacientes sob cuidados paliativos no domicílio. Método: Estudo prospectivo, observacional com pacientes do Programa Melhor em Casa, em Guarapuava-PR. Foram avaliados por meio de anamnese, que compreendia diagnóstico clínico, exame físico, caracterização e intercorrências da dieta, SARC-F e avaliação antropométrica. **Resultados.** Participaram do estudo 24 pacientes, com média de idade 70,2±15,0 anos. Os principais diagnósticos clínicos foram: 45,83% câncer e 45,83% doença neurológica. O baixo peso e a classificação sugestiva de sarcopenia predominaram nos avaliados, sendo 54,17% e 87,5%, respectivamente. A via de acesso para alimentação prevalente foi a oral (45,8%), seguida de 41,7% para sonda nasoenteral; a fórmula mais utilizada foi a hiperproteica. A maioria apresentou sinal da asa quebrada (70,8%), perda da bola de Bichat (66,7%) e perda de massa nos membros superiores e inferiores. O diagnóstico nutricional padronizado mais frequente foi NC-3.2 (perda de peso não intencional), seguido de 41,7% com NI-1.2 (ingestão de energia subótima). **Conclusão.** Observou-se que a maioria dos pacientes eram idosos, acamados, com doença neurológica e câncer. Em relação ao estado nutricional, a maioria apresentou baixo peso e sinais de desnutrição. O atendimento nutricional com pacientes em cuidados paliativos se faz necessário, pois são pacientes com risco nutricional.

Palavras-chave: Antropometria. Assistência Domiciliar. Nutrição. Terapia Nutricional.

Abstract

Introduction. Malnutrition is one of the most common conditions seen in palliative care patients, which can affect the feeding route and decrease food intake. Nutritional counseling allows the detection of dietary changes, and referral to appropriate nutritional therapy. **Aim.** The purpose of this study was to analyze home nutritional therapy, and identify nutrient-related diagnoses in home palliative care patients. Materials and methods: It's a prospective, observational study involving patients assisted by the "Better at Home Program", in Guarapuava - PR. Anamnesis was carried out to assess the patients, which included clinical diagnosis, physical examination, diet characterization and complications, SARC-F, and anthropometric assessment. **Results.** The study included 24 patients, with an average age of 70,2±15,0. The most frequent clinical diagnoses were cancer (45.83 percent) and neurological disease (45.83 percent). Low weight and a classification indicative of sarcopenia

predominated among the patients, accounting for 54.17% and 87.55%, respectively. The most common feeding route was oral (45.8%), followed by nasoenteral feeding (41.7%). The most commonly used formula was the hyperproteic. The majority of patients had sunken temples (70.8%), loss of Bichat's fat pad (66.7%), and loss of muscle mass in the upper and lower limbs. The most frequent standardized nutrition diagnosis was NC-3.2 (unintentional weight loss), followed by 41.7% NI-1.2 (suboptimal energy intake). **Conclusion:** Most patients were elderly, bedridden, and had neurologic disease or cancer. Regarding the nutritional status, the majority were underweight and exhibited signs of malnutrition. Palliative care patients require nutritional therapy since they are at risk of malnutrition

Keywords: Home Care Agencies. Palliative Care. Nutrition Therapy.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde define o cuidado paliativo como uma estratégia para melhorar a qualidade de vida de pacientes que enfrentam doenças com risco a vida, com o objetivo de aliviar o sofrimento, a dor e outros acometimentos, como alterações físicas, psicossociais ou espirituais. Os cuidados paliativos são necessários em diversas doenças, como nas cardiovasculares (38,5%), câncer (34%), respiratórias crônicas (10,3%), Aids (5,7%) e diabetes (4,6%).¹

No Brasil, com o intuito de acompanhar pacientes em cuidados paliativos com indicação de atendimento domiciliar, em 2011, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Melhor em Casa.² Este é composto por uma equipe multiprofissional que, por meio de atendimentos domiciliares individualizados, busca promover a recuperação do paciente no domicílio, próximo dos familiares. Esse atendimento domiciliar também impacta na desocupação de leitos hospitalares e no tratamento mais humanizado aos pacientes, o que pode contribuir para a melhoria de qualidade de vida.^{3,4}

Os critérios de admissão de pacientes no Programa ocorrem após a equipe multiprofissional fazer a avaliação do indivíduo encaminhado de diferentes serviços das redes de atenção à saúde, caracterizados por maior complexidade, que podem ser realizados no domicílio. Os critérios de elegibilidade para o paciente receber classificação de paliativo, dentro do programa são fatores como doença progressiva, avançada e incurável; fragilidade avançada; condições com evolução clínica oscilante; baixa resposta ao tratamento curativo.

A desnutrição é uma das condições frequentemente observadas nesses indivíduos, pois pode afetar a via de alimentação, impactando na diminuição da ingestão alimentar e prejudicando o tratamento. É um fator de risco para o aumento da mortalidade, e devido à ingestão alimentar alterada pode ocorrer deficiências nutricionais.⁵

Nesse contexto, verifica-se que a avaliação do estado nutricional é uma importante abordagem no processo do cuidado paliativo no paciente domiciliar, pois permite a identificação das alterações nutricionais, direcionando para a terapia nutricional adequada. Podem ser aplicadas técnicas como a antropometria, história clínica e inspeção física.^{6,7}

Avaliar adequadamente a via de alimentação e a ingestão de nutrientes em pacientes sob cuidados paliativos é necessário durante a assistência. Se a ingestão de alimentos/nutrientes se apresentar inadequada ou insuficiente, podem ser indicados os complementos nutricionais por via oral ou a nutrição enteral, por meio de avaliação nutricional individualizada.⁸⁻¹⁰

Considerando a necessidade da avaliação nutricional padronizada do acompanhamento nutricional, a Academy of Nutrition and Dietetics implementou o Modelo e Processo de Cuidados Nutricionais (NCP), que visa padronizar os diagnósticos em nutrição, classificando o paciente com um diagnóstico mais abrangente, pois leva em consideração fatores como a ingestão de nutrientes, clínicos, ambientais e culturais. Dessa forma, a assistência nutricional fica completa, evitando possíveis erros.¹¹

Diante do exposto, verifica-se a necessidade de estudos que caracterizem pacientes acamados em domicílio, tendo em vista a vulnerabilidade e a necessidade do acompanhamento nutricional. Destaca-se também que a compreensão da terapia nutricional domiciliar, por meio de estudos científicos, permite a humanização no tratamento de pacientes em cuidados paliativos, promovendo conforto e alívio ao paciente, reduzindo os efeitos colaterais do tratamento, retardando a sarcopenia e a caquexia, podendo ainda auxiliar na melhora no estado nutricional, ao fornecer os nutrientes de que o paciente necessita.

Nesse sentido, o estudo teve como objetivo avaliar o estado nutricional de pacientes sob cuidados paliativos em terapia nutricional domiciliar, analisar alterações físicas e clínicas em pacientes sob cuidados paliativos, caracterizar nutricionalmente a terapia nutricional administrada e determinar os diagnósticos em nutrição padronizados mais prevalentes.

MÉTODO

Estudo prospectivo, observacional, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CONEP), sob o parecer 5.061.819/2021 (CAAE: 51602121.7.0000.0106), realizado no período de dezembro de 2021 a fevereiro de 2022. Inicialmente, avaliou-se uma lista fornecida pela coordenadora do Programa, com todos os pacientes, incluindo os diagnósticos; foram avaliados quais se enquadravam no objetivo da pesquisa. A primeira lista contava com 30 cadastros, porém havia uma grande rotatividade de pacientes no Programa, com atualização semanal. Assim, os pacientes vinculados ao Programa maiores de 18 anos foram contatados via telefone com seus cuidadores. Na condição de aceitarem participar da pesquisa, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foram agendadas as visitas domiciliares. Foram excluídos do estudo aqueles em que não foi possível avaliar nutricionalmente, pacientes/cuidadores não conseguiram responder às avaliações e que não estavam em cuidados paliativos.

Os dados foram coletados por uma única avaliadora no domicílio dos pacientes. Aplicou-se anamnese nutricional elaborada para a pesquisa, contendo questões sociodemográficas, diagnóstico clínico estabelecido pelo médico, tempo em que é atendido pelo Programa, doenças associadas, dados antropométricos, exame físico, terapia nutricional administrada, via de acesso, tipo de dieta e hábito intestinal. Para a avaliação, utilizaram-se fita métrica inelástica, balança digital portátil DIGI-HEALTH PRO Multi-laser modelo HC021, com capacidade máxima de 180kg, e adipômetro científico Cescorf.

Foram aferidos peso (kg), estatura (m), circunferência da panturrilha (CP), circunferência do braço (CB) e músculo adutor do polegar (EMAP), seguindo os protocolos do SISVAN para aferição de medidas antropométricas.¹² Na impossibilidade de aferição de peso e/ou estatura, foram realizadas estimativas de acordo com Chumlea et al.¹³

Com esses dados, foram realizadas as classificações de índice de massa corporal (IMC),¹⁴ sendo utilizada para os idosos a classificação de Lipschitz.¹⁵ Nessa proposta de classificação do IMC, o autor leva em consideração modificações na composição corporal do indivíduo idoso, devido ao processo de envelhecimento. O percentual de adequação da CB foi calculado considerando o percentil 50.¹⁶ EMAP foi classificado de acordo com Lameu et al.,¹⁷ e na circunferência da panturrilha foi adotada a classificação Bonnefoy et al.,¹⁸ que considera valores < 31 cm indicativos de perda de massa muscular.

Avaliou-se o indicativo de sarcopenia por meio do formulário Sarcopenia (SARC-F), questionário que contém cinco perguntas sobre: força, necessidade de assistência ao caminhar, levantar-se e se sentar em uma cadeira, subir escadas e histórico de quedas. Ao final, é fornecida uma pontuação, que se for ≥ 11 pontos, é sugestiva de sarcopenia.¹⁹

Após a avaliação nutricional, foram determinados três diagnósticos nutricionais padronizados prioritários (Academy of Nutrition and Dietetics), com o objetivo de traçar o perfil nutricional e clínico dessa população.¹¹

Para avaliar a necessidade calórica dos pacientes em uso de sonda, foi utilizado o cálculo de regra de bolso, segundo o qual o recomendado é de 25 a 30 kcal/peso/dia para pacientes em cuidados paliativos.²⁰ Para esse cálculo, foi avaliado o rótulo da fórmula usada pelo paciente. Após o cálculo, verificou-se se a porcentagem ingerida de calorias correspondia à necessidade do indivíduo.

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva, com médias, desvio-padrão, frequências relativas e absolutas, por meio do Jamovi *software* versão 1.6.12, com nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

Participaram do estudo 24 indivíduos, sendo 50% ($n=12$) de cada sexo, atendidos pelo Programa Melhor em Casa da cidade de Guarapuava-PR. Desses pacientes, 79,16% ($n=19$) estavam acamados e 20,82% ($n=5$) deambulavam com auxílio. A média de idade foi 70,2+15,0 anos. Os principais diagnósticos clínicos foram: 45,83% câncer (tumor gastrointestinal, orofaringe, ovário, próstata, adenocarcinoma pulmão e pâncreas); 45,83% doença neurológica (acidente vascular cerebral e doença de Parkinson). A maioria dos pacientes (75%) permaneceu no Programa até no máximo um mês (Tabela 1).

Tabela 1. Características dos pacientes em terapia nutricional domiciliar assistidos pelo Programa Melhor em Casa. Guarapuava-PR, 2022.

Variáveis		N(%)
Sexo	Feminino	12 (50)
	Masculino	12 (50)
Doença	Câncer	11 (45,83)
	Neurológica	11 (45,83)
	Outras	2 (8,33)
Tempo admissão no programa	Até 1 mês	18 (75)
	Até 2 meses	5 (20,83)
	Mais que 3 meses	1 (4,17)

Fonte: elaborada pelas autoras.

O peso de três pacientes foi aferido e 21 estimados. Conforme o IMC, 54,17% ($n=13$) dos pacientes apresentaram baixo peso. A CP de 62,5% ($n=15$) foi classificada com perda de massa muscular. Na avaliação do SARC-F, 87,5% ($n=21$) apresentaram classificação sugestiva para sarcopenia (Tabela 2).

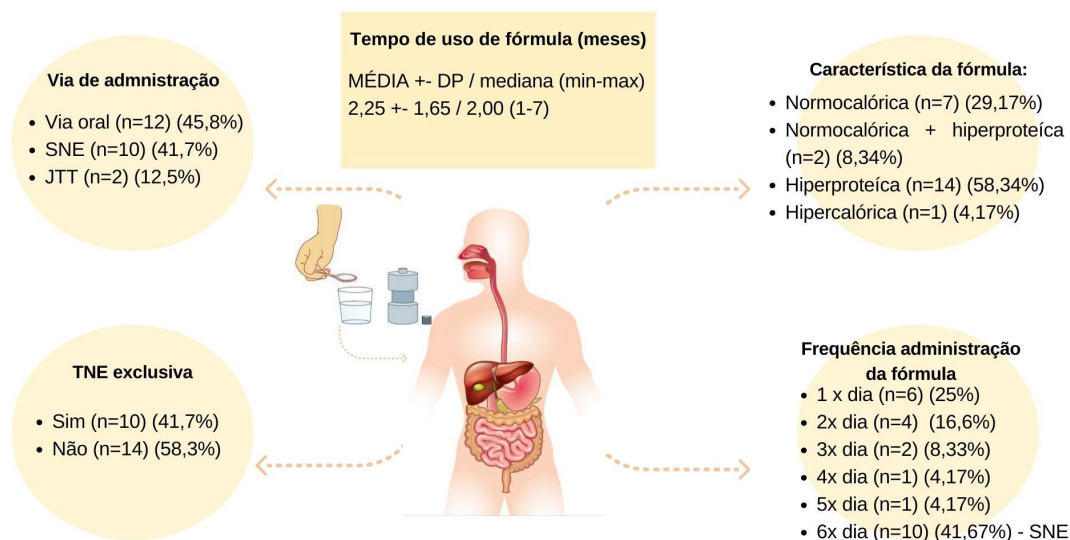
Tabela 2. Dados antropométricos dos pacientes em terapia nutricional domiciliar, assistidos pelo Programa Melhor em Casa. Guarapuava-PR, 2022.

Variável	Classificação	N (%)	MÉDIA ± DP mediana (min-max)
IMC	Baixo peso	13 (54,17)	
	Eutrofia	9 (37,5)	21,3 ± 4,03
	Sobrepeso	2 (8,33)	21,4 (14,7-28,0)
Circunferência panturrilha	Com perda	15 (62,5)	28,8 ± 4,04
	Sem perda	9 (37,5)	29,0 (20,0-35,0)
Circunferência braço	P < 5	9 (37,5)	25,5 ± 4,15
	P5 -15	2 (8,33)	26,5 (19-32)
	P > 15	13 (54,17)	
EMAP	Depleção moderada	6 (85,7)	7,67 ± 1,22
	Depleção grave	1 (14,3)	8 (6-9)
SARC- F	Sugestivo sarcopenia	21 (87,5)	1,88 ± 0,388
	Sem sarcopenia	3 (12,5)	2,00 (1-2)

Fonte: elaborada pelas autoras.

A via de acesso para alimentação mais frequente foi a oral, com 45,8% (n=12); 41,7% (n=10) faziam uso exclusivo da terapia nutricional enteral pela via nasoenteral; e 12,5% (n=2), jejunostomia. A característica da fórmula alimentar mais utilizada foi a hiperproteica, com 58,34% (n=14), seguida de normocalórica, com 29,17% (n=7), ambas em pó para reconstituição e em sistema aberto (Figura 1).

Figura 1. Características da terapia nutricional domiciliar de pacientes assistidos pelo Programa Melhor em Casa.



Fonte: elaborada pelas autoras.

Em relação a intercorrências na dieta, 45,2% (n=13) apresentaram diarreia e 45,83% (n=11) dos pacientes apresentaram hábito intestinal regular. Na escala de Bristol, 37,5% (n=9) apresentaram fezes tipo 7 (líquida sem pedaços sólidos), todos sendo pacientes que faziam uso de suplemento alimentar tanto via oral quanto enteral (Tabela 3).

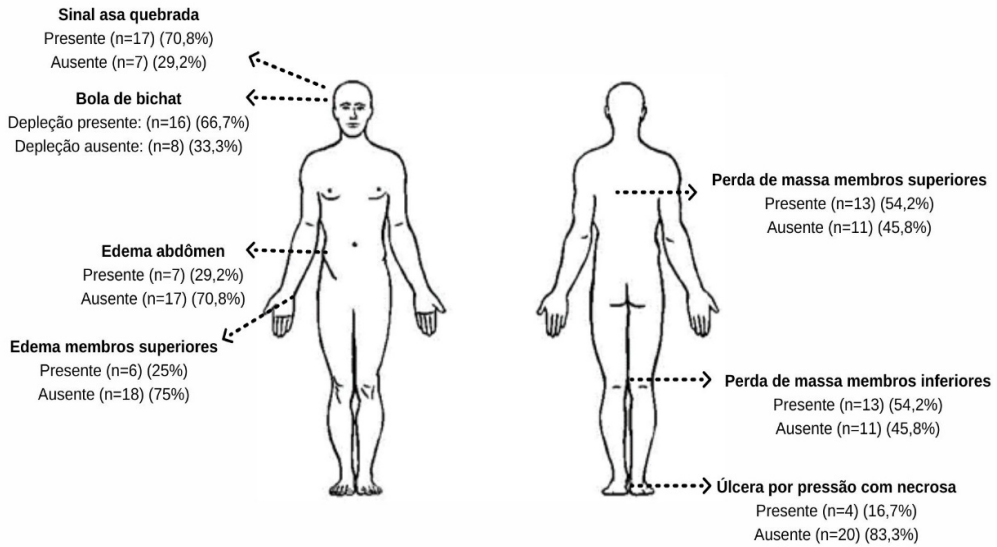
Tabela 3. Intercorrências em relação a administração da dieta, hábito intestinal e escala de Bristol em pacientes em terapia nutricional domiciliar. Guarapuava-PR, 2022.

Variável	Classificação	N(%)
Intercorrência da dieta	Nenhuma	11 (45,8%)
	Diarreia	13 (45,2%)
Hábito intestinal	1x a 4x ao dia	11 (45,83%)
	1x na semana	5 (20,83%)
	2x na semana	2 (8,33%)
	3x na semana	6 (25%)
Escala de Bristol	Tipo 1	3 (12,5%)
	Tipo 2	2 (8,33%)
	Tipo 3	3 (12,5%)
	Tipo 4	2 (8,33%)
	Tipo 5	3 (12,5%)
	Tipo 6	2 (8,33%)
	Tipo 7	9 (37,5%)

Fonte: elaborada pelas autoras.

No exame físico, verificaram-se os seguintes sinais predominantes: sinal da asa quebrada, 70,8% (n=17); e perda da bola de Bichat, 66,7% (n=16) (Figura 2).

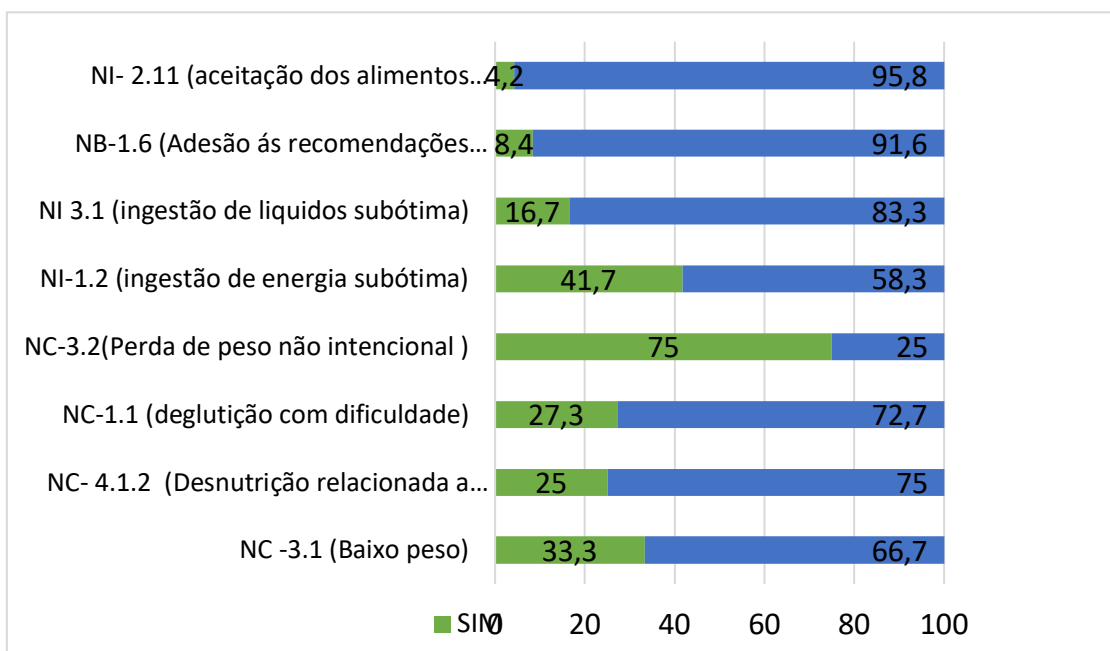
Figura 2. Caracterização do exame físico de pacientes em terapia nutricional domiciliar.



Fonte: elaborada pelas autoras.

Em relação aos diagnósticos em nutrição mais prevalentes, verificou-se que a maioria (75%) apresentou NC-3.2 (perda de peso não intencional), seguido de 41,7% com NI-1.2 (ingestão de energia subótima) e 33,3% NC-3.1, baixo peso (Figura 3).

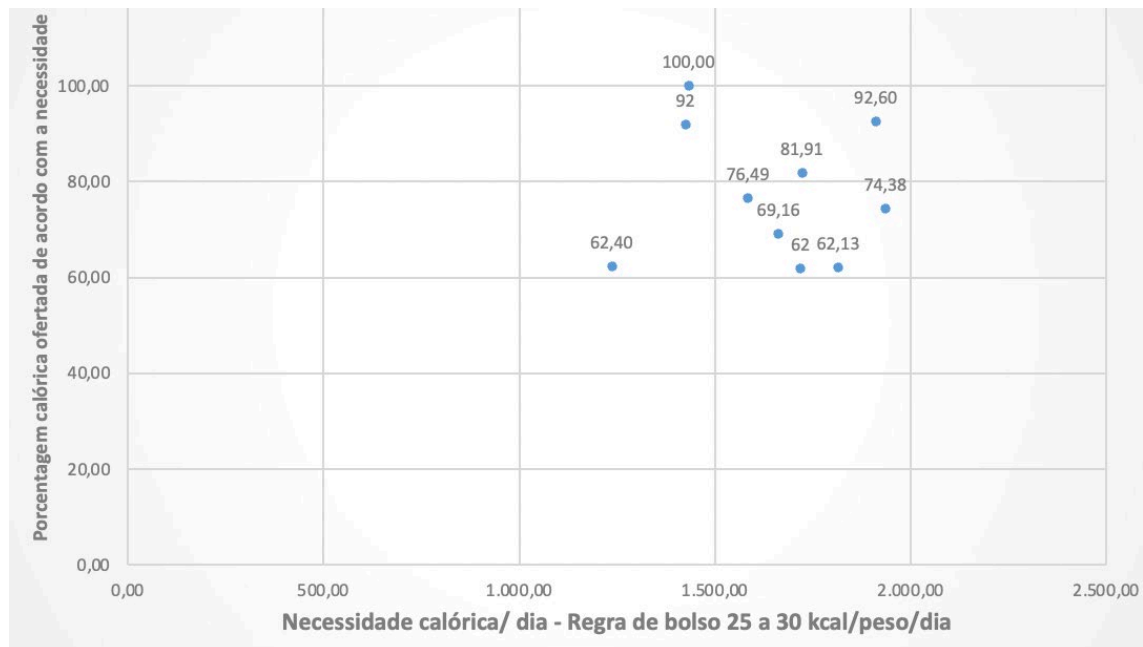
Figura 3. Percentuais dos diagnósticos em nutrição padronizados mais prevalentes em pacientes em terapia nutricional domiciliar.



Fonte: elaborado pelas autoras.

Apenas um paciente estava com o valor infundido de acordo com suas necessidades calóricas (100%) (Figura 4).

Figura 4. Necessidade energética TNE exclusiva e o volume infundido em pacientes em terapia nutricional domiciliar.



Fonte: elaborado pelas autoras.

DISCUSSÃO

Pontos fortes do estudo

O estudo foi realizado visando traçar o perfil nutricional de pacientes sob cuidados paliativos em terapia nutricional domiciliar, analisar alterações físicas e clínicas desses pacientes, caracterizar nutricionalmente a terapia nutricional administrada e determinar os diagnósticos nutricionais padronizados mais prevalentes. Há poucos estudos na literatura que exploram a caracterização da terapia nutricional domiciliar. Pacientes acamados em domicílio são vulneráveis à desnutrição e necessitam de uma avaliação nutricional e terapia nutricional domiciliar segura e adequada, para uma melhor qualidade de vida.

Essa também permite a humanização no tratamento de pacientes em cuidados paliativos e ajuda a promover uma melhora no estado nutricional, fornecendo os nutrientes de que o paciente necessita. Assim, com este estudo, foi possível compreender qual o estado nutricional atual do paciente paliativo domiciliar e quais são os cuidados de que o paciente necessita dentro da área da Alimentação e Nutrição.

No presente estudo, a maioria dos pacientes eram idosos. Isso pode ocorrer porque esses indivíduos têm maiores chances de desencadear doenças, devido ao processo fisiológico do envelhecimento.²¹ Os diagnósticos clínicos que prevaleceram nos estudos foram câncer e doenças neurológicas, que influenciam diretamente no estado nutricional do paciente, devido ao processo catabólico da doença, muitas vezes sem recuperação e requerendo cuidado paliativo.^{22,23}

O mesmo foi observado em um estudo com pacientes do Programa Melhor em Casa, no qual 50% deles apresentavam doença neurológica e 30%, câncer.²⁴ Menezes e Fontes, ao avaliarem pacientes em terapia nutricional enteral domiciliar, verificaram que os principais diagnósticos foram acidente vascular cerebral e câncer.²⁵ Esses achados demonstram que, devido à evolução da doença, pacientes com diagnóstico de câncer e doença neurológica são os que mais necessitam de cuidado paliativo em nível domiciliar, devido principalmente a desordens relacionadas à deglutição.

Pacientes que exigem assistência domiciliar acessam o PMC por meio de encaminhamentos de outros pontos das redes de atenção à saúde (hospitais, ambulatórios e unidades básicas de saúde). Observou-se que a maioria dos pacientes foram assistidos pelo programa por no máximo 30 dias, devido à maioria evoluir ao óbito ou ser encaminhada à atenção primária. O óbito nesse perfil de pacientes é frequente, visto que muitas vezes já estão no último estágio da doença, o que impossibilita que os profissionais do PMC auxiliem na sua reabilitação ou estabilidade. Silva et al.,²⁶ ao assistirem 20 pacientes no domicílio, verificaram que esses permaneciam no programa por até três meses, pois evoluíam a óbito ou recebiam alta, o mesmo encontrado no presente estudo.

Por meio do IMC, a maioria dos pacientes apresentou baixo peso. Mesmo o IMC tendo limitações, ainda é um parâmetro muito utilizado em estudos clínicos e populacionais.²⁶ Dengo et al.²⁷ identificaram, em sua pesquisa, que 87,5% dos pacientes avaliados estavam em desnutrição e 12,5% em eutrofia. Esses pacientes atendidos em domicílio apresentam baixo peso, na maioria das vezes, por vários fatores, como o avanço da doença, falta de apetite e disfagia.²⁶

A circunferência da panturrilha (CP) reduzida, condição predominante no estudo, pode indicar perda de massa muscular.¹⁸ Führ et al.,²⁸ ao avaliarem pacientes em terapia enteral domiciliar, apresentaram perda de massa muscular de acordo com a CP, com média de 28,82 cm. Pacientes com a CP abaixo de 31 cm apresentam um desfecho clínico negativo e maior risco de mortalidade.²⁹

Devido ao estado clínico, não foi possível realizar a aferição do músculo adutor do polegar (EMAP) em todos os pacientes; porém, dentre os avaliados, a maioria apresentou depleção moderada. Pacheco et al.³⁰ encontraram que a média foi de 11,02 em 49 pacientes idosos hospitalizados. Os estudos na literatura relacionando a EMAP em pacientes em terapia nutricional domiciliar são escassos; portanto, mais estudos são necessários para avaliar esse achado.

Em consonância com as alterações nutricionais observadas pelas medidas antropométricas, verificou-se que a maioria dos pacientes avaliados apresentou classificação sugestiva de sarcopenia. Reis et al.¹⁹ aplicaram o SARC-F em pacientes domiciliares idosos, verificando que 13,72% dos avaliados foram classificados como indicativos de sarcopenia, devido a idade avançada e ausência de atividade física. O SARC-F é uma importante ferramenta para ser aplicada em pacientes paliativos domiciliares, pois de uma forma simples é possível analisar se o paciente apresenta resultados sugestivos de sarcopenia e assim iniciar de forma precoce a intervenção nutricional adequada.³¹

Silva et al.,³² ao avaliarem pacientes domiciliares, verificaram que 68,7% dos pacientes realizavam a alimentação por via oral e 18,3% por gastrostomia. No presente estudo, também predominou a alimentação por via oral, e 10 pacientes (41,7%) por SNE. Alguns pacientes estavam com a alimentação mista mesmo com a contraindicação da equipe, o que ocorreu porque os cuidadores relatavam que ofertar um alimento que era consumido antes passava ser uma forma de conforto para aquele familiar acamado, humanização no cuidado.

A característica da terapia nutricional oral mais utilizada foi a hiperproteica. O mesmo foi encontrado no estudo de Souza et al.,²⁴ no qual pacientes em assistência nutricional domiciliar utilizam mais a fórmula

hiperproteica. A prevalência desse tipo de fórmula pode ocorrer devido ao estado clínico desses pacientes paliativos, visto que ela é indicada para casos de desnutrição, manutenção de peso, ajudando ainda a minimizar a perda de massa muscular.²⁴

Com o início do uso da fórmula dietética após esses pacientes ingressarem no programa, ocorreram intercorrências, sendo a diarreia a mais relatada. Na literatura, é um achado comum a diarreia como uma intercorrência de adaptação da fórmula. Isso pode ocorrer devido a composição da fórmula, manipulação inadequada, infusão e adaptação.³³ No estudo de Souza et al.,²⁴ 40% dos pacientes em dieta enteral apresentaram diarreia. No presente estudo, a diarreia foi relatada como uma intercorrência de início da administração da fórmula, porém ao analisar a escala de Bristol, 37,5% dos pacientes ainda estavam no tipo 7, que corresponde a fezes líquidas sem pedaços sólidos. Isso pode ter ocorrido, pois a maioria dos pacientes avaliados estavam há apenas 30 dias no programa, em fase de adaptação à fórmula.

Outro método de avaliação que auxilia na percepção nutricional do paciente paliativo é o exame físico. No presente estudo, a maioria dos pacientes apresentou sinal da asa quebrada, perda da bola gordurosa de Bichat, perda de massa nos membros inferiores e superiores, revelando sinais de desnutrição e depleção da musculatura temporal, indicativos de que o indivíduo está em perda proteico-calórica.³⁴ Isso ocorre devido ao avanço da doença, período de inanição e também a resposta do corpo ao estresse. Souza et al.³⁴ avaliaram 40 indivíduos com risco nutricional, que diferem do público do presente estudo em relação a idade e diagnóstico clínico, mas apresentaram, no exame físico, perda da bola gordurosa de Bichat e sinal da asa quebrada, devido à desnutrição.

No estudo de Corrêa & Freire,³⁵ com pacientes sob cuidados paliativos, 83,3% dos pacientes tiveram uma redução no volume da dieta, o que corrobora o encontrado no presente estudo, em que apenas um paciente atingiu a necessidade nutricional. Isso ocorre porque, em pacientes em cuidados paliativos, conforme o estágio final da doença se aproxima, o objetivo não é a adequação da necessidade nutricional, e sim o conforto e alívio de seu sofrimento.³⁵

Os dois diagnósticos em nutrição padronizados mais prevalentes foram perda de peso não intencional, seguido de ingestão de energia subótima. Esses achados corroboram os resultados anteriores. Na literatura, há poucos estudos que exploram o diagnóstico padronizado para a avaliação nutricional.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O estudo foi conduzido com uma amostra reduzida, e devido às condições clínicas dos pacientes, a reavaliação não foi possível. Porém, ressalta-se que mesmo com tais limitações, o estudo permitiu a caracterização da terapia nutricional e o estado nutricional de pacientes em cuidados paliativos sob assistência domiciliar.

CONCLUSÃO

A maior parte dos pacientes eram idosos, acamados, com diagnóstico de doença neurológica e câncer. Em relação ao estado nutricional, a maioria deles apresentou baixo peso e sinais de desnutrição por meio de medidas antropométricas, exame físico e indicativo de sarcopenia. Os diagnósticos em nutrição padronizados mais frequentes foram perda de peso não intencional e de energia subótima. Todos os avaliados começaram fazer uso de fórmulas dietéticas por via oral, predominando a formulação hiperproteica e sonda nasoenteral, após ingressar no PMC.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Palliative care. Geneva 2020. [acesso em 2022 fev. 15]. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Manual instrutivo do melhor em casa. Brasília, DF; 2011. [acesso em 2002 fev. 10]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/cartilha_melhor_em_casa.pdf
3. Nishimura F, Carrara AF, de Freitas CE. Effect of the melhor em Casa program on hospital costs. Rev Saude Publica [internet]. 2019 [acesso em 2022 fev 11];53:1–9. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000859>.
4. Sousa JB de, Bú SA do, Melo WG de, Marçal EJA, Lima JA, Felinto ACB, Oliveira IM de, Cavalcanti M da S. Analysis of the effectiveness of nutritional therapy in patients under palliative care of the Best at Home program in the municipality of Queimadas - PB . RSD [Internet]. 2021 [acesso em 2022 fev 9]; 10(6):e2410615232. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i6.15232>
5. Rocha R, Monteiro Costa LM, Ferreira F, Santos de Oliveira J, Cardoso dos Santos J, Batista Oliveira V. Nutritional status and its association with the symptomatological profile of patients in palliative care admitted to an emergency hospital in Northeastern Brazil. Braspen. [internet]. 2020 [acesso em 2022 fev 10];35:193–43. <https://doi.org/10.37111/braspenj.2020352006>
6. Silva K, Córdova ME. Características sociais e antropométricas de idosos que utilizam terapia nutricional enteral em um município da região metropolitana de Porto Alegre-RS. RBONE - Rev Bras Obesidade, Nutr e Emagrecimento. [internet] 2019 [acesso em 2002 fev 11];13:185–93. Disponível em: <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/903>
7. Barban JB, Simões BP, Moraes BDG de C, Anunciação CR da, Rocha CS da, Pintor DCQ, et al. Brazilian Nutritional Consensus in Hematopoietic Stem Cell Transplantation: Adults. Einstein (São Paulo) 2020 [acesso em 2002 fev 12]18:453. https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020AE4530
8. Oliveira I, Vieira PM, Cristina H, Frizzo F, Paulo M, Machado R, et al. Cuidado paliativo em acidente vascular cerebral: um olhar nutricional. Rev Família, Ciclos Vida e Saúde no Context Soc [internet] 2021 [acesso 2022 fev 16]; 9:343–50. <https://doi.org/10.18554/REFACS.V9I0.4430>.
9. Bischoff SC, Austin P, Boeykens K, Chourdakis M, Cuerda C, Jonkers-Schuitema C, et al. ESPEN guideline on home enteral nutrition. Clin Nutr [internet] 2020 [acesso em 2022 fev 16]; 39:5–22. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2019.04.022>
10. Muscaritoli M, Arends J, Bachmann P, Baracos V, Barthelemy N, Bertz H, et al. ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in cancer. Clin Nutr [internet] 2021 [acesso em 2022 fev 16]; 40:2898–913. <https://doi.org/10.1016/j.CLNU.2021.02.005>.

11. Hammond MI, Myers EF, Trostler N. Nutrition care process and model: an academic and practice odyssey. *J Acad Nutr Diet*. *J Acad Nutr Diet* [internet] 2014 [acesso 2022 març 16];114(12):1879–91. DOI: 10.1016/J.JAND.2014.07.032
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). Brasília: Ministério da Saúde [acesso em 2022 març 10] 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf
13. Chumlea WMC, Guo SS, Roche AF, Steinbaugh ML. Prediction of body weight for the nonambulatory elderly from anthropometry. *J Am Diet Assoc* [internet] 1988 [acesso em fev 18]; 88(5):564–8. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3367012/>
14. World Health Organization (WHO). *Physical status: the use and interpretation of anthropometry*. Geneva: WHO, 1995 [acesso em 2022 fev 10]; 854:1–452. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8594834/>
15. Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. *Prim Care Clin Off Pract* 1994 [acesso em 2022 fev 20]; 21:55–67. [https://doi.org/10.1016/S0095-4543\(21\)00452-8](https://doi.org/10.1016/S0095-4543(21)00452-8).
16. Frisancho AR. New norms of upper limb fat and muscle areas for assessment of nutritional status. *Am J Clin Nutr*. [internet] 1981 [acesso 2022 fev 20] ; 34(11):2540–45.
17. Lameu EB, Gerude MF, Corrêa RC, Lima KA. Adductor pollicis muscle: a new anthropometric parameter. *Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo* [internet] 2004 [acesso em 2022 fev 21]; 59:57–62. <https://doi.org/10.1590/S0041-87812004000200002>.
18. Bonnefoy M, Jauffret M, Kostka T, Jusot JF. Utilidade da medida da circunferência da panturrilha na avaliação do estado nutricional de idosos hospitalizados. *Gerontologia* [internet] 2002 [acesso 2022 fev 21]; 48(3):162–9 <https://doi.org/10.5327/Z2447-211520161600011>
19. Rodrigues Dos Reis N, Macedo Vianna J, Colugnati FB, Da J, Novaes S, Novais Mansur H. Sensibilidade e especificidade do SARC-F na classificação de sarcopenia em idosos: resultados preliminares. *Rev Bras Fisiol do Exercício* [internet] Atlantica Editora; 2020 [acesso 2022 març 20]; 19(4):258–66. DOI: 10.33233/RBFEX.V19I4.3895
20. Consenso nacional de nutrição oncológica / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação Geral de Gestão Assistencial, Hospital do Câncer I, Serviço de Nutrição e Dietética; organização Nivaldo Barroso de Pinho. – 2. ed. rev. ampl. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2015. 182p.
21. Ueno E, Koffke M, Régis Voigt V. Perfil de pacientes hospitalizados em uso de terapia enteral. *BRASPEN J*. [internet] 2018 [acesso em 2022 març 10];33(2):194–202.

22. Jensen GL, Mirtallo J, Compher C, Dhaliwal R, Forbes A, Figueredo Grijalba R, et al. Adult starvation and disease-related malnutrition: a proposal for etiology-based diagnosis in the clinical practice setting from the International Consensus Guideline Committee. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.*[internet] 2010 [acesso em 2022 mar 10];34(2):156–9. DOI: 10.1177/0148607110361910
23. Cawsey SI, Soo J, Gramlich LM. Home enteral nutrition: outcomes relative to indication. *Nutr Clin Pract. Nutr Clin Pract* [internet]; 2010 [acesso em 2022 abr 5];25(3):296–300. DOI: 10.1177/0884533610368702
24. Sousa JB de, Bú SA do, Melo WG de, Marçal EJA, Lima JA, Felinto ACB, et al. Analysis of the effectiveness of nutritional therapy in patients under palliative care of the Best at Home program in the municipality of Queimadas - PB. *Res Soc Dev. Research, Society and Development* [internet] 2021[acesso em 2022 marc 15];10(6):e2410615232–e2410615232. DOI: 10.33448/RSD-V10I6.15232
25. Menezes CS, Fortes RC. Estado nutricional e evolução clínica de idosos em terapia nutricional enteral domiciliar: uma coorte retrospectiva. *Rev Lat Am Enfermagem* [internet] Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / Universidade de São Paulo; 2019[acesso 2022 abr8];27. DOI: 10.1590/1518-8345.2837.3198
26. Silva KL, Silva YC, Lage ÉG, Paiva PA, Dias OV. Por que é melhor em casa? A percepção de usuários e cuidadores da atenção domiciliar . *Cogitare Enferm. Universidade Federal do Parana* [internet] 2017 [acesso em 2022 marc 10];22(4):49660. DOI: 10.5380/CE.V22I4.49660
27. Dengo Cattelan D, Benincá S, Mazur Eurich C, Valduga L. Terapia nutricional domiciliar: perfil nutricional dos usuários e qualidade microbiológica na preparação das fórmulas. . *Rev Uningá* [internet]. 2016 [acesso 2022 abr 8];25(3). Disponible: <http://34.233.57.254/index.php/uningareviews/article/view/1775>
28. Luiza Führ A, Marafon Ciachi É, Aline Luiza Führ C. Possibilidades e limitações da terapia nutricional enteral nada compreensão de cuidadores e profissionais de uma rede pública de saúde em região de fronteira . *DEMETRA Aliment Nutr Saúde* [internet] ; 2019 [acesso em 2022 marc 20];14(0):36926. DOI: 10.12957/DEMETRA.2019.36926
29. Mello FS de, Waisberg J, Silva M de L do N da. Circunferência da panturrilha associa-se com pior desfecho clínico em idosos internados. *Geriatr Gerontol Aging. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia* [internet]; 2016 [acesso em 2022 marc 20];10(2):80–5. DOI: 10.5327/Z2447-211520161600011
30. Pacheco DA, Paiva GT de, Araújo RG, Barbosa JM, Moura RBB de. Association between adductor pollicis muscle thickness and nutritional parameters in hospitalized elderly patients. *Brazilian J Heal Rev. Brazilian Journal of Health Review* [internet] 2021 [acesso em 2022 marc 20];4(2):4949–63. DOI: 10.34119/BJHRV4N2-077
31. Queiroz M dos SC, Wiegert EVM, Lima LC, Oliveira LC de. Associação entre Sarcopenia, Estado Nutricional e Qualidade de Vida em Pacientes com Câncer Avançado em Cuidados Paliativos. *Rev Bras Cancerol. Revista Brasileira De Cancerologia (RBC)* [internet] 2018 [acesso em 2022 marc 20];64(1):69–75. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2018v64n1.120.

32. Silva, Vinicius Alves D, Rocha do Carmo J, Évellin Alves Cruz M, Amaral Oliveira Rodrigues C, Teixeira Santana E, Dias de Araújo D, et al. Caracterização clínica e epidemiológica de pacientes atendidos por um programa público de atenção domiciliar. *Enferm em Foco* [internet] 2019 [acesso em 2022 abr 13];10(3):112–8. DOI: 10.21675/2357-707X.2019.v10.n3.1905
33. Vieira PM, Lima CM de, Cruz PA. Nutrição Enteral: elaboração de um protocolo clínico de tratamento de diarreia em Terapia Nutricional Enteral. *Rev da Assoc Bras Nutr – RASBRAN* [internet]; 2021 [acesso em 2022 mar 28];12(2):89–103. DOI: 10.47320/RASBRAN.2021.1144
34. Souza NC, Lorenço Brito Costa O, La F, Sanches FZ, De Cássia R, Guimarães A. Perfil nutricional de pacientes HIV/Aids hospitalizados. *Multitemas. Universidade Catolica Dom Bosco*; 2018;23(53):159–81. DOI: 10.20435/multi.v23i53.1566
35. Corrêa MEM, Freire PB. Prevalência de intercorrências clínicas em pacientes com uso de terapia nutricional enteral sob cuidados paliativos. *Heal Resid J – HRJ* [internet] 2022 [acesso em 2022 abri 10];3(15):131–51. DOI: 10.51723/HRJ.V3I15.350

Colaboradoras

Velho CF e Cavagnari MAV, participação na idealização do desenho do estudo; na coleta, análise e interpretação dos dados; na redação do estudo e na revisão final e aprovação do manuscrito para submissão). Mazur CE e Pellissari MTM, participação na redação do estudo e na revisão final e aprovação do manuscrito para submissão.

Conflito de Interesses: As autoras declaram não haver conflito de interesses.

Recebido: 20 de maio de 2022

Aceito: 15 de março de 2023