

DECISÃO DE VIA DE ALIMENTAÇÃO SEGURA EM CUIDADOS PALIATIVOS

Janaina Pereira de Souza¹; Daiane Mangabeira dos Santos²; Deborah Rodrigues Vieira³; Inez Janaina de Lima Amaral⁴

1. Fonoaudióloga Residente, Residência Multiprofissional em Urgência e Trauma (ESAP/SES/HUGO), Goiânia, Goiás, Brasil, janaina.pereira2015@hotmail.com.

2. Fonoaudióloga Residente, Residência Multiprofissional em Urgência e Trauma (ESAP/SES/HUGO), Goiânia, Goiás, Brasil.

3. Fonoaudióloga Residente, Residência Multiprofissional em Urgência e Trauma (ESAP/SES/HUGO), Goiânia, Goiás, Brasil.

4. Fonoaudióloga do Hospital de Urgências de Goiás - HUGO, mestre pelo programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás /UFG, Especialista em Fonoaudiologia Hospitalar, Goiânia, GO, Brasil.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) os Cuidados Paliativos (CP) têm como finalidade melhorar a qualidade de vida (QV) de pacientes e familiares que enfrentam doenças que ameaçam a vida. É uma intervenção feita através da identificação precoce, da avaliação correta e do tratamento da dor, que conseqüentemente, previne e alivia o sofrimento, sejam eles físicos, psicossociais e espirituais ¹.

A alimentação desempenha um papel social, religioso, biológico e simbólico na maioria das culturas². Sendo assim, o ato de comer e beber é associado à interação social, à saúde, ao bem-estar e ao prazer pessoal, essencial à sobrevivência humana ^{3,4}. Portanto, a decisão sobre a manutenção da oferta dieta via oral (VO), a inserção de uma Via Alternativa de Alimentação (VAA) constitui uma das mais difíceis decisões para os pacientes que estão em CP, como também, para os profissionais de saúde e familiares. Possivelmente, esta questão suscita mais dúvidas do que a decisão relativa à reanimação cardio-respiratória ou até à ventilação mecânica ⁵.

Os principais questionamentos dos envolvidos com relação à colocação de uma VAA ou a VOC estão relacionados aos valores pessoais, conhecimentos técnicos e a ética. A equipe profissional se preocupa com os prejuízos que a sonda possa causar ao paciente e não o de fornecer QV, e os familiares valorizam a recuperação do seu parente ao estado funcional anterior. É importante ressaltar que, muitas vezes, não se conhece os valores do paciente em relação à alimentação. Por isso, as palavras importam mais quando um paciente ou familiar pergunta sobre a possibilidade de passar fome ⁶.

Como a alimentação é uma das fontes de vida, a decisão de como as dietas serão oferecidas pode significar aos familiares e pacientes um atentado contra a vida ou a debilitação da saúde. Dado o exposto, é necessário refletir sobre os prós e contras de uma alimentação artificial ou a VOC na vida de um sujeito ⁷.

OBJETIVO

O objetivo geral da pesquisa foi verificar a percepção e critérios de decisão sobre a via de alimentação em pacientes em CP.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal realizado nas enfermarias e unidades de terapia intensiva do Hospital de Urgências de Goiás, em Goiânia-Goiás. Para a investigação, foram desenvolvidos três questionários, com perguntas relacionadas à via de alimentação e comunicação entre equipe/paciente/acompanhante. Trabalho aprovado no CEP/HUGO, pelo parecer número 5.271.951.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A grande maioria dos pesquisados eram do sexo feminino, que pode estar relacionado a diversos fatores dependendo da população. Com relação a equipe de assistência, está associado ao processo de feminização que ocorreu após 1970, onde teve uma crescente femininização na área da saúde. Este fenômeno é influenciado por múltiplas variáveis, desde a expansão do nível de ocupação, da economia de serviços e da maior flexibilização do mercado de trabalho ⁸. Em uma pesquisa, realizada por Cruz ⁹, estima-se que a mulher apresenta uma maior flexibilidade nos processos interativos, esse fato está ligado diretamente com a flexibilidade comportamental exigida em ambientes hospitalares. Além disso, elas apresentam facilidade em estabelecer relações de comunicação mais democráticas em tomadas de decisões e desenvolvem uma melhor eficácia nas ações preventivas ¹⁰. Assim como a equipe de assistência, a prevalência das mulheres para acompanhar os pacientes parece estar ligada ao papel de cuidado da população feminina. Revelando que a mulher ainda está atrelada aos afazeres domésticos e aos cuidados com a família ¹¹. A predominância do sexo feminino nos pacientes se dá porque a mulher procura o serviço de saúde mais vezes. O diagnóstico de doenças é realizado mais precocemente, também há uma incidência de doenças crônicas frequentes nesta população. Além disso, a expectativa de vida das mulheres é maior ($\pm 7,6$ anos) que a dos homens, pois estes geralmente são acometidos por doenças agudas, como por exemplo os traumas ^{12, 13}.

Observou-se que mais de 70% dos profissionais e familiares/ acompanhantes escolheriam VAA para o paciente, enquanto que todos os enfermos preferiam VO. Na grande maioria das indicações de VAA pela equipe de assistência, tem o objetivo apenas evitar a penetração laríngea e/ou broncoaspiração e, não necessariamente, adequar o suporte nutricional^{2,4}. Em muitos casos os familiares preferem as sondas alimentares em razão das sensação de alívio e segurança, pois as necessidades nutricionais serão atingidas, eliminando o medo de “passar fome”¹⁴. Em outro trabalho, cita-se que a principal razão das famílias escolherem VAA é a ideia do aumento da sobrevida¹⁵ e talvez, seja esse o motivo do alto número da escolha de sonda de alimentação nesta investigação. Em contra partida, a grande maioria das pesquisas realizadas, apontam que a VAA não aumenta a sobrevida ou previne a broncoaspiração, ao contrário, elas ampliam o desconforto e podem levar a um quadro de agitação e, conseqüentemente, ao uso de drogas sedativas e imobilização do paciente². Observou-se que todos os pacientes preferiram a VO. Levando em consideração a importância que o alimento representa na vida de uma pessoa, a vontade do paciente em se alimentar deve ser ponderada¹⁶, e mesmo que a escolha seja realizada pelo enfermo, o fonoaudiólogo deve analisar e considerar a história clínica, as condições físicas e os mecanismos de proteção das vias aéreas, antes de iniciar ou suspender a dieta por VO, ou indicar uma VAA ou VOC¹⁷.

Ao relacionar os dados sobre a oferta e consistência alimentar segura, a equipe assistencial tem preferência pela dieta zero, enquanto os pacientes e familiares a VO moído úmido. A escolha dos familiares e pacientes por essa consistência está relacionada com o fato dela ser mais fácil, rápida de ofertar, com menor risco de resíduos na CO, de engasgos ou penetração laríngea¹⁸. A indicação dos profissionais da dieta zero estava diretamente relacionada ao quadro clínico do paciente. Muitas vezes, esses estavam instáveis hemodinamicamente e com quadro clínico grave, sendo assim a alimentação (VO ou VAA) não era recomendada. Estudos apontam que, a alimentação no fim de vida pode não ser benéfica, pois não melhora o estado funcional, a força, a energia ou prolonga a sobrevida dos pacientes. Por isso, os profissionais da saúde optam pela nulidade de VO ou a retirada da VAA^{19,20}. Na grande maioria, a indicação da dieta zero ocasiona um desconforto e sofrimento para os familiares e pacientes (quando apresenta nível de alerta). Assim, é importante realizar a explicação sobre os riscos e os benefícios de manter a alimentação, independente da via de oferta. Desta forma, os envolvidos terão maior entendimento e compreensão sobre o estado clínico²¹.

Ao longo da pesquisa, percebeu-se a importância da comunicação e a construção de vínculos entre a equipe de assistência, paciente e familiares/acompanhantes. Em estudo realizado por Trevizan, Betussi & Mikaela, relatam que a criação de vínculos entre os envolvidos traz maior encorajamento e engajamento do paciente e familiares, influenciando no tratamento e cuidados. Sendo assim, a associação dos dados encontrados poderá levar a compreensão sobre o processo da decisão de via de alimentação em CP²².

Quando comparado o nível de confiança na decisão da VAA entre a equipe e os familiares, observou-se que não houve diferença significativa, já que ambos os públicos se sentiam preparados para realizar a escolha. Esse dado aponta que o conhecimento técnico e legal da equipe está trazendo segurança, e que as informações passadas aos familiares estão sendo essenciais na tomada de decisão²³. Dessa forma, ao comparar os resultados entre os pacientes e familiares/acompanhantes não houve diferença significativa na satisfação de comunicação com a equipe de assistência, e que o processo de decisão de VA foi realizado em conjunto entre pacientes, familiares e profissionais, indicando uma construção de vínculos, pautada no respeito e confiança, onde as informações estão sendo passadas de forma clara e objetiva para o ouvinte e as opiniões sendo respeitadas²⁴.

CONCLUSÃO

Levando em conta a importância que o alimento representa na vida de um sujeito, a alimentação segura em CP é aquela em que o paciente, familiar e equipe se sentem confortáveis e seguros na escolha, objetivando melhor QV, conforto e paz para os principais envolvidos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization (WHO). Global Atlas of Palliative Care 2nd Edition. London: Worldwide Palliative Care Alliance; 2020.
2. American Geriatrics Society Ethics Committee and Clinical Practice and Models of Care Committee. American Geriatrics Society feeding tubes in advanced dementia position statement. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2014 Aug;62(8):1590-3.
3. Jocham HR, Dassen T, Widdershoven G, Halfens R. Quality of life in palliative care cancer patients: a literature review. *Journal of clinical nursing*. 2006 Sep;15(9):1188-95.
4. Luchesi KF, Silveira IC. Cuidados paliativos, esclerose lateral amiotrófica e deglutição: estudo de caso. *InCoDAS* 2018 Aug 30 (Vol. 30). Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia.
5. Gillick MR. Rethinking the role of tube feeding in patients with advanced dementia. *New England Journal of Medicine-Unbound Volume*. 2000 Jan 20;342(3):206-10.

6. Reid J, McKenna H, Fitzsimons D, McCance T. The experience of cancer cachexia: a qualitative study of advanced cancer patients and their family members. *International journal of nursing studies*. 2009 May 1;46(5):606-16.
7. Costa MF, Soares JC. Alimentar e nutrir: sentidos e significados em cuidados paliativos oncológicos. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2016 Sep 30;62(3):215-24.
8. Lavinás L, Amaral MR, Barros F. Evolução do desemprego feminino nas áreas metropolitanas.
9. CRUZ MH. Mapeando diferenças de gênero no ensino superior da Universidade Federal de Sergipe. São Cristóvão: Editora UFS. 2012.
10. de J Borges JL, Cruz MH. Gênero e divisão sexual no trabalho em saúde. *Brazilian Journal of Development*. 2021 Jun 7;7(5):51929-44.
11. Araujo JS, Vidal GM, Brito FN, Gonçalves DC, Leite DK, Dutra CD, Pires CA. Perfil dos cuidadores e as dificuldades enfrentadas no cuidado ao idoso, em Ananindeua, PA. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2013;16:149-58.
12. Ministério do Planejamento (BR), Orçamento e Gestão (BR). Indicadores sócio-demográficos e de saúde do Brasil.
13. da Silva WP, de Araujo CZ, de Araujo LZ. Prevalência de pacientes com câncer avançado atendidos num serviço de cuidados paliativos no Estado de Alagoas. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 2021 Jun 8;13(6):e7622-.
14. Huisman-de Waal G, Schoonhoven L, Jansen J, Wanten G, van Achterberg T. The impact of home parenteral nutrition on daily life—A review. *Clinical nutrition*. 2007 Jun 1;26(3):275-88.
15. Mitchell SL, Lawson FM. Decision-making for long-term tube-feeding in cognitively impaired elderly people. *Cmaj*. 1999 Jun 15;160(12):1705-9.
16. MANUAL DC. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic. 2009.
17. Groher ME. Determination of the risks and benefits of oral feeding. *Dysphagia*. 1994 Sep;9(4):233-5.
18. Schmidt MS, Locks MO, Hammerschmidt KS, Fernandez DL, Tristão FR, Girondi JB. Desafios e tecnologias de cuidado desenvolvidos por cuidadores de pacientes com doença de Alzheimer. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2018 Sep;21:579-87.
19. M Harman, médica S, Bailey A, M Walling A. UpToDate [Internet]. Bruera E, editor. www.uptodate.com. 2022 [cited 2022 Nov 10]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/palliative-care-the-last-hours-and-days-of-life?source=bookmarks_widget
20. Hui D, Dev R, Bruera E. The last days of life: symptom burden and impact on nutrition and hydration in cancer patients. *Current opinion in supportive and palliative care*. 2015 Dec;9(4):346.
21. Jacinto-Scudeiro LA, Ayres A, Olchik MR. Tomada de decisão: papel do fonoaudiólogo em cuidados paliativos. *Distúrbios da Comunicação*. 2019 Mar 29;31(1):141-6.
22. Trevizan FB, Betussi VA, Mikaela CA. Percepções da equipe interdisciplinar sobre a humanização no atendimento a pacientes com câncer. *Revista InterCiência-IMES Catanduva*. 2021 Dec 31;1(8):96-
23. Albuquerque R, Garrafa V. Autonomía e individuos sin la capacidad para consentir: el caso de los menores de edad. *Revista Bioética*. 2016;24:452-8.
24. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P, Cording E, Tomson D, Dodd C, Rollnick S, Edwards A. Shared decision making: a model for clinical practice. *Journal of general internal medicine*. 2012 Oct;27(10):1361-7.